



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة المسيلة



كلية الآداب والعلوم الاجتماعية
قسم علم النفس

**فعالية برنامج علاجي
– معرفي سلوكي – في خفض الضغوط النفسية
لدى النساء العقيمات
دراسة شبه تجريبية بولاية باتنة**

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس
تخصص علم النفس العيادي

إشراف الدكتور:
الطاهر مجاهدي

إعداد الطالبة:
سعاد بخوش

السنة الجامعية: 2012م – 2013م



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة المسيلة



كلية الآداب والعلوم الاجتماعية
قسم علم النفس

**فعالية برنامج علاجي
– معرفي سلوكي – في خفض الضغوط النفسية
لدى النساء العقيمات
دراسة شبه تجريبية بولاية باتنة**

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس
تخصص علم النفس العيادي

إشراف الدكتور:
الطاهر مجاهدي

إعداد الطالبة:
سعاد بخوش

السنة الجامعية: 2012م – 2013م

شكر و عرفان

اللهم لك الحمد حمدا كثيرا أبلغ به رضاك وأؤدي به شكرك
وأستوجب به المزيد من فضلك.

اللهم لك الحمد على حلمك بعد علمك وعلى عفوك بعد قدرتك
اللهم لك الحمد كما أنعمت علينا نعمًا بعد نعم.

اللهم لك الحمد على الإسلام ولك الحمد على القرآن ولك الحمد على الأهل
والمال والمعافة ولك الحمد على العلم الذي جعلته سلطانا ولك الحمد في السراء
والضراء ولك الحمد في الشدة والرخاء ولك الحمد على كل حال، اللهم لك الحمد
كما أنت أهل له وكما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك

اللهم لك الحمد حمدا لا ينفذ أوله ولا ينقطع آخره
اللهم لك الحمد فأنت أهل أن تعبد وتحمد و تشكر

اللهم لك الحمد على نعمك التي لا يحصيها غيرك اللهم لك الحمد حمدا لا ينبغي
إلا لك لا إله إلا أنت أنا السائل الذي أعطيته فلك الحمد.

وددنا في البداية وقبل أن نلج في الموضوع أن نتوجه بالشكر الجزيل والعرفان إلى
جامعة مسيلة مسؤولين ومشرفين وأساتذة على فتحهم لنا أبواب العلم وعلى رأسهم
مدير قسم علم النفس السابق الدكتور مجاهدي الطاهر ورئيس القسم الحالي
الدكتور عمور عمر ونتمنى أن تكون جامعة مسيلة قبلة للعلم.

كما نتقدم بجزيل الشكر للأستاذ المشرف الدكتور مجاهدي لما كان له علينا
من فضل من خلال توجيهاته القيمة ودعمه وثقته فينا فجزاه الله عنا كل خير.
ومعه يقودنا شرف الوفاء لكل الأساتذة الأفاضل الذين درسونا في مسيلة
وأناروا شموع الأمل في نفوسنا ونذكر على الخصوص:
إسماعيلي اليامنة، عزوق جميلة، ميموني حدة، عمور عمر، خرخاش أسماء.
وأتوجه بشكر خاص للأستاذ بحاش الذي كان مثال الأخ والأستاذ الفاضل.
كما يسعدني أن أتقدم بالشكر للأستاذة الفاضلة راجية بن علي على توجيهاتها النيرة
ومن خلالها أتوجه بالتحية لكل أساتذة علم النفس في باتنة.
وأقول في الأخير للجميع رعاكم الله وزادكم علما وتواضعا.

ملخص الدراسة بالعربية:

فعالية برنامج علاجي - معرفي سلوكي - لخفض الضغوط النفسية لدى النساء العقيمات.

هدفت هذه الدراسة بشكل أساسي للكشف عن فعالية برنامج علاجي - معرفي سلوكي - في خفض الضغوط النفسية لدى النساء العقيمات.

مستخدمة في ذلك المنهج التجريبي ذو تصميم تجريبي لمجموعة واحدة بقياس قبلي ثم قياس بعدي بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج مباشرة.

تكونت عينة الدراسة من 20 امرأة تعاني من العقم حسب تشخيص الأطباء بعد عام من الزواج، ويعانين من ضغوط نفسية تتراوح بين الحادة والمتوسطة تم اختيارهن بطريقة قصدية، و استبعدت غير القاطنات في باتنة، وتم الاحتفاظ ب 06 نساء أبدين رغبتهن في المشاركة في البرنامج والالتزام بالحضور.

وتمثلت أدوات الدراسة في استبيان الضغوط النفسية (إعداد الباحثة)، البرنامج العلاجي (إعداد الباحثة)، وقد تأكدت من صلاحية الأدوات قبل التطبيق النهائي لها. واعتمدنا في الدراسة على الأساليب الاحصائية التالية: المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، اختبار T .

وكانت أهم النتائج المتحصل عليها هي:

وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات استبيان الضغوط النفسية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي.

وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط الزوجية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي.

وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط الاجتماعية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي.

وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط الانفعالية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي.

وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط الزوجية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي.

وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط الذاتية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي.

وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط الصحية والعلاجية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي.

وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط المعرفية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي.

وكل هذه النتائج تؤكد فعالية البرنامج العلاجي - المعرفي السلوكي - في خفض الضغوط النفسي لدى النساء العقيمات.

اقتراحات: في ضوء نتائج الدراسة الحالية فإن الباحثة تقترح:

اجراء المزيد من الدراسات والبحوث حول فعالية المنحى العلاجي - المعرفي السلوكي

في خفض الضغوط النفسية لدى عينات كبيرة من الافراد المصابين بالعقم.

ضرورة التكفل النفسي بالمصابين بالعقم أثناء مراحل التشخيص والعلاج لتفادي مختلف الاضطرابات النفسية التي يمكن أن تنجم عنها.

RESUME :

« Efficacité d'un programme de thérapie (cognitive-comportementale) dans la réduction du niveau de stress chez les femmes stériles- Etude para-expérimentale- »

Notre étude intitulée : « Efficacité d'un programme de thérapie (cognitive-comportementale) dans la réduction du niveau de stress chez les femmes stériles- Etude para-expérimentale- », s'est proposée comme :

OBJECTIFS : Vérifier l'efficacité d'un programme de thérapie cognitive-comportementale) dans la réduction du niveau de stress chez les femmes stériles .

METHODOLOGIE :

Méthode expérimentale, précisément une procédure para-expérimentale (un seul groupe), avec une mesure antérieure et postérieure après l'application du programme

L'échantillon principal de la recherche est composé de 20 femmes stériles, qu'ont été choisi intentionnellement et qui présentent des moyennes élevées de stress et parmi ces dernières on a choisi six femmes pour appliquer notre programme thérapeutique sur eux .

OUTILS D'ETUDE :

- Questionnaire de stress (conçu par le chercheur) .
- Programme de thérapie (cognitive_comportementale) (conçu par le chercheur).

Ces outils sont validés selon les caractéristiques psychométriques.

RESULTATS DE L'ETUDE :

- Existence de différence statistiquement significative entre les moyennes de test de stress psychique chez les femmes stériles avant et après l'application du programme en faveur de mesure antérieur.
- Existence de différence statistiquement significative entre les moyennes de dimensions matrimoniale chez les femmes stériles avant et après l'application du programme en faveur de mesure antérieur.
- Existence de différence statistiquement significative entre les moyennes de dimensions sociale chez les femmes stériles avant et après l'application du programme en faveur de mesure antérieur.
- Existence de différence statistiquement significative entre les moyennes de dimensions autonome chez les femmes stériles avant et après l'application du programme en faveur de mesure antérieur.
- Existence de différence statistiquement significative entre les moyennes de dimensions émotionnel chez les femmes stériles avant et après l'application du programme en faveur de mesure antérieur.

- Existence de différence statistiquement significative entre les moyennes de dimensions thérapeutique chez les femmes stériles avant et après l'application du programme en faveur de mesure antérieur.
- *Existence de différence statistiquement significative entre les moyennes de dimensions cognitive chez les femmes stériles avant et après l'application du programme en faveur de mesure antérieur.*

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	المحتوى
	شكر و عرفان
	فهرس الجداول
	ملخص الدراسة
أ	مقدمة
	الفصل التمهيدي: التعريف بالبحث
5	اشكالية البحث وتساؤلاته
9	فرضيات البحث
10	أهمية البحث
11	أهداف البحث
11	المصطلحات الاجرائية للدراسة
13	الدراسات السابقة
	الفصل الاول: العقم
26	مفهوم العقم
29	التكوين التشريحي للجهاز التناسلي عند المرأة
32	أسباب العقم
39	تشخيص العقم
40	علاج العقم
43	المعنى النفسي للانجاب
46	محددات تصور الطفل في المجتمع الجزائري
	الفصل الثاني: الضغوط النفسية
53	مفهوم الضغط النفسي
59	أنواع الضغط النفسي
63	مترتبات الضغط النفسي
66	نماذج ونظريات الضغط النفسي
72	الضغط النفسي والعقم
	الفصل الثالث: العلاج المعرفي السلوكي
78	مفهوم العلاج المعرفي السلوكي
80	الخلفية التاريخية للعلاج المعرفي السلوكي
82	مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
84	أهداف العلاج المعرفي السلوكي
85	مراحل العملية العلاجية
87	الاتجاهات النظرية للعلاج المعرفي السلوكي
118	أهمية العلاج المعرفي السلوكي

120	تقييم عام لنظريات المنحى المعرفي السلوكي
	الفصل الرابع: منهجية البحث والإجراءات الميدانية
125	الدراسة الاستطلاعية
126	الدراسة الأساسية
160	الدراسة الإحصائية
161	صعوبات الدراسة
	الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج
163	عرض النتائج
170	تحليل و مناقشة النتائج
191	مناقشة عامة
	خاتمة
	اقتراحات
	قائمة المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
65	يوضح الاضطرابات الجسدية والنفسية والسلوكية الناتجة عن الضغوط.	01
92	يمثل العلاقة بين المخططات والافتراضات والافكار التلقائية.	02
128	يمثل الشكل التصميمي لمجموعة واحدة.	03
129	يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الاساسية حسب السن، المستوى العلمي، سبب العقم، مدة العقم.	04
135	جدول الضغوط النفسية الخاص بالبعد الزوجي.	05
136	جدول الضغوط النفسية الخاص بالبعد الاجتماعي.	06
136	جدول الضغوط النفسية الخاص بالبعد الانفعالي.	07
136	جدول الضغوط النفسية الخاص بالبعد الذاتي.	08
137	جدول الضغوط النفسية الخاص بالبعد العلاجي والصحي.	09
137	جدول الضغوط النفسية الخاص بالبعد المعرفي.	10
138	جدول خاص بنتائج اختبارا (ت) لاستبيان الضغوط النفسية لدى النساء العقيمات.	11
138	يوضح معامل ألفا كرومباخ للاستبيان ككل.	12
150	يوضح جلست البرنامج العلاجي الاساسية.	13
159	يوضح استمارة التقييم الذاتي للبرنامج من طرف المشاركات فيه.	14
163	يمثل دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة في متوسطات درجات استبيان الضغوط النفسية.	15
164	يمثل دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة في متوسطات درجات بعد الضغوط الزوجية.	16
165	يمثل دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة في متوسطات درجات بعد الضغوط الاجتماعية.	17
166	يمثل دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة في متوسطات درجات بعد الضغوط الذاتية.	18
167	يمثل دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة في متوسطات درجات بعد الضغوط الانفعالية.	19
168	يمثل دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة في متوسطات درجات بعد الضغوط الصحية العلاجية.	20
169	يمثل دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة في متوسطات درجات بعد الضغوط المعرفية.	21

مقدمة

مقدمة:

في هذا الكون الشاسع خلق الله عز وجل عدة كينونات لا يمكن لها أن تستمر إلا إذا تعارفت وتآلفت، ومن كل هذا يمكن لنا أن نقول بأن أزلية الكون هي في الإنسان في تواصله واستمراره خليفة وحاملا لبذور الخصب التي لا بد لها أن تثمر، غير أننا قد نجد في بعض الحالات بذورا لا يمكن لها أن تزهر أو تثمر رغم ما تحمله من عبق الحياة وهذه سنة الله في خلقه الذي فتح أبواب التدافع نحو تحقيق الغايات والأهداف، وجعل من أصل الأصل (الطين) نسلا يسعى ليستمر ويعمر.

والطريقة المثلى لتحقيق هذا الاستمرار هي الارتباط بين ثنائية الكون المختلفة والمتجاذبة، وغاية ذلك هي إحداث التوافق بكل معانيه ودلالاته، إذ أن ثنائية التكوين (الرجل والمرأة) التي هي حلقة الأساس في كل هذا وترابطهما هو أهم لبنة لرسالة الاستمرار التي قد تكون عند الكثيرين ولكن قد نجد بعضهم يفتقد ذلك، وبالتالي لا يمكن له أن يحقق هذا الاستمرار الذي يؤدي بدوره إلى ردود فعل نفسية وصحية واجتماعية عديدة.

وإذا كان الإنجاب هو غاية الغايات في الترابط خليفة واستمرارية وتعبيرا عن تحقيق الكينونة، فإن غياب الإنجاب وانعدامه هو بداية لحياة المتاعب بسبب ما يلاقيه العقيم من ضغوط جراء العمليات التشخيصية، العلاجية، بالإضافة إلى الضغط الاجتماعي خاصة في ظل هذه المنظومة الاجتماعية التي تقدر الإنجاب...، وتزداد هذه الضغوط خاصة عند المرأة فهي المعنية الأولى بهذا الأمر فهي من جهة تعتبر المسؤولة في نظر المجتمع عن هذه الوضعية ومن جهة ثانية هناك رغبة داخلية لإنجاب طفل فمن خلال الحمل حسب بكاش (Becache, 1987) يتم وضع النقطة النهائية في التطور النفسي الجنسي للمرأة كدليل قطعي مختص بجنسيتها وهويتها كأنثى.

و في نفس السياق توضح كلين (klein) أن رغبة المرأة في الحمل ينظر إليها على أنها الرغبة والمسرة التي تستمد منها القوة والتفاخر والتعبير عن إحساسها بالكمال، وإيجاد ذاتيتها، لخوفها من تخلي زوجها عليها وهذا يجعلها ترتاب من مستقبلها وتعيش في قلق وضغط.

وهذا يؤثر على استقرارها النفسي، ولقد اتفق جل الباحثين على تسمية الضغط بالقاتل الصامت لما يخلفه من آثار جسدية ونفسية واستنزاف للطاقة وتدميرها، ومن هنا كان لزاما على الباحثين تجاوز طور الوصف والتحليل إلى ما بعده من التدخل بكل مستوياته، سواء على المستوى العلاجي أو المستوى الوقائي أو الإنمائي، حيث يتنوع استعمال هذا التدخل من الجلسات الطويلة إلى الاستشارات السريعة، ومن التدخل الفردي إلى التدخل الجماعي، وينبثق من العلاج الجماعي ما يسمى بالبرامج العلاجية والتي تعرف بأنها برامج متخصصة منظمة في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات العلاجية المباشرة وغير المباشرة بهدف تحقيق الصحة النفسية. وبما أن جل الدراسات أكدت على معاناة النساء العقيمات من ضغوط مختلفة، وانطلاقا من أن العلاج النفسي علم يترجم مفرداته وأطروحاته النظرية إلى تطبيقات وإجراءات عملية فعالة يحتاجها المجتمع في سياق ظروف ومتغيرات متعددة تفترض وجود أفراد لديهم من المهارات والقدرات والسمات ما يؤهلهم للتعايش مع تلك المتغيرات جاءت إمكانية تدريب مرتفعي الضغوط على خفضها، وهذا ما دفع الباحثة إلى المضي قدما في تصميم برنامج علاجي لخفض الضغوط النفسية عند النساء العقيمات، ناهيك عن رغبتها في تجاوز مرحلة الوصف والتحليل إلى مرحلة التطبيق الميداني للبرنامج المصمم على عينة من النساء العقيمات مرتفعات الضغوط.

ولمعالجة هذا الموضوع تم تناوله في شقيه النظري والميداني كما يلي:

الجانب النظري شمل أربعة فصول تتمثل في: الفصل التمهيدي: التعريف بالبحث ثم

الفصل الاول: العقم يتضمن: مفهوم العقم، أسبابه، تشخيصه، علاجه، المعنى النفسي

للإنجاب، وأخيرا محددات تواجد الطفل في المجتمع الجزائري، ثم الفصل الثاني: الضغط النفسي ويتضمن المفهوم، الأنواع، المترتبات، نماذج ونظريات مفسرة للضغط، وأخير علاقة العقم بالضغط.

والفصل الأخير في الجانب النظري هو العلاج المعرفي السلوكي ويحتوي على مفهوم العلاج النفسي، الخلفية التاريخية، الأهداف، مراحل العملية العلاجية، مبادئ العلاج المعرفي السلوكي، الاتجاهات النظرية، الأهمية، وأخير تقييم عام لمنحى العلاج المعرفي السلوكي.

أما الجانب الميداني فيشمل ثلاث فصول وهي: منهجية البحث و الاجراءات الميدانية، عرض نتائج الدراسة، تفسير ومناقشة نتائج الدراسة، ثم مناقشة عامة للنتائج كما تضمنت الدراسة اقتراحات لبحوث مستقبلية.

الفصل التمهيدي: التعريف بالبحث

1- إشكالية الدراسة

2- فرضيات الدراسة

3- أهمية الدراسة

4- أهداف الدراسة

5- تحديد المصطلحات الاجرائية للدراسة

6- الدراسات السابقة

1- إشكالية الدراسة:

إن الزواج في المجتمعات العربية بما فيها المجتمع الجزائري لا يكون كاملاً إلا إذا كان خصباً. فعادة ما يبقى الزوجان محط اهتمام المحيط إلى حين حدوث الحمل مما يدفعنا للقول إن الحمل "الذي يعني وجود طفل" في الأسر الجزائرية ليس بالمسألة الشخصية التي تخص الزوجين فقط، العادات، التقاليد، القيم والخطاب الاجتماعي يجعل من تواجد الطفل في الأسرة الجزائرية مسألة اجتماعية تتجاوز الزوجين وتعطيه بعداً مهماً عادة ما يبدأ قبل الزواج ذاته. مريم درقيني تشرح هذا البعد بالقول "إن الطفل مسجل في المشروع الضروري للوالدين فهو موجود في تصورهما حتى قبل أن يحل في الأسرة، كل هذا (التفكير في الطفل) لا يبدأ بالزواج بل ينتهي به" أي أن الهدف الأساسي من مشروع الزواج في المجتمع الجزائري هو الأطفال (بن علي، 2009، 117).

وعليه يعد الإنجاب في مؤسسة الزواج عاملاً أساسياً في إحداث الرضا الزوجي من خلال إثبات جدارة الذكورة والأنوثة في ظل ممارسة الوظيفة الوالدية ذات الأهمية النفسية على المستوى الشخصي، والأهمية الاعتبارية على المستوى الاجتماعي. فالإنجاب والقدرة عليه هو دليل جدارة الهوية الجنسية وهي حالة استكمال مقومات الكيان الراشد والعبور إلى التقدير والاعتراف على المستوى الاجتماعي باكتمال الشخصية. (حجازي، 2000، 27) خاصة بالنسبة للمرأة.

و تبين راجية بن علي (2009) أن المرأة في المجتمع الجزائري وكذا المجتمعات الإسلامية تستثمر دورها الإنجابي الذي يضمن لها بالنسبة للمقربين وللمجتمع أعلى مكانة قد تكتسبها "مكانة الزوجة ومن خلالها مكانة الأم". فمباشرة بعد الزواج بشهور تنتظر أن تصبح أما لتتم العقد الذي من أجله طلبت للزواج: أي تملأ بيتها وتزيد من عدد أفراد أسرة زوجها. بالمقابل تحصل هي على أعلى وأرفع مكانة يمكن أن تعطيها المرأة في المجتمعات الأبوسية خلال حياتها ككل (أن تكون أما). ولعل هذا ما يشرح لماذا يعتبر الزواج بالنسبة للكثير من

النساء أو الفتيات مجرد مرحلة مؤقتة ينتظرن من خلالها مرحلة أخرى أكثر ثباتاً واستقراراً: مرحلة الأمومة.

فالحمل إذن يضع النقطة النهائية في التطور النفسي والجنسي للمرأة كدليل قطعي (خاص) بجنسيتها وهويتها كامرأة (Beacache, 1987, 6). لكن قد تحدث معوقات وأسباب تحول دون تمتع الزوجة بوظيفة الأمومة كالإصابة بالعمق الذي يعرف على أنه "عدم حدوث الحمل بعد سنة من الزواج دون استعمال موانع الحمل" (الصواف، 2004، 203) حيث يحتاج زوج واحد من أصل ستة أزواج مراجعة أخصائي العمق خلال فترة الزواج على المستوى العالمي و10 من مائة على المستوى المحلي (الجمعية الجزائرية للتنظيم العائلي، 2007).

و ترى سبني (2006) أن هذا المرض تختلف طبيعة عن كثير من الأمراض الأخرى في أنه عادة لا يسبب ألماً عضوياً ولكنه يورث جرحاً نفسياً ووجعاً اجتماعياً عميقاً لما تحتويه أعراضه من يأس وحزن وإحباط. إذ لتشخيص العمق بحد ذاته وقع نفسي كبير يشبه ردود الفعل الناتجة عن موت أحد الأقرباء وغير ذلك من تجارب فقدان أو الحداد. وفي هذا السياق يقول هربوت (Hurbot) "بما أن الفرد وحدة نفسية وجسدية متكاملة فهناك عدة انعكاسات للعمق على معاش الزوج العقيم، قد يؤدي الخوف من العمق أو بالأحرى التأكد من هذا الخوف إلى مشاعر فقدان في كل معانيها النفسية، فالزوج يفقد شخص ليس له بعد أي وجود ملموس، ولكنه مستمر رمزياً بصورة كبيرة ويفقد كذلك الأمل في الأبوة والأمومة ويفقد الفرد إحساسه بأنه شخص عادي، وعند المرأة عادة ما يقترب هذا الفقدان الرمزي بفقدان ملموس كفقدان الأمل في الإنجاب الذي يتكرر مع كل دورة طمثية جديدة".

كما أن مشاعر فقدان هذه تؤدي إلى استجابات اكتئابيه يصحبها شعور بالذنب وعقلنة ملازمة لكل ما له علاقة بالخصوبة، هذه الاستجابات الاكتئابية قد تكون خطيرة في بعض الحالات. وبما أن قدر المرأة العربية ومصيرها حسب مالك شبال (Chebel, 1993)

مرتبط بما يعطيه رحمها فان هذا الارتباط بالإضافة إلى الإحساس بالفقدان والصيغة الاجتماعية المعطاة للإنجاب وما ينجر عنها يجعل المرأة العقيم تعيش ضغوطات دائمة ومختلفة.

هذه الأخيرة تعرف على أنها أي "توتر أو إجهاد أو عائق يتسبب في اضطرابات بالنسبة لوظائف الكائن الحي كالتعرض للإحباط والحرمان والصراع وهذا ما يتطلب استخدام أساليب الدفاع النفسي". (NewEncyclopedia Britannica, 1974, 612).

وتعرف أيضا بأنها مترتبات عمليات التقدير لدى الفرد، وكذا تقييم ما إذا كانت مصادر الفرد تكيفية للوفاء بالمتطلبات المفروضة عليه من بيئته أم لا. ويؤكد (ليبلم Leiblum, 1984) أن العقم يعد من أهم الوضعيات المثيرة للضغط التي يمكن أن يعيشها الزوجان. وبما أن المرأة لا تستطيع أن تلبّي رغبتها، وكذا متطلبات بيئتها بأن تشارك عن طريق الإنجاب في عمل جماعي قائم مسبقا، وهو استمرارية ودوام الجماعة بكل أبعادها فهذا يدفعها لتعيش ضغوط مختلفة أما خوفا من الطلاق أو تعدد الزوجات أو العيش بلقب عاقر طوال حياتها. وهذا ما خلصت له عباسي زهرة في دراستها حول أسباب الطلاق في الجزائر، إذ وجدت أن العقم يعتبر من الدواعي الأولى لتطليق المرأة حتى وإن تقدمت في السن. (عطار، 2008، 59).

العقم يزج بالمرأة أيضا في رحلة شاقة مع العلاج ابتداء من التحاليل والأشعة مرورا إلى الأدوية والتلقيح، وقد يحدث أن يفشل هذا العلاج فيزيد من حدة الضغط، وهذا ما يوضحه (مولر Moller) من خلال دراسته حيث يقول بأن الإحساس بعدم القدرة على السيطرة على الوضعية العلاجية يؤدي إلى زيادة الضغط وارتفاع القلق خاصة بعد فشل الأدوية. (Strohbach, 2007, p16). وفي نفس الاتجاه يقول لينين (Lenin, 1997) أنه بالرغم من التقدم الطبي والتكنولوجي الذي يعطي الأمل للأزواج إلا أن العلاج يتطلب جهدا عقليا وعاطفيا كبيرا، مما يسبب التعب والضغط وفقدان الخصوصية الزوجية بالإضافة إلى

أن بعض الأدوية لها آثار جانبية كإنخفاض الرغبة الجنسية، عدم استقرار المزاج، القلق، الأرق، النشاط الوجداني... (Boronz, 2000, 122)، ناهيك عن التكاليف المادية وما يترتب عنها.

وتلخص دراسة شيبيا (Chiba) التي قام بها على المئات من النساء مجمل ما قلناه من أن الضغط النفسي يرتبط في بداية الأمر بعقدة النقص الجسدي، وانخفاض تقدير الذات ثم يتحول ويصبح ضغطاً أساسياً راجع إلى نظرة العائلة والآخرين، والشعور بالخسارة الغير مفسرة بسبب العقم. (E Lavielle, 2012, 1).

لذلك كان من الضروري الالتفات إلى هذه الفئة، خاصة إذا علمنا أن درجة الاهتمام والتكفل بالمصابين بالعقم دفع الفرنسيين في 2010 إلى سن قانون يقضي بإجبارية التكفل النفسي بهذه الشريحة. وفي ظل النقص - الواضح حسب علم الطالبة- لمثل هذه الدراسات على المستوى العربي بشكل عام والجزائري بشكل خاص جاءت هذه الدراسة بهدف توفير التكفل النفسي بها من خلال بناء وتطبيق برنامج معرفي سلوكي قائم على تعليم وتدريب النساء اللاتي يعانين من العقم فنيات وتقنيات تساعدن في خفض الضغوط النفسية، والتحكم بها. اختيار المنحى العلاجي المعرفي السلوكي جاء نتيجة فعاليته في خفض الضغوط النفسية بشكل عام، وهذا ما أكدته معظم الدراسات مثل: دراسة (Jacob. et al, 2007, 2010, Stiel et al).

وبالتالي سنحاول من خلال هذه الدراسة تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي، واختبار فعاليته وهذا بالإجابة عن التساؤل الرئيسي التالي: - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات استبيان الضغوط النفسية لدى النساء العقيمات قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي؟.

و التساؤلات الفرعية التالية:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الضغوط الزوجية لدى النساء العقيمات قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي؟.
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الضغوط الاجتماعية لدى النساء العقيمات قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي؟.
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الضغوط الذاتية لدى النساء العقيمات قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي؟.
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الضغوط الصحية والعلاجية لدى النساء العقيمات قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي؟.
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الضغوط الانفعالية لدى النساء العقيم قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي؟.
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الضغوط المعرفية لدى النساء العقيمات قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي؟.

2- فرضيات الدراسة:

- 2-1- الفرضية العامة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استبيان الضغوط النفسية لدى النساء العقيمات قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي.

2-2- الفرضيات الجزئية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الضغوط الزوجية لدى النساء العقيمات قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الضغوط الاجتماعية لدى النساء العقيمات قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الضغوط الذاتية لدى النساء العقيمات قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الضغوط الانفعالية لدى النساء العقيمات قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الضغوط الصحية والعلاجية لدى النساء العقيمات قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الضغوط المعرفية لدى النساء العقيمات قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي.

3- أهمية الدراسة:

تستمد هذه الدراسة أهميتها من طبيعة الموضوع الذي نتناوله من جهة ومن جهة ثانية من نوع المشكلات التي نطرحها للتمحيص والتقصي، وعليه يمكن حصر أهمية بحثنا في ما يلي:

- أن هذه الدراسة تعدت مرحلة وصف العلاقة بين العقم والضغوط النفسية إلى مرحلة التجريب من خلال تصميم برنامج علاجي بتقنيات مختلفة معرفية سلوكية، ومن ثم اختبار فعاليته في خفض الضغوط النفسية لدى النساء العقيمات.
- إثراء المعرفة العلمية وزيادة الرصيد النظري وهذا بتسليط الضوء على موضوع الضغوط النفسية الناتجة عن العقم خاصة مع ندرة الدراسات العربية في هذا الاتجاه حسب علم الطالبة.
- تزويد المستشفيات والعيادات الخاصة بهذا البرنامج العلاجي للتكفل بهذه الشريحة الهامة من النساء خاصة مع تزايد نسب العقم.

4- أهداف الدراسة:

- تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض الضغوط النفسية لدى النساء العقيمات.
- اختبار فعالية هذا البرنامج العلاجي المصمم في خفض الضغوط النفسية.
- تصميم استبيان لقياس الضغوط النفسية لدى النساء العقيمات.
- معرفة هل للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المصمم أثر إيجابي في خفض الضغوط (الزواجية، الاجتماعية، الذاتية، الانفعالية، الصحية والعلاجية، والمعرفية).

5- المصطلحات الإجرائية للدراسة:

سنحاول توضيح بعض المفاهيم التي وردت في الدراسة وهي:

5-1- الفاعلية: تستخدم لوصف فعل معين وتحديد أكثر الوسائل قدرة على تحقيق هدف، كما تعرف بأنها القدرة على تحقيق النتيجة المقصودة طبقا لمعايير محددة مسبقا، وتزداد الكفاءة أو الفاعلية كلما أمكن تحقيق النتيجة تحقيقا كاملا. (بدوي، 1982، 128).

وفي الدراسة الحالية مدى قدرة البرنامج المقترح على تحقيق الأهداف المسطرة مسبقا والمتمثلة في تخفيف الضغوط النفسية لدى عينة الدراسة.

إجرائيا: هي قدرة البرنامج العلاجي على خفض درجات النساء العقيمات على استبيان الضغوط النفسية.

5-2- البرنامج العلاجي: على أنه مجموعة من الخطوات المخططة والمنظمة تستند في أساسها على نظريات ومبادئ العلاج النفسي، وتتضمن مجموعة من المعلومات والخبرات والمهارات والأنشطة المختلفة والتي تقدم للأفراد خلال فترة زمنية محددة بهدف مساعدتهم

على تعديل سلوكياتهم وإكسابهم سلوكيات ومهارات جديدة تؤدي إلى تحقيق التوافق النفسي وتساعدهم في التغلب على المشكلات التي يعانون منها. (حسين، 2008، 283).

وعموما فإن الأساليب المعرفية السلوكية هي إجراءات تهدف إلى إيصال الفرد لحالة الاستبصار بأسباب المشكلة لديه وتعليمه الاستراتيجيات اللازمة للتعامل مع الاضطراب، بحيث تصبح جزءا من ذخيرته السلوكية على شكل أبنية معرفية، وتوظف لهذا الغرض العديد من الأساليب التي وضعتها النظرية المعرفية السلوكية. (مقدادي، 2008، 279).

إجرائيا: هو برنامج نفسي تعليمي وتدريبى منظم في ضوء أسس وفنيات العلاج المعرفي السلوكي لكل من بيك، ومكينبوم، ويتم من خلال مواقف تعليمية وتدريبية جماعية، يتم فيها تدريب النساء العقيمات مرتفعات الضغوط (أفراد العينة) على بعض الفنيات المعرفية، الانفعالية، والسلوكية (كالتدريب التحصيلي ضد الضغوط، الاسترخاء، مناقشة الحوار الداخلي، إعادة البناء المعرفي، حل المشكلات، التخيل البصري... الخ). باستخدام أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية، أضيف إلى ذلك أسلوب الأنشطة المنزلية ليكون هناك ربط بين ما يحدث في الجلسات بالواقع من أجل التخفيف من حدة الضغوط التي يعانون منها. (أنظر الملحق رقم 04).

5-3- الضغوط النفسية: لقد عرفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي الضغوط النفسية على "أنها حرمان يثقل كاهل الفرد نتيجة لمروره بخبرة غير مريحة كالمرض المزمن أو فقدان المهنة أو الصراع الزوجي". (بن سمير، 2004، 9).

ويعرف كوكس ومكاي (Cox, Mackay) الضغط النفسي "بأنه ظاهرة تنشأ من مقارنة الشخص للمتطلبات التي تطلب منه وقدرته على مواجهة هذه المتطلبات، وعندما يحدث اختلال أو عدم توازن في الآليات الدفاعية الهامة لدى الشخص وعدم التحكم فيها أي الاستسلام للأمر الواقع يحدث الضغط، وتظهر الاستجابات الخاصة به، وتدل محاولات

الشخص لمواجهته في كلتا الناحيتين النفسية والفيزيولوجية المتضمنة حيل سيكولوجية ووجدانية على حضور الضغط".

ويعرفه شاندر (Chadler, 1984) "على أنه حالة من التوتر العاطفي تنشأ من الحالة المرضية أو من أحداث الحياة المرضية". (توفيق، 1999، 20).

إجرائياً: يعرف الضغط النفسي بأنه الدرجة التي تحصل عليها المرأة العقيم من خلال استجاباتها على فقرات استبيان الضغوط النفسية المعد لأغراض البحث.

6- الدراسات السابقة:

6-1- الدراسات الأجنبية:

6-1-1- دراسة آن ماري مونقران Anne Marie Mongrain (2000):

استراتيجيات التكيف والضبط النفسي عند الأزواج العقيمين، جامعة لافال Laval، كندا.

هدفت الدراسة للكشف عن العلاقة بين استراتيجيات التكيف والضبط النفسي والزواجي أثناء مراحل التشخيص والعلاج عند الأزواج، وايضا معرفة تطور العلاقة مع الزمن للكشف عن الاستراتيجيات الأكثر توظيفا، والأكثر إرضاءا عند الأزواج في طور التشخيص والعلاج، وفحص تأثير بعض المتغيرات مثل الجنس ومصدر العقم على العلاقة بين استراتيجيات التكيف والضبط النفسي والزواجي.

تتكون عينة الدراسة من 121 فرد أي 56 زوج منهم 49 زوج يعانون من عقم أولي و 7 من عقم ثانوي، متوسط مدة الزواج خمسة سنوات، والمتوسط العمري للنساء هو 30 سنة أما الرجال فهو 32 سنة، أما مدة العقم فهي تتراوح بين 26 شهر إلى غاية 38 شهر، أما بالنسبة لمصدر العقم فنجد 55 بالمئة نساء، 20 بالمئة رجال، 5 بالمئة مختلط، 20 بالمئة غير معروف السبب.

تمت هذه الدراسة في مستشفى مونتريال في عيادة العقم Saint Luc على ثلاث مراحل، حيث تم توزيع بطارية الأسئلة في بداية الفحص ثم بعد مرور 6 أشهر ثم بعد سنة. تتمثل هذه البطارية في استبيان المعلومات السوسيو. ديموغرافية، مقياس الأعراض السيكاترية، مقياس الضبط النفسي الاجتماعي، مقياس استراتيجيات المواجهة.

وكانت نتائج الدراسة كما يلي:

- الأزواج الذين يستخدمون استراتيجيات متمركزة حول العمل - التجنب لديهم ضبط نفسو - اجتماعي مقارنة بباقي الأزواج.
- الأزواج الذين يستخدمون استراتيجيات متمركزة حول العمل - الانفعال لديهم ضبط نفسو. اجتماعي أقل من باقي الأزواج الآخرين.
- النساء لديهن درجات مرتفعة من الكرب النفسي مقارنة بالرجال.
- الأزواج الذين يعانون من عقم أولي يتميزون برضا زواجي أكبر ممن يعانون من عقم ثانوي.
- العلاقة بين استخدام استراتيجيات المواجهة والضبط النفسي اجتماعي لم يتغير عبر الزمن (بداية الفحص، بعد 6 أشهر، بعد سنة).
- الأزواج الذين يعانون من عقم غير معروف السبب لديهم رضا زواجي أقل من غيرهم.

6-1-2- دراسة كاسيل Cassill (2002) : أثر فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في زيادة نسب الحمل لدى المصابين بالعقم.

هدفت الدراسة للكشف عن فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في رفع نسب الحمل أثناء العلاج الطبي لدى المصابات بالعقم، وطبقت الدراسة على عينة عددها 73 امرأة يعانين من العقم منذ سنتين ويتابعن العلاج الطبي. حيث قسمت العينة إلى ثلاث مجموعات 47 امرأة

تعرضن للعلاج المعرفي السلوكي، و48 تعرضن للعلاج عن طريق مجموعات المواجهة (التركيز حول استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل).

وكلاهما في المجموعة التجريبية أما المجموعة الضابطة فكان عددها 25 امرأة، وكانت النتائج كالتالي: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في نسب الحمل حيث لوحظ ارتفاع نسبة الحمل بشكل دال وموجب لدى النساء اللاتي خضعن للعلاج المعرفي السلوكي أي تم التكفل النفسي بهن مقارنة بالأخريات.

3-1-6- دراسة سيلين فويدار Celine Foidart وايزابل روسكام Isabelle Roskam (2005) جامعة كاثوليك لوفان Catholique de Louvain:

دور أو تأثير خلايا الانصات أثناء العلاج عن طريق التلقيح الاصطناعي على الأفراد الذين يعانون من العقم. وقد هدفت الدراسة لمعرفة أهمية خلايا الانصات التي وضعت في خدمة المصابين بالعقم أثناء العلاج بالتلقيح الاصطناعي. وأيضاً وصف المعاش النفسي للأفراد الذين يعانون من العقم بعد فشل العلاج الطبي والكشف عن استراتيجيات المواجهة المستخدمة في مثل هذه الوضعية.

وكانت فرضية الدراسة هي أن الأفراد العقيمين المشاركين في خلايا الانصات أقل اكتئاباً ويستخدمون استراتيجيات مواجهة متمركزة حول المشكل مقارنة بغير المشاركين في هذه الخلايا من الأفراد المصابين بالعقم أثناء فترة العلاج.

عينة الدراسة تتكون من 20 فرد حيث قسمت إلى نصفين عشرة أفراد يعالجون العقم عن طريق التلقيح الاصطناعي لكن لا يشاركون في خلايا الاستماع، وعشرة أفراد يعالجون العقم عن طريق التلقيح الاصطناعي ويشاركون في خلايا الانصات.

واستخدمت الدراسة مجموعة من المقاييس تتمثل في: مقياس الاكتئاب (لزانك ودورهام Zung et Durham) ومقياس استراتيجيات المواجهة (لكوسون Cousson)، بالإضافة إلى إجراء مقابلات نصف موجهة.

كانت نتائج الدراسة كما يلي:

- لا توجد فروق بين المجموعتين في استخدام استراتيجيات المواجهة.
- كل الافراد المصابين بالعمق في المجموعتين يعانون من الاكتئاب يتراوح بين الخفيف والمتوسط. لكن أفراد المجموعة المشاركة في خلايا الانصات أقل اكتئاباً من غير المشاركين.
- لا يوجد ارتباط بين استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل أو الانفعال وحالة الاكتئاب التي يعاني منها افراد العينة.
- وجود فروق بين الجنسين في درجات الاكتئاب حيث أظهرت النتائج أن النساء أكثر اكتئاباً من الرجال.

أما نتائج المقابلات النصف موجهة فقد أظهرت أن الأفراد المشاركين في خلايا الانصات أقل ثقة بأهاليهم وهذا يعني نقص الدعم الاجتماعي وهذا يدفعهم للمشاركة في مثل هذه الخلايا، وأن الرجال عموماً يشاركون في مثل هذه الخلايا لدعم زوجاتهم فقط.

6-1-4- دراسة كوهرت Cohorte (2005). معهد الصحة العمومية جامعة كارديف Cardiff، كوبنهاجن، الدانمارك:

التواصل والتكيف النفسو- اجتماعي كمتنبئين للضغط الناتج عن مشكل العمق.

هدفت الدراسة للكشف عن استراتيجيات المواجهة واستراتيجيات التواصل كمتنبئات للضغط الناتج عن مشكل العمق، وهي دراسة طويلة تمت على عينة كبيرة تضم 816 بين الذكور والإناث لم ينجح معهم العلاج منذ بدايته لمدة 12 شهراً واستخدمت مجموعة من

المقاييس تتمثل في: مقياس استراتيجيات المواجهة، مقياس للتواصل، مقياس لمشكل العقم، وأظهرت النتائج ما يلي:

- استراتيجيات التجنب كمتنبئ دال عن وجود الضغط الناتج عن العقم لدى الجنسين (نساء، رجال).

- صعوبات التواصل بين الأزواج متنبئ قوي عن مشكل العقم.

أما بالنسبة لمجالات التواصل أظهرت النتائج أن استعمال المواجهة وجه لوجه عند الرجال في المجال المدني هي متنبئ ضعيف عن وجود ضغط ناتج عن العقم.

- بالنسبة للنساء الاستعمال المتوسط أو المرتفع المركز حول البحث عن التكيف هو متنبئ ضعيف عن الضغط الناتج عن مشكل العقم في المجال الشخصي والزواجي.

وكانت أهم التوصيات هي التكفل النفسي بالمصابين بالعقم أثناء فترات العلاج خاصة بعد إيضاح مجالات التكفل.

6-1-5- دراسة لوفن Louven وآخرون. (2010). في المركز الجامعي بلقيوم Beligum، هولندا:

النتبؤ بالضغط النفسي لدى المصابين بالعقم أثناء العلاج عن طريق التلقيح الاصطناعي وعلاقته بالخصائص النفسية العامة و الخاصة.

هدفت الدراسة للكشف عن الخصائص النفسية العامة والخاصة كمتنبئ للضغط

النفسي الناتج عن العقم، وكانت عينة الدراسة كبيرة تتمثل في 208 مصاب بالعقم، 106 نساء و 102 رجال طبقت عليهم المقاييس التالية: مقياس استراتيجيات المواجهة، مقياس آثار خبرة العقم، مقياس الضغط المرتبط بالعقم، مقياس الضغط العام، مقياس لخصائص الشخصية.

وأظهرت النتائج ما يلي:

- أن كلا من استراتيجيات المواجهة السلبية والنقد الذاتي والتبعية هي متنبئات عن وجود ضغط ناتج عن العقم.
- ارتفاع الضغط النفسي الخاص بمشكلة العقم لدى المصابين بالعقم.

ارتفاع الضغط النفسي العام لدى المصابين بالعقم، وهي حسب الباحث متنبئات دالة على وجود الضغط الناتج عن العقم.

6-1-6- دراسة لمحجوبه فاليانى Mahboubeh Valiani وآخرونز. (2010)، بعيادة العقم بأصفهان:

فعالية تقنية الاسترخاء في خفض الضغط النفسي عند النساء العقيمات.

هدفت هذه الدراسة للكشف عن مدى فعالية تقنية الاسترخاء في خفض الضغوط النفسية الناجمة عن العقم عند أفراد العينة. و كان العدد الكلي للعينة 76 امرأة قسمت إلى مجموعتين بطريقة عشوائية (مجموعة تجريبية، مجموعة ضابطة) يتراوح عمرهن بين 18 و35 سنة ومدة الزواج تتراوح بين سنة إلى أربع سنوات. يعانين من عقم أولي ويخضعن للعلاج عن طريق التلقيح الاصطناعي.

واستخدمت هذه الدراسة مقياس الضغط النفسي (لنيوتن Newton)، واستبيان المعلومات الأولية وطبق الباحثون على العينة التجريبية تقنية الاسترخاء (لجاكسون Djakbson)، وطريقة التخيل العقلي (لبانسون Benson) خلال 12 جلسة علاجية مع إجراء القياس القبلي والبعدي للضغط النفسي.

وكانت نتائج الدراسة كما يلي:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية. بمعنى هناك فعالية عالية لتقنية الاسترخاء في خفض الضغوط النفسية لدى النساء العقيمات.

ولقد خرجت الدراسة بتوصيات أهمها ضرورة استخدام تقنية الاسترخاء للنساء العقيمات لخفض الضغوط النفسية التي يعانين منها.

6-1-1- دراسة إيفانس ماري Evans Mary (2011)، فرنسا:

المعاش النفسي للنساء العقيمات في مرحلة انتظار تلقي البويضات الملقحة أثناء العلاج بالتلقيح الاصطناعي.

هدفت الدراسة لمعرفة المعاش النفسي للنساء العقيمات و تحديدا للنساء الحاضنات للبويضات الملقحة. ومعرفة الفروق بين أفراد العينة في المقاييس المطبقة أثناء مختلف مراحل العلاج.

والمنهج المستخدم في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي. وتتمثل أهم الأدوات التي تم الاعتماد عليها في هذه الدراسة هي: بطارية تضم سبعة استبيانات منها: استبيان يضم معلومات أولية: العمر، عدد سنوات الزواج، أسباب العقم، عدد مرات تلقي التلقيح الاصطناعي، مقياس الاكتئاب لبيك، مقياس القلق حالة، استبيان ردود الفعل الانفعالية اتجاه العقم، استبيان المراقبة الذاتية، مقياس نوعية الحياة، مقياس هولمز وراه.

أما عينة الدراسة فكان عددها الكلي 79 تضم المجموعة الأولى 10 نساء عقيمات في انتظار تلقي البويضات الملقحة أو النساء الحاضنات، والمجموعة الثانية تضم 34 امرأة

عقيم في مرحلة العلاج عن طريق التلقيح الاصطناعي للمرة الأولى، أما المجموعة الثالثة تضم 39 امرأة عقيم في مرحلة العلاج عن طريق التلقيح الاصطناعي لأكثر من مرة.

كانت نتائج الدراسة كما يلي: بالنسبة للعوامل الديمغرافية النساء الحاضنات للبويضة الملقحة أكثر عمرا عن باقي أفراد العينة.

- أظهرت المجموعات الثلاث مستوى من الاكتئاب البسيط دون وجود فروق دالة بينهم على مقياس الاكتئاب.
- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعات في مقياس هولمز للأحداث الضاغطة.
- وجود آثار خبرة العقم كمتنبئ دال على وجود الضغط النفسي لدى المصابات بالعقم.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس القلق حالة لصالح النساء الحاضنات بحيث أظهرت جميع النساء العقيمات درجات عالية من القلق لكن النساء الحاضنات تحصلن على درجات مرضية (أكثر من 40) ويرى الباحث أن هذا راجع للضغط النفسي الذي يعيشه.
- أظهرت كل المجموعات معاش انفعالي سلبي وهذا حسب الباحث مرتبط بالعقم ويفسره وجود القلق والاكتئاب عند كل أفراد العينة.
- عدم وجود فروق دالة بين المجموعات في استبيان الضبط الذاتي.
- عدم وجود فروق دالة في استبيان جودة الحياة وأظهرت كل المجموعات: إحساس دائم بالتعب ونقص النشاط، اضطرابات في العلاقات الاجتماعية، محدودية المشاعر والأنشطة اليومية وهذا تفسره الأعراض الاكتئابية التي أظهرتها المجموعات حسب الباحث.

وقد خرجت الدراسة التي أجريت بمستشفى (Francois- Rabelais) فرونسوا (فرونسوا) بمجموعة من التوصيات أهمها ضرورة التكفل والعناية النفسية بالنساء العقيمات وقد أصبح هذا الأمر إلزاماً في فرنسا من خلال القانون الذي تم إصداره في 3 أوت 2010

6-2- الدراسات العربية:

6-2-1- دراسة أريج عبد الله، رسالة ماجستير جامعة محمد بن سعود الإسلامية:

علاقة فاعلية الذات باستراتيجيات المواجهة لدى النساء السعوديات غير المنجبات.

هدفت الدراسة للكشف عن علاقة فاعلية الذات باستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى النساء السعوديات غير المنجبات وأبرز تلك الاستراتيجيات، والكشف عن الفرق بين مرتفعي فاعلية الذات ومنخفضي فاعلية الذات في استراتيجية مواجهة الضغوط، وذلك في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية والشخصية (المستوى التعليمي، العمر). حيث طبقت الدراسة على عينة من النساء غير المنجبات بحيث بلغ عدد العينة 56 سيدة، وكانت نتائج الدراسة كما يلي: الاستراتيجية الدينية من أبرز الاستراتيجيات التي تستخدمها النساء غير المنجبات تليها استراتيجية حل المشكلات واستراتيجية التخطيط، ثم تأتي استراتيجية الضبط الذاتي تليها استراتيجية المواجهة النشطة، واستراتيجية لوم الذات وتأتي استراتيجية المساندة الاجتماعية في المرتبة السابعة تليها استراتيجية التجنب والهروب، ثم استراتيجية التقبل السلبي، وأخيراً استراتيجية التفريغ الانفعالي.

- كما توصلت إلى وجود فروق في فاعلية الذات بين النساء غير المنجبات المتعلمات وغير المتعلمات لصالح غير المتعلمات، وأوصت الدراسة بضرورة التكفل النفسي بهذه الفئة. (أمل، 2013).

6-2-2- دراسة لمحمد اليازوري. (2011)، رسالة دكتوراه جامعة غزة:

العلاقة بين العقم والضغط النفسي ونوع استراتيجيات المواجهة لدى الأفراد العقيمين، و هدفت الدراسة للكشف عن العلاقة بين ضغط العقم واستراتيجيات المواجهة المستخدمة عند الجنسين في قطاع غزة في خمسة مراكز لعلاج العقم، في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية العمر، الجنس، العمل، عدد سنوات الزواج، مستوى التعليم.

استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وكانت عينة الدراسة 129 شخص من كلا الجنسين والذين شخصوا على أنهم مصابين بالعقم في هذه المراكز الخمس، وكانت أدوات الدراسة المستخدمة هي: استبيان قياس ضغط العقم من تأليف نيوتن Newton، 1999، واستخدم استبيان لازاروس لقياس أنماط المواجهة، إضافة إلى استبيان المعلومات الشخصية.

أظهرت النتائج:

- وجود فروق دالة إحصائية بين ضغط العقم واستراتيجيات المواجهة لدى المصابين بالعقم، حيث أن نسبة 93 بالمئة من أفراد العينة يعانون من ضغط عقم مرتفع جدا.
- أن كل الذكور يعانون من ضغط عقم مرتفع جدا.
- أن 91 بالمئة من الإناث كان لديهم ضغط عقم مرتفع جدا.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتغيرات التالية مدة العقم، عدد سنوات الزواج، نوع العقم، نوع العائلة، وعدد الأطباء المعالجين، في حين لم توجد فروق بين الضغط والعقم ووسائل التكيف تعزى لإحدى العوامل التالية (السن، العمل، نوع العقم، وجلسات الاستشارة النفسية).

6-3- خلاصة و تعليق على الدراسات السابقة:

من خلال ما تيسر عرضه من الدراسات السابقة التي أجريت في نطاق اهتمامات البحث الحالي، والتي هي موجهة لتصميم برنامج معرفي سلوكي لخفض الضغوط النفسية

منها ما يمس بعض متغيرات الدراسة ومنها ما يمس معظم متغيراتها. وسنبدأ بالدراسات الأجنبية والتي جلها اتفقت على وجود ضغوط نفسية عند المصابين بالعمق وبشكل أكبر عند النساء.

بحيث هناك دراسات اتجهت للكشف عن المعاش النفسي لدى المصابين بالعمق أثناء فترة العلاج عن طريق التلقيح الاصطناعي والتي توصلت إلى وجود معاش انفعالي سلبي ووجود قلق واكتئاب وهي دراسة آن ماري.

وهناك دراسات اتجهت للتنبؤ بالضغط النفسي لدى المصابين بالعمق سواء من خلال الكشف عن التواصل والتكيف أأنفسو اجتماعي مثل دراسة كوهرت وآخرون أو بعض الخصائص النفسية العامة كدراسة لوفن وآخرون والتي أظهرت وجود الضغوط النفسية لدى هؤلاء المصابين بالعمق.

ودراسات أخرى كشفت عن وجود علاقة بين استراتيجيات المواجهة والضغط النفسي والزواجي لدى المصابين بالعمق أثناء فترات التشخيص والعلاج، وهي كلها اكتفت بالكشف أو التنبؤ بهذه الضغوط أما الدراسة الحالية فتتعدى مرحلة الكشف عن هذه الضغوط إلى محاولة التخفيف منها والتحكم بها.

أما الدراسات التي اتجهت لعلاج الضغوط النفسية لدى المصابين بالعمق فهي دراسة فاليري وآخرون والتي اقتصر على استخدام تقنية الاسترخاء كعلاج لخفض الضغوط النفسية والتي أثبتت فعاليتها من خلال نتائج الدراسة، ودراستنا لا تقتصر على الاسترخاء فقط بل استخدمت فنيات إضافية لضمان فعالية أكبر.

أما الدراسة الثانية فهي استخدمت خلايا الاستماع كوسيلة علاجية لخفض الضغوط النفسية وتوصلت أيضا إلى فعالية هذه التقنية وهي دراسة فويدار وازابل. أما الدراسة الأخيرة فهي في نفس إتجاه دراستنا بحيث ذهبت للكشف عن دور العلاج المعرفي السلوكي في

خفض الضغوط النفسية وتوصلت إلى فعاليته بشكل عال ودال هذه الدراسة استخدمت مجموعتين تجريبيتين بتقنيات علاجية مختلفة، أما الدراسة الحالية فتركز على مختلف التقنيات العلاجية المستمدة من العلاج المعرفي السلوكي وطبقته على مجموعة واحدة وهذا يزيد من فرص فعاليته.

أما الدراسات العربية فهي عبارة عن دراستين إحداهما اتجهت لدراسة استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى النساء العقيمات وعلاقتها بفاعلية الذات' والأخرى اهتمت بالكشف عن الضغوط النفسية لدى المصابات بالعقم وعلاقتها بنوع الاستراتيجية المستخدمة وجاءت دراستنا ليس للكشف عن الضغوط النفسية لدى المصابات بالعقم كما سبق ذكره فقط وإنما أيضا لمعرفة دور البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المصمم في خفض الضغوط النفسية لدى هؤلاء المصابات وهذا ما يميز دراستنا عن الدراسات والدراسات العربية بشكل خاص.

الجانب النظري

الفصل الأول: العقم

تمهيد

- 1- مفهوم العقم
- 2- التكوين التشريحي للجهاز التناسلي عند المرأة
- 3- أسباب العقم
- 4- تشخيص العقم
- 5- علاج العقم
- 6- المعنى النفسي للإنجاب
- 7- محددات تصور الطفل في المجتمع الجزائري

خلاصة

تمهيد:

إن مشكلة العقم عند الرجل والمرأة من المشاكل المعقدة، ولقد أصبحت في الآونة الأخيرة أكثر انتشارا حسب مجمل الدراسات حيث أشار نذير شريف رئيس الجمعية الجزائرية للإنجاب أن نسبة العقم عند الجزائريين ما بين 55 إلى 65 بالمئة عند الرجال مقابل 45 بالمئة عند النساء، فبمجرد تأخر الحمل تبدأ سلسلة المخاوف والشكوك وهذا يدفع الزوجين للفحص المبكر، ولفهم هذه الإصابة فقد تطرقنا في هذا الفصل إلى: مفهوم العقم، أسبابه، آليات التشخيص والعلاج، ومعنى الإنجاب ومحددات تصور الطفل في المجتمع الجزائري.

1- مفهوم العقم: سنتطرق للتعريفات المختلفة للعقم وسنشير إلى المصطلحات المرتبطة به.

1-1- تعريف العقم:

يشير منجد اللغة والإعلام إلى أن العقم لغويا يعني "امرأة لا تلد ولا تقبل الولد". (المنجد في اللغة والإعلام، 1998).

وأما مصطلح العقم فيعرفه la rousse medicale طبيا على أنه "عدم قدرة المرأة أو الرجل على الإنجاب مع أن العلاقة الجنسية تبقى ممكنة". (La Rouse Medicale, 2005)

وتعرف LOMS العقم على أنه تشخيص وضع بعد فحص طبي ونفسي واجتماعي يؤكد عدم قدرة الزوجين على الإنجاب، كما صنفت العقم ضمن الأمراض. (Strobach ,2007, 7)

ويميز الأطباء المختصين بأمراض النساء بين العقم وعدم الخصوبة، في كون الأول يشير إلى عدم قدرة الكائن الحي على الإنجاب في حين تشير عدم الخصوبة إلى عدم إمكانية المرأة الحفاظ على الحمل إلى النهاية بسبب الإجهاض أو لموت الجنين في الرحم،

كما يستعملون مصطلح انخفاض الخصوية للإشارة إلى صعوبة الحمل، وتترجم عمليا بامتداد مدة الحمل رغم انعدام الأسباب المؤدية للعقم عند المرأة وكذلك عند الرجل (عطار، 2008، 15).

لقد تحدثت كاتل (chatel, 1998) عن التعريف الطبي للعقم، حيث ركزت على العملية الإنتاجية من الجانب الطبي، أين المختصين أو أصحاب الخبرة في الميدان الطبي لا يستطيعون التمييز بين العقم بسبب وجود معيقات أثناء الحمل العفوي، وحالات أين يكون الحمل العفوي ممكنا لكن أقل احتمالا، ويطلقون عليه أسماء متعددة منها: Stérilité inexplicée، Infécondité، Infertilité، Hypofertilité فبعض الأطباء لا يجدون الانتظار حتى العامين ضروري من أجل تشخيص العقم، فتعريف العقم متعلق إذن بعدم الإنجاب.

كما يعرف العقم بأنه "عدم حدوث الحمل بعد سنة من الزواج وبدون استعمال موانع الحمل". (الصواف، الجلي، 2001، 203)

ولقد أشار تورت (Tort, 1992) إلى ما توصل إليه بودلسكي (Bydlowski) بفصل العقم العضوي عن العقم النفسي الراجع إلى عدم وجود عوامل فيزيولوجية، حيث طرح هذا السؤال على المتخصصين الذين لهم صلة بالموضوع لأن الباحثين وبالرغم من خبراتهم إلا أنهم لم يستطيعوا تأكيد وجود العقم ذو المنشأ النفسي أين هناك بعض حالات كانت تعاني من عقم قد إختفى دون أن تكون هناك تدخلات طبية.

وقد عرف ريبول (Reboul , 2001) العقم على أنه "القلق الموجود بين الولادة والموت".

1-2- المصطلحات المرتبطة بالعقم: وتتمثل أهم هذه المصطلحات فيما يلي:

1-2-1-Infertilité: عدم القدرة على الإنجاب. و"هو غياب الحمل بعد سنتين تقريبا من الاتصال وبدون استعمال موانع الحمل" وهذا وفقا لمنظمة الصحة العالمية LOMS.

1-2-2-Hypofertilité: ضعف القدرة على الإنجاب.

1-2-3-Super fertilité, Hypofertilité: هي مصطلحات مرتبطة باضطرابات بسيطة في الجهاز التناسلي لأحد الزوجين وهذا لا يمنع احتمالية الحمل، وفي هذه الحالة العلاج الداعم مقترح.

1-2-4-Stérilité Inexpliqué: هو العقم غير المفسر بمعنى أنه تم فحص الزوجين لكن لم يجدوا سببا يفسر العقم بمعنى ورود إمكانية الحمل دون أي دواء.

كل هذه المصطلحات وجد المختصون صعوبة في تعريفها لأن كل مختص وضع لها تعريف مختلف واتفقوا على أن كل الأزواج الذين يذهبون إلى الفحص في مراكز PMA هم بالفعل يعانون من العقم. (STROBACH , 2007, 6)

1-3- الفرق بين العقم و العقر:

- ذهب جلّ المفسرين أن لا فرق بينهما ولهما معنى واحداً وأنها لفظان مترادفان، علماً وأنه لا توجد، في لسان واحد وفي جملة الألسنة التي خلقها الله، كلمة تفيد نفس المعنى مع قرينتها مما نسميه: المترادفات: synonyme فلا بد من فرق، ولو ضئيلاً بين الكلمة الواحدة والأخرى.

- العقيم: وهو من لا يلد أصلاً، سواء كان رجلاً كان أو امرأة: (... يهب لمن يشاء... ويجعل من يشاء عقيماً إنه عليم قدير) الشورى 50.

- العاقر: للمرأة فقط، وهي اليأس من الحيض والتي بلغت الخمسينات من عمرها فعاقر - إذا - خاص بالمرأة فلا نقول عاقرة، مثل حائض، ونافس، ويأس ومرضع... وقد سماهن الله بالقواعد التي لا يرجون نكاحاً. (والقواعد من النساء اللاتي لا يرجون نكاحاً...) النور 60. ووصفهن بـ (واللاتي يئسن من المحيض...) الطلاق 4.

2- التكوين التشريحي للأجهزة التناسلية:

2-1- الجهاز التناسلي الأنثوي:

يتكون الجهاز التناسلي للمرأة من أعضاء داخلية وأخرى خارجية ويفصل بينهما غشاء البكارة، فالأعضاء الخارجية تتمثل في الشفران الكبيران والشفران الصغيران والبطر وغشاء البكارة. (عمر، 1979، 180).

أما الأعضاء الداخلية والتي غالباً ما تكون سبب عدم الحمل نتيجة لخلل في تركيبها، أو لأمراض تصيبها كونها هي المسؤولة عن عمليتي الحمل والولادة تتمثل في:

2-1-1- المهبل:

وهو قناة مهبلية تمتد من فتحة المهبل إلى عنق الرحم، وطولها من 7 إلى 10 سنتمترات، ويتألف من غشاء مخاطي داخلي يتصل بغشاء الرحم، ومن طبقة عضلية أنسجتها متشابكة في الطول وفي العرض كما هي الحال بالنسبة لجدار الأمعاء، وهو سهل التمدد والتوسع وبه مادة حليبية تضح من الأوعية الدموية الليمفاوية تجعل المهبل رطباً، وتغذيه كما تحتوي هذه المادة على نوع من الجراثيم المهبلية يفرز بعضها حامضاً وهو كفيل بالقضاء على الميكروبات التي تدخل المهبل وخاصة في أثناء الحمل.

2-1-2- الرحم:

عنق يصل القناة المهبلية بجوف الرحم ويحمل على جانبيه أوعية الدم الرحمية الثخينة، ويوجد في منتصف العنق قناة تصب في المهبل من الخارج وفي جوف الرحم تمر عبرها الخلايا المنوية لتصل إلى الرحم وذلك لما لها من قابلية للتوسع في فترة الإخصاب، ويعتبر بيت الجنين إذ تجد البويضة الملقحة مكانا صالحا للتعشيش.

2-1-3- النفيران:

يتصل بالرحم أنبويان بسماكة الرصاص مثل جناحين يصلان بينه وبين المبيضان ويدعي هذان الأنبويان النفيران، ويتألف جدارهما من عضلات طويلة وعرضية، ومن غشاء داخلي يحتوي على خلايا تتموج باستمرار باتجاه الرحم، ومن شأنها مساعدة البويضة التي تنزل من المبيض للعبور إلى مكان تعشيشها في جوف الرحم، وإلا لفظها الرحم إلى الخارج.

2-1-4- المبيضان:

هما العضوان المنتجان للبويضات عند المرأة ويقع كل واحد منهما على أحد جانبي الرحم، ويتعلقان بالحوض بواسطة أربط نسيجية عريضة يتراوح طول المبيض بين 3 إلى 4 سنتيمترات وعرضه بين نصف سنتيمتر وسنتيمتر واحد، مرن مطاطي لكن متين جدا.

تتكون في جداره البويضات ثم تقذف منه إلى الرحم عبر النفير، إذ يحتاج لأربعة أسابيع لتهيئة البويضة وإطلاقها، لتصل إلى جوف الرحم، وهذه البويضات تتشكل وفقا لمراحل عدة إلى أن تصل إلى الرحم. (رفعت، 1993، 15-24)

3- أسباب العقم:

3-1- أسباب العقم العضوية:

تختلف أسباب العقم باختلاف أنواعه، فإذا كان العقم أولياً تكون أسبابه عادة عائدة لأسباب عديدة قد تكون عضوية أو هرمونية أو لعدم نضوج الأعضاء التناسلية عند المرأة أو لأسباب تكوينية.

أما العقم الثانوي الذي يصيب المرأة بعد الولادة الأولى أو الثانية أو بعد الإجهاض، ناجم في غالب الأحيان عن مضاعفات الولادة، نجدها خاصة إذا كانت هذه الولادة عسيرة وحصلت خلالها أنزفه حادة وتمزقات ومضاعفات جراحية، إضافة إلى الإجهاض وجميع الالتهابات التي تصيب الرحم والنفيرين.

وسوف نتطرق فيما يلي بالتفصيل لأسباب العقم عند المرأة، بدءاً بالأسباب التي تحيط بالمسالك التناسلية الخارجية وانتهاء بالأسباب المحيطة بالمسالك التناسلية الداخلية الآيلة إلى العقم عند المرأة.

3-1-1- العقم الناجم عن ضيق في المهبل: يعتبر ضيق المهبل من الأسباب الآيلة لعقم المرأة، ففي هذه الحالة لا يدخله القضيب بشكل طبيعي فلا يتم إلا بإيلاج كافي، فيحدث القذف في مدخل المهبل أوفي القسم الأسفل منه. و أسباب ضيق المهبل إما تكوينية أو عصبية، أما العصبية منها فهي بانقباض عضلات الجهاز المهبلية الذي يحدث بتأثير زيادة الحساسية في الأعضاء التناسلية، فكلما تيسر للعضو الولوج بقليل تشعر المرأة بآلام لا تطاق. أما فيما يخص الأسباب التكوينية فترجع إلى جروح غشاء البكارة، التهاب الأغشية المهبلية، وقصر المهبل التكويني.

3-1-2- العقم الناجم عن حموضة المهبل: يكون العصير المهبل في حالته الطبيعية حامضاً ليحمي المهبل من الجراثيم، ويساعد المنى على الانزلاق في مجرى الرحم، فإذا زادت الحموضة شلت حركة الحيوانات المنوية، وبالتالي تقل فرص وقوع الحمل.

3-1-3- العقم الناجم عن التهاب عنق الرحم وتقرحاته: يصاب عنق الرحم بالتهابات مزمنة تسبب فيه تقرحات ذات لون أحمر، إذا طليت بصبغة اليود أصبح لونها مائلاً إلى الاصفرار، مما يظهر ما إذا كان الالتهاب كاملاً أم لا، وهذه التقرحات تسبب مع الزمن تورماً في عنق الرحم مكان ملائم لتعشيش الجراثيم ونشوء الأورام الخبيثة وغير الخبيثة.

3-1-4- العقم الناجم عن أورام الرحم الليلية: إن أسباب ظهور الأورام غير الليلية غير معروفة لغاية اليوم، وهي كناية عن كتل لحمية صلبة غير خبيثة تنشأ في عضلات الرحم وتتمو بسرعة غريبة في جميع الاتجاهات، فقد يسبب عادة انحرافات وانقلابات شديدة في الرحم مما يؤدي إلى عقم أولي أو ثانوي.

3-1-5- العقم الناجم عن انقلاب الرحم وانحرافاته: ويحدث هذا الانقلاب للرحم بفضل عوامل عديدة، من بينها النقص في النضوج وتمدد الأربطة الرحمية بسبب الالتهابات، حيث تبتعد الفوهة الخارجية للرحم عن قعر المهبل، يبعد المسافة عن الحيوانات المنوية المتجمعة هناك، ويقلل من امتصاصه للمنى، وبالتالي تقل فرص وقوع الحمل.

3-1-6- العقم الناجم عن عيوب الرحم التكوينية و تشوهات: وأهم هذه العيوب هي: الرحم والمهبل مزدوجان، رحم مزدوج، ومهبل واحد، الرحم ذو قرنين. (فاخوري، 1984، 217-231).

3-1-7- تكيس المبيضين: وجود عدد من البويضات صغيرة الحجم لا تتعدى حجم الواحدة منها 10 منتشرة داخل المبيضين، وخاصة تحت الغلاف الخارجي وهذه الظاهرة مرتبطة باضطراب الهرمونات التي يفرزها المبيض وبالتالي تعيق الإباضة.

أما وجود أكياس فهي كبيرة الحجم نسبياً وقد تصل إلى حجم كبير جداً قد يملأ تجويف البطن بأكمله وهي عادة واحدة إلا أن عددها قد يصل إلى اثنين أو ثلاثة، وقد تظهر بعض النتوءات على سطحها الداخلي مما قد يثير الشك في كونها خبيثة.

3-1-8- التصاقات منطقة الحوض: تحول دون وصول البويضة إلى قناة فالوب غالباً ما تنتج هذه الالتصاقات عن التهابات في منطقة الحوض أو بعد إجراء عمليات جراحية، وتمنع هذه الالتصاقات حركة الأنابيب وقت الإباضة وقد تمثل عائق يفصل فوهة الأنبوب عن المبيض.

3-1-9- انسداد قنوات فالوب: قد يكون الانسداد كلي أو جزئي وغالباً ما ينتج عن التهاب قنوات فالوب بسبب عمليات الإجهاض أو الولادة أو الأمراض الجنسية مثل السيلان أو الكلاميديا أو السل، وفي بعض الحالات النادرة يؤدي إلى عدم اكتمال نمو الأنابيب وانسدادها (الراس، 2001).

3-1-10- التهاب البوقين وانسدادهما: إن التهاب البوقين وانسدادهما هو المرض الأكثر انتشاراً بين النساء المصابات بالعقم، وهذا بسبب الالتهابات المزمنة على اختلاف مصادرها، وأهم أسباب انسداد البوقين نجد: السل كذلك التهاب الزائدة الدودية وأمراض السيلان. (فاخوري، 1984، 218).

3-1-11- اضطرابات الغدد الصماء: من أحد أسباب العقم سل الغدة الدرقية الموجودة في الجهة الأمامية لعنق الإنسان وعدم كفايتها في إفراز الهرمون الدرقي، ومنه انعدام التبويض بسبب هزال الجسم الأصفر وعدم إفرازه بكثرة لمادة البروجيستيرون.

ويفيد الطبيب "سيريان" أن نقص إفراز الهرمون الدرقي في الدم يمنع المبيض عند المرأة من التجاوب مع إفرازات الغدة النخامية ومنه يمنع انطلاق البويضات الصالحة للتلقيح. أما الغدة النخامية فهي التي تفرز هرمون FSH وهرمون LH المسؤولين عن تكوين

الجسم الأصفر وكذا عن تكوين الجريبات التي تنطلق منها البويضة فأى خلل فيها يؤدي إلى استحالة تكوين البويضة (langloisP,1983, 32).

3-1-12- أسباب أخرى: لقد أثبتت الدراسات أن لكل من التغذية والأدوية والمؤثرات الخارجية تأثير سلبي على الإنجاب، وكذا أمراض الحمى الباطنية إذا أهملت ولم تعالج فقد تؤدي إل العقم الأبدي (عيسى، 1985، 85).

كما يشير ليوس (2002) أن عامل العمر أيضا يؤثر على الرجل والمرأة معاً. وهذا يفسر سبب تكرار الإجهاض مثلاً مع تقدم عمر السيدة. كما يرى كلينمان (Kleinman, 1985) أن نسبة الإنجاب تكون لدى المرأة التي يتراوح سنها بين 25-30 ب 85%، ونسبة 60% عندما يتراوح السن بين 30-35 لتتناقص إلى 50% عندما تبلغ المرأة سن 40.

ويؤكد زورن وسيفال (Zorn, Rsaval, 1999) أن للسن تأثير على العقم إذ أن الخصوبة تكون في أقصاها ما بين 20 و30 سنة، وتتناقص تدريجياً خلال سن 35 سنة في حين يتأزم الوضع في الأربعينات، والتأثير السلبي للسن يكون على مستوى المبيض (إنتاج البويضات) إذ أن المرأة مع كل دورة شهرية تفقد بويضة واحدة ليتناقص عددها مع كبر السن إلى أن يتلاشى خلال الأربعينات أو الخمسينات، وكذلك ولسبب تشريحي هناك زيادة مسجلة في الشذوذ الكروموزومي بعد سن 35 سنة لظهور وذمات (polype) وكذا التورمات الليفية على مستوى الرحم انطلاقاً من سن الأربعين، ويتم تشخيص هذه الأسباب بواسطة طرق طبية عديدة.

وأشار ليوس (2002) أن عدد مرات الجماع ترفع فرص الحمل فالزوجان اللذان تحصل بينهما عملية جماع 3 مرات في الأسبوع لديهما إمكانية حدوث الحمل بمعدل 3 أضعاف أولئك الذين يحصل بينهم جماع مرة واحدة في الأسبوع.

3-2- الأسباب النفسية للعقم:

إن المقاربة النفسية في العقم توضح العوامل النفسية المعقدة ودورها في العقم هذه الفكرة قديمة جدا حيث كتب بوشو (w buchon,1979) قائلا: العقم هو نتيجة حزن، خوف مفاجئ، قلق الذي يؤثر على جميع الانفعالات التي تتسبب في انقطاع الدورة الشهرية، وهي تمثل حوالي من 2 إلى 15 بالمئة من الحالات وطبعا نتعرف على هذه الحالات أو نشخصها بعد استبعاد كل الأسباب العضوية بعد فحص دقيق وشامل، ثم يأتي الفحص النفسي للبحث عن اضطرابات نفسية وعن عوامل في اللاشعور.

ومن العوامل النفسية المختلفة التي تؤدي إلى العقم هي:

– الخوف من الأمومة وأوجاع الولادة التي يمكن أن تكون مشتركة مع مخاوف الزوج، ففي بعض الأحيان مجرد السكن مع الأهل في نفس البيت قد يسبب العقم، قد يؤدي إلى تقلصات في عنق الرحم تؤثر على الحمل وبمجرد الرحيل أو الانفصال عن الأهل يحدث الحمل.

– كذلك تحدث الأطباء عن العقم الذي يمكن أن ينجم عن البرود الجنسي حيث وضخوا أن الإشباع الجنسي يساعد على حدوث الإخصاب لكن الأكيد أن المرأة يمكن أن تكون حاملا دون أن تحقق النشوة أو الإشباع الجنسي، وقد حاول بعض الباحثين وضع صورة للمرأة العقيم والتي تتمثل في:

– المرأة تملك أبا (ضعيف الشخصية غائب معنويا، والذي لا يمثل بالنسبة لها النموذج الذكري المطمئن، النموذج الأساسي الضروري لكل امرأة حتى تحقق رغبتها في الإنجاب). وأمها من الناحية العاطفية غير معطاءة (لا توجد أوصل أمومة ولا علاقات حميمة مع أولادها) بحيث تصبح هذه الفتاة تشك في قدرتها على أن تكون أما في المستقبل. (Thomas, 1990, 103 -104).

أما دوتش (Deutsch, 1949) فتركز على الشعور بالذنب المرتبط بالاستمناء الطفولي الذي يثير الخوف لتدمير النظام وعدم القدرة على الإنجاب. في حين سولو (Selon) يقول أن هؤلاء النساء العقيمات تحضرن بالأحرى هومات عدوانية باتجاه أمهاتهن، مع مراقبة وسواسية لأفكارهن. (byddowski, 1997).

كما أشار مهدي (2010) في دراسته إلى عوامل أخرى يمكن أن تؤثر على حدوث

الحمل:

- عدم التوافق في العلاقة الزوجية وما يستتبع ذلك من صراع وشجار يؤثران على التوازن الهرموني، وعلى انقباضات و انبساطات عضلات الرحم، والأنابيب وغيرها مما يؤثر على عملية التبويض وعلى استقرار البويضة في الجهاز التناسلي الذي يحتاج إلى حالة من الاستقرار ليتمكن من حضانة البويضة الملقحة ورعايتها في هدوء حتى تصبح جنيناً.

- وجود صراعات داخلية لدى المرأة حول فكرة القرب من الرجل وإقامة علاقة معه وذلك بسبب مشكلات نفسية عميقة الجذور أو بسبب الخوف الاجتماعي المبني على المبالغة في التحريم، أو استنذار هذه العلاقة واعتبارها دنساً يلوث الكيان الروحي.

- الشخصية الأنثوية غير الناضجة بيولوجياً ونفسياً: وفيها تكون عملية التبويض ضعيفة أو يكون الرحم صغيراً أو الأنابيب ضيقة وتكون أيضاً غير ناضجة انفعالياً.

- الزوجة التي تأخذ دور الأم لرجل سلبي واعتمادية: فالتركيبية النفسية لها كأم لهذا الزوج (الطفل أو الابن) تحدث خللاً في العمليات البيولوجية فلا يحدث الحمل.

- وجود أم مسيطرة ومستبدة، وهذا يجعل المرأة تكره دور الأمومة وترفضه.

- شدة التعلق بالإنجاب: فالرغبة الجامحة في حدوث الحمل ربما تؤدي إلى نزول البويضات قبل نضجها.

- تكرار الإثارة الجنسية دون إشباع: وهذا يصيب عنق الرحم بالاحتقان والجفاف والتلنج. وكما رأينا فإن المرأة العقيم ربما تكون لديها بعض الاضطرابات الإنفعالية التي تؤخر الحمل، وتأخير الحمل يجعلها أكثر اضطراباً، وكلما طالت سنوات الانتظار للحمل كلما زاد اضطرابها وقلت فرص حملها، وهكذا تدخل في دائرة مغلقة تجعل فرص الحمل قليلة جداً وتحتم كسر هذه الدائرة وذلك بإعادة الاستقرار النفسي للمرأة إلى المستوى الصحي اللازم لهذه العملية الدقيقة.

كما أن وجود رغبات متناقضة في الحمل وعدمه، بحيث ترغب في الحمل لتحقيق الدافع الفطري لديها في أن تكون أما وترفضه في نفس الوقت خوفاً من مشاكل الحمل وتبعاته أو لشعورها بأن حياتها الزوجية تعسة وغير مستقرة (سبني، 2008، 61).

يرى العديد من الباحثين من بينهم النابلسي (1991) أن للعوامل النفسية دور أكيد في إحداث العقم إلى جانب العوامل العضوية الأخرى، كما يرى العديد من الباحثين أن التوتر الانفعالي والقلق والصراعات النفسية تؤثر سلباً على إفراز الغدد الصماء للهرمونات خاصة الغدة النخامية المسئولة عن إفراز هرمون انطلاق البويضة، والغدة الدرقية المسئولة عن إفراز هرمون انطلاق البويضة المخصبة، ومنه فأى خلل بهما يؤدي إلى عدم تكوين البويضة وانطلاقها، كما قد تؤدي إلى تشنج وانكماش الأنبوب بحيث لا يسمح للبويضة بالمرور إلى الرحم، كما يؤدي إلى اضطرابات في الدورة الشهرية وقد تختفي تماماً وهذا سبب كافي للإصابة بالعقم. (الصواف، الجلي، 2003).

4- تشخيص العقم:

يتم تشخيص العقم بطرق مختلفة وحسب نتائج الفحوصات الأولية يتم توجيه المريضة للقيام بفحوصات أخرى أكثر دقة وتعمق، وذلك للكشف عن السبب الأساسي للعقم من أجل علاجه.

بعد مرور فترة معينة والتي تقدر عادة بسنة يتوجه الزوجين للفحص من أجل البحث عن سبب تأخر الحمل، وما يلاحظ الآن أنه بمجرد مرور بضعة أشهر يدب القلق عند الزوجين ويبدئان سلسلة الفحوصات للبحث عن سبب هذا التأخر، عادة المرأة هي التي تبدأ الفحوصات.

4-1- الكشف الطبي العام عند المرأة:

تشير آسيا عطار (2008) في دراستها أن الكشف الطبي يبدأ بفحص شامل: العمر، الوزن، ضغط الدم، تحاليل البول، السوابق المرضية الجراحية، الأمراض الطفولية، الأمراض المتوارثة لدى عائلتها، وعن حياتها الجنسية.

4-1-1- المرحلة الأولى: فحص سريري شامل، قياس درجة الحرارة وذلك صباحا لمدة على الأقل ثلاثة أشهر وتسجل النتائج في جدول خاص بهدف معرفة مدى تنظيم التبويض.

– تحاليل هرمونية LH- FSH، أوسترايول، أيضا تحاليل الغدة الدرقية، كمية البرولاكتين في الدم.

– التصوير بالأشعة Lecographie Pelvienne.

– Hystrographie: تعطينا صورة قيمة عن حالة الرحم.

– Test de Humer: هو فحص للمادة الموجودة في المهبل للبحث عن التهاب مثل: كلاميديا سيكوبلازم.

4-1-2 المرحلة الثانية: وفقا لنتائج الفحوصات السابقة تجرى هذه الفحوصات Coelioscopie Hysteroscopie, ووفقا لكل النتائج السابقة يتم تشخيص الحالة وتحديد العلاج المناسب.

5- علاج العقم:

5-1-1-5 علاج العقم عند المرأة:

ويبين الراس (2001) أن الهدف الرئيسي للعلاج هو علاج أو إزالة أي سبب للعقم قد يوجد لدى الزوجة، ويجب أن تكون البدايةطمأنة الزوجين خاصة إذا كانا يستعجلان حدوث الحمل. وينقسم العلاج إلى علاج دوائي، و علاج جراحي.

5-1-1-5-1 العلاج الدوائي:

عدم الإباضة يشكل السبب الرئيسي لعدم الحمل، وعادة وباستخدام العقار المناسب فإن نسبة نجاح عملية تحريض الإباضة قد تصل إلى 90 في المئة مثل عقار كلوميدي. وقد نحتاج إلى إعطاء أدوية مساندة للكلوميدي مثل الأستروجين أو الكورتيزون ويتم متابعة نمو البويضات ومن ثم تحديد موعد للإباضة وبالتالي تنظيم المعاشرة الزوجية.

وقد نلجأ إلى وصف هرمونات منشطة للإباضة عن طريق الحقن المنشطة للإباضة. تتناول عقار بارلوديل أو دوبرجين في حالة ارتفاع مستوى هرمون البرولاكتين. وتعتمد طرق العلاج الحديث إلى منع الغدة النخامية من إفراز الهرمونات المنشطة للمبايض LH- FSH وذلك عن طريق إعطاء مشابهاة للهرمونات المنشطة للغدة النخامية، ومن العقاقير المستخدمة زولاديكس يعطى بواسطة الحقن تحت الجلد مرة كل شهر. وأيضا عقار ديكايبينيل.

5-1-2-2-5 العلاج الجراحي:

5-1-2-1- التصابات منطقة الحوض وانسداد قنوات فالوب: فتح وتسليك الأنابيب وإزالة الالتصابات بواسطة المنظار.

5-2-1-2- هجرة بطانة الرحم: الوسيلة الأمثل للعلاج هي الجمع بين العلاج الدوائي والجراحي حيث نبدأ بالعلاج الدوائي مما يؤدي إلى ضمور أي أكياس أو تجمعات دموية موجودة ليتم استئصال ما تبقى منها.

5-3-2-1- تكيس المبايض: عند فشل العلاج الدوائي في تنشيط المبايض نلجأ إلى إجراء عملية كي للمبايض باستخدام المنظار.

5-3- العلاجات الحديثة:

ويرى ليوس (2002) أن الطب الحديث نجح في معالجة الكثير من أسباب العقم، ويعتمد أسلوب العلاج على مسببات العقم سواء بالنسبة للرجل أو المرأة أو كليهما معا.

5-3-1- التلقيح الاصطناعي:

5-3-1-1- إدخال المنى صناعياً: وذلك بحقن الحيوانات المنوية مباشرة إلى عنق الرحم وقت التبويض أو داخل الرحم نفسه.

5-3-1-2- الإخصاب خارج الجسم: وذلك بشطف 12 بويضة من المبيض وأثناء التبويض المحفز وتوضع هذه البويضات في محلول خلال 3-6 ساعات يتم إضافة الحيوانات المنوية التي تم استخلاصها من الزوج ويستخدم حوالي 100 ألف حيوان منوي للبويضة وبعد 48 ساعة تصل الأجنة إلى مرحلة 3-8 انقسام خلوي ويؤخذ من 2-4 أجنة وتزرع في جدار الرحم.

5-3-1-3- الحقن المجهري: استخلاص حيوان منوي واحد وحقنه في بويضة واحدة تحت المجهر، ويتم استخلاص الحيوان المنوي المطلوب من البريح أو الخصية وبعد معالجة

الحيوان المنوي والبويضة في سلسلة معقدة من العمليات الحيوية والتقنية وبعد فترة حضانة 48 ساعة يزرع الجنين في الرحم مثل ما يتم في الإخصاب خارج الجسم.

والتلقيح داخل الرحم تقنية للتلقيح في المخبر، وتتمثل في وضع الحيوان المنوي مع البويضة للتلقيح، وهذا العلاج يستعمل في علاج العقم حينما يكون التلقيح مستحيلاً. (martiner, 2007, p8).

5-3-2- علاج العقم بالدموع:

تمكن الدكتور فريد (2011) أستاذ أمراض النساء والتوليد بطب عين شمس من التوصل إلى طريقة جديدة تستخدم الدموع لأول مرة في تاريخ الطب لعلاج العقم، وقد أشار إلى أن الهرمونات عالية التركيز موجودة في الدموع، وكذلك الإنزيمات التي تساعد على تقليل الضغط داخل العين، وقد استخدمت الدموع لعلاج حالات الإجهاض المتكرر غير المسبب، ولزيادة فعالية الغشاء المبطن للرحم، وكذلك حالات مرض البطانة الرحمية المهاجرة.

5-4- العلاج النفسي للعقم:

يبدأ العلاج بالدعم النفسي للزوجين من خلال الإنصات لانشغالاتهم و اهتماماتهم بحيث يكون العلاج الدوائي مرافقا للعلاج النفسي. وهنا دور الأخصائي مهم جدا في حالات العقم في كل المراحل لكن يكون أكثر أهمية خاصة عند ظهور اضطرابات عند الزوجين أو أحدهما مثل: القلق، الضغط النفسي، اضطرابات سيكوسوماتية مثل: فقدان الشهية، كذلك بعض الحالات الصعبة مثل من يعيش العقم كصدمة انفعالية تشبه إحساس فقدان لقریب.

كذلك في حالات إخفاق العلاج يجب أن يكون هناك دعم نفسي كبير جدا وطبعاً بتكرار العلاج تكون التهيئة لتقبل ظهور أي فشل كذلك التدخل عند الخلافات الزوجية لحلها وتهيئة الجو المناسب للعلاج لأن الطفل ليس مفتاح لحل المشاكل.

6- المعنى النفسي للإنجاب:

تحدث فرويد حول تكون الرغبة اللاشعورية في الإنجاب عند المرأة وكيفية تكونها عبر نموها النفسي الجنسي، يعتبر أن المرحلة القضيبية هي نقطة الانطلاق حول الأنوثة والرجولة، حيث تكتشف البنت أنها لا تمتلك القضيب الذي يملكه الولد، فيتولد لديها نتيجة ذلك ما يسمى بقلق الخصاء، فتعيش هذا الغياب كجرح نرجسي مما يؤدي إلى شعورها بالنقص على الصعيد الجسدي والتناسلي.

يقول فرويد في هذا الصدد "أن البنت تعرف أنها لا تمتلك القضيب لكن تريد أن تملكه". فالبنت تأمل في اكتساب القضيب مرة ثانية إلى فترة متأخرة من نموها وبصبح اكتسابه هدفها في الحياة، لذلك فإن أغلبية النساء يرغبن في أن يكون المولود ذكر لأنه يشبع تلك الرغبات الطفولية القديمة (نوف، 1980).

لقد تحدث فور براجي (Faure Pragier, 1997) عن ارتباط علاج العقم بالرغبة

في

إنجاب الطفل: الطفل لا يكون مرغوب فيه بحد ذاته لكن تصورات موجودة في المرحلة القضيبية، بالنسبة له النساء يجرين المماثلة مع أمهاتهم.

وترى دولتو (Dolto, 1998) أن الرغبة اللاشعورية في الإنجاب مسجلة ومنقوشة في إرادة وذهاب لمتعتها التي تكون موافقة أو غير موافقة مع هذه الرغبة.

وفي هذا الصدد يشير عطية (Athéa, 1987) إلى أن بعض العلماء والباحثين يرون أن إنجاب طفل يحتوي على وجهتين: الأولى معرفة الرغبة في إنجاب الطفل التي تكون ضرورة ليكون الزوج أبا وغالبا ليكونوا أفضل الآباء، ومن جهة أخرى المرور إلى الفعل يكون مشاور، يعني يوقف منع الحمل على المعرفة والتعبير عن الرغبة في إنجاب الطفل.

ويبين ريبول (Reboul, 2001) أنه يجب أن نميز بين طلب طفل والرغبة في إنجاب طفل، فالطلب يكون موجه للطبيب، أين المرأة تحكي عن معاناتها من أنها تريد أن يكون لها طفل ولكنها لا تستطيع، فهذا الطلب يكون شعوري، لكن وراء هذا الطلب يكون الوجه الشاهد للرغبة في إنجاب الطفل، فالرغبة هنا تدل على فقدان، النقصان، الحداد فهي عكس الطلب.

وتشير عطار (2008) أن عدنان السبيعي (1975) يرى أن عملية الانجاب هي شعورية ولا شعورية في نفس الوقت حيث أن الأمومة تشغل بال المرأة، وهي تستغرق حياتها الشعورية منذ أن يتفتح وعيها على الحياة.

ويرى أيضا أن الرغبة الشعورية في الأطفال عادة ما يطبعها تجاذب وجداني ففي بعض الحالات يكون تعبير الأزواج عن هذه الرغبة مبتذل فنجد الأزواج يرغبون في طفل وكفى، لأنه ضرورة من ضروريات الحياة، أما في بعض الحالات الأخرى فالرغبة في الأطفال تكون أكثر شعوريا من السابقة حيث لأجل تحقيق رغبات معينة، مثلها عدنان السبيعي في:

- رغبة الفرد في أن يحب ويحب، رغبة الفرد في الامتثال لمعايير مجتمعة من خلال الإنجاب، وكذا رغبة في أن يقيمه مجتمعة، الرغبة في مقاومة القلق وبعض المخاوف كالخوف من الوحدة، الخوف من الشيخوخة، الخوف من الملل...، رغبة الفرد في أن يعيش طفولته مرة ثانية في ظروف أحسن.

و تشير سبني (2008) في دراستها إلى أن المرأة في المجتمع (خاصة المجتمعات العربية والإسلامية) تستثمر دورها الإنجابي الذي يضمن لها بالنسبة للمقربين منها وللمجتمع مكانة أكثر من مكانة الزوجة وهي مكانة الأم.

فمباشرة بعد الزواج بشهور تنتظر أن تصبح أما لكي تكسب الشهرة والانتصار، وهذه قاعدة عامة في المجتمعات العربية والإسلامية، فبهذه الوظيفة البيولوجية تصبح للمرأة داخل العائلة مكانة، فتزيد ترسخا وتصبح لا تخاف الطلاق لأن الإنجاب يزيد من قيمتها وقيمة العائلة.

فخصوبة الجسد التي تحقق الحمل تصبح هنا مرادف للأمل، يمثل أكثر بالنسبة للمرأة من سبب الاندماج الاجتماعي فبالولادة تصبح موجودة اجتماعيا وثقافيا "أنا أنجب إذن أنا موجودة".

كذلك يعتبر إنجاب الأطفال بالنسبة للرجل ضرورة من أجل الحفاظ على الخلف والسلف فالأولاد يعوضون آباءهم في الحياة اليومية، عندما يكبرون يريحونهم من العمل، فالأولاد وسيلة لتأمين الغد أي بعدى عجز وكبر الوالدين فالولد هو الدواء الشافي من كل قلق أو خوف من المستقبل أو من الموت.

- من هنا نستنتج مدى أهمية إنجاب الأطفال في حياة الزوجين وفي حياة المرأة على الخصوص وهذا لما للطفل من دلالة اجتماعية، نفسية وجودية.

7- محددات تصور الطفل في المجتمع الجزائري:

7-1- المحدد الديني:

ونشير بن علي (2009) أن الوسط الثقافي الجزائري كان ولا زال مطبوعا بالقيم وبالتقاليد الدينية، فمكانة الإسلام وتأثيره على السلوكات والتصورات الاجتماعية للأفراد واقع يومي لا يمكن نفيه، فالدين عنصر ومرجع أساسي للشخصية الجزائرية، ورغم مختلف التعديلات التي استهدفت التشريع الجزائري ومختلف الحكومات التي تعاقبت حتى الأكثر علمانية منها - إذا استطعنا القول - لا يزال قانون الأسرة مبنيا على الشريعة الإسلامية،

وحتى إن ظل الجدل والنقاش قائماً يبقى الإسلام بالنسبة للمشرع وللأفراد المرجعية الأساسية للسلوك والأفكار.

والمحدد الأول لمفهوم الطفل بالنسبة للجزائريين يأتي من المرجعية الدينية حيث يبرز كنعمة وعطية ثمينة من الله عز وجل، وقد قرنه القرآن الكريم في أكثر من آية بالثروات التي يمكن للإنسان أن يملكها في الحياة الدنيا فهم زينة الحياة الدنيا، وهكذا تبرز القيمة التي يعطيها الإسلام للطفل وتواجهه في حياة الإنسان المسلم الذي لا يكتمل دينه إلا بالزواج والإنجاب.

هذا من جانب، ومن جانب آخر فقد أعطى الإسلام للوالدين مكانة جد مميزة وأوصى بهما خيراً، ولعل البر بهما من أكثر الأعمال الدنيوية التي يؤجر عنها المسلم، ومنه أن يكون للمسلم أطفال عمل يرفع من شأنه ويعطيه العديد من الميزات والحقوق في الدنيا والآخرة، والآيات التي جاءت بهذا الصدد عديدة نذكر منها "وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحساناً إما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما وقل لهما قولاً كريماً 23 واخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل ربي إرحهما كما ربياني صغيراً 24". هذه الآيات وآيات أخرى كثيرة تتفق على إعطاء الوالدين مكانة خاصة وقيمة مميزة في الدارين، فكيف إذن للمسلم أن يحرم نفسه من أن يعيش الأبوة أو الأمومة؟.

هذا من بعض ما جاء في القرآن الكريم، أما ما جاء في السنة الشريفة فإننا نذكر على سبيل المثال لا الحصر دعوة رسول الله صلى الله عليه وسلم للإنجاب والتناسل من خلال قوله "تزوجوا تتأكحوا فإني مباه بكم الأمم يوم القيامة". وهذا يجعل الزواج والتناسل واجبا دينيا يساهم من خلاله المسلم الحقيقي في زيادة الأمة الإسلامية.

حتى بالنسبة للمرأة، لا توجد مكانة أو دور في الخطاب الديني أرفع وأسمى درجة من مكانة ودور الأم، إذ ورد في الحديث الشريف: "الجنة تحت أقدام الأمهات". هذا الحديث يبرز رفعة دور الأم من الناحية الدينية.

إن الروايات الدينية الشعبية تؤكد أن قبر المرأة الحامل مفتوح في الجنة من أول يوم تحمل فيه حتى اليوم الأربعين من بعد الولادة، ويقال أيضا أن دعواتها خاصة حين تكون على وشك الولادة من الدعوات المستجابة عند الله، هذا ولا يفوتنا أيضا أنه من بين التصورات الدينية المتعارف عليها والمتداولة كثيرا في المجتمع الجزائري أن الطفل الذي يموت صغيرا يشفع لوالديه يوم القيامة، يسقيهما من ماء الجنة وينقص من ذنوبهما، وقد جاء في الحديث أنه "إذا مات بن آدم انقطع عنه عمله إلا من ثلاث كان منهما ولد صالح يدعو له".

ومنه فالطفل من الجانب الديني لا يعتبر في أي حال من الأحوال خسارة لوالديه بل يأتي كذخر يفيد وينفع والديه في الدارين الأولى والآخرة، هذه الأمثلة وغيرها كثيرا ما تؤسس قناعات الأفراد تجاه مفهوم الطفل وأهمية وجوده في الأسرة.

7-2- المحدد الاجتماعي:

ترى بن علي (2009) أن الخطاب العامي لا يخلو من الأدلة التي تشهد بأهمية الإنجاب، فمن الشائع سماع الأم التي تريد تزويج ابنتها أو ابنتها تقول: "يا ربي يتزوج باش يجيب أولاد"... والتي توصلنا للقول بأنه لا يوجد في المجتمع الجزائري زواج يبرمج من دون التفكير في الأطفال، فالرجل والمرأة لا يتزوجان لتكوين "زوج couple" بالمعنى أو المفهوم الغربي للكلمة، لكن ليشاركا عن طريق الإنجاب في عمل اجتماعي قائم مسبقا هو: استمرارية ودوام الجماعة (بكل أبعادها).

من هنا، أن يبرز الزوجان بطفل يعتبر حدثا عائليا بغاية الأهمية إذ كثيرا ما يعيشه الزوجان كخلاص من الضغوطات النفسية، والاجتماعية التي تحيط بهما ومع أن النظام الأبوسي التقليدي فقد كثيرا من خصائصه في عصر الأحادية والعولمة إلا أن فكرة قيام الأسرة على تواجد الأطفال قبل كل شيء لم تفقد أبدا من قيمتها، فهي لا تزال قائمة ليومنا هذا بشكل مميز ولنفس الأسباب تقريبا: الحفاظ على السلالة... هذا فضلا عن المكانة التي

يعطيها المجتمع للزوج والزوجة اللذين ساهما في استمرارية ودوام الجماعة مقارنة مع من لم يستطيعا الإنجاب.

وجاء في دراسة عطار (2008) أن الأمومة والأبوة هما قيمة اجتماعية بامتياز وكل مجتمع ينشئ أجياله لإعدادها لمجموعة من الأدوار تحتل الأمومة والأبوة أبرزها، وتزداد هذه الدلالة خاصة في المجتمع العربي عموما والجزائري خصوصا فالبنات تنشأ منذ صغرها كي تصبح زوجة وأما حيث تعزز لديها هذه الهوية لتصبح المكون الأساسي لأنوثتها وهويتها الشخصية، ومفهومها عن ذاتها فهي تعرف اجتماعيا بأم فلان، وإذا تأخر الحمل لسبب من الأسباب فعلى الزوجين مواجهة العديد من التساؤلات، وحتى الانتقادات وكأن المجتمع في هذه الحالة يترك عضوية الأهلية الاجتماعية للزوجين معلقة حتى يستوفيا شرطا أساسيا من شروطها المتمثل بالوالدية، والقدرة عليها، وحين يتمثل الزوجين هذه القيم الاجتماعية تتعزز دوافع الأمومة والأبوة لديهما وهو ما يوقعهما في المعاناة المعروفة عندما يتأخر الحمل فالأمومة والأبوة إذا يشكلان شهادة الأهلية الاجتماعية.

7-3- المحدد الأسري:

تبين بن علي (2009) أن الملاحظ للأدوار الاجتماعية في الأسر يدرك أن الدور الأساسي للزوجة في المجتمع الجزائري هو أولا وقبل كل شيء إنجاب الأطفال، فالمرأة الولود هي التي تؤدي وتتم العقد الذي من أجله طلبت للزواج: أي تملأ بيتها وتزيد من عدد أفراد أسرة زوجها وهذا لكل الأسباب السابقة الذكر، وبالمقابل تحصل هي على أعلى وأرفع مكانة يمكن أن تعتملها المرأة في المجتمعات الأبوسية خلال حياتها ككل (أن تكون أما)، ولعل هذا ما يشرح لماذا يعتبر الزواج بالنسبة لكثير من النساء أو الفتيات مجرد مرحلة مؤقتة ينتظرن من خلالها مرحلة أخرى أكثر ثباتا واستقرارا: مرحلة الأمومة.

ولادة طفل بالنسبة للزوجة الجديدة يمثل منحى جد مهم في حياتها وحدث مصيري هذا لأنه يغلق الأبواب المفتوحة في وجه الطلاق، تعدد الزوجات أو العيش بلقب عاقر طول حياتها.

بالنسبة للرجل يأخذ العقم نفس الأبعاد الدرامية، إذ يعد الرجل أيضا في نظر المجتمع معاقا اجتماعيا لكن بأضرار أخف من تلك التي تعانيها المرأة، معظم النساء يعشن عقم أزواجهن كقدر ومكتوب يجب عليهن تقبله، وقليلات اللواتي يطلبن الطلاق لهذا السبب، وإذا كان الرجل مفخرة والديه وأسرته كلها فإن أكثر الأشياء التي يمكن أن تهدد رجولته هو أن يكون من دون نسل أو ذرية تحمل اسمه.

فإنجاب الأطفال في المجتمع الجزائري مرادف آخر لمصطلح الرجولة وأن يعيش الرجل في مجتمع "بطريقي" دون إثبات رجولته مساس وإهانة له، فرجل من غير أطفال محكوم عليه أن يعيش ذليلا، ولعل مثل هذا الوضع القاسي هو الذي يفسر ذهاب النساء أولا للعلاج في حالة عدم الإنجاب.

عموما حتى وان اقتنع الزوجان بفكرة عدم الإنجاب لعقم احدهم أو تأخيره لأمر يعنيهما فإن الضغوطات الأسرية، والاجتماعية التي يكونان عرضة لها من أول أشهر الزواج كثيرا ما تؤثر على هذه القناعة. لا يوجد في المجتمع الجزائري إمكانيات كثيرة للخيار بالنسبة لهذا الموضوع ورغم المقاومة فإن خيار الزوجين عادة ما يسقط أمام الضغط الاجتماعي. فكرة عدم الرغبة في الأطفال في حد ذاتها غير مقبولة بتاتا، ومسئولية ديمومة العائلة الكبيرة والحفاظ عليها تقع على كاهل كل فرد في المجتمع.

خلاصة:

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل نجد أن العقم مرض متعدد الأسباب، وبالرغم من التقدم الطبي والوسائل العلاجية المتعددة إلا أنه مازال مرض معقد يحتاج إلى تكامل العلاج والعناية الطبية والنفسية للرفع من فرص الحمل، والتقليل من الضغوط والتأثيرات المختلفة لهذا المرض سواء النفسية منها أو الاجتماعية.

الفصل الثاني: الضغوط النفسية

تمهيد

1- مفهوم الضغط النفسي

2- أنواع الضغط النفسي

3- مترتبات الضغط النفسي

4- نماذج و نظريات في الضغط النفسي

5- الضغط النفسي و العقم

خلاصة

تمهيد:

تعد الضغوط النفسية أحد المظاهر الرئيسية في حياتنا المعاصرة، وما هي إلا رد فعل للمتغيرات السريعة التي طرأت على كافة النواحي حتى صار عصرنا يطلق عليه عصر الضغوط النفسية، ويمكن القول أنها تنشأ نتيجة فشل الفرد في التكيف مع المطالب المفروضة عليه في معظم الأحيان، الأمر الذي يجعله أكثر عرضة للإصابة بالمشكلات النفسية والجسمية والمعرفية. مع الإشارة أنه ليس بالضرورة أن تكون جميع الآثار المحتملة للضغوط سلبية بل يمكن أن تكون إيجابية تدفع الفرد إلى تحقيق ذاته، إذا فقائمة الضغوط النفسية واسعة مما دفع الباحثين للاهتمام بهذا الموضوع وهذا ما سنتناوله في هذا الفصل من خلال توضيح مفهومه، أنواعه، النظريات المفسرة له، مترتباته، وعلاقته بالعقم.

1- مفهوم الضغوط النفسية:

الضغط كلمة اشتقت من الفعل اللاتيني (Stringer) الذي يعني ضيق على، ضغط أخذ منه الاسم الفرنسي (Étreindre) ومعناه طوق بجسمه بذراعيه ضاغطا بقوة. قد يؤدي الضغط إلى فعل خنق، أو ضايق. (Graziani, et Swendsen,2005, 10).

و يصل بنا إلى كلمة الشدة (stringere) التي اشتقت بدورها من فعل (Détresse) وتعني عوز، ألم وهي تعني الشعور بالزهد بالوحدة ينتابنا في حالة قاهرة. ويرى ستورا أنه لم يكن لكلمة (stress) وجود في اللغة الفرنسية قبل القرن العشرين غير أنها استعملت على مدى قرون في اللغة الانجليزية، ومنذ القرن السابع كانت تستخدم للتعبير عن العذاب، الحرمان، المحن، الضجر، المصائب وعن العداوة وهي نتائج لقسوة الحياة يعبر عنها بكلمة واحدة.

ويشير مصطفى (2010) أنه في أواخر القرن الثامن عشر كان الضغط يستعمل مرادفا لمعاني: القوة، التوتر أو الجهد المكثف، ولكن تغير مفهوم الضغط في بداية القرن العشرين، إذ أصبح يعني قوة دافعة أو قوة مجموعة الدوافع المحركة للسلوك.

ثم ظهر مفهوم الضغط في العلوم الهندسية وحسب سيدرس (Sidrers 1987) فهو يعني القوة الخارجية الموجهة نحو عنصر مادي بحيث تنتج عن هذه القوة تعديل مؤقت أو دائم على تركيب العنصر وقد تبنى هذا الاصطلاح الهندسي الباحثون الفيسيولوجيون فأصبح الضغط من إصلاحاتهم المألوفة للتعبير عن العوامل الخارجية التي تؤثر على صحة الفرد، كالحرارة والبرودة.

وفي البيولوجيا يعني الضغط إحداث توتر العضلة لدرجة الإجهاد أو الإحساس بالتوتر (الألم) أما في العلوم الطبية يتجه مصطلح الضغط إلى تفسير العلاقة بين الأحداث الموجودة والمرض، أما في علم النفس فقد بدأت في العشرينيات من القرن الماضي أولى البحوث حول الضغط النفسي على يد والتر كانون (W. Cannon) إلى الحكم بأن الضغوط عندما تكون مستديمة أو طويلة الأجل تترك آثارا قاسية على الشخص فتؤدي في النهاية إلى اضطراب النظام البيولوجي لديه.

وفي عام 1936 قدم هانز سيلي (H. Selye) مجموعة من الأبحاث قادتته إلى وضع نظريته الشهيرة والتي فتحت أفاقا جديدة، وميدانا جديدا وخصبا للمهتمين بالضغوط النفسية. وفي العصر الحديث أصبح يشير مفهوم الضغط لدى كثيرا من العلماء والباحثين إلى الصراع وبعض الإنفعالات كالغضب والخوف.

1-1- تعريف الضغط لغة:

لقد أشار أنيس (1985) أن لكلمة ضغط عدة معاني في اللغة العربية فضغط الشيء هو غمزة إلى شيء كحائط أو نحوه أما ضغط الكلام فهو المبالغة في اختصاره والآلة الضاغطة التي يضغط بها الشيء يقال ضغط الدم وهو ما يحدثه الدم وهو ما يحدثه الدم من آثار على جدار الأوعية الدموية. وفي الهندسة كلمة ضغط تعني القوة التي تقع على وحدة المساحة وفي الاتجاه العمودي عليها، وأما في المجال الإنساني فهي تعني الضيق والقهر والاضطرار، كما أن معانيها الشدة، الزحمة، و المجاهدة بين الدائن والمدين، ومن معاني هذه الكلمة أيضا الرجل الضعيف في رأيه مما يؤثر على علاقته مع غيره.

1-2- تعريف الضغوط النفسية اصطلاحا:

عرفت الموسوعة البريطانية الحديثة الضغوط النفسية بأنها "أي توتر أو إجهاد أو عائق يتسبب في اضطرابات بالنسبة لوظائف الكائن الحي، كالتعرض للإحباط والحرمان والصراع وهذا ما يتطلب استخدام أساليب الدفاع النفسي". (New Encyclopédia Britannica, 1974, 612).

ويرى يوسف (2001) أنه يمكن النظر للضغوط النفسية من أبعاد مختلفة فيمكن إعتبارها كمثيرات أو إستجابات أو كعلاقة تفاعلية.

1-2-1- الضغوط كمثيرات:

تشمل جميع التغيرات التي تكون في محيط الفرد إما تتم داخله وتؤثر في توجيه سلوكه أو إحداث الحياة اليومية (الصغرى) التي يتعرض لها الفرد في حياته اليومية منغصات أو أحداث الحياة الكبرى وهي تتضمن تغيرات جوهرية في حياة الفرد وتؤدي إلى اضطراب نشاطات الفرد المعتادة فبعضها يكون مرغوبا وإيجابيا وبعضها سلبي وغير مرغوب فيه. ويرى ولمان (Wolman) أن الضغوط النفسية تنشأ من تعامل الفرد مع البيئة

حين يفسر حدثا على أنه خطر أو تهديد أو تحد، ويكون الموقف الذي يثير الضغط متضمنا متطلبات تتجاوز الوسائل المتاحة والممكنة لذلك الفرد". (حسن، 2012، 67).

ويعرفها فرج وآخرون (1993) في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي أنه يشير "إلى وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد سواء بكليته أو على جزء منه وبدرجة توجد لديه إحساسا بالتوتر أو تشويها في تكامل شخصيته، وحينما تزداد شدة هذه الضغوط فإن ذلك قد يفقد الفرد قدرته على التوازن، ويغير نمط سلوكه عما عليه إلى نمط جديد". ومصادر الضغوط عند الأفراد متعددة، فقد ترجع إلى متغيرات بيئية كما قد يكون الفرد نفسه أو طريقة إدراكه للظروف من حوله، وإذ ترتب على الضغوط النفسية حدوث أذى حقيقي للفرد فإن الفرد يصبح محبطا وإن لم يحدث ضرر حقيقي ومباشر على الفرد يعيش حالة من الشعور بالتهديد.

ويعرف شافير (Schafer, 2000) الضغوط "بأنها إثارة العقل والجسد ردا على مطلب مفروض عليهما". يوضح هذا التعريف أن الضغوط موجودة دائما وإنها خاصة للحياة، فالإثارة هي جزء من الحياة ويشير أيضا إلى طبيعة الضغوط فالإثارة تشمل كل أعضاء الجسم والأفكار والمشاعر (حسين، حسين، 2006، 21).

1-2-2- الضغوط النفسية كاستجابات:

يعد هانز سيلبي (Hans Selye) أحد الذين يعرفون الضغوط النفسية على "أنها مجموعة من الأعراض تتزامن مع التعرض لموقف ضاغط، وهو استجابة غير محددة من الجسم نحو متطلبات البيئة، مثل التغيير في الأسرة أو فقدان العمل أو الرحيل والتي تضع الفرد تحت الضغط النفسي". (السيد عبيد، 2008، 20).

ويعرف جوردن (Gordon, 1993) "الضغوط النفسية بأنها الاستجابات النفسية والانفعالية والفيزيولوجية للجسم تجاه أي مطلب يتم إدراكه على أنه تهديد لرفاهية الفرد

وسعادة الفرد وهذه التغييرات تقوم بإعداد وتأهيل الفرد للتوافق مع الضغوط والتي هي ظروف بيئية سواء حاول الفرد مواجهتها أو تجنبها".

ويشير هيلرجيل وآخرون (Hellrigel et al, 2001) إلى الضغوط على "أنها نتيجة أو استجابة عامة تصدر عن الفرد للتوافق مع حدث أو موقف يضع مطالب بيئية أو نفسية خاصة عليه وعندما يشعر أن مطالب الموقف تفوق قدرته على الإستجابة لها يكون الإحساس بالضغط".

وبهذا فإن الضغوط تشمل تفاعل الفرد مع البيئة وتسمى المواقف والأحداث التي تسبب الضغوط بالضغوط والتي يمكن أن تتخذ اشكالا عديدة على الرغم من اشتراكها في شيء واحد وهو نشأة الضغوط. (حسين، حسين، 2006، 20-22).

1-1-3 الضغوط كعلاقة تفاعلية:

نظرا للاختلاف السابق الإشارة إليه، يشير يوسف (2008) إلى أن بعض العلماء يرون أن تعريف الضغوط ينبغي أن يركز على العلاقة بين الفرد والبيئة أي بين المثيرات والاستجابات، وبهذا تعرف الضغوط على أنها مترتبات عمليات التقدير لدى الفرد وكذا تقييم ما إذا كانت مصادر الفرد تكفي له للوفاء بالمتطلبات المفروضة عليه من بيئته أم لا.

ويشير ستيلي (Suttely, 1981) إلى أن "الضغط النفسي ينشأ نتيجة تفاعل الفرد مع البيئة وذلك عندما يفسر الفرد المثيرات كحاجات ملحة بالنسبة له والتي تتجاوز المصادر المتوفرة مثل المطالب الاجتماعية، والثقافية والنفسية والسيولوجية مما يشكل عبئا ثقيلًا ولها دلالات كمصادر أساسية لضغوط نفسية إيجابية أو سلبية". (العزیز، 2010، 31-32).

وقد أوضح لازاروس (Lazarus, 1966) أن "الضغط النفسي لا يمكن أن ينظر إليه بأنه علاقة بسيطة بين السبب والنتيجة، بل يجب إدراك المفهوم الديناميكي الذي يبقى فرديا ذاتيا أي إدراك شخصية الفرد وتجاربه الماضية، حيث لا يوجد ضغط إلا في الوقت الذي

يحصل لدى الفرد تباين بين مطالبه وقدراته على الاستجابة لها وأي محاولة لزيادة إمكانياته لمواجهة المتطلبات تشكل خطرا على حياته".

وقد قدم لازاروس تقديرين أساسيين وهما:

التقدير الأول: الذي يحكم على الوضعية الموجود فيها الفرد ما إذا كانت ضاغطة أم لا. التقدير الثاني: الذي يعمل على تقويم الوسائل البديلة لمواجهة الخطر المدرك. وبناءا على ما تقدم عرف لازاروس الضغط النفسي بأنه "العلاقة بين الفرد والبيئة والتي يقيمها الفرد في حالة الضغط بأنها مرهقة وتتجاوز قدرته على التكيف وتعرض وجوده للخطر".

وانطلاقا من النظرة السيكلوجية، توصل كوكس ومكاي (Cox et Mekay, 1979) إلى أن "الضغط يرتبط بالفكرة التي يكونها الفرد عن المكانة التي يحتلها في وسطه الفيزيقي والنفسي - الاجتماعي".

فالضغط هو نتاج اختلال مدركين أو صورتين: الصورة التي يكونها الفرد حسب ما يتوقعه الآخرون، وصورة ما يملكه من استعدادات للاستجابة لتلك التوقعات.

ومن أنصار التقدير المعرفي، نجد الباحث تايلور (Taylor, 1986) الذي يؤكد أن الضغوط النفسية "هي عملية تقييم الأحداث المهددة والمثيرة للتحدي بهدف تحديد الاستجابات المعرفية، الانفعالية والفيزيولوجية لتلك الأحداث، ومن ثم فإن الأحداث التي لا يمكن ضبطها أو التنبؤ بها تكون أكثر إثارة للضغوط من الأحداث التي يمكن ضبطها أو التنبؤ بها".

كما أنه قد يشعر الفرد بقليل من الضغوط أثناء تعامله مع المواقف الصعبة، وبالمثل فعندما تكون مصادر الفرد غير كافية للتعامل مع موقف معين، وحتى وإن كان هذا الموقف بسيطا وسهلا فإن الفرد يشعر بضغط كبيرة. و في الأخير يمكن القول أن الضغط ينشأ إذا

من عملية تقييم الأحداث بأنها مؤذية أو مهددة أو مصدر تحدي ومن عملية تقييم ردود الأفعال الممكنة والاستجابة لهذه الأحداث.

2- أنواع الضغوط النفسية:

وضع الباحثون تصنيفات مختلفة للضغوط وهي:

2-1- من حيث تأثيرها إيجابية أو سلبية: لقد ميز هانز سيلبي بين هذين النوعين من الضغوط حيث يطلق سيلبي على الضغط النافع أو الحسن والضغط السلبي أو الضغط المزعج، ويرى سيلبي أن الفارق بينهما يكون في العمليات المعرفية الوسيطة في استجابة الضغط وفي هذا الصدد يؤكد سيلبي على أن التحرر الكامل من الضغط يعني الموت. وهكذا فإن الضغط ليس ضارا أو سيئا على الدوام بل إن قدرا منه في كثيرا من الأحيان يكون نافعا ومفيدا للفرد، حيث يدفعه للارتقاء في العمل والأداء بشكل أفضل، ولكن إذا زاد الضغط فوق طاقة تحمل الفرد فقد يؤدي ذلك به إلى الاحتراق وسوء التوافق النفسي وظهور الأعراض. (حسين، حسين، 2006، 33)

ويشير تايلور (2008) إلى أن الباحثين يرون "أن الأحداث السلبية تسبب ضغطا أكثر من الأحداث الإيجابية وهذا لأنها ترتبط ارتباطا كبيرا بالمعاناة النفسية والأعراض الجسمية وهذا لأن الأحداث الضاغطة تؤثر بشكل سلبي على مفهوم الذات أو قد تسبب فقداننا لتقدير الذات أو الإحساس بفقدان السيطرة على الأمور والهوية".

2-2- من حيث درجة التحكم: تشكل الأحداث الخارجة عن السيطرة أو تلك التي يصعب التنبؤ بها مصدر ضغط أكثر من تلك الأحداث التي يمكن السيطرة عليها أو التنبؤ بها فالأحداث السلبية مثل: الاكتظاظ، انعدام الراحة يبدو أنها تمتلك من الخصائص الموروثة ما يجعلها تسبب الضغط فالأبحاث التي أجريت في ميدان الضغط تظهر باستمرار أن الأحداث الخارجة عن السيطرة أكثر ضغطا من تلك التي يمكن التحكم بها.

2-3- من حيث استمراريته: تنقسم إلى ضغوط مؤقتة أو قصيرة المدى وهي تلك التي تحيط بالفرد لفترة وجيزة ثم تزول كضغوط الامتحانات، أو الزواج الحديث أو ضغوط مزمنا (طويلة الأمد) وهي تلك التي تحيط بالفرد لفترة طويلة كتعرض الفرد لألم مزمنا، أو وجود ظروف اقتصادية، أو اجتماعية غير ملائمة بصورة مستمرة وتؤكد نتائج بعض الدراسات على أن الناس يستطيعون أن يصمدوا أمام أحداث الحياة الضاغطة بصفة قصيرة المدى، ولكنهم يفقدون القدرة لتصدى على الأحداث طويلة المدى نتيجة لما تسببهم لهم من خبرات مؤلمة تتمثل في الإحباطات والتوترات التي لا تتحملها الأجهزة النفسية والجسمية للإنسان (يوسفي، 2008، 65).

2-4- من حيث الحدة: هناك من قسم الضغوط حسب حدتها إلى ضغوط حادة وضغوط متوسطة الشدة وضغوط بسيطة معتادة هذا والضغوط قد تكون شديدة مثل: الفقد أو الهجر، أو تكون أحداث تسبب ضغوط أقل شدة كتوتر العلاقات مع الآخرين، وكذلك قد تكون مجرد منغصات ومضايقات يومية كروتين اليومي والاهتمام بشؤون المنزل... الخ.

2-5- من حيث الطبيعة: أكد وين واينت (W. Whinte) على أن طبيعة الضغط يمكن أن تتمثل في محورين:

- أن تكون بدنية أو نفسية من أمثلة الضغط البدني: كالتعرض لمرض مزمن، أو التعرض لظروف طبيعية مثل الضوضاء وهذه الظروف غير المريحة تسبب ضغطا بدنيا أو جسميا وأمثلة الضغوط النفسية الخلافات مع الزوجة، الإحساس بالوحدة... الخ.
- تداخل الضغط البدني مع الضغط النفسي معا فهما يمكن أن يتداخلوا في حدث واحد مثل غياب الدعم من طرف الأهل والإصابة بمرض خطير يمكن أن يولد لدى الفرد كلا من الضغط البدني والنفسي.

2-6- من حيث درجة الوضوح: يرى تايلور (2008) "أن الأحداث الغامضة تسبب ضغطاً أكثر من الأحداث الواضحة، فعندما يتصف الحدث الضاغط بالغموض، فإنه لا يتيح الفرصة للفرد للقيام بعمل شيء إزائه لأنه يدفع الفرد إلى تكريس طاقاته من أجل اتضاح الموقف المسبب للضغط، وهذه المهمة تستهلك وقت الفرد وتقوض إمكاناته، ومن ناحية أخرى فإن وضوح معالم المواقف الضاغطة يترك مجالاً أمام الفرد لكي يعمل من أجل إيجاد الحلول دون أن يظل عالقاً في مرحلة تحديد ماهية المشكلة التي يتعرض لها وترتبط قابلية الفرد للقيام بعمل ما من أجل مواجهة المواقف الضاغطة في العادة مع قلة المعاناة والتفاعل بطريقة أفضل".

2-7- من حيث مصدرها: لقد حظيت مسألة تحديد مصادر الضغوط باهتمام الكثير من الباحثين ولذلك تعددت مصادر الضغوط لديهم ومما لا شك فيه أن الإنسان عادة يتعرض في حياته اليومية لأنواع عديدة من الضغوط وأن مصادر الضغوط الواقعة للإنسان تحيط به من كل جانب وقد لا تنتهي علماً بأنها تختلف من فرد لآخر كما أنها تختلف لدى الفرد الواحد من مرحلة إلى أخرى عبر المراحل النمائية التي يمر بها في حياته. (حسين، حسين، 2006، 36).

وقد قسمت هذه الضغوط إلى ضغوط داخلية وضغوط خارجية حيث حدد ميلر مصدرين أساسيين للضغوط هما:

2-7-1- الضغوط الخارجية: ويقصد بها الصراع الذي يحدث الاختلاف بين القيم والمبادئ التي يتمسك بها الفرد وبين الواقع، وهي تقسم إلى قسمين:

- ضغوط بيئية طبيعية مثل: التلوث، الضوضاء بالإضافة إلى المناخ وما يتضمنه من درجة حرارة ورطوبة تؤثر على الجانب النفسي للفرد.
- ضغوط بيئية اجتماعية تتمثل في: توتر العلاقات وانعدام الدعم الاجتماعي والأسري... الخ

2-7-2- الضغوط الداخلية: ويقصد بها تلك الضغوط التي تنشأ نتيجة الافتراضات غير الواقعية والناבעة من الذات وهي تنقسم بدورها إلى قسمين:

- مصادر نفسية: وتشمل مختلف العوامل التي تتبع من ذات الفرد - ذات أصل ومنشأ نفسي- وهي تتألف من مظاهر نفسية متعددة كالصراع، الإحباط، التناقض الوجداني، الشعور بالذنب ونقص الثقة بالنفس... الخ.

و هذه المظاهر يمكن أن ينتج عنها ضغوط نفسية حادة إذا ما تكاثفت وتضافرت عوامل أخرى، كما يمكن أن تشكل المطالب التي يفرضها الفرد على نفسه مواقف ضاغطة خاصة إذا كانت هذه المطالب غير منطقية أو لا يمكن تحقيقها.

- مصادر جسمية: إن تصور الفرد لذاته الجسمية وقت ما قد يحدد شعوره في ذلك الوقت إما بالسرور أو الألم، بالقوة أو بالضعف... الخ، وقد يكون تصور لحالته الجسمية أهم من حالته الجسمية الفعلية في تحديد مشاعره وأحاسيسه ومن هنا يتجلى دور صورة الذات الجسمية في ظهور الضغوط النفسية فاتخاذ الفرد صورة سلبية عن ذاته الجسمية يولد لديه إحساسا بضيق والتوتر. (لبنى، 2011، 725).

ويمكن القول في الأخير حسب ما يراه تايلور (2008) "أن الأحداث السلبية والخارجية عن السيطرة والغامضة أو تلك الأحداث التي تمس المهام المركزية في حياة الفرد تدرك بأنها أكثر ضغطا من الأحداث الأخرى التي تخضع للتحكم والإيجابية، والواضحة، والتي يمكن إدارتها، أو التي تتعلق بمهام الحياة الهامشية".

رغم الاختلاف في تصنيف أنواع الضغوط إلا أنه في واقع الأمر هناك تداخل كبير بينهما، حيث أنه ترتبط بمواقف محددة فنجد مثلا ضغوط قصيرة المدى يمكن أن تكون ايجابية أو سلبية بدنية أو نفسية ويمكن أن تكون حادة أو بسيطة ويمكن أن تكون من البيئة الطبيعية أو الاجتماعية أو الداخلية لهذا من الصعب جدا تجاهل هذا التداخل.

3- مترتبات الضغوط النفسية:

للضغوط النفسية مترتبات نفسية أهمها: ضعف جهاز المناعة، الأمراض الجسمية، الاضطرابات النفسية، والمشاكل السلوكية وأخيرا المترتبات الاجتماعية.

3-1- ضعف جهاز المناعة:

عندما يقرر الدماغ أن هناك خطر، يرسل إشارات عصبية إلى الغدد الأدرينالية لحثها على إفراز الأدرينالين الذي يزيد من إفرازه السكر في الدم ويتسبب في زيادة دقات القلب، وأيضا ضغط الدم. ويتم ذلك بإفراز الهيبتوتالاموس لهرمون CRF والذي يغادر إلى الغدة النخامية فتفرز هرمونا آخر ACTH هذا الهرمون يغادر إلى الغدة الكظرية فتفرز بدورها الكورتيزول الذي يحافظ على كمية السكر عالية في الدم وكذلك الضغط ويساعد أيضا على التخفيف من الإلتهاب عند التعرض للإصابات ولكنه يؤثر على جهاز المناعة سلبا إذا طال إفرازه. (تايلور، 2008، 352-354).

3-2- الأمراض الجسمية: لقد أوضحت البحوث أن الضغوط النفسية تقلل من قدرة الفرد على مقاومة الأمراض وتزيد من تأثيراتها. ويعتمد تأثير الضغوط على بقائها وشدها وكذلك إحتمال التعرض لها (الاستهداف)، والضغوط المستمرة قد تؤدي إلى استجابة بدنية معينة معتمدة على نقطة ضعف أو ما يسمى بالحلقة الأضعف، والحلقة الأضعف هنا هو ذلك الجهاز الجسمي كالأمعاء أو المعدة أو الجهاز التنفسي الذي يكون أكثر تأثر بالضغوط من غيره، وتظهر عليه علامات أو أعراض مرضية وهذا يكون طبقا لاستعداد الفرد وتهينته.

والجدير بالذكر أنه ليست كل المراض مرتبطة بالضغوط فهناك عوامل أخرى يمكن أن تساهم في إحداث هذه الأمراض كظروف البيئية، الحالة الصحية العامة للفرد كالوراثة والتاريخ الطبي.

3-3- الاضطرابات النفسية أو المشاكل السلوكية: لكل فرد قدرة معينة على تحمل الضغوط النفسية، فإذا لم يتجاوزها ظهرت عليه اضطرابات نفسية ومشاكل سلوكية تتراوح بين سوء التوافق وقد تصل حتى إلى الاكتئاب.

والجدول التالي يوضح أهم الاضطرابات الجسدية، النفسية، والسلوكية التي يمكن أن تظهر جراء الضغوط النفسية.

جدول رقم (1) يوضح الاضطرابات الجسدية والنفسية والسلوكية الناتجة عن الضغوط:

سلوكيا	نفسيا	جسديا
فرط الأكل /نقص الشهية	قلق	صداع
انعدام الصبر	إهتياج	كسر الأسنان
ميل إلى الجدل	شعور بخطر أو موت	تضييق وجفاف في الحلق
مماطلة	اكتئاب	شد الفكين
زيادة في التدخين	تباطء في التفكير	ألم في الصدر
		خفقان القلب
انعزال	تسارع في الأفكار	قصر التنفس
تجنب المسؤولية وأثارها	الشعور بالعجز	إرتفاع ضغط الدم
أداء سيء في العمل	الشعور بفقدان الامل	الم عضلي
التدهور	الشعور بانعدام القيمة	عسر الهضم
عناية سيئة بالصحة	الشعور بغياب	إمساك/إسهال

	الهدف	
التغير في العلاقات العائلية أو الحميمية	شعور بعدم الأمان	زيادة في التعرق
	حزن	برودة وتعرق في اليدين
	غضب /دفاعية	تعب /أرق
	فرط الحساسية	مرض متكررا

(السيد عبيد، 2008، 34)

4- نماذج و نظريات في الضغط النفسي:

4-1- نموذج كوكس وميكاي:

في هذا النموذج يقترح واضعاه أنه يمكن وصف الضغط كجزء من منظومة معقدة وديناميكية من التحويلات، التعاملات بين الفرد وبين البيئة، وهذا يؤكد على أن الضغط ظاهرة إدراكية فردية مغروسة في العمليات النفسية. كما يقدم هذا النموذج وصفا انتقائيا لمنظومة الضغط فهو يجمع بين الضغط كمثير والضغط كاستجابة، ولكنه يركز على طبيعة العلاقة التفاعلية للظاهرة، وأهم ما يميز هذا النموذج الخاصية الإرجاعية وأن هذه المنظومة دائرية أكثر من كونها خطية وهذا ما يوضحه النموذج التالي الذي يتضمن المراحل التالية:

- المرحلة الأولى: تشير إلى المطالب وهي عادة في بيئة الشخص الداخلية والخارجية. تحقيق هذه المطالب (الحاجات) يكون هاما في تحديد سلوكه.
- المرحلة الثانية: ينشأ الضغط عندما يكون عدم توازن بين المطالب المدركة والقدرة المدركة على مواجهته، وليس بين مطالب حقيقة والقدرات الفعلية لإن الشيء المهم هنا هو تقييم الفرد للموقف الضاغط وتقييمه لقدرته على التعامل.

- المرحلة الثالثة: مرحلة الاستجابة الفيزيولوجية التي ينظر لها البعض على أنها النقطة النهائية. غير أن كوكس ومكاي يريانها ضمن منظومة أكبر.
- المرحلة الرابعة: تهتم هذه المرحلة بنتائج الاستجابة الخاصة بالتعامل والمواجهة.
- المرحلة الخامسة: وهي إحدى حلقات التغذية المرتدة والتي تحث في كل المراحل الأخرى في نظام والتي تكون فعالة في تشكيل المحصلة في كل تلك المراحل. (يوسفي، 2012، 72-73).

4-2- النموذج الاجتماعي والإيكولوجي في تفسير الضغوط: يتأثر الأفراد بجميع مكونات البيئة التي يعيشون فيها، فهم جزء من النسق الاجتماعي ومن ثمة فإن أي محاولة لفهم سلوك الأفراد ومشاكلهم خارج السياق الاجتماعي يعد فهما جزئياً فالضغوط وأساليب مواجهتها تحدث وتتحدد في إطار السياق الاجتماعي الذي يحي فيه الفرد. (حسين، حسين، 2006، 69)

كما أن التغيرات الاجتماعية، والثقافية التي تطرأ على اعتقادات الأفراد وقيمهم وتقاليدهم ساهمت بشكل كبير في خلق مستويات مرتفعة من الضغط تتضمن هذه التغيرات تصدع الأسرة، وتفككها، تقلص الشبكة الاجتماعية للفرد مما جعله يشعر بالعزلة والوحدة إضافة إلى التغيرات السريعة في المجال الاقتصادي مثل: ارتفاع الأسعار، صعوبة الحصول على وظائف... الخ، وهي من المشكلات الموجودة في بيئة الفرد والتي لا يستطيع أن يكون بعيداً عنها مما يؤثر على صحته النفسية، ولذلك وفقاً للمنحى الاجتماعي، فإن الضغط ينتج لدى الأفراد عندما تفوق المتطلبات الاجتماعية وقدرات الفرد أو ينتج من الصراعات الناتجة عن رغبات الفرد وحاجاته إلى مواكبة التطور والتغير الاجتماعي السريع، والمحافظة على معايير وقيم المجتمع. (يوسفي، 2012، 80).

4-3- نظرية أعراض التكيف العام:

وضحت حسن (2012) أن هذه النظرية ترتبط باسم العالم الكندي هانز سلي (Hans Selye)، ابتكرها قبل ستين عاما إذ قام حينها بإجراء عدد من البحوث في موضوع الضغوط النفسية، وإليه يعزى جعل مفهوم الضغوط النفسية مفهوما أساسيا في مجال الطب وعلم النفس بقوله "إن الجسم يستجيب بطريقة عامة واحدة لأي تهديد سواء كان التهابا يصيب الجسم أو جروحا أو ضغطا نفسيا". وتصف هذه النظرية الاستجابة العامة للفرد نحو الضغط وفق ثلاث مراحل:

4-3-1- المرحلة الأولى استجابة الإنذار: تتحدد هذه المرحلة بتعرض لمثيرات الحدث الضاغط حين تستلمها أجهزته الحسية فتنتبه الآليات الدفاعية للجسم، وتنشط لدفاع عنه لمواجهة حالة صدمة مؤقتة، فيفرز الجسم بسرعة هرمونات ويحفز جهاز المناعة لتعامل مع الضغط.

4-3-2- المرحلة الثانية المقاومة: تعمل في هذه المرحلة آليات التكيف في جسم الإنسان على المقاومة المستمرة لمواجهة الضغوط، ومحاولة استعادة الفرد لتوازنه النفسي.

4-3-3- المرحلة الثالثة الإنهاك: فيها يحصل الإخفاق في حالة عدم قدرة الفرد على التغلب على الموقف المهدد والضاغط وتتصف هذه المرحلة بكون الضغط النفسي فيها يكون قويا جدا ومؤثرا ولا يمكن مقاومته، ويصبح الفرد غير قادر على حماية نفسه تحت مستويات العالية والمتسمة من الضعف النفسي وتتصف هذه المرحلة بضعف المقاومة.

4-4- النظرية السلوكية: أكد أنصار المدرسة السلوكية على عملية التعلم، ويتخذون منه محورا أساسيا لتفسير السلوك الإنساني. كما يركزون على دور البيئة في تشكيل شخصية الفرد، حيث تفترض هذه النظرية أن كل أنماط السلوك متعلمة بالاشتراط والتعزيز، وترى أن كل مثير لا بد له من استجابة، وعليه وفقا للمنحى السلوكي تحدث استجابة الضغط عندما

تكون أنماطها السلوكية غير ملائمة أو غير مناسبة للموقف الذي نواجهه، وبذلك فإن التعامل مع الضغط يعنى تعلم سلوك جديد ملائم للموقف الذي نواجهه، ويرى (سيكنر Skinner) أن الضغط يعد أحد المكونات الطبيعية في حياة الفرد.

أما من وجهة نظر الاتجاه الاجتماعي ورائده كل من (روتر Roter) و(بانديورا Banadora) فيرون أن جل السلوك المتعلم يتم في بيئة اجتماعية وأنه يوجد ما بين المثير والاستجابة تكوين معقد للغاية، وهو عالم الشخص الداخلي الذي يستطيع أن يتخذ قرارات ويحلل الأحداث قبل أن يأتي بالاستجابة، حيث يشير بانديورا إلى أن كثيرا من سلوكنا نكتسبه بواسطة التعلم والملاحظة. أما روتر فقد اهتم بالفروق الفردية كمتغير وسيط في عملية التعلم، كما يطرح أيضا مفهوم الحتمية المتبادلة الذي يلخص العلاقة بين السلوك، الشخص، والبيئة حيث أن سلوك الفرد يتأثر بالبيئة، وأن الإنسان يؤثر في بيئته بما لديه من عمليات معرفية. أي أن الاستجابات التي تصدر عن الفرد حيال الظروف الضاغطة تؤثر على مشاعره وانفعالاته، كما أن سلوك ومشاعر الفرد في ظل الظروف الضاغطة تتأثر بطريقة إدراكه للموقف، فالاستجابات الغير تكيفية للمواقف الضاغطة تؤدي إلى تقاوم الضغوط لدى الفرد، ويشير كذلك إلى أن قدرة الفرد على التغلب على الأحداث الضاغطة يتوقف على درجة فاعلية الذات. هذه الأخيرة تتوقف على البيئة الاجتماعية للفرد، وعلى إدراكه لقدرته وإمكاناته في التعامل، فعندما يدرك الفرد أنه يستطيع مواجهة المواقف الضاغطة لم يعاني التوتر والقلق، ولكن إذا اعتقد الفرد أنه لا يستطيع التعامل معها فهذا يسبب له القلق والتوتر، ومن ثم يرى البيئة حافلة بالتهديدات والضيق. يؤكد بانديورا أن الشخص عندما يواجه بموقف معين فإنه يقيم الموقف من خلال نوعين من التوقعات وهما:

الأولى وهي النتيجة وتعنى: تقويم الفرد لسلوكه الشخصي والذي يؤدي إلى نتيجة معينة. والثانية توقع الفعالية وتشير إلى: اعتقاد الشخص وقناعاته بأنه يستطيع تنفيذ السلوك الذي يتطلب حدوث نتيجته بشكل ناجح.

4-5- النظرية المعرفية: إن استجابة الفرد في البيئة تتحدد بشكل كبير بتفسيرات الفرد لهذه الأحداث، وتبرز أهمية الدور المعرفي في نشأة الضغوط في النموذج التفاعلي الذي قدمه (لازاروس Lazarus) (وفولكمان Folkman) والذي أكد فيه على أهمية عملية التقييم الأولى والثانوي في نشأت الضغوط وفي التعامل معها.

ويشمل التقييم الأولى وصف الفرد على أنه محدد وخطير، ويكون على صورة إدراك لذلك الموقف. أما التقييم الثانوي فيشمل استعمال الوسائل للتعامل مع الضغط النفسي ومواجهته، وهذا ما يتفق مع كل (إليس Ellis) و (بيك Beck) حيث يوضح لازاروس أن الأحداث والمواقف المسببة للضغط النفسي خارجية تقع في محيط الفرد، وداخلية تمثل الجانب الشخصي والتي تتكون من التصور الإدراكي نحو العالم الخارجي. ولقد أشار لازاروس وروسكي (Lazarus, Roskies, 1980) إلى أن هناك ثلاث أساليب أو نماذج يمكن العمل من خلالها للتكيف مع حالات الضغط النفسي.

4-5-1 حل المشكلات: والتي تعنى عملية منظمة تشتمل على خطوات متسلسلة للاستبصار عند تفكير الفرد بحل المشكلة التي تواجهه.

4-5-2 الإدراك المعرفي: وهي من الأساليب الفعالة التي يستطيع الفرد من خلالها تعلم التفكير الواقعي والتخلص من التشوهات الإدراكية في مواجهة المشكلات.

4-5-3 الاسترخاء: وهي من الأساليب الفعالة التي تعمل على إزالة التوتر من العضلات والتخلص من الضغط الناتج من المشكلات المحيطة بالفرد. (العزیز، 2010، 54).

كما يستند هذا المنحى إلى أفكار علماء النفس المعرفيين مثل ألبرت آيس (Albret E) الذي يرى أن الظروف الضاغطة التي يعيشها الفرد ليست هي التي تسبب له الضغط، وإنما الطريقة التي يدرك بها الفرد هذه الظروف، وعلى نسق الاعتقادات العقلانية التي

يكونها عنها. حيث أن هذه الاعتقادات اللاعقلانية تؤثر على الانفعال الذي بدوره يؤثر على سلوك الفرد.

أما أرون بيك (Aron Beck , 1976) فيرى أن الضغط استجابة يقوم بها الكائن نتيجة لموقف يضعف من تقديره لذاته ومشكلة يصعب حلها وتسبب له إحباطا. أو موقف يثير أفكارا من الشعور بالعجز لديه، ومن هنا فإن طريقة تفكير الفرد وإدراكه للموقف تؤثر في انفعالاته وسلوكه. كما أنه تحدد مدى تأثيره بالمواقف التي يواجهها.

أما ميكنوم فيرى أن هناك تأكيدا منه على أن الكيفية التي يستجيب بها الفرد للضغط تتأثر إلى حد كبير بالكيفية التي يقيم بها الفرد مصدر الضغط، وبالكيفية التي يقيم بها الفرد نفسه وقدرته على المواجهة، فالعبارات التي يقولها الشخص لنفسه حول موقف الضغط وقدرته على التعامل معه تؤثر على سلوكه في هذا الموقف. (يوسفي، 2012، 80).

4-6- نظرية العوامل المتعددة: قدم موس وشيفور (Moos et Schefor, 1986) نموذج العوامل المتعددة في تفسير الضغوط النفسية، الذي يعد من أشمل النماذج التي توضح العوامل الأساسية التي تؤثر في استجابة الفرد للضغوط والتي تمر بثلاث مراحل وهي:

4-6-1- المرحلة الأولى: العوامل الديمغرافية والشخصية، التي تتعلق بنوعية شخصية الفرد والعوامل البيئية المحيطة به، وتفاعل العوامل الشخصية والاجتماعية وعلاقتها بإدراك الفرد للحدث الضاغط.

4-6-2- المرحلة الثانية: وتشمل ما يلي:

- إدراك الفرد لمعنى الحدث الضاغط، وهذا الإدراك يبدأ بعد صدمة الحدث الضاغط بصورة مفاجئة ثم يزداد وضوحه حتى يدرك جوانبه ونتائجه مما يسهل عليه التعامل معه.
- الأعمال التي تهيأ الفرد لتوافق مع الحدث الضاغط، ومحاولته للاحتفاظ بتوازنه والتحكم بمشاعره السلبية التي خلفها الحدث، وشعوره بقدرته وكفايته على التحكم والسيطرة عليه.
- محاولة الفرد اتخاذ أسلوب لمواجهة الموقف بهدف استعادة توازنه النفسي، وتتضمن عمليات مختلفة هدفها حشد طاقات الفرد المعرفية والانفعالية لمواجهة الموقف الضاغط.

4-6-3- المرحلة الثالثة: تعد محصلة لتفاعل جميع العناصر السابقة بهدف مواجهة الموقف، وقد تكون المواجهة في صورة توافق ناجح وبالتالي يستطيع الفرد مواجهة حياته، وقد يخفق الفرد في تحقيق التوافق فتظهر عليه الاضطرابات النفسية. (حسن، 2012، 71).

5- الضغط النفسي و العقم:

لقد أظهرت الدراسات والبحوث المختلفة سواء على المستوى الإكلينيكي أو النظري أن العقم يمثل خبرة ضاغطة بالنسبة للأفراد الذين يعانون من العقم سواء أثناء التشخيص أو العلاج.

أما على المستوى النظري فيظهر من خلال ما تطرق إليه كلا من لازاروس وفولكمان في تعريف الضغط النفسي على أنه يتعدى المصادر الفردية والاجتماعية للفرد والتي تعرض توازنه النفسي للخطر، ويرى الباحثين أن الضغط الناتج عن العقم يرجع بالضرورة إلى الطبيعة الغامضة، السلبية، والخارجة عن السيطرة لهذه الإصابة. كما أن النموذج النظري

التحليلي للعقم حسب (Collon, Hennessey,1989, Jordon, Dunkel,1997 et autre) يسمح بالتنبؤ بوجود ضغطا نفسيا كإستجابة للعقم عند الأفراد الذين يعد الإنجاب بالنسبة لهم هدف مركزي في الحياة. (Mongrain, 2000, 3).

وفي نفس السياق يشير تايلور (2008) إلى "أن الأحداث السلبية الخارجة عن السيطرة أي الغامضة أو الأحداث التي تمس المهام المركزية في حياة الفرد تدرك بأنها أكثر ضغطا من تلك الأحداث الإيجابية التي تخضع للتحكم والممكن إدارتها أو تلك التي تتعلق بمهام الحياة الهامشية".

أما من الناحية العيادية فالملاحظات والأبحاث التي أجريت أظهرت أن العقم تشخيصه وعلاجه هو خبرة ضاغطة في حد ذاتها. كما أن معظم العياديين والباحثين في هذا الميدان يعتبرون أن المشاكل المرتبطة بالعقم تحدث نتيجة ضغطا هائل.

وهذا ما أظهرته نتائج الأبحاث حول العقم أي أن الأفراد الذين يشخص عندهم العقم، ويتلقون العلاج يعانون من درجة عالية من الكرب النفسي - الاجتماعي وهو أكثر ارتفاعا منه عند النساء أكثر من الرجال. و أظهرت الدراسات أن الأفراد المصابون بالعقم يعانون من مستوى مرتفع من كرب نفسي مقارنة بالمجتمع العام. (E Lavielle, 2012, 2).

أما بالنسبة للدراسات التي تمت فيها المقارنة بين النساء والرجال لكل من (Wenston et al 1999, Boivin et al 1998, Andrws et al 1992, Ulbrich et al 1990) فقد أكدوا جميعا بأن الضغط المرتبط بالعقم واستجابة الضغط لها تأثير كبير على النساء أكبر بكثير من الرجال. (Nelson, 2010, 18)

ويمكن تلخيص هذه الأبحاث وفق التسلسل الزمني لها:

في الثمانينات أظهرت الدراسات أن الضغط يؤثر على النظام الذاتي للفرد من خلال تغيير التركيب الدموي للبيوضات، وبالتالي يمكن أن يغير من مرونتها ومن حجمها. كما أن الضغط النفسي مسؤول عن اختلال مختلف الوظائف المرتبطة بالتعشيش.

كما ربطت الدراسات بين البرولاكتين والكورتيزول حيث يكونان مرتفعين في حالة العقم هذا من جهة، ومن جهة أخرى أصبح معروفاً من خلال الدراسات أن العقم مسؤول عن الكرب النفسي، وأن القلق هو نتيجة هذا الكرب خاصة في حالة العلاج عن طريق التلقيح الاصطناعي.

كما أكدت الدراسات أن للضغط والقلق آثاراً سلبية على المرأة العقيم، وأنه عند التكفل النفسي (العلاج) ينخفضان وتزداد فرص الحمل عند هؤلاء المصابين بالعقم.

أما في التسعينات فقد اتجهت الدراسات للربط بين العقم والاكنتاب حيث أشار (لابان Lapane) من خلال دراسته إلى أن النساء اللاتي مررن بفترة مرحلية من الاكنتاب إصابتهن بالعقم أكبر مرتين من اللاتي لم يصبن بالاكنتاب هذا من جهة، ومن جهة ثانية أظهرت الدراسات أن النساء اللاتي أجهضن في مراحل مبكرة كان بسبب الكرب النفسي الذي كن يعانين منه.

أما الدراسات التي كانت في مجال العلاج عن طريق التلقيح الاصطناعي فقد أظهرت النتائج أن النساء اللاتي يعانين من الاكنتاب كانت نسبة نجاح العلاج معهن وظهور الحمل هي 13 بالمئة مقارنة بمن لم يصبن بالاكنتاب كانت نسبة نجاح العلاج معهن 29 بالمئة.

وتشير الدراسات أيضاً إلى أن الكرب النفسي يرتفع ويزداد مع الوقت، وكذلك الاكنتاب بنسبة درجتين إلى ثلاث درجات مع كل حالة فشل في العلاج خلال السنوات الأولى من الزواج، ثم تتخفف إلى مستويات عادية بعد ست سنوات.

أخيرا في السنوات ألفين فقد كانت دراسات للباحثين الأنجلوساكسونين (Anglo-Saxons) والتي هدفت إلى تقييم أهمية وفعالية بعض التقنيات العلاجية في خفض الكرب النفسي لدى المصابين بالعقم مثل: الاسترخاء، والتأمل، وتوصلت إلى أن هناك تأثير إيجابي لهذه التقنيات على الوظائف النفسية عند هؤلاء المصابين وتتمثل في:

انخفاض نشاط الجهاز السمبتاوي، انخفاض الضغط النفسي، انخفاض القلق، الاكتئاب، تنشيط الجهاز المناعي، والأهم نجاح العلاج النفسي مع حالتين من العقم الوظيفي بحيث حدث الحمل عن طريق التلقيح الاصطناعي.

ولقد خرج الباحثون بنتيجة أو توصيات وهي ضرورة التكفل النفسي بالعقيمين باستخدام الاسترخاء والأفضل استخدام علاج نفسي شامل. ويقترحون أن يكون هذا التكفل أو العلاج النفسي قبل بداية أي علاج للعقم، وذلك بهدف رفع فرص الحمل بفضل اكتساب هؤلاء المرضى استراتيجيات مناسبة لمواجهة هذه الوضعية.

ويرى بعض الباحثين أن المتابعة النفسية الفردية أفضل من خلال جلسات علاجية لا تركز على إعادة العلاقة مع هذا الجسد فقط بل تتجاوز إلى التركيز على المصادر الداخلية للفرد، وفحص المخططات، والمعتقدات المعرفية بغية تعديلها لخفض الصراعات الداخلية، وتطوير المصادر الداخلية لمواجهة هذه الوضعية وتجاوز هذه الأزمة. (E Lavielle, 2012, 2).

ويقترح كلا من كونوف ونتاجن (Konoff Cohen, Ntarajan, 2004) أن تكون التدخلات العلاجية عبارة عن علاج معرفي سلوكي لدعم ومساعدة الأزواج الذين يعانون من العقم. ويؤكد كلا من جاكوب وكوهن (Jacob, Cohen) على ضرورة التكفل النفسي بالمصابين بالعقم عن طريق الاسترخاء وعن طريق العلاج المعرفي السلوكي، والذي أثبت فعاليته في خفض الضغوط النفسية لدى المصابين بالعقم، وهذا ما تم تأكيده وإثباته من خلال الدراسات التالية:

جيفلو وآخرون (Gvillou, et al. 2009) هيجلمستد وآخرون (Hjelmstedt, et al, 1999)، جاكوب وآخرون (Jacob, et al 2007) سيال وآخرون. (Stiel , et al 2010) والتي توصلت كلها إلى فعالية هذا العلاج. (Mongrain, 2011, 47-48)

وفي الأخير يمكن القول أن جل الدراسات أكدت على أن العقم يسبب الضغط وأن التكفل بات ضرورة حتمية وأن أفضل العلاجات لمثل هذه الحالات هي العلاج المعرفي السلوكي لما أثبتته من فعالية.

الفصل الثالث: العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد

- 1- مفهوم العلاج المعرفي السلوكي
- 2- الخلفية التاريخية للعلاج المعرفي السلوكي
- 3- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
- 4- أهداف العلاج المعرفي السلوكي
- 5- مراحل العملية العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي
- 6- الاتجاهات النظرية للعلاج المعرفي السلوكي
- 7- أهمية العلاج المعرفي السلوكي
- 8- تقييم عام لنظريات المنحى المعرفي السلوكي

خلاصة

تمهيد:

لقد اهتم الباحثون والمتخصصون في ميدان الصحة النفسية والعلاج النفسي بإعداد برامج متنوعة للتدخل العلاجي تستخدم لخفض وإدارة الضغوط التي يعيشها الأفراد، وذلك نظرا للتأثيرات السلبية المترتبة على الأحداث الضاغطة التي يتعرضون لها، وهي تستند إلى نظريات ومدارس العلاج النفسي، ويشير مفهوم التدخل النفسي إلى مجموع الطرق والإجراءات العلاجية التي تتخذ لتغيير معارف الفرد حتى يتسنى له مواجهة المواقف الضاغطة، وبعد العلاج المعرفي السلوكي في ميدان العلاج النفسي من أكثر العلاجات نجاعة في خفض الضغوط النفسية الذي يركز على العمليات المعرفية بوجه عام، وعلى فكرة مفادها أن الأحداث التي يواجهها الفرد لا تسبب له الضغط أو القلق، وإنما إدراك الفرد وتفسيره لهذه الأحداث هو السبب في حدوث الضغط والقلق لديه، مما يسبب له آثار سلبية جسدية، فيزيولوجية، معرفية وسلوكية. لذلك ظهرت هذه الطرق العلاجية لإحداث تغيير في طريقة تفكير الفرد، وتعديل معارفه، وطريقة تقييمه للأحداث لخفض الآثار المترتبة عن الأحداث الضاغطة، ولقد تطرقنا في هذا الفصل إلى ثلاث اتجاهات رئيسية في العلاج المعرفي السلوكي أثبتت فعاليتها في خفض الضغوط النفسية وهي: الاتجاه المعرفي لارون بيك، الاتجاه العقلاني الانفعالي ألبرت آليس، التعديل المعرفي لميكنيوم.

1- مفهوم العلاج المعرفي السلوكي:

يشمل العلاج المعرفي السلوكي في صورته الواسعة كل الطرائق التي من شأنها أن تخفف الضيق النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإشارات الذاتية المغلوطة، ولا يعني التركيز على التفكير وإهمال الاستجابات الانفعالية التي تعد المصدر المباشر للضيق بصفة عامة، إنما يعني ببساطة أن نقارب انفعالات الشخص من خلال معرفته أو من طريقة تفكيره، وتصحيح الاعتقادات الخاطئة يمكن إخماد الاستجابات الانفعالية الزائدة وغير المناسبة أو تغييرها.

ويعرف العلاج المعرفي السلوكي في المعجم الموسوعي لعلم النفس "أنه شكل من أشكال العلاج الذي يستخدم عند إساءة تأويل الواقع لذلك تكون الأولوية الرئيسية في العلاج المعرفي هي تصحيح التصورات الخاطئة، وبالتالي تسمى استئصال الأفكار السالبة من التعلم الخاطئ". (السواط، 2008، 25).

ويعرفه كل من (جلاس وشيا 1986 Glass, Shea) على أنه "أحد التيارات العلاجية الحديثة والتي تهتم بصفة أساسية بالاتجاه المعرفي للاضطرابات النفسية، ويقوم هذا النوع من العلاج بإقناع المريض أن معتقداته غير منطقية وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية الخاطئة هي التي تحدث ردود الفعل الدالة على سوء التكيف بهدف تعديل الجوانب المعرفية المشوهة، والعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملائمة للتفكير من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية ووجدانية لدى العميل".

و العلاج المعرفي السلوكي أسلوب جديد من أساليب العلاج النفسي، وهو علاج مباشر وتوجيهي تستخدم فيه آليات وأدوات معينة وفنيات ومهارات معرفية وسلوكية. (فرغلي، 2008، 15).

لقد تميز العلاج المعرفي السلوكي منذ نشأته على تأكيد موضوع (هنا والآن) وعلى ما يفعله المتعالج الآن للإبقاء على أفكاره وعواطفه وأفعاله المختلفة الاجتماعية والتاريخ المرضي لا يركز عليها إلا في حالة كونها مرتبطة مباشرة بتطور المشكلة واستمرارها.

ويعتبر بيك (Beak) المعنى الخاص للحدث، هو جوهر النموذج المعرفي للانفعال واضطراباته لأنه يحدد الاستجابة الانفعالية له، هذا المعنى موجود في مفردة معرفية وهي عادة فكرة، صورة خيالية، أو حكم قيمي.

ويستمد النموذج المعرفي للانفعالات مادته من ملاحظات المتعالجين لأفكارهم ومشاعرهم، وخلال عملية الملاحظة، يكشف العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك باعتبارها علاقة تفاعلية، ويتم التعرف على التشوهات المعرفية والاعتقادات المختلفة وظيفياً

رؤيته لذاته وللعالم وللمستقبل، وذلك من خلال منهج تساؤلي سقراطي يعرف باسم الاكتشاف الموجه لجعل التشوهات المعرفية تظهر بتتبع الأفكار التلقائية أو الأفكار العفوية المعممة بالتعاون مع المتعالج، من أجل معرفة محتواها ودرجة اعتقاده بها، وتأثيرها في مزاجه وذلك لمساعدة المتعالج للتخلص من تشوّهاته المعرفية إن استطاع أو على الأقل الاستجابة لها بمرونة. (بكري، 2011، 25-26).

2- الخلفية التاريخية للعلاج المعرفي السلوكي:

يشير فرغلي (2008) أن الفكرة الأساسية التي يناهز بها العلاج المعرفي السلوكي ظهرت قبل مئات السنين من ظهور العلاج نفسه، فقد لاحظ الفلاسفة اليونانيون أن الإدراك يلعب دوراً هاماً في تحديد نوع استجابة الإنسان للمثيرات التي يتعرض لها خلال حياته، وفي هذا الخصوص يقول ابيقورس "لا يضطرب الناس من الأشياء ولكن من الآراء التي يحملونها عنها" كما أنه من الممكن العثور على الجذور الأولى لهذا العلاج في الفلسفات القديمة، فقد مارس الافيثاغوريون تمارين عقلية لضبط النفس، وبحث الأفلاطونيون عن الحقيقة التي كانوا ينتظرون ظهورها فيما يدور من حديث بين المعلمين وإتباعهم، وتعلم الرواقيون التحكم في انفعالاتهم ومارسوا تمارين مكتوبة ولفظية في عمليات التركيز والتأمل.

وقد تنبه المسلمون للدور الذي يلعبه التفكير في توجيه سلوك الإنسان وفي سعادته وفي شفائه وقد اتصفت آراءهم في هذا الموضوع بالفهم المتمكن لطبيعة النفس البشرية والعوامل التي تتأثر تؤثر فيها، وقد سبقوا بذلك العلماء المحدثين في إبراز أهمية العوامل المعرفية في توجيه استجابات الفرد للظروف المحيطة به.

وفي أواخر القرن الثامن عشر وبداية القرن العشرين اجتاحت حركة الاستشفاء باستخدام العقل في أجزاء من أوروبا وشمال أمريكا والتي تؤكد قدرة التفكير على تحسين صحة الناس.

ومع بداية النصف الأخير من القرن الماضي بدأ الاهتمام العقلي بالجوانب المعرفية ودورها في الاضطرابات والعلاج النفسي. ففي عام (1952) نشر بيك (Beak) مقالا حول تطبيق العلاج المعرفي على حالة فصام مزمن، وكانت بداية لإسهامات جلييلة لبيك في العلاج المعرفي للاكتئاب، وفتحت الباب أمام مساهمات أخرى لآليس (Albert Eliss) وهو من أشهر المحللين النفسيين في ذلك الوقت في نيويورك، وقد توصل إلى أن التحليل النفسي يستغرق وقتا طويلا ونتائجه غير أكيدة، لذا ابتكر علاج أكثر نشاطا وتوجيها وأقل مدة وأطلق عليه العلاج العقلاني الانفعالي، والذي يهدف إلى تغيير الأفكار السلبية التي تؤدي إلى مشاعر غير منطقية مما يؤدي إلى معظم الاضطرابات النفسية.

وفي نفس الوقت توصل بيك من بنسلفانيا إلى وضع النموذج المعرفي للاكتئاب في الفترة من 1970 - 1972م، وقد حدد كل من بلوك ودوبسون (Dobson. Block, 1988) العلاج المعرفي السلوكي بثلاث أبعاد:

- أن النشاط المعرفي يؤثر في السلوك.
- أن النشاط المعرفي ممكن قياسه واختباره وتغييره.
- أنه من الممكن استبدال السلوك السلبي عن طريق تغيير الأفكار الخاطئة. ويطبق العلاج المعرفي على نطاق واسع، ويوجد أكثر من عشرين مجلة طبية دورية تنشر كل الدراسات الجديدة في هذا المجال.

3- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

يقوم العلاج المعرفي السلوكي على مجموعة من المبادئ التي يركز عليها في تحقيق أهدافه العلاجية، ومن هذه المبادئ:

3-1- المشاركة العلاجية:

يعد التعاون بين المعالج والمتعالج مكونا أساسيا في العلاج المعرفي السلوكي، أن التخطيط في تحديد الأهداف العلاجية يحبط المعالج من جهة، ويجهد المتعالج من جهة

أخرى. لذلك يكون من المهم الفهم المشترك للعلاقة العلاجية بينهما، وللمحد من هذا التخبط يتوجب على كل من المتعالج، أن يصل إلى اتفاق في الرأي بصدد ماهية المشاكل التي تتطلب المساعدة، وما هو هدف العلاج، وكيف يخططان لبلوغ هذا الهدف والمدة الزمنية لبلوغه.

ويرى بيك (Beak 1976) أنه من المفيد اعتبار العلاقة بين المعالج والمتعالج جهداً مشتركاً، فليست مهمة المعالج أن يحاول إصلاح المتعالج، بل أن يتحالف معه ضد المشكلة. كما أن تركيز الإهتمام على حل مشكلات المتعالج لا على عيوبه الشخصية المفترضة أو عاداته السيئة يساعده على أن يتفحص مصاعبه بموضوعية أكثر، ويذهب عنه مشاعر الخجل والدونية، ويساعد مفهوم التشارك المعالج على أن يحصل على تغذية راجعة قيمة عن كفاءة التقنيات العلاجية، وعلى مزيد من المعلومات المفضلة عن تفكير المتعالج ومشاعره وسلوكه. إن تنفيذ التعاون بين المعالج والمتعالج بهذا الشكل يستدعي أن يتصف المعالج بخصائص كالقبول والدفء والتفهم تساعده أكثر في تحقيق أعراضه العلاجية، ويعد الواجب المنزلي جزءاً مهماً من العملية العلاجية، لزيادة مستوى النشاط لدى المكتئب من جهة ولإختبار التشوهات المعرفية الخاصة بعدم كفاءته المفترضة، ويستخدم لذلك جداول نشاط يومي وأسبوعي.

3-2- بناء الثقة:

يتطلب بناء الثقة تجنب المعالج الطرائق التسلطية التي تقود من جهة إلى تقبل أعمى من جانب بعض المتعالجين للتفسيرات والافتراضات، ومن جهة أخرى تقود إلى المقارنة والرفض لدى بعض المتعالجين. ويرى بيك (1976) أن أفضل أسلوب لبناء الثقة هو أن ينقل المعالج للمتعالج رسالة مثال: إن لديك أفكاراً معينة تضايقك، هذه الأفكار قد تكون صحيحة، وقد تكون خاطئة فدعنا نصحها. إن هذا الموقف المحايد يشجع المتعالج على أن يعبر عن أفكاره المشوهة ليبدأ بعد ذلك وباحتراس أسلوب المحاولة والخطأ. (بكييري، 2011، 114).

3-3- اختزال المشكلة:

ينطوي تخفيف المشكلة حسب باترسون (1990) على ثلاث خطوات هي:

- التعرف إلى المشكلات ذات الأسباب المتشابهة وتجميعها معا ليستطيع المعالج إختيار التقنيات المناسبة لكل مجموعة من المشكلات.
- التركيز على العناصر المحورية التي تشكل مفتاح الاضطراب.
- تحديد الحلقة الأولى في سلسلة الاعراض تأكيدها لأنها قد تكون مشكلة صغيرة في حد ذاتها تمخضت عنها نتائج مثل الإصابة بعجز يعوق عن العمل أو فقدان للأهلية.

3-4- تعلم كيف تتعلم:

ليس من الضروري أن يساعد المعالج المتعالج على أن يحل كل مشكلة تزعجه، ولا من الضروري أن يتوقع المعالج كل المشكلات التي يمكن أن تحدث بعد انتهاء العلاج، ويحاول أن يحلها مقدما لأن بالمشاركة العلاجية يساعد على استنباط طرائق جديدة ليتعلم من خبراته وسائل جديدة لحل مشكلاته، بمعنى أن المتعالج يتعلم كيف يتعلم.

إن طريقة حل المشكلات في العلاج النفسي تعلم طرائق جديدة في تناول المشكلات، فهي تنقل عن كاهل المتعالج كثيرا من المسؤولية، وتدفع المتعالج دفعا مباشرا إلى مواجهة مصاعبه بنشاط أكبر هذه الطريقة تزيد الثقة بالنفس وترفع من تقدير الذات لدى المتعالج.

إن تعلم التعلم يشمل أكثر بكثير من إتباع بعض تقنيات يستخدمها المتعالج في حل مجموعة كثيرة من المواقف. فهذه الطريقة تهدف في الأساس إلى إزالة العوائق التي تمنع المتعالج من الاستفادة من الخبرة ومن تنمية طرائق ناجحة للتعامل مع مشكلاته الداخلية والخارجية لأن معظم المتعالجين هم أناس أعاققت نموهم النفسي - الاجتماعي مجموعة من الاتجاهات وأنماط السلوك سيئة التكيف، فالمتعالجون عموما يحاولون أن يتجنبوا المواقف التي تسبب لهم الحرج ومن ثم فإنهم لا يستحدثون لديهم تقنيات المحاولة والخطأ التي هي شرط أساسي لحل جميع المشكلات، ومن ثم فإنهم لا يتعلمون أن يحرروا أنفسهم من ميلهم إلى التشويه والمبالغة.

4- أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

يلخص كل من (بيك 1994، فريمان 1994، بيلاك 1985، ميكينيوم 1977، باترسون 1990) أهداف العلاج المعرفي السلوكي في النقاط التالية:

- تعليم المتعالج كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه.
- مساعدة المتعالج على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.
- تعديل الأفكار التلقائية والمخططات أو المعتقدات غير المنطقية المسببة للاضطراب.

- تعليم المتعالجين كيفية تقييم أفكارهم وتخيلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة والمؤلمة.
- تعليم المتعالجين تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة وتشويهات معرفية.
- تحسين المهارات الاجتماعية للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات.
- تدريب المتعالجين على توجيه التعليمات للذات، ومن ثم تعديل سلوكهم وطريقتهم المعتادة في التفكير باستخدام الحوار الداخلي.
- تدريب المتعالجين على استراتيجيات وفتيات سلوكية ومعرفية متباينة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية أو عند مواجهة ضغوط طارئة. (بكييري، 2012، 115-116)

5- مراحل العملية العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي:

إن العلاج المعرفي السلوكي اتجاها علاجيا مقننا يستغرق وقتا محددا في علاج المشكلات والاضطرابات التي يعاني منها الفرد، ويستخدم في سبيل ذلك قوة ثلاثية تضم إستراتيجيات معرفية، سلوكية، وإنفعالية، ويتوقف عدد الجلسات العلاجية والوقت الذي يستغرقه البرنامج على مدى حدة وتعدد المشكلة أو الإضطراب، ومدى رغبة الفرد في إقامة علاقة علاجية تعاونية مع المعالج ويمر عادة البرنامج العلاجي بالمراحل التالية:

5-1- الجلسات التمهيدية: يتم غالبا خلالها إرساء دعائم تلك العلاقة والتي تعد ذات أهمية كبرى في تطور العملية العلاجية وفي تحقيق ما يخطط له من أهداف ويتم خلال هذه الجلسات ما يلي:

- تقييم المشكلة التي يعاني منها الفرد.
- تقييم العوامل تسهم في تطور المشكلة وتعمل على إستمرارها.
- مساعدة الفرد على التحديد الدقيق للمشكلات التي يعاني منها.
- ويتم ذلك من خلال المقابلات التشخيصية، كما يتم اللجوء إلى التقييم السيكو متري لمشكلات العميل، وما قد يرتبط بها من توترات ومشكلات ثانوية.

5-2- المرحلة الثانية من العملية العلاجية: والتي يتم من خلالها تقديم النصيحة من جانب المعالج، وتدريب الفرد على استخدام مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي يمكن أن تساعد على إدارة ومواجهة خبراته المزعجة وردود فعله الانفعالية الحادة، أو ما قد يصدر عنه من أفعال اندفاعية، ويكمن الهدف هنا في تعزيز سلوك العميل وبت الأمل في إمكانية التغيير.

5-3- المرحلة الثالثة: وتتمحور هذه المرحلة حول عرض العميل للصياغة المعرفية للأعراض المرضية التي يشعر بها والتي يتسم بها الاضطراب الذي يعاني منه، ويقوم المعالج هنا بإجراء العديد من المناقشات التي تدور حول مدى إسهام تلك المعاني والمفاهيم التي يكونها الفرد عن الأحداث والمواقف في حدوث خبرات معينة، ولذلك فإن المراحل الآتية تتركز حول تناول الأعراض المرضية ومحاولة التصدي لها من خلال تكوين مفاهيم واعتقادات وأفكار بديلة عن طبيعة تلك الخبرات، على أن تستند هذه الأفكار والمفاهيم إلى الواقع، وذلك بهدف تخليص العميل من الضيق والكرب والتوتر الذي يشعر به، وتعزيز محاولته لإعادة التوافق، ويتم ذلك من خلال إعادة البناء المعرفي عن طريق التخلص من الأفكار والاعتقادات اللاعقلانية أو الأفكار الأتوماتيكية السلبية ثم استبدالها بأفكار واعتقادات أخرى أكثر عقلانية، وإلى جانب ذلك يمكن استراتيجيات المواجهة والتي تلعب دورا جوهريا في مواجهة مشكلة العميل أو اضطرابه.

5-4- المرحلة الأخيرة: تدور حول إقامة وتعزيز منظور جديد لمشكلة الفرد مع التأكيد على استراتيجيات المواجهة المعرفية والسلوكية وإعادة تدريب العملاء عليها من جديد، حيث أن القيام بذلك خلال هذه المرحلة تفيد في منع انتكاسته بعد إنهاء البرنامج، وتعرف هذه المرحلة بمرحلة الإقفال أو الإنهاء. (يوسفي، 2011، 239-240).

6- الاتجاهات النظرية للعلاج المعرفي السلوكي:

يستعمل مفهوم العلاج المعرفي السلوكي مناهج عديدة تتشابه في جوهرها وتختلف في فنياتها، وهناك أكثر من عشرين نوعا، ونذكر منها طريقة بيك، طريقة ألبرت، طريقة

ميكينيوم في التعديل المعرفي، طريقة كيلى، للتصورات الشخصية وطريقة لازاروس في العلاج المتعدد النماذج، ومنهج ماهوني في التعلم المعرفي، وأسلوب حل المشكلات لجولد فرايد. (عبد الوهاب، 2006، 92).

وسنتناول في هذا الجزء ثلاث اتجاهات تمثل العمود الفقري للنموذج المعرفي السلوكي، وهي:

6-1-1- نظرية (أرون بيك Aaron Beck) للعلاج المعرفي:

واضع هذه النظرية هو أرون بيك ولد عام 1921 حصل على دكتوراه الطب عام 1947 من جامعة (ييل Yale) الأمريكية، ثم تخصص في الطب النفسي عام 1958 وكانت آخر مناصبه أستاذ للطب النفسي ومدير مركز العلاج المعرفي، وأمين الأكاديمية للتحليل النفسي. (فرغلي، 2008، 25).

6-1-1-1- المفاهيم الأساسية في العلاج المعرفي:

يشير حسين (2007) إلى أن بيك استخدم عددا من المفاهيم والمصطلحات المعرفية الرئيسية التي تعين على فهم الشخصية والطريقة التي تتكون بها الاضطرابات الانفعالية وتتمثل أهمها في:

6-1-1-1- الأفكار التلقائية (الأوتوماتيكية): تعتبر الأفكار التلقائية مفهوما أساسيا في العلاج المعرفي عند بيك وتسمى بالحدث المعرفي، ولقد عرفها بيك بأنها سياق من الأفكار والتأويلات التي ترد إلى العقل لا إراديا ودون وعي من الفرد، وتظهر أحيانا مع السياق الظاهري للأفكار وما هي المحصلة النهائية للعملية المعرفية، فهي الأفكار التي يشعر بها الفرد نتيجة التفاعلات بين المعلومات للفرد والأبنية المعرفية.

وهي أيضا عبارة عن الأفكار والتصورات والتخيلات والاعتقادات والمعاني السلبية التي يكونها الفرد نحو ذاته ونحو المواقف والأشياء من حوله ونحو العالم، وهي تحدث بشكل لا إرادي وتأتي إلى العقل تلقائيا عند مواجهة الموقف أو الحدث.

وتعتبر الأفكار التلقائية السلبية المادة الخام التي تتكون على أساسها الاضطرابات الانفعالية لدى الفرد وفي هذا الصدد يشير بيك "حالما انتابك شعور أو إحساس مؤلم حاول أن تستدعي الأفكار التي كانت لديك قبيل هذا الشعور".

و هي تتميز بمجموعة من الخصائص:

- تكون واضحة و مميزة بصفة عامة وغير غامضة.
- تصاغ هذه الأفكار بشكل اختزالي وهي تلقائية تدور حول منطوق واحد وإن اختلف منطوقها في الظروف المختلفة.
- أن هذه الأفكار تكون خالية من التحمل والتدبر والتفكر المنطقي الذي يتصف به التفكير الموجه نحو الهدف أو التفكير لحل المشكلات.
- تصاغ هذه الأفكار غالبا في ضوء "الينبغيات" مثل: ينبغي أن أكون سعيدا.
- تميل الأفكار التلقائية السلبية إلى الفضاة فهي تنبئ بالكوارث وإدراك الخطر في كل شيء، وتجعل الفرد يتوقع الشيء الأسوأ.
- تعتبر هذه الأفكار من وجهة نظر المريض مقبولة ومعقولة حتى وإن كانت مستحيلة من وجهة نظر الآخرين، وهي تقاوم التغيير رغم وجود المنطق والدليل الذي يقتضي تفسيرها لأنها انعكاسية وتبدو أنها معقولة ومقبولة ظاهريا.
- هذه الأفكار تكون سابقة على انفعالات الفرد وأنها تتضمن تحريفا للواقع وتشويها له، فالأفكار السلبية هي التي تولد الاضطرابات الانفعالية.

6-1-1-2- المخططات المعرفية: لا شك أن مفهوم المخططات لم يكن مفهوما جديدا في الأدبيات المعرفية والإكلينيكية، فلقد سبق بيك في استخدام هذا المصطلح بعض العلماء مثل سيجل وبياجيه (Sigel, Biaget, 1952). حيث كان هذا الأخير يستخدم كلمة مخطط

للإشارة إلى الأبنية المعرفية لدى الطفل في لحظة معينة، وتشير الأبنية المعرفية إلى عمليات وطرق للتنظيم موجودة لدى الطفل تنظم عملية استجابته للمواقف والخبرات فالمخططات تتيح للفرد أن يقرر الطريقة التي يدرك بها البيئة.

ويرى (بياجيه Biaget) أن المخططات تتغير وتتعدل عن طريق التنظيم والتكيف ويعتبر بارتليت (Bartlett) أول من استخدم هذا المصطلح.

و يشير مفهوم المخططات إلى الأبنية المعرفية الموجودة لدى الفرد وهي تتضمن الاعتقادات والافتراضات والتوقعات والمعاني والقواعد التي يكونها الفرد عن الأحداث والآخرين.

أي أن المخططات المعرفية هي بناء معرفي يستخدم في تصفية وغريلة وتشفير وتقييم المثيرات التي تؤثر على الفرد، وهي تنمو في مراحل مبكرة من حياة الفرد من الخبرات الشخصية ومن التوحد مع الآخرين ذوي الأهمية في حياة الفرد ومن إدراك الفرد لاتجاهات الآخرين نحوه، وهذه المخططات قد تكون عامة أو محددة في طبيعتها وقد تكون كامنة من خلال المراحل غير الضاغطة من حياة الفرد، وتصبح نشطة وغير توافقية وغير توافقية، وتمثل المخططات غير التوافقية نماذج أولية مرضية لتفاعل الفرد مع الأفراد الآخرين، وبالتالي فهي تجعل الفرد عرضة للاضطرابات أي هي التي تسبب المشكلات السلوكية والانفعالية للفرد.

فمثلا الشخص الذي يعتقد أن كل الناس تكرهه من المحتمل أن يفسر استجابات الآخرين وتعليقاتهم على أساس هذه المقدمة المحرفة، وأن المخططات المختلفة لدى الفرد يسهم في تكوينها عدة عوامل أهمها:

- الخبرات المؤلمة التي يتعرض لها الفرد في الطفولة.
- أن هذه المخططات قد تم معالجتها بطريقة خاطئة.
- تأثير التعلم الاجتماعي.

وعلى هذا فإن المخططات المختلة وظيفيا لدى الفرد تزيد من قابلية تعرضه للخطر والاضطرابات الانفعالية وتسهم في استمراريتها.

6-1-1-3- التوقعات/المعاني: لا أنه لكل فرد منا توقعات تسبق مواجهة الأحداث والوقائع التي يتعرض لها، وغالبا ما تكون مرتبطة بتوقعات نحو الذات والآخرين ونحو المستقبل وهذه التوقعات قد تكون إيجابية ومن ثم يصاحبها خبرات انفعالية سارة، وقد تكون هذه التوقعات ذات طبيعة سلبية وبالتالي ترتبط بالاضطرابات الانفعالية للفرد.

وكذلك تؤثر المعاني الشخصية التي يضيفها وينسبها الفرد للأحداث والوقائع بشكل كبير على انفعالاته وسلوكه، كما أنها تحدد رؤيته لذاته ولعالمه ول مستقبله، فالاستجابات الانفعالية التي يخبرها الفرد سواء كانت إيجابية أو سلبية يكمن ورائها أبنية معرفية (معاني- قواعد-توقعات-أفكار-تخيلات) تسبق ظهورها، فإذا كانت هذه الأفكار والمعاني سلبية كانت سببا في حدوث الاضطرابات الانفعالية، إذ ينفعل الناس للأحداث تبعا للمعاني التي يسبغونها على هذه الأحداث فهذه المعاني تؤلف ما يسمى بالواقع الداخلي للفرد.

فالفرد قد يفسر ويؤول الموقف الذي يتعرض له بطريقة خاطئة وسلبية بناء على معاني وتوقعات شخصية سلبية خاطئة كونها عن الموقف وهي بعيدة تماما عن الواقع، وتلك هي التحريفات المعرفية التي تسهم في ظهور الاضطرابات الانفعالية.

6-1-1-4- القواعد والاعتقادات: لا شك أن استجابات الفرد إزاء الأحداث والمواقف غالبا ما تكون محكومة بمجموعة من القواعد حيث يضع الفرد لكل موقف قواعد معينة ويحكم على ذلك الموقف في ضوءها، ومن ثم تكون استجابته لذلك الموقف في إطار تلك القواعد التي تحكم الموقف، وهذه القواعد يستمدّها الفرد من خلال خبراته ومن خلال ملاحظته للآخرين، فهي تساعد الفرد على تحديد الطريقة التي يستجيب بها للموقف الذي يتعرض له، وهي أيضا تشكل الأساس الذي يبنى عليه تقديره للموقف وتوقعاته، كما أن هذه القواعد تزود الفرد بالمعايير التي يحكم بها على استجاباته من حيث فاعليتها وملائمتها للموقف.

و أيضا من خلال هذه القواعد يصدر الفرد أحكاما وتقييمات على سلوك الآخرين، وهي تفيد الفرد في تحديد معنى الأحداث والوقائع الخارجية.

وتعمل هذه القواعد بطريقة لا إرادية دون أن يفطن الفرد إليها، بمعنى أن الشخص يستجيب للموقف أو الحدث في ضوء مجموعة من القواعد التي يتبناها دون أن يقف على منطوق القواعد التي تحكم تفكير الفرد مصاغة في صورة مطلقة وغير توافقية. ومن ثم يتعين على المعالج إعادة صياغتها لتصبح أكثر واقعية وتوافقية، ويشير بيك إلى أن محتوى هذه القواعد تدور حول محورين رئيسيين وهما الخطر في مقابل الأمان، والألم في مقابل اللذة، وهذا الجدول يوضح العلاقة بين المخططات والافتراضات والأفكار التلقائية.

جدول رقم (2) يمثل العلاقة بين المخططات والافتراضات والأفكار التلقائية:

المخططات	الافتراضات	الأفكار التلقائية
فقدان القيمة وعدم الاستحقاق	إذا كنت قادرا على التأثير في الناس فسوف يحبونني. لو بدأ الناس يعرفونني فسوف يعتقدون أنني خاسر.	هي لا تحبني. أنا منبوذ، أناامل
العجز	إذا لم يساعدني أي شخص فأنا لا أستحق العيش ولن أكون قادرا على دعم نفسي.	أنا لا أستطيع القيام بعمل أي شيء صحيح.
الهجر	إذا لم أحصل على طمأننة مستمرة فسوف أكون مهجورا ومن المستحيل أن أكون سعيدا.	إذا هي تركتني فمن المفزع أن أكون وحيدا. وسوف أكون دائما وحيدا.

(حسين، 2007، 132 - 142)

6-1-1-5- التحريفات المعرفية: تعتبر التحريفات المعرفية هي همزة الوصل بين المخططات المعرفية والأفكار التلقائية لدى المريض، فأى تفكير تلقائي ينعكس في تشويه معرفي واحد أو أكثر، فالفرد عندما يفكر في حل مشكلة معينة أو فهمها تحدث أخطاء في الفهم والتفسير مما يشوه صورة الواقع وبالتالي تستثار الاضطرابات الانفعالية لدى الفرد.

ويقصد بالتحريفات المعرفية أن المعاني والأفكار التي يكونها الفرد عن الحدث أو الموقف تكون خاطئة ولا تمثل بالضرورة مكونات الواقع الفعلي، ويتضمن التشويه المعرفي أخطاء في المحتوى المعرفي للفرد، وهذه التحريفات المعرفية يمكن المبالغة فيها كما وكيفا، فعلى المستوى الإدراكي يكون المحتوى الكيفي للاعتقادات المختلة وظيفيا بمعنى أن التحريفات المعرفية تمثل عمليات مختلفة من خلالها يستطيع الشخص أن يلمح أو يلوث المعلومات القادمة أو الداخلة بحيث تتزامن مع محتوى مخططاتها الكامنة، وتظهر التحريفات المعرفية عندما تكون معالجة المعلومات غير فعالة أو غير دقيقة، وبالتالي تكون الاعتقادات والمخططات لدى الفرد عرضة للتحريف المعرفي، وهناك عدة تحريفات معرفية نذكر البعض منها:

6-1-1-5-1- الاستنتاج الاعباطي: وهو يعني توصل الفرد إلى استنتاج معين دون وجود دليل كاف عليه.

6-1-1-5-2- التجريد الانتقائي: وهو يعني التوصل إلى نتيجة استنادا إلى عنصر واحد فقط من عناصر الموقف أي أن الفرد يبني استنتاجاته على العناصر السلبية في حين يتجاهل الجوانب الإيجابية في الموقف.

6-1-1-5-3- المبالغة: وتتمثل في الميل للمبالغة في إدراك الأشياء أو الخبرات الواقعية وإضفاء دلالات مبالغ فيها كتصور الخطر والدمار فيها، ومن المؤكد أن مجاهدة النفس على الإدراك الموضوعي للواقع دون مبالغة أو تقليل يعتبر بمثابة الوسط الذهني الذي يمنح الإنسان القدرة والبصيرة على التوجيه الفعال لمشاعره وسلوكه.

6-1-1-5-4- التعميم: يلاحظ (بريترانـد Britrand) أن اليقين المطلق من أكبر أخطاء التفكير المنطقي حيث يقول "إن البعد عن المطلقات يعتبر في نظري من الأشياء الجوهرية للتعقل والتفكير المنطقي" فاليقين كثيرا ما يكون مضلا إذ نلاحظ في تجاربنا العادية أن أكثر الناس يقينا هم عادة أكثرهم جهلا.

6-1-1-5-5- لوم الذات وانتقادها أو غزو الشيء للذات: وهو الشعور بالإثم على حد قول بورنز إذ يعتبر الفرد نفسه مسؤولا عن حادثة سلبية لكن عمليا لا يوجد أساس منطقي لتحميل المسؤولية للذات، وتتتاب الفرد مشاعر الإثم والمسؤولية تجاه أخطاء الآخرين.

6-1-2- التقنيات المعرفية:

وتتمثل أهم هذه التقنيات في ما يلي:

6-1-2-1- مقاومة المطلقات و الينبغيات (تغيير القواعد): غالبا ما يعرض العملاء مشكلاتهم في صورة تعبيرات وجمل من الينبغيات تعبر عن الاعتقادات المشروطة وعن القواعد الكامنة لديهم، مثل: إذا لم يحبني شخص ما فإن هذا يعني أنني غير محبوب، يجب أن أكون سعيدا، لكي يكون سعيدا لابد أن أكون محبوبا من الآخرين، ويمكن أن تكون في صورة تعبيرات متطرفة مثل: كل شخص في العمل هو أذكى وأحسن مني، فهذه الجمل التي تستخدم فيها كلمات مثل (كل، دائما، مطلقا، أبدا، في كل الأوقات) تعبر عن المطلقات، ومن ثم يتعين على المعالج أن يعمل على مقاومة هذه التعبيرات المطلقة، بحيث يستطيع العميل أن يعرضها في صورة أكثر دقة، فبدلا من المطلقات والينبغيات تستخدم التفضيلات، بمعنى أنه لابد للمعالج من مساعدة المريض على التخلص من الينبغيات التي ينظر من خلالها إلى المواقف المختلفة والتي تسبب له الاضطراب الانفعالي والتي تعمل كقواعد منظمة للسلوك لديه، وأن يقوم بتعليم المريض أن يضع قواعد بديلة لذلك تكون أكثر توافقية ومنطقية.

6-1-2-2- التقليل من التفكير المأساوي: وتستخدم غالباً هذه الطريقة مع مرضى القلق وهذه الفنية تعرف بـ: ماذا لو؟. فهي تساعد المريض على الاستعداد وأن يكون جاهزاً للنتائج والعواقب الوخيمة، فالشخص المريض بالقلق ونوبات الهلع يميل إلى هذا التفكير المأساوي، فالحدث الصغير لديه يضخمه وبيبالغ في حجمه وخطورته، ولذلك يحاول المعالج أن يقلل من التفكير المأساوي لديه، ويساعده على تكوين استراتيجيات وأساليب المواجهة للتعامل مع هذا التفكير.

6-1-2-3- فنية الأعمدة الثلاثة: يستطيع العملاء التعرف على الأفكار الخاطئة لديهم وذلك من خلال هذه الفنية، ففي العمود الأول يصف المريض الموقف الذي يسبب له القلق أو الاكتئاب، وفي العمود الثاني يدون الأفكار التلقائية المرتبطة بالموقف، وفي العمود الثالث يدون البدائل أو الاستجابات الصحيحة من التفكير والسلوك، ومن خلال مناقشة المعالج والمريض أثناء الجلسة للأفكار التلقائية لدى المريض، يستطيع المعالج التعرف على الأخطاء المعرفية (التحريفات المعرفية) لدى المريض، ثم يعمل على مقاومته على تكوين البدائل أي أنماط جديدة من التفكير، والاستجابات المتوازنة الأكثر إيجابية ومنطقية، والتي تساعد في التغلب على أنماط التفكير الخاطئة لدى المريض فينخفض القلق والاكتئاب لديه.

6-1-2-4- المذكرات اليومية: يطلب المعالج من المريض أن يحتفظ معه بمذكرة يومية يسجل فيها أفكاره ومشاعره وسلوكه عندما يتعرض لموقف مؤلم، ويقوم المعالج والمريض معاً بمراجعة هذه المذكرة وفحصها وذلك لاستكشاف أنماط التفكير، وغير التوافقية، وكيف أن هذه الأفكار أثرت على سلوك المريض، فهذه الطريقة تساعد المريض على أن يكون على وعي بأفكاره وتأثيرها على سلوكه ومشاعره. (حسين، 2007، 260-264).

6-1-3- وجهة نظر أرون بيك في الضغوط النفسية:

يذهب (بيك) في تعريفه للضغط النفسي على أنه "استجابة يقوم بها الكائن الحي نتيجة لموقف يضعف من تقدير الفرد لذاته أو مشكلة ليس لها حل تسبب له إحباطا وتعوق اتزانه، أو موقف يثير أفكارا عن العجز واليأس والاكتئاب، فطريقة تفكير وإدراك وتفسير الفرد للموقف تحدد مدى تأثيره وبذلك فالمتغيرات المعرفية هي التي تؤثر الفرد بالموقف الضاغط وقدرته على المواجهة، كما أنه تحدد رؤيته لنفسه ومستقبله وعالمه". (عبد الوهاب، 2001، 40-41).

كما يفسر (بيك) الإحساس بالضغط على أنه ينتج من مجموعة من الأفكار التي ترتبط بفكرة الشخص وعالمه والمستقبل "الثالوث المعرفي" والواجبات التي يفرضها سواء على ذاته أو على عالمه وقد تكون هذه الأفكار من اللوم المستمر للذات أو التعميم الزائد أو المبالغة في تقييم الأحداث وكلها أمور تكون مكتسبة من خلال عملية التنشئة الاجتماعية.

ويذكر أن ردود الفعل الانفعالية ليست استجابات مباشرة ولا تلقائية بالنسبة للمثير الخارجي، يجري تحليل المثيرات وتفسيرها من خلال النظام المعرفي العقلي الداخلي، وقد ينتج من عدم الاتساق بين النظام الداخلي والمثيرات الخارجية وجود الاضطرابات الانفعالية. (الشناوي، وعبد الرحمان، 1998، 147).

ويقول كذلك بأنه عندما يقع الفرد تحت ضغوط أو يكون محبطا يفقد القدرة على التفكير السليم، وكثير من التحريفات تظهر عند التفاعل مع الأحداث التي يواجهها، فإذا كان سبب الإحباط والانزعاج من المفاهيم السلبية، فإن تصحيح هذه المفاهيم والمعتقدات المتسلطة ربما يرفع أعراض الخلل السلبي، ويسيطر على توظيف العمليات المعرفية للأفراد المحيطين وبذلك تجعلهم يميلون إلى تحريف في اتجاه سلبي في تفسيرهم للأحداث الضاغطة. ويشير كذلك بأن البناء المعرفي للفرد في "هنا" بما يحتويه من معلومات ومعتقدات ومفاهيم وافتراضات وصيغ أساسية والتي يكتسبها خلال مراحل مختلفة تؤثر على إدراكات الفرد وتفسيراته للأحداث المختلفة، وبالتالي تؤدي إلى استجابات انفعالية، ويرجع

(بيك) تعدد استجاباته الفرد الانفعالية إلى اختلاف وتنوع الأبنية المعرفية لديه، وهذا وقد وضح (بيك) على أن لكل فرد حساسيته الفريدة التي تميل به إلى المعاناة النفسية، كما أن الحساسية الخاصة يستثيرها عادة نوع من الضغوط بها، ونظرا لأن الناس يختلفون اختلافا كبيرا في فهمهم للمواقف فإن ما يشكل مصدر ضغط لشخص قد لا يكون كذلك لآخر، وتؤدي الضغوط إلى النشاط العادي للتنظيم المعرفي، وحين يكون مهددة، فإن النظم المعرفية تنشط، وينزع الفرد إلى إصدار أحكام متطرفة ومطلقة ومنحازة، ومن ثم يفقد القدرة على التحكم الإرادي في عمليات التفكير، وتنخفض قدرته على التخفيف من التفكير الحاد أو (المضطرب)، ويصاحب ذلك نقص القدرة على التركيز والاستدعاء... الخ. (مليكة، 1990، 128).

كما أوضح (بيك) أن الأفكار الأتوماتيكية (التلقائية) التي تسبق المشاعر السالبة تؤدي إلى التشويه المعرفي، كتفسير الأحداث من وجهة نظر شخصية (تطرف التفكير) والتفكير المستقطب أي التمرکز عند أحد الطرفين والاستدلال اللامنطقي، والمبالغة، والتعميم نتيجة معينة على كل المواقف التفضيم، والتحجيم... الخ من التشويهات المعرفية التي يضيفها الفرد على الأحداث مما يزيد من إحساسه الشديد للمواقف التي تواجهه وبذلك الإحساس بضغطها وتهديدها.

ولذلك فإن مبدأ العلاج عند (بيك) للتخلص من الضغوط هو تغيير الافتراضات والاعتقادات الخاطئة التي تعمل على بقاء الضغوط الانفعالية والسلوكية غير السوية، حيث يتمثل الهدف الرئيسي للعلاج المعرفي تسيير تفكير العميل عن طريق استبدال الافكار أخرى أكثر فعالية، مستخدما مختلف الأساليب والعمليات العلاجية التي يتضمنها منهجه للعلاج المعرفي.

6-2- نظرية ألبرت آليس في العلاج العقلاني الانفعالي:

صاحب هذه النظرية هو (ألبرت آليس Alber Ellis)، والذي بدأ نشاطه في العلاج النفسي كمحلل نفسي، إلا أنه تولى عن التحليل النفسي لاستغراقه وقتا طويلا ولا يؤدي إلى

نتائج علاجية واضحة، وليس هذا فحسب بل بدأ رحلة استكشاف في كافة المدارس العلاجية الأخرى، وفي عام (1954) اهتدى اليس إلى طريقة في العلاج النفسي وذلك تأسيساً على نموذج فلسفي أكثر منه نموذج نفسي، وقد بدأ الكتابة عن أسلوبه الجديد في سلسلة من المقالات عام (1962) عندما نشر كتابه الهام: السبب والانفعال في العلاج النفسي، وقد واصل نشاطه في إرساء دعائم هذا النوع من العلاج، فألف العديد من الكتب والمقالات، كما أصدر مجموعة من الأشرطة المسجلة لطريقته ولنماذج من العلاج، كما أسس معهدين يقومان على تدريب الباحثين وإجراء البحوث على العلاج العقلاني الانفعالي، ويركز اليس على التفكير والحكم والتقدير والتحليل والفعل (السلوك أو التصرفات) بينما لا يهتم كثيراً بالتركيز على المشاعر. (غانم، 79).

6-2-1- أسس العلاج العقلاني الانفعالي:

يستند العلاج العقلاني الانفعالي في تفسيره للاضطراب على نموذج اليس المعروف بالأحرف (A B C). حيث يشير هذا الحرف (A) إلى الحدث النشط، ويشير الحرف (B) إلى نسق الاعتقادات لدى الفرد التي يكونها عن الحدث، أما الحرف (C) فهو يشير إلى النتيجة الانفعالية والسلوكية التي تنجم عن اعتقادات الفرد، وطبقاً لهذا النموذج فإن الحدث ليس هو السبب في حدوث الضغط لدى الفرد وإنما الأفكار والاعتقادات الخاطئة.

وتقوم هذه الفنية في جوهرها على إقناع الفرد بأن النتائج الانفعالية غير المرغوبة (C) ليست نتيجة حتمية للحدث، بل إن الأفكار والاعتقادات الخاطئة التي يتبناها الفرد (B) هي التي تحدد النتيجة الانفعالية، وبالتالي للتخلص من النتيجة الانفعالية غير المرغوبة لابد من دحض وتقنيده (D) الاعتقادات اللاعقلانية وصولاً إلى الأثر المرغوب (E) والمشاعر والانفعالات الايجابية، ويعني ذلك أن الفرد يستطيع خفض اضطرابه الانفعالي وذلك عن طريق توسيع نطاق النموذج بحيث يصبح (ABCDE) حيث يشير الحرف (D) إلى عملية دحض وتقنيده الأفكار اللاعقلانية، ويشير الحرف (E) إلى النتيجة الانفعالية المرغوبة.

6-2-2- مسلمات العلاج العقلاني الانفعالي:

يبين إجلال محمد (2000) أن العلاج العقلاني الانفعالي يستند إلى عدة مسلمات تساهم في تفسير سلوك الإنسان واضطرابه ونقص سعادته وفيما يلي هذه المسلمات:

- التفكير والانفعال جانبان لزاوية واحدة وكلاهما يصاحب الآخر في التأثير والتأثر.
- يكون الإنسان عقلانياً أو غير عقلاني أحياناً وحين يفكر ويسلك بطريقة عقلانية يكون فعالاً وسعيداً، وحين يفكر ويسلك بطريقة غير عقلانية يكون غير كفء وغير سعيد.
- ينشأ التفكير الغير العقلاني من خلال التعليم المبكر غير المنطقي حيث أن الفرد يكون نفسياً لاكتساب التفكير غير العقلاني من الأسرة أو الثقافة أو البيئة.
- يتميز الإنسان بأنه يفكر دائماً وأثناء التفكير يصاحبه الانفعال، وحيث يوجد التفكير الغير عقلاني يوجد الاضطراب الانفعالي (سيتم توضيحه في الشكل).
- يؤثر التزمّت الديني وعدم التسامح ومشاعر الدونية، والتفكير الخرافي بدرجة كبيرة في أحداث الاضطراب الانفعالي.
- ينشأ العصاب نتيجة للأفكار والمعتقدات اللاعقلانية، و اللامنطقية والخرافية.
- يجب أن تواجه وتهاجم الأفكار الخرافية والمعتقدات اللاعقلانية واستبدالها بالمعرفة والإدراك والتفكير العقلاني المنطقي.

6-2-3- الأفكار الغير عقلانية لألبرت أليس:

ويشير غانم إلى مجموعة الأفكار غير العقلانية التي وضعها أليس والتي تقود إلى الاضطراب الإنساني وهي:

الفكرة الأولى: "من الضروري أن يكون الشخص محبوبا أو مرضيا عنه من قبل المحيطين به بلا استثناء".

الفكرة الثانية: "أن يكون الفرد على درجة كبيرة من الكفاءة والمنافسة والإنجاز حتى يمكن اعتباره شخصا ذا أهمية".

الفكرة الرابعة: "أنه لمن المؤسف أن تسير الأمور على غير ما يريد الإنسان".

الفكرة الخامسة: "أن التعاسة تنتج عن ظروف خارجية لا يستطيع الفرد التحكم فيها".

الفكرة السادسة: "أن الأشياء الخطرة أو المخيفة تعتبر سببا للانشغال البالغ ويجب ان يكون الفرد دائم التوقع لها حتى لا تدهمه على حين غرة".

الفكرة السابعة: "أنه من الأسهل أن نتفادى بعض الصعوبات والمسئوليات الشخصية من أن نواجهها".

الفكرة الثامنة: "ينبغي على الفرد أن يكون مستندا على آخرين وأن يكون هناك شخص أقوى منه يستفيد عليه".

الفكرة التاسعة: "أن الخبرات والأحداث المتصلة بالماضي هي المحددات الأساسية للسلوك في الوقت الحاضر، وأن تأثير الماضي لا يمكن استبعاده".

الفكرة العاشرة: "ينبغي على الفرد أن يحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات واضطرابات وأحداث غير سارة".

الفكرة الحادية عشر: "هناك دائما حل صحيح أو كامل لكل مشكلة ويجب أن نبحث عن هذا الحل لكي لا تصبح النتائج مؤلمة".

6-2-4- فنيات العلاج الانفعالي العقلاني:

ويشير غانم إلى أن هناك عدة فنيات للعلاج العقلاني الانفعالي يمكن ذكر أهمها:

- العلاج النشط الموجه.
- الدحض و الإقناع.
- الواجبات المنزلية.
- تبسيط الإهانة وحسن الظن بالآخرين.
- التنفيس عن الانفعالات.
- التبصير بالطرق الفعالة للتغيير السلوكي.
- ضبط النفس وترويضها.
- تعلم مهارات الكفاح رغم الشدة و التهديد.
- التحويل و الإنهاء.
- استخدام الأساليب التربوية وإعطاء المعلومات.
- تقليل قابلية الفرد للتأثير بإيحاءات الآخرين.
- تبصير الفرد بانتقاء نماذج السلوك التي يفيد بها ويقلدها.
- القيام بالدور والتدريب السلوكي.
- التدريب على المهارات.

ويبين إجلال محمد (2000) أنه يمكن تلخيص فنيات العلاج العقلاني الانفعالي في

المحاور التالية:

6-2-4-1- فنيات انفعالية: وهي الفنيات التي تتعرض لمشاعر المريض وأحاسيسه وردد

فعله تجاه المواقف والمثيرات المختلفة، وخبراته السابقة خاصة ما يتعلق منها بمشكلاته.

6-2-4-2- فنيات سلوكية: وهي الفنيات التي تساعد على تخلص المريض من السلوك

غير المرغوب أو تعديله وتغييره إلى سلوك مرغوب وتدعيمه.

6-2-4-3- فنيات معرفية: وهى الفنيات التي تساعد المريض على ان يغير أفكاره وطريقة تفكيره غير عقلانية وفلسفته غير المنطقية وغير العلمية ,وأن يستبدل مكانها أفكارا وطريقة تفكيره عقلانية وفلسفة منطقية علمية.

6-2-4-4- فنيات أخرى: وهى فنيات متعددة مثل: الدعاية والدعاية المضادة، والتشجيع، الحث، الاقناع، التلقين الايحاء، التعزيز، التدريب التوكيدي في المواقف الفعالة، المواجهة الشخصية والتدعيمية، التحصين التدريجي، المواجهه المباشرة الاشرطات الفعالة، تعليم المنطق والسببية، أسلوب التفكير العلمي والاستدلالي، قواعد السلوك الملائم، لعب الأدوار والمواجهة الغرامية والمراحل من خلال المحاضرات والمناقشات الجماعية.

6-2-5- وجهة نظر ألبرت آليس في علاج الضغوط النفسية:

يشير آليس إلى أن نسق الاعتقادات لدى الأفراد يتكون من جزئين، وهما الأفكار العقلانية واللاعقلانية وهذه الأخيرة هي المسؤولة عن إحداث الاضطرابات الانفعالية للفرد، والسبب في معظم الأعراض المرتبطة بالضغوط، حيث تسيطر على تفكير الفرد وتوجه سلوكه، وهي عبارة عن معارف وأفكار غير واقعية وغير مرنة وغير ملائمة لأنها تؤدي إلى نتائج انفعالية سلبية، ويعبر عنها الفرد في شكل ينبغيات مثل: (يجب أن، ينبغي أن، من الضروري أن) وتؤدي إلى هزيمة الذات وذلك في مقابل الأفكار العقلانية التي تكون منطقية ومنسقة مع الواقع وتؤدي إلى التوافق والتحرر من الاضطرابات.

ويعني ذلك أن الضغط النفسي يكون نتيجة للأفكار اللاعقلانية والخاطئة التي كونها الفرد عن الحدث، وأن الأحداث في ذاتها لا تؤدي إلى الإحساس بالضغط، وبذلك يعاني الأفراد اللذين يتبنون أفكارا غير عقلانية وخاطئة عن أنفسهم وعن البيئة درجة مرتفعة من الضغوط ويتعاملون معها بأساليب غير فعالة.

ويستند العلاج العقلاني الانفعالي في تفسيره للاضطراب النفسي على نموذج آليس المعروف بالأحرف (ABC) والذي ملخصه أن النتائج الانفعالية السلبية المترتبة على حدث

ما ليست بالضرورة نتيجة مباشرة نتيجة مباشرة له، بل مترتبة عن الأفكار التي تتوسط بين الحدث والنتيجة والتي تحدد مدى إيجابية أو سلبية النتيجة وفقا لعقلانيتها أو عدم عقلانيتها، ويساعد هذا النموذج في التعرف على الأفكار العقلانية التي تسهم في الشعور بالقلق، الخوف والإحساس بالضغط وتعلم الفرد إستبدالها بأفكار إيجابية عقلانية يساعد على التخفيف من آثار الضغوط لديه.

لقد أوضحت العديد من الدراسات فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض الضغوط النفسية، ولقد اشتملت هذه البرامج على عدة خطوات وهي تعريف المشاركين في البرنامج بمفهوم الضغوط وتأثيراتها السلبية على مختلف جوانب الشخصية الجسمية، النفسية، الانفعالية، والسلوكية، ثم تحديد المواقف الضاغطة التي تعرضوا لها في السنة والتي جعلتهم يشعرون بالضيق والمشقة الانفعالية، وتحديد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بهذه المواقف الضاغطة، والتي غالبا تكون مرتبطة بالينبغيات مثل "يجب أن أتجنب المواقف الضاغطة بدلا من مواجهتها"، وتكون أيضا مرتبطة بالشعور بالفشل والعجز في التعامل، وأيضا الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بلوم الذات وعدم القيمة لدى الفرد نتيجة الفشل في مواجهة المواقف الضاغطة. ثم توضيح العلاقة بين هذه الأفكار اللاعقلانية وبين ما يعانيه الفرد من مشقة وضيق انفعالي مع التأكيد على العلاقة الوثيقة بين التفكير، الانفعال، والسلوك بوصفها عمليات مترابطة، وشرح نموذج (A BCDE) وذلك بهدف توضيح أن الأفكار اللاعقلانية لدى الفرد تعد هي المسؤولة عما يعانيه من شعور وإحساس بالضغط، وأن هذا الشعور سوف يستمر طالما استمرت هذه الأفكار اللاعقلانية وبالتالي لا بد من التخلي عنها وذلك باستخدام الفنيات المعرفية، السلوكية والانفعالية التي يقوم عليها العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وذلك لدحض هذه الأفكار والأحداث بشكل منطقي وفعال، ومن الفنيات التي تتضمنها برامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تخفيف وإدارة الضغوط، المحاضرات والمناقشات لتعلم الفرد كيف يفكر بعقلانية، وأيضا يستخدم الحوار والإقناع اللفظي والدحض، حيث يتم تشجيع الفرد وإقناعه بالتخلي عن أفكاره اللاعقلانية وأن يمارس الفرد هجوما مضادا على هذه الأفكار، وكذلك التدريب على

الاسترخاء وتخيل الفرد للمواقف الضاغطة التي تثير لديه الخوف والقلق والتدريب على الاستجابات التوكيدية في المواقف الضاغطة واستخدام المرح والدعابة، حيث من خلال الدعابة يظهر المرشد للفرد سخافة هذه الأفكار بأسلوب فكاهي ويشرح له كيف يمكن استبدالها بأفكار أكثر عقلانية ويعلمه كيف يفكر بشكل منطقي، كما يتضمن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي أيضا قدرا كبيرا من الواجبات المنزلية. (حسين، و حسين، 2006، 264-267).

6-3- نظرية دونالد مكينبوم للتعديل المعرفي السلوكي:

صاحب النظرية هو (دونالدو هيرت مكينبوم Donalddo Herbert M)، وهو أمريكي الأصل التحق بجامعة (الينوي) حصل على الماجستير عام (1965) ودرجة الدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي عام (1966). تم انتخابه واحدا من العشرة الأكثر نفوذا من المعالجين النفسانيين في القرن العشرين من خلال دراسة قامت بها جمعية علم النفس الأمريكية.

ألف العديد من الكتب ويعتبر كتابه (التعديل المعرفي السلوكي - نهج تكاملي) مثال للكتاب الكلاسيكي في هذا المجال، وهو أحد مؤسسي مجلة (البحوث والعلاج المعرفي) فضلا عن كونه مشاركا في هيئة تحرير العديد من المجلات، اختير كرئيس شرف لجمعية علم النفس الكندية. (عبد الهادي، 2008).

إن التعديل السلوكي ليمكينبوم يقوم في جوهره على إعادة البناء المعرفي، حيث يتم مساعدة الفرد على تعديل أنماط تفكيره (التفكير سلوك) السلبية واكتسابه وتعليمه مهارات معرفية جديدة للتعامل مع المواقف، ويؤكد هذا الاتجاه على دور الأحاديث الذاتية، حيث يشير أن ما يقوله الأفراد لأنفسهم عن أنفسهم والأخرين يؤثر بشكل كبير في تحديد طريق استجابته وسلوكه، ومشاعره وبناء على ذلك فإن تعديل التفكير من خلال ضبط أحاديث الذات الداخلية يؤدي إلى تعديل والسلوك. و أشار أيضا إلى أن وظيفة الحديث الداخلي يتم داخل الفرد هو تغيير للأبنية المعرفية من خلال عمليات التمثل والتوافق، كما يرى أن

البناء المعرفي يحدد طبيعة الحوار الداخلي ويغير الحوار الداخلي في البناء المعرفي بطريقة يسميها بالدائرة الخيرة.

6-3-1- مفاهيم النظرية:

يطلق على نظرية ميكينبوم اسم نظرية التعديل المعرفي السلوكي والتي بناها على مزج بعض المفاهيم السلوكية مع بعض المفاهيم المعرفية، ولذلك تعد هذه النظرية أوسع وأشمل من النظرية السلوكية، ويرى الباحثون أن هذا النمط العلاجي ليس مجرد سلوكي مضاف إليه بعض الأساليب المعرفية، أن طريقة ميكينبوم تتجه نحو المعرفية أكثر منها نحو السلوكية.

أن نظرية التعديل السلوكي المعرفي تقوم على أسس ومبادئ عامة منها:

- فهم وظائف الحوار الداخلي، والتعليمات الشخصية المتبادلة والملاحظة والأفكار المتنافرة أو غير المناسبة، واستخدام التقويم السلوكي المعرفي، وإعادة بناء البنية المعرفية والتدريب على حل المشكلات والتدريب على مهارات.

- المواجهة والتأقلم وضبط الذات مع التركيز على هدف إحداث التغيير في السلوك وفي المعرفة مع الجهد الذاتي، والتدريب على أنماط سلوكية مبنية على معارف عقلانية تفيد في التأقلم (أبو زيد، 2008، 151).

وقد اعتمد ميكينبوم على مقولة في تأويله للاضطراب النفسي وفي العلاج أيضا وهي "أن ما يقوله الناس لأنفسهم يحدد ما يفعلونه". فسلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة التي توجه بتكوينات متنوعة مثل: المعارف، الاستجابات الفيزيولوجية في ردود الفعل الوجدانية، والتفاعلات الاجتماعية، ويعتبر الحديث الداخلي أو المحادثة الذاتية أحد هذه الأنشطة. (مليكة، 1990، 245).

وانطلاقاً من اهتمام النظرية بما يقوله الناس ودوره في تحديد سلوكهم، فإن محور الإرشاد والعلاج يركز على تغيير الأشياء التي يقولها الفرد لنفسه أي التي يحدث بها نفسه، وذلك بشكل مباشر أو ضمنى الأمر الذي ينتج عنه سلوك وانفعالات تكيفية بدلا من السلوكيات والانفعالات غير التكيفية، وبذلك فإن العلاج ينصب على تعديل التعليمات الذاتية التي بها يحدث المتعالجون انفسهم، بحيث يمكنهم أن يتعلموا مع مواقف المشكلات التي يواجهونها، فبالإضافة إلى إمكانية استخدام الأساليب بنموذج ميكينبوم بشكل منفرد فإنه يمكن دمج مع أساليب سلوكية معروفة. (الشناوي، وعبد الرحمان، 1994، 138).

6-3-2- مراحل العملية العلاجية:

حدد ميكينبوم (1977) ثلاث مراحل للعملية العلاجية وهي:

5-3-2-1- المرحلة الأولى: الملاحظة الذاتية: حيث يكون لدى المتعالج قبل العملية العلاجية أحاديث سلبية وكذلك تخيلات غير مناسبة، ويحاول المتعالج أن يزيد من وعي الفرد وانتباهه ليركز على افكاره ومشاعره وردود الفعل الفيزيولوجية، والسلوكيات المتصلة بعلاقاته الشخصية أو المشكلات الخاصة به في صور مختلفة وانه يولد أفكارا وسلوكيا جديدة. (الخولي، 2004، 94).

5-3-2-2- المرحلة الثانية: توليد سلوكيات جديدة تتنافى مع السلوكيات القديمة حيث يدرك العميل خلال هذه المرحلة ما يردده مع نفسه من أحاديث ذاتية يجب أن تعمل على توليد سلوكيات جديدة تتنافر مع سلوكياته القديمة غير المتوافقة المراد تغييرها، على أن يؤثر هذا الحديث الذاتي على العديد من العمليات لديه مما يؤثر على أبنية العميل المعرفية، مما يؤدي إلى تغيير سلوكياته المشكلة أو غير المتوافقة.

6-3-2-3- المرحلة الثالثة: تطوير الجوانب المعرفية الخاصة بالتغيير وتشتمل هذه المرحلة في قيام العميل بسلوكيات (مهارات المواجهة) بشكل يومي، وكذلك الأحاديث حول نتائج هذه التجارب الشخصية.

- مما سبق يمكن تقييم أهمية التحدث مع النفس من خلال النمذجة المعرفية، والتي يتم تعلمها من خلال التدريب على التعلم الذاتي، حيث يتم تعلمها على النحو التالي:
- يبدأ النموذج (العميل) بتأدية العمل المطلوب، بينما هو يتحدث إلى نفسه بصوت عال ويحاكي تغيرات ذاتية.
 - يؤدي العميل العمل وهو يملئ على نفسه التعليمات بصوت عال (توجيه ذاتي ظاهر).
 - يؤدي العميل العمل وهو يهمس بالتعليمات إلى نفسه بينما يتقدم في العمل (توجيه ذاتي ظاهر يتناقص تدريجياً).
 - يؤدي العميل العمل بينما يوجه أداءه من خلال الحديث الخاص بصورة ذاتية (تعليم ذاتي داخلي).

ويراعي أن تكون التغييرات اللفظية والصور المرتبطة بها التي يتدرب عليها العميل خاصة بالمشكلة أو العمل المعين، وتعليمات توجيه الآراء و تدعيمات ذاتية تعين على مواجهة الإحباط. (مليكه، 1990، 175-176).

6-3-3- فنيات التعديل المعرفي السلوكي:

يعتمد هذا الاتجاه العلاجي على مجموعة من الطرق، والأساليب الفنية التي يمكن استخدامها بشكل فعال في هذا المجال وهي:

6-3-3-1- التقدير المعرفي السلوكي: ويشتمل التحليل الوظيفي للسلوك على تمحيص تفصيلي للمقدمات والنتائج (المثيرات والمعززات) في علاقتها بالاستجابات، ويتطلب ذلك تحديدا دقيقا لفئة السلوك ومعرفة لتكرار الاستجابات في المواقف المختلفة، وتوضيح الدور الذي يقوم الجوانب المعرفية في السلوك، كما يعتمد أيضا على تحليل المهمة لاكتشاف العوامل التي تؤدي إلى ضعف الأداء لدى العميل، ويتم أيضا خلال التقدير التعرف على تلك الجوانب التي يحقق فيها العميل في أن يقولها لنفسه، وتؤثر بالتالي على أدائه، والتعرف

أيضا على محتوى المعارف المشوشة التي تؤثر سلبا على سلوكه التكيفي، ويتم ذلك من خلال المقابلة الإكلينيكية والاختبارات السلوكية إلى جانب استخدام اختبارات إسقاطيه ترتبط بالمشكلة التي يعاني منها. (محمد، 2000، 77).

6-3-3-2- إدخال العوامل المعرفية في أساليب العلاج السلوكي: يؤكد ميكينبوم على أن البحوث التي قام بها مع زملائه قد أوضحت أنه على الرغم من أهمية الأحداث التي تقع في البيئة قبل السلوك أو نتيجة له، فإنها ليس لها الأهمية الأولى وإنما الذي يؤثر في سلوك العميل هو ما يقوله أو يحدث به نفسه حول هذه الأحداث، ومع ذلك فإن أساليب تعديل السلوك يمكن أن يستخدم لتعديل الحديث الذاتي الداخلي وكذلك سلوكياته، إلا أنه كما يشير ميكينبوم عندما نضيف إلى الأساليب السلوكية المعروفة أساليب التوجيه الذاتي فإنها تصبح أكثر فاعلية، كما تكون الآثار أكثر استدامة.

ومن الأساليب السلوكية التي يستخدمها ميكينبوم مضافة إليها العوامل المعرفية (أساليب التوجيه الذاتي) نجد:

- أسلوب اشراط التخلص من القلق: والذي يتم خلاله استبعاد مثير منفر يرتبط بإدخال كلمة معينة مثل "هدأ" ويطلب من العميل أن يستخدمها ويكررها على أنها حديث ذاتي أو تعليمات ذاتية.

- أسلوب التخلص المنظم من الحساسية لصاحبها جون وولبي (J. Wolbi) حيث يرى أن طريقة التخلص المنظم أو التدريجي من الحساسية تزيل الخوف والقلق لأن القلق لا يتوافق مع الاسترخاء، وقد تبين من الجلسات العلاجية التي قام بها مع حالاته أن هناك جوانب معرفية تدخل في العلاج، ويمكن تعديل هذه الطريقة لتستخدم الجوانب المعرفية بشكل صريح، وذلك من خلال التعريض التخيلي للمواقف بأن نجعل العميل يرى نفسه وهو يتعامل مع القلق عن طريق تخيل المنظر والتنفس ببطء وعمق والاسترخاء بالتعليمات الذاتية. (الزاد، 2008، ص 199).

- **النمذجة:** التي تعد من الأساليب أيضا التي يستخدمها ميكينبوم: حيث يقوم العميل بتحويل تلك المعلومات التي يحصل عليها من النموذج إلى تخيلات معرفية إدراكية ضمنية وإلى استجابات لفظية متكررة (تعليمات ذاتية) تستخدم كمؤشر للسلوك الظاهر، ومن ثم يمكن أن يؤدي ذلك إلى تغيير السلوك.

5-3-3-3- أسلوب إعادة البنية المعرفية: يمكن إعادة بناء البنية المعرفية للعميل في ضوء الاتجاه العلاجي عن طريق مجموعة من الأساليب العلاجية التي تستخدم في هذا الصدد، إلا أن هذه الأساليب ليست جميعا من إعداد ميكينبوم ولا تخص اتجاهه على وجه التحديد، ولكنها أساليب مستمدة من اتجاهات علاجية أخرى وتستخدم لتحقيق هذا الغرض ومنها:

- إعادة البناء المعرفي العقلاني (لآليس) لأنه ينظر إلى الاضطراب باعتباره نظام تفكير غير عقلاني.
- إعادة البناء المعرفي (أسلوب بيك) والذي يركز على أنماط التفكير المشوه أو المنحرف وتشتمل التحريفات على استنتاجات خاطئة، ومبالغات في أهمية الأحداث ودلالاتها... الخ.

5-3-3-4- أسلوب حل المشكلات لدي زوريلا وكولد فرايد (Dzwillla. Godfried): يرى الباحثان أنه لإعادة البناء المعرفي لابد من التركيز على التعرف على غياب مهارات تكيفية ومعرفية معينة (حل المشكلات)، وبذلك يهتم هذا الاتجاه على تعليم العميل مهارات حل المشكلات عن طريق التعرف على المشكلة، توليد البدائل الخاصة بالحلول، واختيار واحد منها ثم اختيار كفاءة هذا الحل. وفي أسلوب حل المشكلات فإن العميل يتعلم كيف يواجه ويحل مشكلة في مواقف مستقبلية، بينما تركز طريقة ميكينبوم على مهارات المواجهة، وبذلك يتم التعلم في موقف أزمة أو مشكلة حقيقية.

6-3-3-5- التدريب التحصيني ضد الضغوط: يحدد هذا المفهوم على أنه تدخل وقائي يسعى إلى تقوية إمكانات الفرد على الاستجابة للمواقف الضاغطة وعلى التعامل مع آثارها

وخبراتها مع الاحتفاظ بحالة أقل من الانفعالات المضطربة وبمستوى أعلى من التكيف السلوكي، وذلك من خلال التعرض التدريجي المنظم لجرعات من المواجهة للمواقف الضاغطة أو لذكرياتها، حيث تم في هذا السياق إعادة تنظيم الخريطة المعرفية، وتعلم لمهارات المواجهة، أي تقوية إمكانات المناعة النفسية في مواجهة الضغوط وآثارها. (محمد، 2000، ص 66).

كما تعتبر هذه الفنية من أهم الفنيات والتي ارتبطت بطريقة ميكينبوم في العلاج النفسي، وتشبه هذه الطريقة عملية التطعيم البيولوجي ضد الأمراض، وهي تقوم على أساس مقاومة الضغوط عن طريق برنامج يعلم العميل كيف يواجه أو يتعامل مع مواقف الانضغاط ويمر التدريب التحصيني ضد الضغوط بثلاث مراحل أساسية هي (عبد الوهاب، 2006، 95).

6-3-3-5-1- المرحلة الأولى: التصويرية أو تكوين المفاهيم: هي مرحلة تعليمية تهدف إلى تحقيق ما يلي:

- إقامة العلاقة العلاجية مع الفرد أو المجموعة.
- عمل تقييم شامل لحالة الفرد و مشكلاته.
- مساعدة الفرد أو المجموعة على إعادة تصور ما يخبره من ضغوط وكيفية تقديره لها.
- تعريف الأفراد الضغط وما ينتج من مشكلات.

6-3-3-5-2- المرحلة الثانية: اكتساب المهارات والتدريب عليها:

تهدف هذه المرحلة إلى تنمية مجموعة من مهارات المواجهة لدى الأفراد و تنقسم تلك إلى فئتين هما:

- المهارات الوسيلية للمواجهة: ونعني بها مهارات التركيز على المشكلة وتتضمن عدة استراتيجيات مثل: مهارات جمع المعلومات، الاتصال، التوكيدية، المهارات الاجتماعية، مهارات الدراسة.

- مهارات التهدئة للمواجهة: هي مهارات تنظيم الانفعالات وتتضمن عدة استراتيجيات مثل: إعادة البناء المعرفي للأفكار الالتيكيفية المسببة للقلق، تحويل الانتباه، استخدام المساندة الاجتماعية، الاسترخاء، التعبير عن المشاعر والانفعالات. (عبد الوهاب، 2006، 96).

ويتم خلال هذه المرحلة كل من:

- التدريب النظري على المهارات الوسيالية أو مهارات التهدئة.
- إكساب الفرد مجموعة مهارات تيسر له الاستجابة المرنة وفقا لطبيعة الموقف.
- التمرين على المهارات وتنفيذها عمليا من خلال التخيل ولعب الأدوار.

بعد عملية التهدئة الانفعالية والمعرفية يسعى العميل إلى تحديد الأحداث الضاغطة على أنها المشكلة المراد التعامل معها ثم تجزئتها إلى وحدات قابلة للعلاج.

6-3-3-5-3- المرحلة الثالثة مرحلة التطبيق:

وفيها يتم تشجيع العملاء على تطبيق ما تعلموه من مهارات للمواجهة وتنفيذها على أرض الواقع الحي أو البيئة الواقعية والجدير بالذكر أن بعض الأفراد قد يجدون صعوبة في حل ما يواجههم من مشكلات ومواقف صعبة نتيجة نقص مهارات التدريب على حل المشكلات لديهم، وفي ضوء ذلك يعتبر التدريب على حل المشكلات فنية معرفية فعالة في التعامل مع المواقف الضاغطة، وتتضمن هذه الفنية عدة خطوات وهي: التعرف على المشكلة، وجمع البيانات ثم وضع بدائل وحلول متعددة للتعامل مع المشكلة، وتقييم الحلول البديلة ووضع الحل النهائي موضع التنفيذ، فمن خلال هذا الاستخدام والتطبيق العملي للمهارات في البيئة يتم التأكد من مدى فاعليتها ومن ضمان عدم عودة الفرد إلى الشعور بالقلق، الضغط، والوقاية من الانتكاسة وفي النهاية يتم لفت نظر الفرد إلى ما حققه من نجاح إنما كان نتيجة جهده الخاص وأنه المسؤول عما حدث له، وأنه بإمكانه خفض الضغوط والقلق لديه.

6-3-4- وجهة نظرية ميكينبوم في علاج الضغوط النفسية:

يرى ميكينبوم (1988) أن الضغوط عبارة عن قوة خارجية تؤثر على الفرد وينتج عنها توتر وانزعاج، كما ترتبط باستجابات الفرد عندما يتعرض لتهديدات بيئية مستمرة الأمر الذي يؤدي إلى اختلاف في التوازن النفسي والسيولوجي، وينتج عنه الإحساس بالغضب والاستثارة والقلق. (عوض، 2001، 41).

فالفرد يعاني من الضغوط نتيجة أحاديثه السلبية حسب وجهة نظر (ميكينبوم) وكذلك التخيلات غير المناسبة اتجاه مصادر الضغوط. حيث أن هناك تأكيدا من وجهة نظره على أن الكيفية التي يستجيب بها الفرد إلى الضغط النفسي يتأثر إلى حد كبير بالكيفية التي يقوم بها مصدر الضغط، وبالكيفية التي يقوم بها نفسه وقدرته على الصمود أو المواجهة فالحديث الذاتي بموقف الضغط والقدرة على المواجهة تؤثر في سلوك الفرد في هذا الموقف، وقد أوضح ميكينبوم أهمية الحديث الداخلي أو الذاتي والتخيل في علاج الضغوط، حيث يلعب حديث الذات دورا في تغيير الوجدان والتفكير والسلوك من خلال التأثير على عمليات الانتباه والتقدير التي يجريها الفرد حول الموقف الضاغط كما أكد على أننا إذا كنا بصدد إحداث تغيير في السلوك فإنه علينا أن نفكر قبل أن نتصرف، ومثل هذا التفكير (هو نتيجة لحديث داخلي) يقلل من تلقائية السلوك غير المتوافق ويعطينا الأساس الذي نبني عليه سلوكا جديدا متوافقا. (الشناوي، 2000، 127).

يعتمد منهج (ميكينبوم) في الجمع بين المنهجين المعرفي والسلوكي في اعتماده على النمذجة والمهام المتدرجة والتدريبات المعينة والتدعيم الذاتي، فقد توصل بأن التفكير الإدراك والبناءات المعرفية السلوكية وحديث الذات وكيفية عزو الأشياء تدخل كلها في عملية التعلم، وهذه بالتالي لها دور في التأثير على سلوك الفرد، وقد ركز فيما بعد على أهمية الحوار الداخلي عند الفرد وتأثيره في العمليات الإدراكية وكيف يمكن تغييره (الحوار) وتغيير التفكير والمشاعر بحيث يتم تعديل السلوك في النهاية باستخدام أسلوب التوجيه الذاتي.

ويعتمد على الافتراض المتمثل في "أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد الأفعال التي يقومون بها"، فسلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته والتي توجه بافتراضات متنوعة كالأستجابات البدنية وردود الفعل الانفعالية، والمعرفية والتفاعلات الشخصية، ويعتبر (الحوار الداخلي الذاتي) أحد هذه الافتراضات وهذا هو هدف العلاج عند إعادة بناء البنية المعرفية للمتعالج من خلال إدراكه للعلاقة بين أحاديثه الداخلية وسلوكياته. (السقا، 2008، 175).

ولعل أشهر طريقة هي طريقة التدريب التحصيلي ضد الضغوط حيث تعتبر طريقة هامة من طرق التعديل المعرفي السلوكي، وتشبه -كما أشرنا سابقا- عملية التحصيل البيولوجي ضد الأمراض العامة، وتستند إلى فكرة رئيسية مفادها "أن الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد وجود تفاوت بين متطلبات الموقف وبين ما لديه من مصادر شخصية واجتماعية"، وتعمل على تزويد الفرد بالمعلومات واكتساب المهارات التي يستطيع من خلالها مواجهة المواقف الضاغطة في البيئة والتحصين ضد الضغوط أو التوتر، وهو الأسلوب الذي يهيئ للمتعالج فرصا للتعامل مع مواقف مثيرة للضغط متوسطة نسبيا ويقوم العميل بالتدرج بتطوير قدرة تحمله لدافع ومثير أقوى ويستند هذا التدريب على أساس أنه بإمكاننا التأثير على قدرتنا الاحتمالية للتعامل مع الضغط من خلال تعديل معتقداتنا وعبارتنا الذاتية في مواقف الشدة والضغط.

ويرى (مكينبوم) أن تعديل السلوك معرفيا يتم عن طريق تقديم المعلومات والتعليمات الذاتية التي تركز على تعليم المتعالج كيفية التخطيط والتفكير قبل الاستجابة ومساعدتهم على استخدام الحوار الداخلي الإيجابي حيث أن التخلص من الضغوط يكون مرهونا بالتخلص من الأحاديث الذاتية السلبية واستبدالها بأحاديث ذاتية إيجابية وهكذا يهدف التدريب التحصيلي ضد الضغوط إلى تدريب الفرد على أحاديث الذات الإيجابية وتشتمل هذه الطريقة على ثلاث مراحل أساسية متداخلة هي:

6-3-4-1- مرحلة التصور العقلي أو تكوين المفاهيم:

وهذه المرحلة تعليمية في طبيعتها وفيها يتعاون المعالج مع المتعالج على إقامة علاقة تعاونية إيجابية بينهم كما تتضمن هذه المرحلة تزويد العملاء بالمعلومات التي تمكنهم من فهم ماهية الضغوط وطبيعتها وتأثيراتها السلبية على جوانب شخصية الفرد فسيولوجيا، معرفيا، انفعاليا وسلوكيا ويستخدم في ذلك اسلوب المحاضرة والمناقشة ومما لا شك فيه أن المعلومات التعليمية التي يقدمها المتعالج تمثل أهمية كبيرة فهي تمثل جزء من العلاج حيث أن مناقشة كل مكون من مكونات البرنامج العلاجي يسهل من عملية تحقيق الأهداف ولقد ثبت أن الأفراد المشاركين في برامج إدارة الضغوط يتحسنون بشكل ملحوظ عبر جلسات البرنامج عندما يقرؤون نشرات أو كتيبات عن الضغوط أو عندما يحضرون المحاضرات والمناقشات كما تتضمن هذه المرحلة أيضا تعليم المشاركين كيفية تحديد الأفكار والأحاديث السلبية والانهزامية التي تساهم في شعورهم بالضغط ويلي ذلك مناقشة أهداف البرنامج وأساسه المنطقي وتفسير الفنيات التي تستخدم في إقناع العملاء بضرورة الالتزام بالبرنامج وأداء ما يطلب منهم من واجبات منزلية كممارسة عملية لما يتم التدريب عليه خلال البرنامج- (حسين، حسين، 2006، 273).

6-3-4-2- مرحلة اكتساب المهارات: وتهدف بشكل أساسي إلى مساعدة المشاركين على تعلم واكتساب مهارات المواجهة المعرفية والسلوكية اللازمة للتعامل مع المواقف الضاغطة التي يتعرضون لها في البيئة، وذلك من خلال تدريب المشاركين في برامج إدارة الضغوط على مجموعة من الفنيات مثل التدريب على الاسترخاء، التحكم في التنفس، والتخيل وأحاديث الذات الايجابية وكذلك التدريب على حل المشكلات، وفي هذه المرحلة يتم التأكيد على الفنيات المعرفية حتي يتمكن المشاركون من دحض ومقاومة الأفكار السلبية والأحاديث الذاتية السلبية لديهم، كما تتضمن تدريبهم على كيفية التحكم في الاستثارة الانفعالية لديهم عن طريق استخدام الفنيات السلوكية مثل التدريب على الاسترخاء، والتدريب على الاستجابات التوكيدية، والواجبات المنزلية التي تتضمن تطبيق وممارسة ما تم تعلمه واكتسابه من مهارات الاسترخاء وتطبيقها في المنزل، ومن الفنيات الرئيسية التي يعتمدها ميكينبوم هي

فنية الحديث الذاتي أو المحادثة الداخلية للتدريب عليها في التخلص من الضغوط، وهذه الفنية تقوم على فرضية أن الفرد يمكنه مواجهة المواقف الضاغطة والمشاكل والصعوبات التي تواجهه إذا استطاع التخلص من الأحاديث السلبية والانهازمية التي يقولها لنفسه عن نفسه أثناء تعرضه للمواقف الضاغطة والمؤلمة والصادمة، وبالتالي لا بد للفرد من التعرف عليها وتحديدها واستبدالها بأحاديث ذاتية موجبة، حيث أن هذه الأخيرة تكون مفيدة في بناء الثقة بالنفس، فعلى سبيل المثال يستطيع الفرد أن يقول لنفسه أنا أستطيع مواجهة هذا الموقف بنجاح بدلا من القول أنا فاشل، الموقف صعب، ولن أستطيع مواجهته. وتتوقف فاعلية هذه الفنية على اقتناع الفرد بأن ما يردده من أحاديث سلبية تؤدي إلى تفاقم حدة القلق والخوف لديه ومن ثم عليه العمل على وقف هذه الأحاديث السلبية عن الذات واستبدالها بأخرى إيجابية.

6-3-4-3- مرحلة التطبيق: وفيها يتم تشجيع المتعالجين على تطبيق ما تعلموه من مهارات لمواجهة الضغوط وتنفيذها على أرض الواقع الحي أو البيئة الواقعية. فمن خلال هذا الاستخدام والتطبيق العملي للمهارات في البيئة يتم التأكد من مدى فاعليتها ومن ضمان عدم عودة الفرد إلى الشعور بالقلق والضغط، والوقاية من الانتكاسة، وعموما فإن عملية الإرشاد والعلاج تبدأ بتحديد السلوك القديم المراد تغييره، والحديث السالب المتعلق به ومحاولة استبداله بحديث داخلي جديد متكيف ينتج عنه سلوكا متكيفا يؤثر في تكوين بناءات معرفية جديدة لدى الفرد بدلا من القديمة، ومن ثم إحداث السلوك المرغوب، وتعميمه ومحاولة تثبيته. (أبو أسعد، 2011، 320).

7- أهمية العلاج المعرفي السلوكي في التخلص من الضغوط النفسية:

يعد العلاج المعرفي السلوكي شكلا من أشكال العلاج النفسي الحديث نسبيا، ويركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات وتفسيراته لها، وإعطاء المعاني الخيرية المتعددة، وهناك العديد من الأساليب والفنيات التي تستخدم في العلاج المعرفي السلوكي بوجه عام، وتتنوع هذه الأساليب من بين أساليب معرفية وأخرى سلوكية وهناك من يضيف إلى ذلك الأساليب

الانفعالية، ويرى الباحثون أنه من الفنيات المعرفية التي يمكن أن تستخدم في التعامل مع الضغوط الحوار الداخلي، توجيه التعليمات إلى الذات، التحليل المنطقي للأفكار، إعادة البناء المعرفي... الخ وهي بشكل عام أساليب تساعد في السيطرة على الأفكار الهادمة والتي تظهر خلال المرور بالمواقف الضاغطة. كذلك يعد البحث عن المساندة الاجتماعية من الفنيات الانفعالية الجيدة نظرا لما تقدمه من دعم انفعالي للشخص في مواقف الشدة. ويضيف دوبرت إلى أن هناك أساليب أخرى تسمى بالأساليب الجسمية تساعد على التعامل مع الضغوط تتمثل في تدريبات الاسترخاء، التمارين الرياضية وأجهزة الإرجاع الحيوي.

ويمكن الإشارة في الأخير إلى أن هناك تفاعل بين كل من الأساليب السلوكية، الانفعالية والمعرفية لتخفيف الضغوط واستخدام هذه الفنيات يتوقف على مجموعة من المكونات الأساسية التي يجب توفرها في كل جلسة علاجية لعلاج الضغوط وهذه المكونات تتمثل في أربع عوامل أساسية وهي:

6-1- تقديم معلومات حول الضغوط النفسية والتوتر: وهذا يساعد المعالج على فهم العمليات التي تتم في الشعور بالضغط النفسي والتوتر أو القلق أو الاكتئاب فغالبا لا يدرك المتعالجين أن لهم دورا في تعقيد مشاكلهم وبمجرد إدراك ذلك يبدؤون في التغييرات الايجابية لأن معرفة ما لديهم يخفف من إحساسهم بالضغوط النفسية.

7-2- تعلم مهارات المواجهة: يتدرب المتعالجين على بعض المهارات اللازمة للتحكم في الضغط النفسي وتقليل التوتر، ويتضمن ذلك بعض المهارات كالتخطيط لأهداف، وإعادة التفسير للأحداث، وتعديل الأفكار الخاطئة مما يساعدهم على الإحساس بسيطرتهم على أعراض الضغط.

7-3- وضع بعض المهام السلوكية المنزلية: إن المرشد لا يستطيع سوى تقديم التدريب والنصيحة، وإن المسترشد مسؤول عن تجميع وتطبيق تلك المعلومات، وبالإضافة إلى ممارسة مهارات المساعدة الذاتية فإن الأفراد مع المرشد يضعون لأنفسهم بعض المهام والواجبات المنزلية لإنجازها، وبالنسبة للأفراد اللذين يعانون الضغط فإن هذه المهام تتضمن

المراقبة الذاتية والحوار الذاتي بالإضافة إلى مراقبة مستوى الضغط والتفكير في التخطيط للتغلب عليه.

7-4- مقابلة بعض الأفراد من أصحاب المشكلات المتشابهة: عادة ما يشعر المتعالج أنه الوحيد الذي يعاني المشكلة، وبمقابلة بعض الأفراد اللذين لديهم نفس المشكلة يقل شعور الفرد بالوحدة والاختلاف وقد يساعد ذلك على التقليل من التوتر، وأيضاً تقدم الجماعة الفرصة لمشاركة الخبرات كما توفر نظام اجتماعي مساند.

كما يعد استخدام البرامج العلاجية القائمة على العلاج المعرفي السلوكي مع الضغوط من أنسب الطرق التي تم استخدامها نظراً لما تمتاز به من العديد من الفنيات العلاجية والإرشادية في برنامج واحد يهدف إلى مساعدة الأفراد لاكتساب العديد من مهارات التعامل مع المشكلات والاضطرابات النفسية التي يعانون منها كنتيجة للتعرض للضغوط، ولقد أكدت الدراسات على فاعلية تلك البرامج الإرشادية والعلاجية بل وحتى في منع الانتكاسة مرة أخرى، فقد أكدت دراسات كلا من:

(Salwan,1986)، إيدزفود (Eddisford,1991)، فوا (Foa, 2000)، تاري وآخرون (Tarier,2006)، أنتوني (Antoni,2001) على أهمية العلاج والإرشاد في علاج الانعصاب (أبو زيد، 2008، ص 164).

وكذلك توصلت دراسة لارسن (Larsen, 1990) وكوتي وآخرون (Cote et al) على سبيل المثال أن العلاج المعرفي السلوكي بشكل عام يعد من أقل الأساليب العلاجية والإرشادية في نسبة حدوث الانتكاسة وأن أثره يمتد لفترة طويلة بعد انتهاء العلاج (عبد الوهاب، 2006، 87).

8- تقييم عام لنظريات المنحى المعرفي السلوكي:

حسب بعض الباحثين فإن قوة العلاج المعرفي السلوكي تنبع من منطقته ومعطياته التجريبية على الحيوان والإنسان وقابليته للقياس، ولقد لبي هذا النوع من العلاج تقريباً الآمال

المتوقعة والواعدة في الممارسات السريرية في الاضطرابات النفسية، وبشكل خاص في اضطرابات الخوف والاضطراب السلوكية والعادات الضارة بالصحة كالتدخين، والإدمان وفي التعامل مع الضغوط النفسية والتدريب التحصيني ضد هذه الضغوط وغيرها، وفي عملية مسح أجرتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي اتضح أن نسبة نجاح العلاج السلوكي المعرفي تجاوزت 80% من الحالات يقابل ذلك فقط من 40-50% من العلاج التحليلي، ونسبة الانتكاس في العلاج السلوكي لا تتعدى 7-9% من الحالات بينما نسبة الانتكاس في العلاج التحليلي الديناميكي بين 20-30% من الحالات (الحجار، 2000، 55).

أما ما يؤخذ على العلاج المعرفي السلوكي بشكل عام أنه يركز على الأعراض أكثر مما يركز على جذور المشكلة، وأنه لا يتعامل مع اللاشعور، وبالتالي يترك المكبوتات كما هي الأمر الذي يؤثر على المشكلة، وأنه يفيد أكثر في الحالات العصائية وتقل فاعليته مع الحالات الذهانية (رغم التطورات التي حدثت في هذا المنحى)، ذلك أن التفكير في الاضطرابات العصائية لم يتأثر بعد بنفس الدرجة التي يكون قد تأثر بها في حالة الاضطرابات الذهانية، وأن الشخصية لا تزال أكثر انتظاماً وتكون أكثر قابلية للإيحاء مما يسهل للمتعالج مهاجمة الأفكار غير المتوافقة، وكذا استخدام الأساليب المعرفية المختلفة، كحل المشكلات، والتخيل وإعادة البناء المعرفي، والفنيات السلوكية كالاسترخاء والواجبات المنزلية، وكذا استخدام الوسائل المختلفة في عملية التعليم النفسي والتدريب كالمحاضرات، المناقشات، الحوار، التدريب على مختلف مهارات المواجهة الانفعالية والسلوكية والمعرفية.

من المعروف أن العلاج المعرفي السلوكي بخاصة سهل التعلم والتطبيق كما يبدو لأول وهلة، فالأساس النظري يمكن استيعابه وفهمه بسهولة، وحتى فنياته العلاجية سهلة التعلم، أما التطبيق على الأفراد المرضى خاصة من ذوي المستويات التعليمية المنخفضة يلقى صعوبات بالغة نظراً لما يركز عليه هذا المنحى من جوانب معرفية كهدف التغيير من أجل التخلص من الاضطراب.

البنية المعرفية للفرد والتي هي هدف التغيير في العلاج المعرفي السلوكي ذات طابع حضاري، فالمعتقدات الدينية لا نجد لها في سياق الأفكار المصححة لدى المعالجين المعرفيين الغربيين، بينما المسلمات الدينية القدرية (القضاء والقدر) هي جزء من المعتقد العربي المسلم، ولها دورها المهم في تصويب الأفكار الخاطئة وإعادة بناء المعتقد الخاطئ لدى المتعالج.

وعن مدى ملائمة الاتجاه بنظرياته المتباينة للثقافة الإسلامية فإنه يؤخذ عليها إلى جانب ما سبق أنها تنظر إلى الشخصية على أنها عبارة عن أفكار أو تصورات تنمو مع الفرد من خلال التعلم، ويتحدد في ضوءها مدى سواء الشخصية أو عدم سوائها، في حين ينظر الإسلام إليها بشكل أشمل من ذلك يجمع فيه بين جوانبها المختلفة.

أما فيما يتعلق بالاضطراب فإنه يفسر ضمن هذا الاتجاه بأنه يرجع إلى اضطراب في التفكير والتصورات والاعتقادات حيث يؤدي الحديث السلبي للذات أو التفكير غير العقلاني أو الأفكار التلقائية السلبية إلى الاضطراب النفسي.

مما سبق يتضح أن العلاج المعرفي السلوكي يبدو سهلا ولكنه عمليا صعبا وهو كما وصفه بيك بالعلاج البسيط المخادع. (يوسفي، 2011، 289).

خلاصة:

من خلال ما سبق نستخلص أن العلاج المعرفي السلوكي من بين الاتجاهات الرائدة والحديثة نسبيا في علاج العديد من الاضطرابات النفسية، إذ تهدف إلى الحد من الألم النفسي والاكتئاب والقلق والمعاناة، وتنمية قدرات المواجهة لدى المتعالج كي يحقق تكييفا إيجابيا مع نفسه والآخرين وتوازنا أفضل في شخصيته عن طريق الجلسات المنظمة، حيث يعتبر هذا المنحى العلاجي تعليميا وموجها وقائما على الحوار وقد لاحظنا أن هناك تقاطع كبير بين مختلف الاتجاهات النظرية التي تم تناولها لعلاج الضغوط النفسية من خلال استخدام الفنيات المختلفة معرفية، انفعالية، سلوكية مع اختلاف فقط في أهمية استخدام هذه الفنيات المختلفة وكذا في طريقة العلاج المتبع.

الجانب الميداني

الفصل الرابع: منهجية البحث والإجراءات الميدانية

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

2- الدراسة الأساسية

3- الدراسة الإحصائية

4- صعوبات الدراسة

خلاصة

تمهيد:

يهدف الجانب الميداني من البحث إلى تكملة الجانب النظري، فهو وسيلة لنقل مشكلة البحث وتصورات الباحث إلى الميدان بغية توضيحها وتحديدتها وتبيان جوانبها. لذا سنستعرض في هذا الفصل أهم الإجراءات المنهجية والميدانية في البحث، والتي تتمثل في منهج الدراسة، خطوات اختيار عينة الدراسة، وصف لأهم أدوات الدراسة، وإجراءات تطبيق الدراسة، والمعالجة الإحصائية المستخدمة في تحليل.

1- الدراسة الاستطلاعية: تعد الدراسة الاستطلاعية أهم مرحلة من مراحل البحث العلمي، فبناء التجربة الاستطلاعية على ضوءها يقيس الباحث الصدق الظاهري للتعرف على الصعوبات أو ما يظهر له من النواحي التي تستوجب التغيير.

فإنه يقوم بالمراجعة النهائية لخطوات البحث حتى يكون مطمئنا لسلامة التنفيذ فهذه هي الفرصة الوحيدة للتعديل ولا يتسنى له ذلك بعد التطبيق. (بركات محمد، 1984، 76).

وعليه تعتبر الدراسة الاستطلاعية أول خطوة بدأنا بها في بحثنا، بحيث قمنا بزيارة العديد من العيادات الطبية التي تتواجد بها النساء اللائي يعانين من العقم للتعرف على أفراد العينة وهل لديهن رغبة في المشاركة في البحث وما هي أهم الضغوط التي يعانين منها وهذا على فترات مختلفة وذلك بغرض بناء استبيان للضغوط النفسية التي يعانين منها.

ثم بعد ذلك بعدما تم بناء الاستبيان والحصول على الصورة النهائية له بعد التعديلات التي أجريت عليه قمنا بتوزيع استبيان الضغوط النفسية الذي أعد لتحقيق أغراض هذا البحث على عينة قدرت ب30 امرأة تعاني من عقم أولي بعد سنة من الزواج بحيث تم اختيارها بطريقة قصدية من مختلف العيادات الطبية المتواجدة في باتنة وقد تراوحت أعمارهم ما بين 18 و40 سنة بمتوسط عمري قدره 32 سنة، وقد تم اختيارهن بهدف التحقق من خصائصه السيكومترية بعد الحصول على صورته النهائية.

وقد لمسنا تجاوب كبيراً وإهتمام لافت للنظر من طرف أفراد العينة للإجابة على أسئلة الاستبيان، وكنا نستغرب من سؤالهم هل من مزيد، لهذا رأينا تعطشا كبيراً للإجابات بالإضافة إلى الرضا الذي كان بادياً على الحالات لهذه الالتفاتة ما أزال الخوف من داخلنا، خاصة أننا كنا نظن أنهم قد يجدن صعوبة في فهم بنود الاستبيان أو قد يشعرون بالملل خاصة أن الاستبيان يحتوي على 66 بند. لكن تبين لنا العكس تماماً لا وهذا ما دفعنا للمضي قدماً في إنجاز هذا البحث. كما تم تطبيق البرنامج العلاجي بعد إعداده على عينة تتكون من امرأتين تعانين العقم ولديهما ضغوط مرتفعة، بحيث تم تطبيق بعض الفنيات فقط بهدف معرفة مدى وضوح ما يمكن تقديمه وهل هناك صعوبات في تطبيقه.

وكان لهذه الدراسة الاستطلاعية أهمية كبيرة حيث أعطتنا دفعا معنوياً كبيراً ساعدنا على العمل بكل راحة في إجراء التطبيق النهائي كما مكننا من استخدام هذه الأداة بعد التأكد من خصائصها السيكو مترية وتحديد العينة وإجراء الدراسة الأساسية.

2- الدراسة الأساسية:

2-1- منهج الدراسة: تعتمد الدراسة الحالية على المنهج التجريبي لأنه يتناسب مع طبيعة المشكلة ويحقق أهداف الدراسة، حيث يعد هذا الأخير في البحث العلمي من أقرب المناهج إلى الطريقة العلمية الصحيحة والموضوعية في البحث عن الحقيقة، واكتشافها، وتفسيرها، والتنبؤ بها والتحكم فيها.

و يعرف المنهج التجريبي بأنه "منهج يقوم على التجربة العلمية التي تكشف عن العلاقات السببية بين المتغيرات، وذلك في ضوء ضبط كل العوامل المؤثرة في المتغير التابع، ما عدا عاملاً يتحكم فيه الباحث ويغيره لغرض قياس تأثيره على المتغيرات التابعة".

وعموماً فإن المنهج التجريبي يهدف إلى الكشف عن العلاقة السببية بين المتغيرات بناء على تصميم الموقف التجريبي أو التجربة، والتجربة تعني الملاحظة المقننة والمضبوطة

لغرض استخلاص وتنظيم البيانات على أساس أدوات محددة. (الحمداني وآخرون، 2006، 144).

ولقد اعتمدت الدراسة الحالية على التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة حيث يركز هذا الأخير على التجريب لتأثير عامل واحد على أداء المجموعة موضوع الاهتمام. (عبيدات وآخرون، 2000، 42).

حيث يتبع الباحث الخطوات التالية:

- 1- تحديد حجم الجماعة المستهدفة بالبحث.
- 2- تحديد الزمان المناسب للتجربة.
- 3- تحديد المكان المناسب للتجربة.
- 4- تحديد المتغير المستهدف أو المتغيرات وقياس آثارها.
- 5- قياس الجماعة قبل إدخال أي متغير.
- 6- توحيد صفات وظروف المجرب عليهم.
- 7- قياس الجماعة بعد إدخال كل متغير.
- 8- مقارنة أثر المتغير على الجماعة القبليّة والبعدية.
- 9- إختبار الفروض.
- 10- تحديد النتائج.

و تكون الجماعة ضابطة وتجريبية في نفس الوقت، ضابطة قبل إدخال المتغير وتجريبية بعد إدخاله. (حسين، 1999، 120).

والمقصود بها في بحثنا هي المجموعة التي طبق عليها البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الجماعي. والجدول التالي يوضح شكل هذا التصميم.

جدول رقم (3) يمثل الشكل التصميمي لمجموعة واحدة

المعالجة التجريبية المجموعة	القياس القبلي	البرنامج	القياس البعدي
مجموعة واحدة (ضابطة و تجريبية)	نعم	نعم	نعم

2-2- مجتمع الدراسة: يتمثل مجتمع الدراسة في النساء المصابات بالعمق والتي يتواجدن في مختلف عيادات أمراض النساء والولادة، تم تشخيص عندهن العمق بعد سنة من الزواج دون استعمال موانع الحمل ويعانين من ضغوط نفسية مرتفعة.

2-3- عينة الدراسة: هي جزء من مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية وهي تعتبر جزء من الكل، بمعنى أن تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع على أن تكون ممثلة في المجتمع التجريبي فالعينة إذا هي جزء من أو نسبة معينة من أفراد المجتمع الأصلي ثم تعميم نتائج الدراسة كلها. (عبد المنعم، 2008، 94).

وتكونت عينة الدراسة الأساسية من 20 امرأة تم اختيارها بطريقة قصدية تتراوح أعمارهن بين 18 سنة إلى 40 سنة بمتوسط عمري يقدر ب 34 سنة تتراوح مدة الزواج بين سنة إلى 17 سنة ويعانين من مشكلة العمق طبق عليهن استبيان الضغوط النفسية - إعداد الطالبة- من أجل اختيار النساء ذوي المستويات المرتفعة من الضغوط، وأيضا اللاتي يرغبن في المشاركة في البرنامج العلاجي، وبعد تصحيح الاستبيانات تبين أن جل أفراد العينة يعانين من ضغوط لكن تم استبعاد النساء الغير مقيمات في باتنة بالإضافة إلى غير الراغبات في المشاركة بسبب ظروف خاصة (عدم رغبة الزوج، أو عدم مناسبة التوقيت بسبب العمل) وهذا طبعا كان بالتعاون مع بعض الاطباء اخصائي التوليد وفي النهاية كان العدد النهائي للدراسة هو 06 نساء أبدين رغبتهن في المشاركة والالتزام بالحضور، والجدول الموالي يوضح أهم خصائص هذه العينة.

جدول رقم (4): يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب السن، المستوى العلمي، سبب العقم، مدة العقم

العدد	السن	المستوى العلمي	سبب العقم	مدة العقم
1	31	جامعي	اضطراب هرموني	6 سنوات
2	36	ثانوي	اضطراب هرموني	7 سنوات
3	40	ثانوي	اضطراب هرموني	3 سنوات
4	40	جامعي	بدون سبب	3 سنوات
5	35	ثانوي	تكيس المبايض	7 سنوات
6	40	جامعي	بدون سبب	10

2-4-4- مجالات البحث: وهي تتمثل في:

2-4-4-1- مجالات البحث البشرية: وهي ستة نساء مدة زواجهن أكثر من سنة وهن يعانين من العقم حسب تشخيص الأطباء، وبالرغم من العلاج لم يحدث الحمل وقد سجلن مستويات تتراوح بين المتوسط إلى العالية جدا أو الحادة من الضغوط وأبدن الاستعداد والرغبة في المشاركة في البرنامج العلاجي.

2-4-4-2- مجالات البحث المكانية: تم إجراء البحث في العيادات المتخصصة لمتابعة أمراض النساء والتوليد في بلدية بانتة.

2-4-4-3- مجالات البحث الزمنية: استغرقت مدة البحث 07 أشهر من أواخر شهر أكتوبر إلى بداية شهر جوان، بحيث تم فيها البحث عن أفراد العينة، وبناء استبيان الضغوط النفسية والتحقق من خصائصه السيكومترية، ومن ثم بناء وتطبيق البرنامج العلاجي.

2-5- متغيرات البحث: وتتمثل هذه المتغيرات في:

2-5-1- المتغير المستقل: ويتمثل في البرنامج العلاجي المصمم من طرف الطالبة.

2-5-2- المتغير التابع: ويتمثل في الضغوط النفسية الناتجة عن مشكلة العقم.

2-5-3- المتغيرات المشوشة: وتتمثل في:

- المستوى التعليمي بحيث حاولت الطالبة أن يكون متقاربا بين أفراد العينة (مستوى جامعي، ثانوي).
- سبب العقم كانت أغلب الأسباب تدور حول اضطرابات هرمونية، وحالتين فقط لم يحدد السبب الحقيقي وراء العقم.
- مدة العقم كانت تراوحت بين الثلاث سنوات والعشرة سنوات.
- السن كانت هناك صعوبة في ضبط أفراد العينة حسب السن لكن على العموم تراوح سن أفراد العينة بين 31 سنة إلى 40 سنة.

2-6- أدوات البحث:

إن طبيعة هذا البحث تتطلب استخدام أدوات معينة لخدمة أغراضها، ونظرا لنقص الدراسات العربية والأجنبية (حسب علم الطالبة) التي تخدم الدراسة، فقد لجأت الطالبة إلى بناء استبيان للضغوط النفسية عند النساء العقيمات، وكذلك بناء وتصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي، وتضمن هذا البناء والتصميم مجموعة من الخطوات.

2-6-1- بناء استبيان الضغوط النفسية:

2-6-1-1- خطوات بناء الاستبيان: لقد تضمن بناء الاستبيان الخاص بالضغوط النفسية لدى النساء العقيمات مجموعة من الخطوات:

- الاطلاع على التراث السيكولوجي في مجال الضغوط النفسية بصفة عامة والضغوط والمشكلات المرتبطة بالعقم بصفة خاصة.

- الاطلاع على بعض مقاييس الضغوط النفسية في البيئة العربية والأجنبية التي صممت لقياس الضغوط بصفة عامة سواء الخاص بالمهن أو بالطلبة. أما فيما يخص الضغوط الناتجة عن العقم فهي حسب - علم الطالبة - غير موجودة سوى مقياس واحد للباحث (نيوتن Newton) خاص بالمنجيين وغير المنجيين ولا يخدم أغراض الدراسة ونذكر من بين هذه المقاييس ما يلي:

- مقياس الضغوط النفسية للمطلقات - إعداد راوية دسوقي - (1991).
- استبيان دافعية تبني طفل - لبريفورت وآخرون Bruffoerts et al - (2001).
- استبيان الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة - إعداد حدة يوسف - (2011).
- استبيان استراتيجيات المواجهة - لشيرور وآخرون Schreurs - (1984).
- استبيان أساليب التعامل مع الضغوط النفسية - إعداد أنعام هادي حسن - (2012).

و من خلال فحص هذه المقاييس تبين أنها لا ترتبط بالضغوط التي تعاني منها النساء اللاتي يعانين من العقم خاصة لما لهذا الموضوع من حساسية وخصوصية ثقافية ومنه تم المرور إلى المرحلة الموالية.

إجراء مقابلات مع النساء العقيمات والتركيز على أهم الضغوط والمشاكل المرتبطة بالعقم. ومن خلال تحليل نتائج هذه المقابلات التي كانت نصف موجهة، تبين أن هناك ستة

أبعاد مرتبطة بالعمق تمثل الضغط للنساء تتمثل في: البعد الزواجي، البعد الاجتماعي، البعد الذاتي، البعد الانفعالي، البعد الصحي والعلاجي، البعد المعرفي.

ومن خلال إطلاع الطالبة على بعض الدراسات السابقة، وبعض المقاييس السابقة الذكر، بالإضافة إلى نتائج المقابلات أمكن صياغة عبارات الاستبيان المفتوح والذي بلغ عدد بنوده 66 بند موزعة على الأبعاد السابقة الذكر. الملحق رقم (1) يوضح الأداة في صورتها الأولية.

قامت الطالبة بعرض الاستبيان في صورته الأولية على عدد من أساتذة علم النفس، وعلى متخصص في اللغة وطبيب أخصائي في أمراض النساء والولادة بصفته أقرب فرد يعايش يوميات هؤلاء النساء، وبناء على آرائهم و إرشاداتهم تم تعديل بعض العبارات، وبقيت الأداة بنفس عدد البنود والملحق رقم (3) يوضح الاستبيان بعد التحكيم. والملحق رقم (7) يمثل قائمة بأسماء المحكمين للاستبيان.

وقد صيغت البنود في الاتجاه الإيجابي حيث أنه كلما ارتفعت الدرجة دل على أن المرأة المصابة بالعمق تعاني من ضغط مرتفع والعكس صحيح.

2-6-1-2- الغرض من الاستبيان:

استبيان الضغوط النفسية للنساء العقيمات هو أداة لتقدير وقياس ما تدركه المرأة من ضغوط جراء إصابتها بالعمق (مدة الزواج تتعدى السنة، رغم العلاج لكن دون جدوى) حيث أعد بغرض القياس الكمي لمدى إدراك هذه المرأة لهذه الضغوط.

2-6-1-3- وصف الاستبيان:

يتكون الاستبيان في صورته النهائية من 66 بند موزعة على ستة أبعاد تمثل مصدرا للضغط والتهديد والقلق لدى المرأة المصابة بالعمق وقد صيغت البنود على شكل متطلبات

داخلية وخارجية (مواقف مشاعر أفكار) تفوق وتتعدى مصادر المرأة وقدرتها على التأقلم والتكيف وتهدد راحتها مما يسبب لها الانزعاج والتوتر وعدم الارتياح وهذه المتطلبات والمواقف مرتبطة بالأبعاد التالية: البعد الزواجي، الاجتماعي، الصحي والعلاجي، الانفعالي، المعرفي، الذاتي.

وقد تم تحديد التعريف الإجرائي للضغوط النفسية: "هي مجموع المتطلبات الداخلية والخارجية المحيطة بالمرأة، والتي تفوق وتتعدى قدراتها وإمكاناتها على التأقلم والتكيف، وتهدد راحتها وتسبب لها الضيق والألم والقلق والتوتر وهي مرتبطة تحديدا بالعقم وتأثيراته على مختلف الأبعاد (الزواجي، الاجتماعي، الذاتي، الانفعالي، الصحي والعلاجي، المعرفي)".

أو هو "الدرجة التي تحصل عليها المرأة العقيم من خلال استجاباتها على فقرات استبيان الضغوط النفسية المعدة لأغراض البحث الحالي".

2-6-1-4- أبعاد الاستبيان والتعريف بها: يتكون الاستبيان من ستة أبعاد رئيسية وهي:

- **الضغوط الزوجية:** هي مجموعة الضغوط التي تعيشها المرأة في علاقتها مع زوجها بسبب عدم الانجاب، كشعورها بعدم الاهتمام، بالمسؤولية، بالذنب، عدم الأمان، اضطراب العلاقة الجنسية، وكل هذا يؤثر على تكيفها النفسي ويتضمن هذا البعد إحدى عشرة بنداً وهي (5، 14، 20، 26، 35، 43، 50، 51، 56، 61).

- **الضغوط الاجتماعية:** هي مجموعة الضغوط التي تعانيها المرأة كنتيجة مباشرة لإصابتها بالعقم وتتمثل في: تدخلات الأهل والاهتمام والبحث عن إمكانية الحمل، الشعور بنقص تقدير الآخرين، ثقل المسؤولية نقص الزيارات للأهل، وصعوبة المناسبات العامة. وهذا يسبب لها القلق والتوتر، ويتضمن هذا البعد اثنتي عشرة بنداً وهي (3، 7، 17، 11، 27، 38، 39، 47، 48، 49، 53، 63).

- **الضغوط العلاجية والصحية:** هي مجموعة الضغوط التي تدركها المرأة بأنها مهددة لها وتسبب لها المعاناة والإرهاق والتوتر مثل: تكاليف العلاج الباهظة، إجراءات الفحوص المتعبة، الرغبة في التوقف بسبب الإحباط، بعض الأعراض السيكسوماتية، ويتضمن هذا البعد إحدى عشرة بندا وهي (4، 9، 12، 22، 24، 25، 32، 42، 64، 65، 66).

- **الضغوط الذاتية:** وهي مجموعة الضغوط المرتبطة بالإصابة بالعقم، وتأثير ذلك على رغبتها في الإنجاب، نظرتها للحياة، تقديرها لذاتها، وتمثلها لتقدير الآخرين لها، وهذا يدفعها للشعور بالقلق والتوتر، ويتضمن هذا البعد اثنتي عشرة بندا هي (2، 6، 16، 19، 21، 28، 34، 33، 41، 45، 54، 58، 59).

- **الضغوط الانفعالية:** وهي مجموعة الضغوط التي تدركها المرأة والتي تشير إلى مختلف المشاعر وانفعالات المرتبطة بالعقم كالخوف من المستقبل، فقدان الأمل، ربط السعادة بالإنجاب، عدم القدرة على السيطرة على الوضعية، أحاسيسها عند اقتراب وحدث الطمث، وهي كلها تؤثر على التكيف النفسي للمرأة، ويتضمن هذا البعد حدى عشرة بند هي (10، 15، 29، 31، 36، 37، 40، 52، 60، 62).

- **الضغوط المعرفية:** وهي تشير إلى مجموعة الأفكار التي كونتها المرأة وأدركتها بسبب إصابتها بالعقم مثل: التفكير في الطلاق، عدم أهمية ما تقوم به، الشك في تحقيق أي نجاح، وأن الإنجاب هو الحل لكل المشاكل التي تعاني منها، وهذا يسبب لها التوتر والقلق. ويتضمن هذا البعد إحدى عشرة بند هي (1، 8، 13، 18، 23، 25، 44، 46، 57، 58، 59، 60، 62).

2-6-1-4- الخصائص السيكومترية للاستبيان: وتتمثل هذه الخصائص في:

2-6-1-4-1- الصدق: تم التأكد من صدق الاستبيان باستخدام طريقتين وهما:

2-6-1-4-1-1- الصدق الظاهري: وتم ذلك عن طريق استطلاع آراء المحكمين، حيث تم توزيع الاستبيان على مجموعة من المحكمين، وهم أساتذة في علم النفس العيادي، علم النفس الاجتماعي، علوم التربية، منهجية، وأيضا أستاذ متخصص في اللغة. (أنظر الملحق رقم 07) لإبداء آراءهم وملاحظاتهم حول الاستبيان ككل، وكذا مدى ملائمة التعليمات والبنود لموضوع الاستبيان، وقد تم إجراء التعديلات المطلوبة عليه وفق ما أشار إليه السادة المحكمون من تعديل وإعادة صياغة التالية توضح هذه التعديلات.

جدول الضغوط النفسية رقم (5) الخاص بالبعد الزواجي:

الرقم	العبرة قبل التعديل	العبرة بعد التعديل
2	أشعر أن زوجي لا يساندني في محنتي.	تضايقتني عدم مساندة زوجي لي في هذه المحنة.
4	يقلقتني عدم شعوري بالأمان في حياتي الزوجية.	أشعر بعدم الأمان في حياتي الزوجية.
7	يتحول الجماع لحدث صعب يشعرنني بالتوتر وخيبة الأمل.	تحول الجماع لحدث صعب يشعرنني بالتوتر وخيبة الأمل.
9	لا يقدر زوجي ما أعانيه من ضغوط.	زوجي لا يقدر ما أعانيه من ضغوط.

جدول الضغوط النفسية رقم (6) الخاص بالبعد الاجتماعي:

الرقم	العبرة قبل التعديل	العبرة بعد التعديل
1	يقلقني افتقادي للشعور بالحب والاهتمام بالآخرين (أقارب، أصدقاء).	أفتقد للشعور بالحب والاهتمام بالآخرين (أقارب، أصدقاء).
8	إن دوري غير كامل لأنني لم أنجب.	أشعر أن دوري في أسرتي غير كامل لأنني لم أنجب.
9	لقد قلت زيارتي لأقاربي بسبب ما ألاقه من تدخلات وضغوط.	قلت زيارتي لأقاربي بسبب ما ألاقه من تدخلات وضغوط.

جدول الضغوط النفسية رقم (7) خاص بالبعد الإنفعالي:

الرقم	العبرة قبل التعديل	العبرة بعد التعديل
5	أنزعج وأتوتر من أبسط مشكلة تواجهني.	أنزعج من أبسط مشكلة تواجهني.

جدول الضغوط النفسية رقم (8) الخاص بالبعد الذاتي:

الرقم	العبرة قبل التعديل	العبرة بعد التعديل
5	أن أنجب طفل هو الشيء الأهم في حياتي.	أن أنجب هو الشيء الأهم في حياتي.
7	إن حياتي ذهبت سدى لأنني لم أنجب.	أشعر أن حياتي ذهبت لأنني لم أنجب.

جدول الضغوط النفسية رقم (9) خاص بالبعد العلاجي الصحي:

الرقم	العبرة قبل التعديل	العبرة بعد التعديل
3	تكاليف العلاج تشعرني بالقلق.	تكاليف العلاج تثقل كاهلي.
6	تتأرجح حياتي بين الأمل والإحباط بسبب العلاج.	العلاج يجعل حياتي متأرجحة بين الأمل والاحباط.
10	يزعجني شعوري بفقدان الشهية واضطراب الهضم.	يزعجني ما أعانيه من اضطرابات في الهضم.

جدول الضغوط النفسية رقم (10) خاص بالبعد المعرفي:

الرقم	العبرة قبل التعديل	العبرة بعد التعديل
8	لا أجد معنى للحياة.	أرى أن الحياة لا معنى لها.

بعدما تم توزيع بنود الاستبيان ووضعها في صورته النهائية بعد الأخذ بعين الاعتبار بتوجيهات السادة المحكمين، قمنا بحساب صدقه وثباته.

2-6-1-4-1-2- الصدق التمييزي:

قامت الطالبة بحساب الصدق التمييزي من خلال حساب الفروق بين مجموعتين متميزتين، المجموعة الأولى مرتفعة الدرجات والمجموعة الثانية منخفضة الدرجات، وذلك باستخراج نسبة 27 بالمئة من طرفي التوزيع لأفراد العينة البالغ عددها 30 امرأة، حيث تم المقارنة بينهما باستخدام أسلوب إحصائي وهو اختبار (ت) حيث بلغت قيمتها 10.339 وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى 0,01 وبهذا يمكن القول أن الاختبار صادق.

جدول رقم (11) خاص بنتائج اختبار (ت) للصدق التمييزي لاستبيان الضغوط النفسية لدى النساء العقيمات:

Statistiques de groupe

	COTY	N	Moyenne	ddl	T
DIGURY	SUPER	8	167, 3750		10, 339
	INFER	8	117, 1250	14	

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن قيمة (ت) تساوي (10,33) وهي قيمة دالة احصائيا عند (0,01) وهذا يعني ان الاستبيان يتميز بالصدق.

2-6-1-4-2- الثبات:

للتحقق من ثبات الاستبيان قامت الطالبة بحساب معامل ألفا كرونباخ باعتباره من أهم مقاييس الاتساق الداخلي حيث يربط هذا المعامل ثبات الاختبار بثبات بنوده، حيث تم حساب هذا المعامل للاختبار ككل، والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها.

جدول رقم (12) يوضح معامل ألفا كرونباخ للاستبيان ككل:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,927	66

ومن خلال هذا الجدول (12) يتضح أن الاستبيان المصمم يتمتع بثبات عالي عند 0,001.

ومن خلال النتائج المحصل عليها في حساب سواء الصدق أو الثبات يتبين لنا أن الاستبيان يتمتع بدرجات عالية من الصدق والثبات مما يسمح لنا بتطبيقه في الدراسة الأساسية بكل ثقة واطمئنان.

2-6-1-4-1-3- الموضوعية:

2-6-1-5- استبيان الضغوط النفسية في صورته النهائية:

بعد حساب الخصائص السيكومترية لاستبيان الضغوط النفسية والوصول إلى درجات عالية من الصدق والثبات، تم استخدامه في الدراسة الأساسية.

2-6-1-5-1- تصحيح الاستبيان: يتم تصحيح الاستبيان كما يلي: بالنسبة موافق بشدة تعطى ثلاث درجات. أما موافق تعطى درجتين، أما غير موافق فتعطى درجة واحدة، وبذلك تتراوح درجة الفرد على الاستبيان نظريا بين 66 إلى 198 درجة، وتقسم إلى المستويات التالية:

- [66 - 99] هذا يعني أن المرأة تعاني من ضغوط خفيفة.
- [99 - 132] يعني أن المرأة تعني من ضغوط متوسطة.
- [132 - 165] يعني أن المرأة تعاني من ضغوط مرتفعة.

• [165 - 198] يعني أن المرأة تعاني من ضغوط حادة.

أي أنه كلما ارتفعت الدرجة على الاستبيان دل على أن المرأة تدرك المتطلبات والأحداث والمواقف بأنها مثيرة للضغط أو تسبب لها الضغط والعكس صحيح.

2-6-2- البرنامج العلاجي: (إعداد الطالبة).

2-6-2-1- تعريف البرنامج العلاجي: يعرف البرنامج العلاجي على أنه مجموعة من الخطوات المخططة والمنظمة والتي ترمي إلى تحقيق أهداف معينة بحيث تمهد كل خطوة للخطوة التي تليها وبحيث تصبح في النهاية مترابطة معا وتؤدي إلى تعديل الأساليب السلوكية الخاطئة والمعارف السلبية لدى الأفراد، واستبدالها بأساليب سلوكية وأفكار واتجاهات أكثر ايجابية مما يترتب عليه تحقيق التوافق النفسي لدى المشاركين في البرنامج العلاجي.

والبرنامج الحالي برنامج نفسي تعليمي وتدريبى منظم في ضوء أسس وفنيات العلاج المعرفي السلوكي لكل من بيك، ومكينبوم، ويتم من خلال مواقف تعليمية وتدريبية جماعية، يتم فيها تدريب النساء العقيمات مرتفعات الضغوط (أفراد العينة) على بعض الفنيات المعرفية، الانفعالية، والسلوكية (كالتدريب التحصيني ضد الضغوط، الاسترخاء، مناقشة الحوار الداخلي، إعادة البناء المعرفي، حل المشكلات، التخيل البصري... الخ). باستخدام أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية، أضيف إلى ذلك أسلوب الأنشطة المنزلية ليكون هناك ربط بين ما يحدث في الجلسات بالواقع من أجل التخفيف من حدة الضغوط التي يعانون منها. (أنظر الملحق رقم 08).

2-6-2-2- التخطيط للبرنامج:

اطلعت الطالبة على بعض المواضيع التي اهتمت بجانب من جوانب الدراسة أو موضوع الدراسة ككل مثل: دراسة (إيفانس ماري Evans Marie)، (لافيال Laval)،

(كوهين Cohen)، (جاكوب Jacob) مدحت عبد الحميد، حدة يوسف، أحمد نايل... الخ واستفادت منها وتم تصميم البرنامج الحالي من العلاج المعرفي السلوكي حيث أكدت عدة دراسات (فيشر وآخرون 2005، تولمان 1983، أحمد نايل 2010...) نجاعة هذا العلاج في التخفيف من الضغوط والتخلص منها.

ويركز هذا البرنامج على المكونات المعرفية، السلوكية، الانفعالية وبالتالي تنوع الأساليب والفنيات المستخدمة خلال الجلسات العلاجية، وبذلك سيركز البرنامج على إحداث تغيير في السلوك يتم من جراء تصحيح وتعديل الأفكار الخاطئة عن مشكلة العقم، وكل ما يرتبط بها من أحداث ومواقف وأفكار وتداعيات تواجهها المرأة، وهذا سيسمح لها بتعلم أساليب جديدة تواجه بها مختلف مشاكل الحياة بطريقة إيجابية وليس فقط هذه المشكلة.

2-6-2-3- بناء البرنامج: يستند البرنامج على إطار نظري مستمد من العلاج المعرفي السلوكي المستمد من نظرية كل من (بيك العلاج المعرفي، منحنى التعديل السلوكي ليمكنبوم) وقد تم تبني هذا المنحنى العلاجي باعتباره من المناحي الرائدة في علاج العديد من المشكلات والاضطرابات النفسية، بالإضافة إلى تعدد الفنيات العلاجية، وهذا يسهم في فاعلية وإيجابية البرنامج من جهة، ومن جهة أخرى تعامل هذا المنحنى العلاجي مع المشكلات والاضطرابات من منظور ثلاثي، إذ يتم التعامل مع المشكلة معرفياً وانفعالياً وسلوكياً مما يضمن بقاء الاستجابة واستمرار السلوك وندرة حدوث الانتكاسة.

ويقوم هذا البرنامج على أساس أن المعارف تلعب دوراً بالغ الأهمية في تحديد الانفعالات والسلوك، وأن لكل فرد المخزون المعرفي الذي يشكل فلسفته في الحياة وما لديه من أفكار ومعتقدات حول نفسه وأخرى عن الآخرين والعالم المحيط. هذه المعارف هي التي توجه معظم سلوكياته في التعامل مع مختلف ما يواجهه من مشاكل، وإن الأفكار الخاطئة هي التي تؤدي بالفرد إلى الشعور بالتهديد والضغط، وبذلك ينخفض تقديره لذاته، ومن ثم يستخدم استراتيجيات وأساليب غير فعالة، وبالتالي يفقد السيطرة والتحكم في تسيير أمور

حياته. لذلك يجب التركيز على تغيير مدركات الفرد وأفكاره ومعارفه عن ذاته وعن الآخرين، حتى تتغير الانفعالات السلبية والسلوكيات الغير فعالة، وهذا يؤدي إلى التعامل بإيجابية مع الضغوط، وهذا ما سيتم التركيز عليه في هذا البرنامج. بحيث سيتم إمداد النساء اللواتي يعانين من العقم بمعلومات واضحة وبسيطة يستطعن من خلالها فهم الأسباب الحقيقية التي تؤدي بهن إلى الشعور بالضغط بسبب العقم، ومختلف الجوانب المرتبطة بهذه الإصابة وأبعادها، وهذا سيسمح لهن بالتنفيس عن مشاعرهن اتجاه هذه الإصابة والتعبير عن الأفكار والمعتقدات الخاطئة مع الأخذ بعين الاعتبار مجموعة من المتغيرات: سبب العقم، مدة العقم، فترات العلاج وكل ما يمكن أن يساعد على تحديد وفهم هذه الإصابة حتى يتمكن من السيطرة عليها والتحكم بالضغوط الناتجة عنها... ويتم ذلك داخل المجموعة التي تم اختيارها بعناية مما يسمح بالتعبير بحرية والتعاون من أجل التغيير نحو الأفضل.

2-6-2-4- أهداف البرنامج: يسعى هذا البرنامج إلى تحقيق نوعين من الأهداف:

2-6-2-4-1- الهدف الرئيسي: هو تخفيف حدة الضغوط النفسية لدى النساء العقيمات، وذلك من خلال إكسابهن بعض المعارف وتدريبهن على بعض المهارات السلوكية والانفعالية التي من شأنها أن تخفف الضغوط لديهن، من خلال تعديل معارفهن وبالتالي اكتساب السلوك الذي يسمح بالتوافق والصحة النفسية وهذا هو الهدف النهائي.

2-6-2-4-2- الاهداف الفرعية:

تزويد النساء المشاركات في البرنامج بمعلومات عامة عن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي أساسه النظري،، الفنيات العلاجية التي يجب التدرب عليها، أهميته ودوره في خفض الضغوط النفسية لديهن.

- تزويد المشاركات في البرنامج بمعلومات عن العقم من حيث المفهوم، الأسباب، التشخيص، طرق العلاج، معنى الإنجاب ومحددات تصور الطفل في المجتمع الجزائري.
- تزويدهن بمعلومات عن الضغط النفسي من حيث أيضا المفهوم، مترتباته على جميع جوانب الشخصية معرفيا، انفعاليا، سلوكيا وعواقبه على الصحة النفسية وعلى الإنجاب.
- توضيح العلاقة الموجودة بين العقم والضغط النفسي وإدراك دور هذه المعلومات والمعارف في فهم كيفية التعامل مع هذه الوضعية واستثمار هذه المعلومات لمعرفة العلاقة بين الانفعال، والأفكار والسلوك لاستبصار العلاقة بين الأفكار السلبية والشعور بالضغط النفسي.
- محاولة مساعدة المشاركات في البرنامج على الاستبصار بمشاكلهن وإيجاد الحلول المناسبة لها.
- تدريب المشاركات على مراقبة الأفكار السلبية التي من شأنها أن تزيدهن من الشعور بالضغط.
- محاولة استبدال الحوار الذاتي السلبي بحوار و أحاديث إيجابية تساعد في مواجهة الضغوط.
- تزويد المشاركات بمعلومات عن الاسترخاء بأنواعه لاستخدامه في مواجهة المواقف الضاغطة وأهميته ودوره في خفض التوتر وضبط الانفعالات ومن ثم التدريب عليه.
- التدريب على الاستجابات التوكيدية من خلال التدريب على التعبير على المشاعر السلبية والإيجابية والقدرة على رفض الطلبات غير المعقولة لاكتساب القدرة على المبادأة والاستمرار في التفاعلات الاجتماعية المختلفة.
- ممارسة المهارات التي تم التدريب عليها خارج الجلسات العلاجية في مواقف حياتية واقعية من خلال مراقبة الذات وملاحظة ما تم إنجازه وأيضا تكليفهم بالواجبات

المنزلية لنقل المهارات المكتسبة لتصبح ردود فعل لدى النساء عندما يواجهن موقفاً ضاغظاً.

ولقد تم مراعاة بعض العناصر الهامة عند بناء البرنامج لتحقيق أهدافه وزيادة نجاعته تتمثل أهمها:

- أن يكون للبرنامج أساس نظري حيث تبنت الباحثة مفاهيم العلاج المعرفي السلوكي.
- أن تتناسب إجراءات البرنامج مع أفراد العينة.
- أن يراعي البرنامج الفروق الفردية بين النساء، حيث اشتمل على أنشطة وأمثلة متنوعة.
- مرونة البرنامج حيث لم يتقيد بالتفاصيل الدقيقة مما سمح للاستجابة لمتطلبات الموقف في كل جلسة مع الأخذ بعين الاعتبار الإطار العام والأهداف المسطرة.
- يشتمل البرنامج على أدوات سهلة التطبيق في تناول أفراد العينة.
- البناء والتنظيم حيث احتوت جلسات البرنامج على مهارات تحقق أهداف الجلسة بالإضافة إلى اكتساب معلومات وممارسة بعض الأنشطة.
- مراعاة تسلسل جلسات البرنامج وارتباطها لتحقيق التكامل بينها.
- أن تتميز بالحيوية والنشاط من خلال استثارة أفراد العينة وشد انتباههم بمختلف الوسائل وتنوع المواضيع التي تمس واقعهم.

2-6-2-5- خطوات بناء البرنامج:

- الاطلاع على الدراسات السابقة والكتابات النظرية ذات الصلة بموضوع الدراسة، وكذا البرامج العلاجية والإرشادية التي صممت لتخفيف الضغوط (ذكرت في العنصر السابق).
- تحديد أهداف البرنامج و صياغتها.
- صياغة محتوى البرنامج وتحديد عدد الجلسات المناسبة لذلك ومدة كل جلسة.

- عرض البرنامج على مجموعة من المحكمين.

2-6-2-6-2- حدود البرنامج: في ضوء الأهداف العلاجية التي يسعى البرنامج إلى تحقيقها فقد تم تنفيذ البرنامج ضمن الحدود التالية:

2-6-2-6-2- الحدود الزمنية: تم تنفيذ البرنامج ابتداء من 08 ماي إلى غاية 06 جوان بمعدل جلستين في الأسبوع إلى ثلاث جلسات، وتراوحت مدة كل جلسة من ساعة ونصف إلى ساعتين.

2-6-2-6-2- عدد الجلسات: يتكون البرنامج العلاجي الحالي من 11 جلسة علاجية، وتختلف مدة كل جلسة عن الأخرى حسب هدف كل جلسة وطبيعة الفنية المستخدمة (تفاصيل الجلسات في الملحق رقم (8)).

2-6-2-6-2- الحدود المكانية: تم تنفيذ البرنامج في قاعة مخصصة ومجهزة بالوسائل اللازمة مثل جهاز العرض، كومبيوتر، مقاعد مريحة... الخ بالمدرسة القرآنية بمقر جمعية علياء بباتنة.

2-6-2-6-2- عدد المشاركات في البرنامج: عدد المشاركات في البرنامج هو 06 نساء مدة زواجهن أكثر من سنة وهن يعانين من العقم حسب تشخيص الأطباء، وبالرغم من العلاج لم يحدث الحمل وقد سجلن مستويات تتراوح بين المتوسط إلى العالية جدا أو الحادة من الضغوط وأبدين الاستعداد والرغبة في المشاركة في البرنامج العلاجي.

2-6-2-7- الأسلوب العلاجي المستخدم: تم البرنامج العلاجي بطريقة العلاج النفسي الجماعي، ويقصد به عملية التعاون التي تتم في إطار الجماعة، وتهدف إلى تغيير سلوك أفرادها ككل بحيث يعمل كل فرد كجزء من كل متماسك ومتكامل، وهذا المفهوم تذوب فيه فردية الفرد لصالح الجماعة، وتربطها ككل تتحرك في إطار مجتمع أكبر خاصة أنهم

يعانون من نفس المشكلة وتشابه معظم المتغيرات المرتبطة بهذه المشكلة، وهذا مما لا شك يعد عامل آخر يدفع الجماعة للتعاون والتكاتف لتحقيق الأهداف المشتركة.

ويعد هذا البرنامج عملية تربوية تقوم أساساً على موقف تعليمي، كما أنه عملية تفاعل بين مسير الجلسات العلاجية وبين المتعالجين يتم من خلال المحاضرات، المناقشات، الصور، والفيديو بهدف نشر وتبسيط المعلومة وإثارة اهتمامهم طوال الجلسات.

2-6-2-8- الفنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج: لكي يحقق البرنامج أهدافه المسطرة يجب أن يستخدم الفنيات العلاجية المناسبة وقد تم اختيار هذه الفنيات بعناية فائقة حتى تتناسب مع هذه الأهداف وتتمثل هذه الفنيات في:

2-6-2-8-1- المحاضرة: تسمى أيضاً بالتوجيه المباشر وهي فنية ضرورية للعلاج المعرفي السلوكي، ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم معلومات عن العقم أسبابه، تشخيصه، أهم وأحدث التقنيات العلاجية معنى الإنجاب، ومحددات وجود الطفل في المجتمع الجزائري، ثم الضغوط النفسية، مفهومها، أسبابها، آثارها، النظريات المفسرة لها، علاقتها بالعقم، ثم دور العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية عند النساء العقيمات، بالإضافة إلى مطويات للمحاضرات وأهم التقنيات العلاجية.

2-6-2-8-2- المناقشة الجماعية: تمثل المناقشات الجماعية فنية ضرورية في العلاج المعرفي السلوكي، باعتبار هذا المنحى، تعليمي حيث يتم تزويد المتعالجين بالعديد من المفاهيم والمعلومات، والمهارات، ويتخلل ذلك مناقشات مختلفة بين مسير الجلسة، والأعضاء المشاركين من أجل الاستيضاح والاستيعاب، والوصول في النهاية إلى مفاهيم مشتركة تسهم في ترسيخ قواعد وخطط البرنامج، ورفع اللبس عن كل ما هو غامض وتشجيع الحوار والتواصل البناء، أما من الناحية التطبيقية فإن موضوع المحاضرة يسهم في تبادل الآراء (التغذية الراجعة) مما يؤدي إلى تغيير المعرفة بشكل ديناميكي والوصول إلى تعديل الأفكار الخاطئة واكتساب سلوكات تكيفية. وتعتبر كلا الفئتين الأولى والثانية فنيات

أساسية تستخدم كوسائل لتنفيذ العديد من الفنيات التدريب التحصيني ضد الضغوط، إعادة البناء المعرفي... الخ.

2-6-2-8-3- التدريب التحصيني ضد الضغوط: وهي مأخوذة من أسلوب ميكينبوم (Mechenbam) وتستند هذه الطريقة إلى فكرة رئيسية مفادها أن الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد وجود تفاوت بين متطلبات الموقف وبين ما لديه من مصادر شخصية، واجتماعية، وتعمل هذه الطريقة على تزويد الفرد بالمعلومات، واكتساب المهارات التي يستطيع من خلالها مواجهة المواقف الضاغطة.

يتم التركيز فيها على تعديل السلوك معرفيا عن طريق تقديم المعلومات والتعليمات الذاتية التي تركز على تعليم العملاء كيفية التخطيط والتفكير قبل الاستجابة ومساعدتهم على استخدام الحوار الداخلي الإيجابي لأن التخلص من الضغوط مرهون بالتخلص من الأحاديث السلبية و استبدالها بأخرى إيجابية وتشتمل على ثلاث مراحل وهي (حسن، حسين، 2006، 176).

- **مرحلة تكوين المفاهيم:** وهذه المرحلة تعليمية وتتضمن تزويد المتعالجين بالمعلومات التي تمكنهم من فهم العقم أسبابه، تشخيصه، علاجه، محدداته والمفاهيم الخاطئة المرتبطة به، بعد ذلك الضغوط ماهيتها، طبيعتها، آثارها على مختلف جوانب الشخصية، وعلاقتها بالعقم، ويتم ذلك من خلال المحاضرات والمناقشات.

كما تتضمن هذه المرحلة تعليم المشاركات في البرنامج كيفية تحديد الأفكار الخاطئة السلبية الانهزامية والأحاديث الذاتية السلبية التي تساهم في شعورهن بالضغط، وهذه المرحلة يتم تنفيذها في بداية البرنامج.

- **مرحلة التدريب على المهارات:** وتهدف بشكل أساسي إلى مساعدة المشاركات على تعلم واكتساب مهارات المواجهة المعرفية، والسلوكية اللازمة للتعامل مع المواقف الضاغطة من

خلال تدريب المشاركات على مجموعة من الفنيات مثل: الاسترخاء والتحكم في التنفس، أحاديث الذات الايجابية، وكذلك التدريب على حل المشكلات، وعلى الاستجابات التوكيدية، ويتم التأكيد في هذه المرحلة على الفنيات المعرفية لتحديد ودحض ومقاومة الأفكار السلبية.

- **مرحلة التطبيق:** وفيها يتم تشجيع المشاركات على تطبيق ما تعلمنه من مهارات لمواجهة الضغوط وتنفيذها على أرض الواقع، فمن خلال ذلك يتم التأكد من مدى فاعليتها مع لفت انتباههن على قدرتهن على تحقيق النجاح وخفض الضغوط والقلق وهذا راجع بالضرورة إليهن وإلى رغبتهن في التحسن، والتحكم بهذه الضغوط وخفضها.

2-6-2-8-4- حل المشكلات: يعتبر حل المشكلات فنية معرفية فعالة في التعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة حيث تقوم على فرضية أن الضغط يحدث نتيجة لعجز الفرد على حل مشكلاته بفاعلية، وتهدف هذه الفنية إلى تنمية مهارات حل المشكلة لديه حتى يتمكن من التعامل مع المشكلات التي تعترض حياته وتتضمن مجموعة من الخطوات: التعرف على المشكلة أو الموقف الضاغط وجمع البيانات حوله، مصادره تحديد الصعوبات التي تحول دون حله، ثم وضع بدائل وحلول متعددة للتعامل معه، واستنباط وتقديم الحلول البديلة ثم إختيار الحل الأنسب، وهذا يسمح بزيادة فعالية الذات وكفاءتها مما يؤدي إلى التعامل بنجاح مع الموقف الضاغط. (أبو أسعد، 2011، 320).

2-6-2-8-5- تقنية الاسترخاء العضلي: تأتي أهمية الاسترخاء من العلاقة بين الاضطرابات الانفعالية والتوتر العضلي، إذ يرى علماء النفس الفيزيولوجيون بأن جميع الناس يستجيبون للاضطرابات الانفعالية بتغيرات وزيادة في الأنشطة العضلية مما يؤدي إلى إضعاف قدرتهم على التوافق والنشاط البناء. (عبد الستار، 1983، 154).

وهي تعتبر أحد الفنيات الهامة في مواجهة الضغوط، وذلك لما تنطوي عليه من أهمية في خفض القلق والتوتر الناجم عن المواقف الضاغطة.

ويرجع الفضل في دراسة واستخدام هذا الأسلوب إلى العالمين (وولبي Wolbi) و(جاكسون Jacobson) من خلال الدراسات التي قاما بها حيث توصلا إلى أن الاسترخاء يزيل القلق ويساعد على التخلص من حالات التوتر والانفعالات. (الزاد، 2005، 121).

ويتم تدريب المشاركات على تمارين الاسترخاء أثناء الجلسات، والتأكيد على القيام به كواجب منزلي ومتابعة ذلك.

2-6-2-8-6- مناقشة الحوار الداخلي: هي فنية مأخوذة من أسلوب ميكينبوم في العلاج المعرفي وتقوم على فرضية أن الفرد يمكنه مواجهة الضغوط، المشاكل، والصعوبات إذا استطاع التخلص من الأحاديث الذاتية السلبية والانهازمية التي يقولها لنفسه عن نفسه لأنها أثر قوي على الطريقة التي يتعامل بها الفرد مع الضغوط لأنها تشجع على الاستسلام وعدم المواجهة لذلك من الضروري أن يتعرف الفرد عليها لتحديدها واستبدالها بأحاديث ذاتية إيجابية ليتمكن من مواجهة الضغوط وبناء الثقة بالنفس. (السقا، 2005، 73).

2-6-2-8-7- التخيل البصري: وهو أسلوب يساعد الفرد في التعامل مع الضغوط ويتضمن تدريب الفرد على تخيل نفسه وهو في وضعية ضاغطة، وغالبا ما يكون التخيل مرتبطا بالاسترخاء، ويعني ذلك تخيل الموقف الضاغط والفرد في حالة استرخاء وكأنه فعلا يعيشه ليتمكن من معرفة ردود أفعاله وهو في هذه الحالة وهذه التقنية تساعد الفرد على التدريب على الحدث الضاغط الذي يتوقع حدوثه. (السيد، 2006، 116).

2-6-2-8-8- التدريب على السلوك التوكيدي: تعتبر أحد الفنيات الأساسية في إدارة الضغط وتتضمن التعبير الصادق والمباشر عن الأفكار والمشاعر الشخصية السلبية والإيجابية منها حتى يصبح أكثر قدرة على تحقيق ميزات اجتماعية هامة. (فرغلي، 81).

وبالتالي فالتدريب على اكتساب وتعلم مهارات توكيدية تساعد الفرد حل مشاكله بطريقة إيجابية وملائمة وتزيد من الثقة بالنفس، وتحسن من مفهوم الذات لديه، ويساعد على

تخفيف كثير من مواقف الإحباط ومواجهة الضغوط، ويعمل على خفض القلق، الخوف، تحقيق أكبر قدر من الفاعلية، والنجاح في علاقاته الاجتماعية.

2-6-2-8-9- الواجبات المنزلية: وتعمل على توجيه وتشجيع الفرد المتعالج على تنفيذ بعض الواجبات المنزلية مما يمكنه من ترسيخ التغييرات الإيجابية التي تدرب عليها، ومن ثم تعميمها.

ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في ممارسة المهارات والأحاديث الذاتية الإيجابية الاسترخاء... الخ في مواقف حية كواجبات منزلية يتم متابعتها وتقييمها.

2-6-2-9- الجلسات العلاجية:

إن لكل جلسة علاجية موضوعا معينا وأهدافا وفتيات خاصة من أجل تحقيق الغاية المراد تحقيقها في كل جلسة، وفيما يلي عرض مفصل للجلسات العلاجية والفتيات المستخدمة:

جدول رقم (13) يوضح جلسات البرنامج العلاجي الأساسية:

الزمن	أهدافها	الغنيات المستخدمة	موضوعها	تاريخها ا	رقم الجلسة
90 دقيقة	<p>- تحقيق الألفة وتوثيق التعارف بين الطالبة وأعضاء المجموعة.</p> <p>- توثيق التعارف بين أعضاء المجموعة.</p> <p>- التعرف على سبب وكيفية اختيارهم.</p> <p>- تزويد المجموعة بكيفية سير العمل في الجلسات.</p> <p>- تزويد أعضاء المجموعة بمعلومات عن العلاج المعرفي السلوكي: مفهومه، مراحل، أهميته، دوره، أهدافه، والمدة التي سيستغرقها.</p> <p>- الاتفاق على القواعد الأساسية للمنظمة للعمل (أسلوب العمل، مواعيد الجلسات، و مكانها).</p> <p>- الإنهاء بنشاط منزلي.</p>	<p>المحاضرة</p> <p>المناقشة الجماعية</p> <p>النشاط المنزلي</p>	<p>التعارف وبناء العلاقة العلاجية</p> <p>محاضرة حول البرنامج العلاجي</p>	<p>يوم 11 ماي 2013</p>	<p>1 الإفتاحية</p>

<p>120 دقيقة</p>	<p>مناقشة النشاط المنزلي. - توضيح مفهوم العقم طبيا والفرق بين العقم والعقر لغويا. - التعرف على الأجهزة التناسلية عن طريق الصور ومعرفة أهمية كل عضو فيها و وظيفته. - معرفة أماكن أهم الغدد وعلاقتها بالعقم. - التعرف على وسائل التشخيص بالصور ومرحلة مرحلة (من الوسائل البسيطة إلى المعقدة والحديثه) وأهميتها في الكشف عن العقم. - التعرف على أهم طرق العلاج الحديثه منها على الخصوص ومتى يجب اللجوء إليها ونسب النجاح. - معنى الإنجاب من الجانب النفسي، ولماذا يقدر الإنجاب في الدول الإسلامية وفي الجزائر تحديدا. - الوصول إلى التعرف على مشكلة العقم بحيث تتمكن كل مشاركة من معرفة حالتها</p>	<p>المحاضرة المناقشة الجماعية - الفيديو النشاط المنزلي</p>	<p>التدريب التحصيني ضد الضغوط تكوين المفاهيم العقم، مفهومه، أسبابه، تشخيصه، معنى الإنجاب، محددات تصور الطفل في المجتمع الجزائري.</p>	<p>يوم 14 ماي 2013</p>	<p>2</p>
----------------------	---	---	--	------------------------------------	----------

	<p>بالتحديد.</p> <p>- التعرف على خلفية تدخل الأهل في موضوع الأنجاب لتجنب التحسس من هذا التدخل أو الشعور بالضيق والقلق من ذلك.</p> <p>- الإنهاء بنشاط منزلي</p>				
--	--	--	--	--	--

120 دقيقة	<p>مناقشة النشاط المنزلي.</p> <p>- توضيح كيفية الاطلاع على مختلف نتائج التحاليل والفحوصات.</p> <p>- التعرف على الضغط النفسي وأثاره المختلفة.</p> <p>- التعرف على العلاقة بين الضغط النفسي وعلاقته بالعقم.</p> <p>- التعبير عن مختلف المشاعر السلبية الناتجة عن مشكلة العقم عن طريق التفريغ الانفعالي.</p> <p>- الاسترخاء عن طريق التنفس العميق والتخيل.</p> <p>- استمارة تقييم الجلسة.</p>	<p>المحاضرة</p> <p>المناقشة الجماعية</p> <p>موسيقى للاسترخاء</p> <p>النشاط المنزلي</p>	<p>الضغط النفسي وعلاقته بالعقم، وفنية التفريغ الانفعالي.</p>	<p>يوم</p> <p>16</p> <p>ماي</p> <p>2013</p>	3
-----------	--	--	--	---	---

	- الإنهاء بواجب منزلي.				
	مناقشة النشاط المنزلي.				
	- تبصير أعضاء المجموعة بأن الحياة لا تخلو من الضغوط سواء كان الأطفال في حياتهم أو لم يكونوا.	المحاضرة			
	- أهمية تعلم فنيات للتعامل مع الضغوط والتخفيف منها لتجنب آثارها.	المناقشة الجماعية		يوم	
	- توضيح مفهوم الاسترخاء وأنواعه وأهميته ودوره في خفض الضغوط والتخلص من التوتر.	الاسترخاء	الاسترخاء ودوره في خفض الضغوط	18	
120	- تدريب أعضاء المجموعة على الاسترخاء العضلي مع استخدام موسيقى هادئة تبعث على الراحة والسكينة.	الاسترخاء	الاسترخاء والتدريب عليه	ماي	
دقيقة	- الوصول إلى حالة من الاسترخاء العام لكل أعضاء الجسم والشعور بالراحة.	النشاط المنزلي		2013	4
	- الإنهاء بنشاط منزلي				

<p>90 دقيقة</p>	<p>مناقشة النشاط المنزلي. - التعريف بالأفكار الخاطئة الأتوماتيكية، ودورها في الشعور بالضغط. - كيفية تحديد هذه الأفكار وعلاقتها بالانفعالات السلبية. - تعديل هذه الأفكار الخاطئة بأفكار إيجابية وصحيحة تبعث على الراحة والسكينة. - استمارة تقييم الجلسة. - الإنهاء بنشاط منزلي</p>	<p>المحاضرة إعادة البناء المعرفي المناقشة الجماعية الدحض والإقناع النشاط المنزلي</p>	<p>مراقبة الأفكار الخاطئة، تحديدها، وتعديلها</p>	<p>يوم 20 ماي 2013</p>	<p>5</p>
<p>90 دقيقة</p>	<p>مناقشة النشاط المنزلي. - تعريف الأحاديث الذاتية وتحديد أنواعها. - توضيح دور الأحاديث الذاتية السلبية في الشعور بالضغط، والذي يعد أحد نواتجها. - كيفية تغيير هذه الأحاديث بأخرى إيجابية تبعث على الراحة. - استمارة تقييم الجلسة. - الإنهاء بنشاط منزلي</p>	<p>المحاضرة المناقشة الجماعية النشاط المنزلي</p>	<p>مناقشة الحوار الداخلي والأحاديث السلبية ودورها في الشعور بالضغط</p>	<p>يوم 23 ماي 2013</p>	<p>6</p>

<p>90 دقيقة</p>	<p>مناقشة النشاط المنزلي. - توضيح فنية التخييل البصري وأهميتها في خفض الضغوط. - التدريب على ممارسة التخييل البصري. - ممارسة الاسترخاء. - الوصول إلى حالة استرخاء تامة.</p>	<p>المحاضرة المناقشة الجماعية الاسترخاء النشاط المنزلي</p>	<p>التخييل البصري كفنية لمواجهة الضغوط</p>	<p>يوم 27 ماي 2013</p>	<p>7</p>
<p>120 دقيقة</p>	<p>- عرض و مناقشة النشاط المنزلي. - شرح فنية حل المشكلات بكل خطواتها وأهميتها في حياتنا بصفة عامة. - تبصير أعضاء المجموعة بفعالية هذا الأسلوب في إدارة مختلف الضغوط. - مناقشة أهم المشاكل العالقة بالعمق وتوضيح كل مشكلة أسبابها نتائجها والحلول المناسبة واختيار أنسب حل. - التدريب على الاسترخاء عن طريق التنفس العميق. - الإنهاء بنشاط منزلي.</p>	<p>المحاضرة المناقشة الجماعية الاسترخاء النشاط المنزلي</p>	<p>التدريب على أسلوب حل المشكلات كفنية لمواجهة الضغوط</p>	<p>يوم 30 ماي 2013</p>	<p>8</p>

<p>90 دقيقة</p>	<p>- مناقشة النشاط المنزلي. - توضيح مفهوم السلوك التوكيدي. - توضيح العلاقة بين نقص التوكيدية والضغط. - تحسين صورة الذات من خلال القراءة الإيجابية لمشكلة العقم على أنها ابتلاء وليست عقوبة. (دحض الأفكار السلبية العالقة بهذه المشكلة و تنفيذها). - التدريب على هذه المهارة من خلال أمثلة واقعية. - الإنهاء بنشاط منزلي.</p>	<p>المحاضرة المناقشة الجماعية لعب الدور وقلب الدور النشاط المنزلي</p>	<p>التدريب على السلوك التوكيدي.</p>	<p>يوم 2 جوان 2013</p>	<p>9</p>
<p>90 دقيقة</p>	<p>- مراجعة موجزة عن أهمية الأحاديث الإيجابية والإيحاء الإيجابي في الشعور بالراحة و مواجهة الضغوط. - أهمية الاسترخاء في خفض الضغوط (إعادة تذكير)</p>	<p>المحاضرة المناقشة الجماعية دور الأحاديث الإيجابية في خفض الضغوط.</p>	<p>التدريب على الاسترخاء عن طريق الإيحاء الذاتي.</p>	<p>يوم 4 جوان 2013</p>	<p>10</p>

	- التدريب على الاسترخاء عن طريق الإيحاء الذاتي.	الاسترخاء			
	- تلخيص محتويات البرنامج العلاجي. - مناقشة أهم العناصر الأساسية التي وردت فيه. - مناقشة مختلف النشاطات المنزلية والحث على الاستمرار في ممارستها. - شكر المشاركات على الالتزام بالحضور وعلى التفاعل الإيجابي طوال فترة الجلسات	المحاضرة	إنهاء البرنامج العلاجي.	يوم 6	
90 دقيقة	- التأكيد على الحفاظ على تم اكتسابه وتعلمه وضرورة ممارسته في الحياة الواقعية. - إجراء القياس البعدي وذلك بتوزيع استبيان الضغوط النفسية على المشاركات. - تقديم استمارة تقييم البرنامج ككل للمشاركات.	المناقشة الجماعية	التقييم البعدي	جوان 2013	11

2-6-2-10- تحكيم البرنامج: تم عرض البرنامج العلاجي على مجموعة من المحكمين المتخصصين في علم النفس وعلوم التربية لتحكيم البرنامج وإبداء ملاحظاتهم و آرائهم حول بناء البرنامج وأهدافه وتنفيذه وعلى جلسات البرنامج، وكانت آرائهم بأن البرنامج شامل لكن قد لا يكفي الوقت لتطبيقه، وبالتالي لم يحدث عليه أي تغييرات.

2-6-2-11- تقييم البرنامج: لضمان فعالية التقييم لابد من استمراره منذ البدا حتى نهاية التنفيذ مع العلم أن التقييم عملية جماعية تعاونية يشترك فيها المسؤول عن تنفيذ البرنامج والأعضاء معا. أما تقييم البرنامج الحالي فقد تمثل في نوعين من التقييم: التكويني، والختامي.

2-6-2-11-1- التقييم التكويني: تمثل هذا النوع في استمرار التقييم منذ أول جلسة إلى نهاية البرنامج كما يلي:

توزيع استمارة تقييم تظهر من خلالها المشاركة وجهة نظرها حول الجلسات، انطباعها حولها، درجة قناعتها بالحلول المطروحة، ومدى استفادتها من الجلسة، وهذه الاستمارة تفيد الباحثة في المراجعة المستمرة وتقييم الأداء بهدف التقييم، وأيضا خلق الدافعية لدى المشاركة للاستمرار في البرنامج.

ويتم التقييم أيضا من خلال ملاحظة الباحثة بشكل مباشر (ملاحظة بسيطة) لتصرفات المشاركات ومدى التحسن الذي طرأ عليهن أثناء تقدم الجلسات. كما يتم التقييم أيضا من طرف الباحثة من خلال استرجاع كل ما حدث في الجلسة بعد نهاية كل جلسة بغية غريلة كل ما حدث للوصول إلى دحض الأخطاء التي وقعت حتى لا تتكرر ودعم وتقوية الإيجابيات التي سادت بهدف الوصول إلى أحسن أداء.

وفيما يلي عرض نتائج التقييم من خلال استخدام الوسائل التالية:

2-6-2-11-1-2- استمارة التقييم الذاتي للبرنامج: تم توزيع استمارة تقييم في نهاية البرنامج من أجل تقييم البرنامج ككل من طرف المشاركين والنتائج موضحة في الجدول كالتالي.

جدول رقم (14) يوضح استمارة التقييم الذاتي للبرنامج من طرف المشاركين في البرنامج:

المستوى	مرتفع	متوسط	منخفض	النسبة	التكرار	الفقرات
- الالتزام بالواجب المنزلي	4	2 بالمئة	20	80 بالمئة	4	
- وضوح محتوى الجلسات	6	100 بالمئة	-	100 بالمئة	6	
- وضوح مشكلة العقم وعلاقته بالضغط	6	100 بالمئة	-	100 بالمئة	6	
- وضوح العلاقة السببية بين الأفكار الخاطئة والأحاديث السلبية والضغط النفسي.	6	100 بالمئة	-	100 بالمئة	6	
- انخفاض الشعور بالضغط النفسي بعد إنهاء البرنامج	6	100 بالمئة	-	100 بالمئة	6	

من خلال الجدول يتضح لنا أن هناك وضوح في جلسات البرنامج حسب رأي المشاركين فيه كما أن الأهداف الأساسية للبرنامج المعرفي السلوكي قد تحققت بنسبة 100 بالمئة.

أما بالنسبة لمحور الالتزام بالنشاط المنزلي، فنجد أن نسبة 80 بالمئة التزم به بدرجة مرتفعة، و20 بالمئة التزم به بدرجة متوسطة. وهو يفسر اهتمام المشاركين بالبرنامج والرغبة فعلا في التغيير.

2-6-2-11-1-2- نسبة حضور البرنامج:

يمكن أخذ نسبة الحضور في البرنامج كمؤشر على فاعليته، بحيث أنه لا توجد غيابات فقد كان الحرص على الحضور عاليا وعند حدوث أي طارئ يتم الاتصال مسبقا لتعديل وقت الجلسة حتى تكون الاستفادة للجميع ولا تحرم ولا واحدة من الحضور، وما دام الحضور مئة بالمئة فهذا يعني نجاحه مبدئيا.

2-6-2-11-2- التقييم الختامي: التقييم لابد أن يكون مستمرا في كل مراحل البرنامج كي تتمكن الباحثة من تدارك نواحي القصور ومحاولة معالجتها، والتقييم يكون تجريبيا من خلال المقارنة بين أداء المجموعة الواحدة في القياس القبلي والبعدي على استبيان الضغوط النفسية.

3- الدراسة الإحصائية:

عولجت هذه الدراسة احصائيا وفقا للرمزة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS ولمعالجة البيانات استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية التالية:

- النسب المئوية، المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية.
- اختبار T (ت) لقياس الفروق بين المتوسطات سواء في التأكد من صدق الاستبيان، أو لمعرفة الفروق بين القياس القبلي والبعدي للبرنامج العلاجي.
- اختبار ألفا كرونباخ لحساب الثبات.

4- صعوبات الدراسة:

واجهنا عدة صعوبات أثناء القيام بهذه الدراسة سواء من الناحية النظرية أو التطبيقية وتتمثل في:

4-1- الصعوبات النظرية:

تتمثل أهم الصعوبات النظرية في:

- نقص الدراسات أو عدم وجود دراسات - حسب علم الطالبة- عربية تناولت إعداد أو تصميم برامج علاجية للأفراد الذين يعانون من العقم، أو حتى دراسات وصفية تناولت الضغط والعقم مما دفعني للبحث عن دراسات أجنبية وهذا أخذ مني الوقت الكثير للحصول عليها، ثم وقت آخر للترجمة، واختيار الأنسب منها.
- عدم وجود دراسات مفصلة حول برامج علاجية نفسية للعقيمين سواء للضغط أو القلق، الاكتئاب... الخ حتى أتمكن من الاستفادة منها في بناء برنامجي العلاجي مما دفعني للاجتهاد الشخصي وهذا أخذ مني جهد مضاعف في الوقت والتفكير.
- عند حدود علم لم أتوصل على استبيانات تخدم بشكل مباشر موضوعي، مما اضطرني لبناء استبيان خاص بالنساء العقيمات.
- صعوبات الحصول على محكمين للبرنامج و المتخصصين في العلاج المعرفي السلوكي.

4-2- الصعوبات التطبيقية:

- صعوبة الحصول على أفراد العينة الأساسية بسبب انسحاب بعض الراغبات في المشاركة في البرنامج بعد الموافقة لأسباب أهمها: عدم الإقامة في باتنة، عدم رغبة الزوج، عدم مناسبة التوقيت بسبب ظروف العمل... الخ. وهذا قلل من أفراد العينة.

- تحديد توقيت الجلسات بحيث أعطي الفرصة للجميع حتى لا تحدث غيابات وهذا راجع لرغبتهم في الحضور وهذا دفعني لأكون دائماً مستعدة فقد أغير الجلسة من الفترة الصباحية إلى المسائية في أي لحظة.

خلاصة: للإجراءات الميدانية أهمية بالغة في جمع المعلومات والبيانات وإعداد أدوات الدراسة ومن ثم فحص النظريات والتأكد منها، هذا ما دفعنا لأن نوليها كل العناية للخروج بنتائج دقيقة وموضوعية تسهل علينا مناقشة النتائج والخروج بالتحليل العام الذي سيكون زبدة هذا البحث.

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

1- عرض النتائج

2- تحليل ومناقشة النتائج

3- مناقشة عامة

1- عرض نتائج الدراسة:

1-1- عرض نتائج الفرضية العامة: والتي تنص على "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات استبيان الضغوط النفسية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي". وللتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات استبيان الضغوط النفسية للنساء العقيمات بين القياس القبلي والبعدي وذلك باستخدام اختبار (ت).

جدول رقم (15) يمثل دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة في متوسطات درجات استبيان الضغوط النفسية:

للمجموعة الواحدة ذات القياسين القبلي والبعدي T test						
	Valeur du test = 0					
	T	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الفرق في المتوسطات	مستوى الثقة 99%	
					Inférieure	Supérieure
استبيان الضغوط النفسية	13,154	05	,000	124,58333	103,7373	145,4293

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (0,01) بين متوسطي درجات النساء العقيمات في القياس القبلي والبعدي، فجاء متوسط القياس القبلي يساوي (145,42) أما في البعدي فجاء يساوي (103,73)، وقيمة (ت)

تساوي (13,15) وهي دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,01) ودرجة حرية (5) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات استبيان الضغوط النفسية لدى النساء العقيمات قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي. ومنه نستنتج أن للبرنامج أثر في خفض الضغوط النفسية لدى النساء العقيمات.

1-2- عرض نتائج الفرضيات الجزئية:

1-2-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى: والتي تنص "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط الزوجية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي". وللتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات استبيان الضغوط النفسية للنساء العقيمات بين القياس القبلي والبعدي وذلك باستخدام اختبار (ت).

وللتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات استبيان الضغوط النفسية للنساء العقيمات بين القياس القبلي والبعدي وذلك باستخدام اختبار (ت).

جدول رقم (16) يمثل دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة في متوسطات درجات بعد الضغوط الزوجية:

للمجموعة الواحدة ذات القياسين القبلي والبعدي T test						
	Valeur du test = 0					
	T	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الفرق في المتوسطات	مستوى الثقة 99%	
					Inférieure	Supérieure
بعد الضغوط الزوجية	13,087	09	,000	16,75000	13,9329	19,5671

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (0,01) بين متوسطي درجات النساء العقيمت في القياس القبلي والبعدي، ف جاء متوسط القياس القبلي يساوي (19,56) أما في البعدي ف جاء يساوي (13,93)، وقيمة (ت) تساوي (13,08) وهي دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,01) ودرجة حرية (9) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات بعد الضغوط الزوجية لدى النساء العقيمت قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي، وبالتالي فهذه الفرضية محققة بنسبة 99 بالمئة.

1-2-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية: والتي تنص "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط الاجتماعية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي". وللتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين

متوسطات درجات بعد الضغوط الاجتماعية للنساء العقيمات بين القياس القبلي والبعدي وذلك باستخدام اختبار (ت). وذلك باستخدام اختبار (ت).

جدول رقم (17) يمثل دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة في متوسطات درجات بعد الضغوط الاجتماعية:

للمجموعة الواحدة ذات القياسين القبلي والبعدي T test						
	Valeur du test = 0					
	T	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الفرق في المتوسطات	مستوى الثقة 99%	
					Inférieure	Supérieure
بعد الضغوط الاجتماعية	12,218	11	,000	22,00000	18,0367	25,9633

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (0,01) بين متوسطي درجات النساء العقيمات في القياس القبلي والبعدي، فجاء متوسط القياس القبلي يساوي (25,96) أما في البعدي فجاء يساوي (18,03)، وقيمة (ت) تساوي (12,21) وهي دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,01) ودرجة حرية (11) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات بعد الضغوط الاجتماعية لدى النساء العقيمات قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي، وبالتالي فهذه الفرضية محققة بنسبة 99 بالمئة.

1-2-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة: والتي تنص "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط الذاتية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي". وللتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات بعد الضغوط الذاتية للنساء العقيمات بين القياس القبلي والبعدي وذلك باستخدام اختبار (ت).

جدول رقم (18) يمثل دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة في متوسطات درجات بعد الضغوط الذاتية:

للمجموعة الواحدة ذات القياسين القبلي والبعدي T test						
	Valeur du test = 0					
	T	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الفرق في المتوسطات	مستوى الثقة 99%	
					Inférieure	Supérieure
بعد الضغوط الذاتية	10,566	12	,000	22,91667	18,1431	27,6903

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (0,01) بين متوسطي درجات النساء العقيمات في القياس القبلي والبعدي، فجاء متوسط القياس القبلي يساوي (27,69) أما في البعدي فجاء يساوي (22,91)، وقيمة (ت) تساوي (10,56) وهي دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,01) ودرجة حرية (12) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات بعد الضغوط الذاتية لدى النساء العقيمات قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي، وبالتالي فهذه الفرضية محققة بنسبة 99 بالمئة.

1-2-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة: والتي تنص "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط الانفعالية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي". وللتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات بعد الضغوط الانفعالية للنساء العقيمات بين القياس القبلي والبعدي وذلك باستخدام اختبار (ت).

جدول رقم (19) يمثل دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة في متوسطات درجات بعد الضغوط الإنفعالية:

للمجموعة الواحدة ذات القياسين القبلي والبعدي T test						
Valeur du test = 0						
	T	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الفرق في المتوسطات	مستوى الثقة 99%	
					Inférieure	Supérieure
عنوان المحور	11,005	09	,000	20,00000	15,9999	24,0001

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (0,01) بين متوسطي درجات النساء العقيمات في القياس القبلي والبعدي، فجاء متوسط القياس القبلي يساوي (24,00) أما في البعدي فجاء يساوي (15,99)، وقيمة (ت) تساوي (11,00) وهي دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,01) ودرجة حرية (9) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات بعد الضغوط الانفعالية لدى النساء العقيمات قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي، وبالتالي فهذه الفرضية محققة بنسبة 99 بالمئة.

1-2-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة: والتي تنص "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط الصحية والعلاجية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي". وللتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات بعد الضغوط الصحية والعلاجية للنساء العقيمات بين القياس القبلي والبعدي وذلك باستخدام اختبار (ت).

جدول رقم (20) يمثل دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة في متوسطات درجات بعد الضغوط الصحية والعلاجية:

للمجموعة الواحدة ذات القياسين القبلي والبعدي T test						
	Valeur du test = 0					
	T	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الفرق في المتوسطات	مستوى الثقة 99%	
					Inférieure	Supérieure
عنوان المحور	11,573	10	,000	21,75000	17,6134	25,8866

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (0,01) بين متوسطي درجات النساء العقيمات في القياس القبلي والبعدي، فجاء متوسط القياس القبلي يساوي (25,88) أما في البعدي فجاء يساوي (17,61)، وقيمة (ت) تساوي (11,57) وهي دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,01) ودرجة حرية (10) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات بعد الضغوط الصحية والعلاجية لدى النساء العقيمات قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي، وبالتالي فهذه الفرضية محققة بنسبة 99 بالمئة.

1-2-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة: والتي تنص "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات بعد الفكرية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي". وللتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات بعد الضغوط المعرفية للنساء العقيمات بين القياس القبلي والبعدي وذلك باستخدام اختبار (ت).

جدول رقم (21) يمثل دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة في متوسطات درجات بعد الضغوط الفكرية:

للمجموعة الواحدة ذات القياسين القبلي والبعدي T test						
	Valeur du test = 0					
	T	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الفرق في المتوسطات	مستوى الثقة 99%	
					Inférieure	Supérieure
بعد الضغوط الفكرية	11,664	09	,000	19,33333	15,6851	22,9816

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (0,01) بين متوسطي درجات النساء العقيمات في القياس القبلي والبعدي، فجاء متوسط القياس القبلي يساوي (22,98) أما في البعدي فجاء يساوي (15,68)، وقيمة (ت) تساوي (11,66) وهي دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,01) ودرجة حرية (9) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات بعد الضغوط الفكرية لدى النساء العقيمات قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي، وبالتالي فهذه الفرضية محققة بنسبة 99 بالمئة.

1-3- استنتاجات: من خلال ما تم عرضه من نتائج يمكن القول أن الدراسة توصلت إلى:

- أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المصمم له أثر في خفض الضغوط النفسية لدى النساء العقيمات وهذا ما تؤكده الفرضية العامة المحققة بنسبة 99 بالمئة.
- أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المصمم له أثر في خفض مختلف الضغوط التي تعاني منها النساء العقيمات (الزواجية، الاجتماعية، الانفعالية، الذاتية، الصحية والعلاجية، المعرفية) وهذا ما تؤكده الفرضيات الجزئية المحققة بنسبة 99 بالمئة.

2- تحليل و مناقشة نتائج الدراسة:

2-1- تحليل و مناقشة الفرضية العامة:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات استبيان الضغوط النفسية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي".

ومن خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم (15) يتضح أن قيمة (ت) المحسوبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,01 مما يؤكد وجود فروق في متوسطات درجات النساء العقيمات في استبيان الضغوط النفسية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي، إذ انخفض متوسط درجات النساء العقيمات في القياس البعدي عن متوسط درجاتهن في القياس القبلي وهذا يؤكد فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم في خفض الضغوط النفسية لدى النساء العقيمات.

وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة كلا من جاكوب وآخرون (Jacob, et al 2007) سيال وآخرون. (Stiel , et al 2010) والتي أشارت إلى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض الضغوط النفسية.

وتفسر الباحثة النتائج المتحصل عليها في ضوء الأثر الإيجابي لمحتوى البرنامج العلاجي والذي عمل على إعادة البناء المعرفي للمشاركات في البرنامج من خلال تغيير المعتقدات والأفكار الخاطئة والأحاديث الذاتية السلبية إلى معتقدات صحيحة وأفكار وأحاديث إيجابية، خاصة وأن العلاج المعرفي السلوكي قائم على التعليم النفسي، وتعتبر المحاضرة من بين الفنيات المعرفية ومن بين أساليب العلاج الجمعي بحيث يغلب عليها الطابع التعليمي ويؤدي عنصر التعلم والتعليم دورا رئيسيا في ذلك، واعتمدت الباحثة هذه الفنية من خلال تقديم محاضرات بسيطة تتخللها مناقشات تهدف في الأساس إلى تغيير أفكارهن واتجاهاتهن نحو العقم وما يرتبط به.

وهذا يشير بالضرورة إلى دور وفاعلية فنية المحاضرة والمناقشات الجماعية، بحيث تم إمداد المشاركات بكم هائل من المعلومات حول العقم وكل ما يرتبط به وهذا الإطار المعرفي سمح بزوال الغموض عن هذه المشكلة وأصبح من الممكن التحكم بها أو بالأحرى إيجاد الحلول المناسبة لها. وهذا ما يؤكد تاييلور (2008) حيث يقول أن الأحداث الغامضة تسبب ضغطا أكثر من الأحداث الواضحة، فعندما يتصف الحدث الضاغط بالغموض، فإنه لا يتيح الفرصة للفرد للقيام بعمل شيء إزائه لأنه يدفع الفرد إلى تكريس طاقاته من أجل اتضاح الموقف المسبب للضغط، وهذه المهمة تستهلك وقت الفرد وتقوض إمكاناته، ومن ناحية أخرى فإن وضوح معالم المواقف الضاغطة يترك مجالا أمام الفرد لكي يعمل من أجل إيجاد الحلول دون أن يظل عالقا في مرحلة تحديد ماهية المشكلة التي يتعرض لها وترتبط

قابلية الفرد للقيام بعمل ما من أجل مواجهة المواقف الضاغطة في العادة مع قلة المعاناة والتفاعل بطريقة أفضل.

وهذا ما عملت عليه الباحثة طوال جلسات البرنامج وكان هذا من خلال محاضرات قدمت من خلالها معلومات دقيقة، واضحة، وبسيطة كانت مدعمة بشرائط فيديو وصور وهذا لتتويع طرق إيصال المعلومة لضمان تحقيق أهداف الجلسات وكانت المعلومات في البداية مركزة حول مفهوم العقم، عمل الجهاز التناسلي، مختلف الأسباب، وطرق ووسائل التشخيص، ومختلف وسائل العلاج وتدرجاتها ونسب نجاحها ومتى يمكن اللجوء إلى طريقة دون أخرى، وكانت الصور أبلغ تعبيراً في هذه المرحلة من غيرها. وكان للنقاش الذي أثير أثناء الجلسات الأثر الكبير في ترسيخ المعلومة من خلال طرح مختلف الأسئلة الغامضة التي كانت تدور في أذهانهم والتنفيس عن مشاعرهم بالإضافة إلى تنفيذ مختلف الأفكار الخاطئة المرتبطة بعمل الجهاز التناسلي أو التشخيص والعلاج خاصة أنه تم بالدلائل العملية من خلال تعلم كيفية الاطلاع على مختلف التحاليل والفحوصات التي أجريت للمشاركات وأيضا التعرف على مراحل العلاج وأين هن من هذه المراحل وهذا زاد من ربط الجانب النظري بالواقع مما كان له الأثر الملموس في الشعور بالراحة بعد تلقي هذه المعلومات وأيضا الدور الكبير في تغيير العديد من المفاهيم الخاطئة والاستفادة من الكم الهائل من المعلومات والتي حسب رأي المشاركات لم يكن ليتعرفن عليها أبداً لأن الطبيب المعالج ليس لديه الوقت البتة لتوضيح مثل هذه المعلومات فدوره فقط هو إعطاء الدواء لا غير.

كما كان للمعلومات التي اكتسبها حول معنى الإنجاب ومحددات تصور الطفل في المجتمع الجزائري الدور الكبير في إزالة مصدر ضغط كبير وهو الأهل لأنه بعد التعرف

على الخلفية التي دفعت الأفراد إلى تقديس الإنجاب في بلادنا أصبح من الممكن تفهم الآخر والتماس الأعذار لتدخلاتهم بل بالأحرى قبولها مع تعلم كيف يكون الرد عليها لتعزيز الثقة بالذات والتعبير عن الرضا بما قدر الله.

وبعدما تم تحليل هذه المشكلة من مختلف جوانبها تم المرور إلى ربطها بالضغط النفسي من خلال توضيح مفهومه، أسبابه، مترتباته، وعلاقته بالعمق واستطعن فهم مختلف العوامل المؤدية للضغط النفسي ومترتبات ذلك على العمق وعلى الحياة بصفة عامة، حيث تم التأكيد على أن شعورهن بالضغط لا يعود إلى خصائص الموقف بالضرورة وإنما إلى إدراكهن وتقييماتهن الذاتية للأحداث والمواقف الضاغطة التي يعشنها، مما جعلهن يعيدن بناء هذه المواقف وينظرن إليها بأنها لا تمثل تهديدا خطيرا وبالتالي تكون الاستجابة لها بأقل انفعالات ممكنة.

وترى الباحثة أن لحالة الثقة التي كانت سائدة أثناء الجلسات والشعور بالأمان والطمأنينة والتفاعل الإيجابي والفعال دورا هاما في تطوير دافعية المشاركات للتخلص من هذه الضغوط خاصة في الجلسات الأولى التي تعد الأساس لبناء العلاقة العلاجية الناجحة.

كما تفسر الباحثة هذه النتيجة بفاعلية الفنيات المستخدمة من المنحى المعرفي السلوكي والتي تم التدريب عليها أثناء الجلسات ومنها فنية التدريب التحصيني ضد الضغوط (ليمكينبوم) التي هي طريقة من طرق التعديل المعرفي السلوكي والتي تقوم على أساس تزويد الفرد بالمعلومات، واكتساب المهارات التي يستطيع من خلالها مواجهة المواقف الضاغطة، وتتم هذه الفنية بثلاث مراحل، المرحلة الأولى وهي مرحلة تكوين المفاهيم والتي أشرنا إليها مسبقا وتعتمد على تزويد المشاركات في البرنامج بالمعلومات المختلفة عن المشكلة التي يعانين منها وتحديدها وتعريفها، أما المرحلة الثانية فهي مرحلة التدريب على

المهارات وهذه تحتاج إلى العديد من الفنيات لتنفيذها، ومن الفنيات التي استخدمتها الباحثة في تدريب النساء العقيمات هي:

- مراقبة وتحديد الأحاديث الذاتية السلبية بالاعتماد على الافتراض المتمثل في "أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد الأفعال التي يقومون بها"، ومن هذا المنطلق فإن محور العلاج النفسي يركز على تغيير الأشياء التي يقولها الفرد لنفسه أي التي يحدث بها نفسه، وذلك بشكل مباشر أو ضمنى الأمر الذي ينتج عنه سلوك وانفعالات تكيفية بدلا من السلوكيات والانفعالات غير التكيفية. كما تم في هذا الاتجاه اعتماد فنية بيك وهي تحديد المعتقدات والأفكار الخاطئة ودحضها وتفنيدها لأنها هي التي تسبب الانفعالات السلبية. حيث يقول بيك في هذا السياق "بأنه عندما يقع الفرد تحت ضغوط أو يكون محبطا يفقد القدرة على التفكير السليم فإن كثير من التحريفات تظهر عند التفاعل مع الأحداث التي يواجهها، فإذا كان سبب الإحباط والانزعاج من المفاهيم السلبية، فإن تصحيح هذه المفاهيم والمعتقدات المتسلطة ربما يرفع أعراض الخلل السلبي".

وعليها تم تصحيح المفاهيم من خلال اللجوء إلى الاستشهاد بآيات من القرآن الكريم عن الابتلاء وعن الجزاء، وكذلك أخذ العبر من قصص القرآن كقصة زوجة سيدنا إبراهيم التي رزقها الله سبحانه وتعالى سيدنا يحيى وهي عجوز عاقر وهذا دليل على عظمة الخالق، بالإضافة إلى قصص من الواقع الحالي مما ساعد على تفنيد بعض القناعات الخاطئة وتوسيع أفق التفكير فيما بعد هذه المشكلة مما خلق لديهن دافعية معتدلة في السعي للعلاج والأخذ بالأسباب والرضا بما قسم الله.

- أيضا من الفنيات التي ساهمت بشكل كبير في خفض الضغوط هي التفريغ الإنفعالي أو التنفيس من خلال مختلف الوسائل البكاء، تنطيق المشاعر... أنظر الملحق رقم (8).

ثم فنية حل المشكل التي تم فيها تحليل دقيق لمشكلة العقم وما ينتج عنها من ضغوط وتداعيات مختلفة فهي فنية تعتبر من الفنيات التي يقول عنها (أبو أسعد، 2008) أنها تمثل إجراءات تعديل السلوك، حيث تساعد المتدرب على التخلص من الكف الانفعالي وزيادة تأكيد الذات إذ تعد أحد أنماط أساليب الضبط التي تتضمن فوائد بعيدة المدى للضبط كالكفاءة والتمكن ومرونة التصرف وزيادة قدرة الأفراد على التكيف مع مشكلاتهم وأن الهدف الأول لاستراتيجية حل المشكل هو زيادة الوعي بالاستجابة الفعالة حتى يتمكن الفرد من التكيف مع مواقف الحياة الضاغطة. وهذا فعلا ما حدث للمشاركات بحيث بعد التدريب على هذه الفنية أنظر الملحق رقم (8) تغيرت النظرة بشكل جدي لمشكلة العقم، وأصبحت الرغبة في الإنجاب معقولة وليست جامحة كما أن لاختيار وسائل العلاج والمضي فيها والتدرج من البسيط إلى المعقد وفق النتائج المتحصل عليها الدور الكبير في الشعور بالراحة ووضوح سبيل العلاج.

- كما أن لوحدة المشكلة التي تعاني منها النساء الأثر الكبير في فهمها وتبادل الخبرات والتجارب والمشاعر وهذا ساعد بشكل كبير على خفض الضغوط المرتبطة بها على سياق القول المأثور "إذا عمت خفت".

- كما تفسر الباحثة أيضا فعالية هذا البرنامج من خلال أيضا أن إعادة البناء المعرفي من خلال استخدام ما مر من فنيات أدى إلى تبني استراتيجيات إيجابية تتمثل في:

- **التفكير الإيجابي:** حيث أن مختلف المعلومات التي تم اكتسابها سواء عن العقم أو الضغط أو مختلف الفنيات الأخرى أدت بهن إلى فهم أوضح لذواتهن ولخصائصهن، وأن بعض الخصائص السلبية كالتشاؤم وانخفاض تقدير الذات، تؤثر على إدراكتهن ومن ثم العمل على خلق روح التفاؤل وحب الذات وتقديرها.

- **البحث عن المعلومات:** من خصائص مرتفعي الضغوط هو استخدام الأساليب السلبية كالقبول والاستسلام ولوم الذات... الخ، لذلك سعت الباحثة من خلال البرنامج إلى تدريب المشاركات على التخلص من مشاعر عدم التمكن وعدم الكفاءة إلى تعلم مهارات تجعلهن يواجهن الضغوط الناتجة عن العقم بفاعلية ومن ثم تعميمها على باقي أحداث الحياة ومنها استراتيجية البحث عن المعلومة، فهذه الأخيرة كخطوة من خطوات مهارات حل المشكل يتم فيها تعريف المشاركات بأهمية البحث عن المعلومة باستخدام الأساليب الذاتية أو الحصول على المعلومات من الآخرين (الدعم المعلوماتي)، ويتحقق هذا الهدف بتغيير اتجاهاتهن نحو المشكلة وإدراكتهن لتحديدها، مما يسمح بخفض الضغوط وبذلك حشد طاقتهن لمواجهتها.

- **التفيس الانفعالي:** أثناء الجلسات تمت عملية التفريغ الانفعالي من طرف المشاركات حيث تحدثت كل واحدة عن مشكلتها بكل راحة وحرية وهذا سمح بالتعبير عن الخبرات المؤلمة إلى درجة البكاء والذي يعتبر أحد الوسائل الهامة في التفريغ، بالإضافة إلى الكشف عن حوادث مؤلمة أفصحن عنها لأول مرة وكان هذا سببا هاما في الشعور بالراحة بعد ذلك، حسب تصريحات المشاركات في البرنامج.

- **إعادة التفسير الإيجابي للمواقف:** هذه الاستراتيجية تعبر عن جهد معرفي يسعى من خلاله الفرد إلى تحويل الموقف الضاغط إلى إطار إيجابي يتضمن الشعور بتحسن الأمور ويقتضي تغيير أو تعديل بعض أهدافه مما أدى إلى زيادة الوعي بضرورة الحديث عنها بوسائل إيجابية، وتم تحقيق ذلك من خلال استخدام عدة فنيات معرفية. أنظر الملحق رقم (8).

كما تعزو الباحثة انخفاض متوسط درجات الضغوط عند النساء العقيمات إلى تنوع الفنيات المستخدمة في البرنامج، فبالإضافة إلى الفنيات السالفة الذكر تم استخدام أيضا

الاسترخاء بمختلف أنواعه: بحيث تم تدريب المشاركات على الاسترخاء عن طريق التنفس العميق مع التفريغ الانفعالي كما تدرين أيضا على الاسترخاء العضلي وأخيرا التدريب على الاسترخاء عن طريق الإيحاء الذاتي وسميتها رحلة إلى الشاطئ وقد تمت عن طريق متابعة شريط الفيديو. ولقد ركزت على هذا التنوع في طرق الاسترخاء كفنية سلوكية لأنها تساهم بقدر كبير في خفض ومواجهة الضغوط، حيث تحقق الهدوء والارتخاء والتوازن النفسي والجسمي لكونه علميا يعني حسب (إبراهيم، 1998) أنه توقفا كاملا لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر". وقد أكدت دراسة (فالياني 2010) على فعالية فنية الاسترخاء في خفض الضغوط النفسية لدى النساء العقيمات. (أنظر الدراسات السابقة).

كما تم استخدام التخيل البصري مع الاسترخاء وهما فنيتين مهمتين في التخلص من الضغوط والتوتر بحيث يتم استحضار موقف واقعي أو متخيل وتخيل ردود الفعل المناسبة للمواجهة ويكون ذلك في حال استرخاء ذهني وعضلي، فالتخيل البصري ينطلق من فكرة أن المنبه متخيل والاستجابة حقيقية فنحن نستجيب انفعاليا وحتى فيزيولوجيا للعديد من المواقف المتخيلة. وهذه الفنية تقوم على حقيقة نفسية بسيطة وهي أن انفعالاتنا ومشاعرنا تتأثر متأثرا قويا بما نرسمه من تصورات وتخيلات بما فيها استعادة أحداث سابقة، فنحن نشعر بالحزن إذا ما استعدنا حدثا غير سعيد والعكس صحيح. ولا يتوقف تأثير التخيل الذاتي وتكوين الصور الذهنية على التأثير إيجابا أو سلبا في المشاعر والأحاسيس، بل يتعداها للتأثير في الكثير من الجوانب الجسمية والنفسية الأخرى، كما أن التدريب على التخيل البصري يعمق عملية الاسترخاء الذهني وقد لاحظت الباحثة من خلال التقييمات الذاتية للمشاركات على استحسانهن للفنية، وكتغذية راجعة حثت الباحثة المشاركات على الاستمرار في ممارستها كلما شعرن بالتوتر.

- كما أن للتدريب على السلوك التوكيدي دورا كبيرا في مواجهة الضغوط النفسية.

- كما تعزو الباحثة النتائج المتوصل إليها إلى تحديد أهداف البرنامج مسبقا وإلى وضوح هذه الأهداف وربطها بالواقع من خلال تفعيلها باستخدام مختلف الفنيات المعرفية السلوكية بغية مواجهتها ولعل أهمها هو تمكين المشاركات من التعرف على مشكلة العقم وعلاقتها بالضغوط ومرتبات هذه الضغوط المختلفة، والتدريب على مختلف استراتيجيات مواجهتها من أجل خفضها خاصة أن المنحى المعرفي السلوكي يعتبر منحا تعليميا بالدرجة الأولى.

كما لا ننسى أن الانتظام في البرنامج أدى إلى استفادة المشاركات منه بدرجة كبيرة وساهم في حضور المشاركات لكل الجلسات خاصة أن هناك ترابط كبير بين كل جلسة وأخرى وطبعا الحضور المستمر لمختلف الجلسات سمح بالاستفادة العظيمة من مختلف الفنيات المقدمة فيه.

وتفسر الباحثة النتيجة السابقة أيضا بالتنوع الكمي والكيفي للفنيات المستخدمة في البرنامج فقد اعتمد على فنيات معرفية كالحوار، والمناقشات، والدحض والإقناع وحل المشكلات، وإعادة البناء المعرفي، والفنيات الانفعالية كالتخيل البصري ولعب الدور والسلوكية كالاسترخاء والتدريب التوكيدي... الخ وهذه الفنيات فعالة في خفض الضغوط النفسية حسب نتائج مختلف الدراسات. (راجع علاقة العقم بالضغوط).

كما تفسر الباحثة التغير الذي طرأ على استجابات المشاركات في البرنامج على استبيان الضغوط النفسية بأداء النشاطات المنزلية، مما عزز ونقل الخبرات التي تعلمتها في الجلسات إلى واقعهن المعيشي، حيث يشير بعض الباحثين إلى إن التحسن الحادث في الجلسات العلاجية احتمال استمراره ضئيل إذا لم يتم التدريب عليها في مواقف الحياة الواقعية

(خارج الجلسات)، لذلك ففي نهاية كل جلسة تقوم الباحثة بتكليف المشاركات بنشاط منزلي وهذا بهدف ترسيخ الفنيات التي تعلمنها وربطها بالواقع، وكان أداء المشاركات لهذه النشاطات أكبر دليل على نجاح البرنامج في خفض الضغوط (أنظر الملحق رقم 8).

وهذا ما أكدته الفرضية التي تحققت من أن هناك فروق في درجات متوسطات استبيان الضغوط النفسية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي بنسب 99 بالمئة.

2-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى: والتي تنص على "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط الزوجية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي".

ومن خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم (16) يتضح أن قيمة (ت) المحسوبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,01 مما يؤكد وجود فروق في متوسطات درجات النساء العقيمات في بعد الضغوط الزوجية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي، إذ انخفض متوسط درجات النساء العقيمات في القياس البعدي عن متوسط درجاتهن في القياس القبلي وهذا يؤكد فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم في خفض الضغوط الزوجية لدى النساء العقيمات.

وتفسر الباحثة الأثر الإيجابي للبرنامج في خفض الضغوط الزوجية إلى تنوع مختلف الفنيات المستخدمة في البرنامج وتحديدًا تلك التي كانت تركز على العلاقة الزوجية مثل المحاضرات والمناقشات حول الجانب الفيزيولوجي للزوج وكيف يؤثر ذلك على طريقة تفكيره وكيف ينظر الرجال لموضوع العقم وماهي نظرة المجتمع لهم وفي ظل توضيح هذه المفاهيم ساعد هذا على التعرف على شخصية الرجل بشكل أوضح كما أن التدريب على الفنيات

المعرفية والسلوكية ومنها التدريب على السلوك التوكيدي، التي تضمن تعلم مجموعة من المهارات التي تمكن المشاركة في البرنامج من التعبير بإيجابية عما تريد وتدافع عما تعتقد وترفض المطالب غير المقبولة وتعبّر عن معتقداتها ومشاعرها وحاجاتها بإيجابية، كما تعمل على إكسابها مهارات سلوكية لفظية وغير لفظية من خلال استخدام فنية تطبيق المشاعر وبعد التدريب عليها طلب منهن تطبيقها مع أزواجهن وهذا يضمن التعبير عن المشاعر السلبية والإيجابية بصورة ملائمة، كما أن مقاومة الضغوط الزوجية الناتجة عن العقم، كان من خلال أيضا تحويل المشاعر والانفعالات الداخلية إلى كلمات صريحة ومنطوقة وبطريقة تلقائية، أي ترجمتها وإخراجها. وهذا مما لا شك فيه يساهم في خفض الضغوط الزوجية.

وكان لتحديد الأفكار الخاطئة وتفنيدها الدور الكبير حسبما صرحت به المشاركات في خفض الضغوط الزوجية خاصة تلك الأفكار الخاطئة المرتبطة بالزوج مثل خوفهن من تخلي الزوج عليهن، الشعور بعدم اهتمام الزوج بموضوع الإنجاب... الخ وغيرها من الأفكار التي تمت مناقشتها وكان لإعادة البناء المعرفي الفضل في الوصول إلى استبصار لمختلف المشاكل الزوجية التي كانت سائدة عند المشاركات وتوصلن إلى قناعات جديدة سمحت لهن بتجاوز الماضي والتفكير في المستقبل وكيفية تصحيح وتقوية هذه العلاقة الزوجية لتكون ركيزة أساسية للشعور بالسعادة وبناء حياة طيبة كما كان للتفريغ الانفعالي لمختلف المشاعر السلبية المرتبطة بالعلاقة الزوجية واستقرار هذه المواقف الضاغطة بطريقة إيجابية وبتصورات جديدة الدور الفعال في مسح مختلف المشاعر السلبية واستبدالها بمشاعر إيجابية تسمح ببداية جديدة في العلاقة الزوجية تتضمن المصارحة والمشاركة الوجدانية والتضامن والتفهم خاصة بعد توضيح مختلف آليات اختلاف التفكير بين الرجل والمرأة.

وكان أيضا لمختلف الفنيات الأخرى الدور الإيجابي في خفض الضغوط الزوجية من مثل: الاسترخاء، التخيل البصري... الخ.

والأهم من كل هذا الذي سمح بهذا الأثر الإيجابي للبرنامج العلاجي في خفض الضغوط الزوجية هو ذلك التكامل بين مختلف الفنيات العلاجية المقدمة والمحددة الأهداف مسبقا بالإضافة إلى وحدة المشكلة السائدة عند المشاركات رغم بعض الاختلافات البسيطة في درجتها، وكذلك روح التعاون التي كانت سائدة بين المشاركات والتي كانت حافزا كبير لهذا التغيير الإيجابي.

وهذا ما تؤكد الفرضية التي تحققت من أن هناك فروق في درجات متوسطات بعد الضغوط الزوجية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي بنسب 99 بالمئة.

2-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية: والتي تنص على "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط الاجتماعية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي".

ومن خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم (17) يتضح أن قيمة (ت) المحسوبة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0,01 مما يؤكد وجود فروق في متوسطات درجات النساء العقيمات في بعد الضغوط الاجتماعية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي، إذ انخفض متوسط درجات النساء العقيمات في القياس البعدي عن متوسط درجاتهن في القياس القبلي وهذا يؤكد فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم في خفض الضغوط الاجتماعية لدى النساء العقيمات.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة الإيجابية في خفض الضغوط الاجتماعية إلى المرحلة الأولى من البرنامج أي الجلسات الأولى التي تم فيها توضيح مختلف المفاهيم المرتبطة بالعقم وتحديدًا شرح مختلف التصورات المرتبطة بالطفل في المجتمع الجزائري عن طريق الدحض، التفسير، المناقشة... هذا سمح بالاطلاع على خلفية تقديس الإنجاب عندنا وأسبابه مما سمح بإزالة العديد من الأفكار والمفاهيم الخاطئة المرتبطة بالأهل ونظرتهم للإنجاب ومن هنا توصلنا إلى تفهم تدخلات الأهل وما هو مصدرها ففي الأساس هذه التدخلات هي طبيعية لأن منبعها الرغبة والحرص على وجود الطفل في حياة الزوجين وليس هدفه في الأساس هو التدخل والإزعاج والإهانة وغيرها من المفاهيم الموجودة في أذهان المشاركات وهذا طبعا في أغلب الحالات أما التدخلات الاستثنائية التي تهدف للتجريح والإقلال من قيمة الزوجين فمما لا شك فيه موجودة لكن يجب تعلم الطريق المناسبة للرد عليها فيكفي أن تكون القناعة والرضا بما قسم الله عقيدة راسخة عند كل مشاركة ليكون الرد بسيطا على سبيل المثال فقط يكفيني فخرا أن هذا الأمر قربني من الله وجدد صلتي به سبحانه فكل آيات الابتلاء تعني أن الله أحب عبده فإن أحب الله عبده فمن مثله... وقد كان آيات القرآن و احاديث الرسول عليه الصلاة والسلام الحجة التي أبطلنا بها كل المفاهيم الخاطئة المرتبطة بالعقم، وكان لأسلوب الدحض والتفنيد وكذا أسلوب الاقناع الدور الهام في ذلك، وتوصلنا في النهاية بأن ما يدركه من فقدان الدعم والسند والشعور بالحب من الأهل يرجع بالدرجة الأولى إلى أفكارهن الخاطئة الخاصة بعلاقتهن الاجتماعية مع ذويهم.

وفي هذا السياق ترى دراسة كوهرت أن الأفراد المصابين بالعقم لا يتواصلون مع أهليهم بسبب نقص الثقة، وهذا يدفعهم للبحث عن خلايا الاستماع لتخفيف ضغوطهم. (الدراسات السابقة).

ولقد تم توضيح أهمية الآخرين في حياة الفرد خاصة في أوقات الشدائد والأزمات لما يقدمونه من دعم يخفف وقع الأحداث الضاغطة. وأنه ليس للوجود الفعلي للآخرين دورا في خفض الضغوط فقط، بل إحساسنا بكفاية ما يقدمونه من دعم وسند يساعدنا على التخلص منها، فهي في النهاية عملية تقويمية لمدى إدراك الفرد لعمق وكفاية علاقاته مع الآخرين، فكلما أقر الفرد بعمق وكفاية هذه العلاقات ازداد دورها في حياته.

- كما تغزو الباحثة هذه النتيجة إلى فنية السلوك التوكيدي التي تعلمن المشاركات من خلالها كيفية مواجهة الضغوط الاجتماعية من خلال لعب الدور وقلب الدور بهدف تأكيد الذات في المواقف الاجتماعية التي تتسبب لهن التوتر (أنظر الملحق رقم 08)، حيث تسهم في ضبط سلوك الفرد من خلال تعريضه لمواقف يعمل على استثارة التوتر الانفعالي لديه وتدفعه للتصرف بطريقة سوية، حيث قامت الباحثة بالمشاركة مع بعض المشاركات بتمثيل مواقف وأداء أدوار ومن ثم تقديم تغذية راجعة مناسبة لتحديد الممارسات السوية وغير السوية، وتعد هذه الفنية من الفنيات التي تعمل على زيادة وعي المشاركات في البرنامج ومن ثم تدفعهن إلى تعلم السلوك الجديد، "حيث يذكر بعض الباحثين أن لعب الدور من الأساليب العلاجية التي يعد فيها تنظيم وبناء المجال النفسي والاجتماعي من جديد ومن تعلم سلوك جديد". (سعفان، 2006، 174)، حيث يتم من خلاله الكشف عن المشاعر وإسقاطها على شخصيات الدور التمثيلي بالإضافة إلى التنفيس عن الانفعالات والأهم الاستبصار بالذات والدوافع والصراعات والاتجاهات. وهذا سمح للمشاركات بالتخلص من هذه الضغوط وتعلم استراتيجيات المواجهة الفعالة، وهذا ما عبرن عنه بأن شعورهن تغير بعد البرنامج وخاصة إحساسهن بالقدرة على مواجهة متطلبات الظروف الضاغطة بطريقة ناجحة، وقدرتهن على اتخاذ القرارات المتعلقة بحياتهن، كما أن المشاركات أصبحت لهن القدرة على تفسير المواقف

الضاغطة التي يواجهونها وتقييمها بطريقة إيجابية (نتيجة تعلمهن أن الإحساس بالضغط ينتج عن تفسيرهن الخاطئ والمشوه للمواقف).

وأخيرا يمكن القول أن انخفاض الضغوط الاجتماعية بعد تطبيق البرنامج يرجع إلى تنوع فنيات البرنامج وتربطها، وقوة العلاقة العلاجية والذي يؤكدها الحضور المستمر للمشاركات والمواظبة على القيام بمختلف الأنشطة المنزلية الشيء الذي ساعد على تفعيل هذه المعلومات والفنيات على أرض الواقع وسمح بهذا التغيير الإيجابي.

وهذا ما أكدته الفرضية التي تحققت من أن هناك فروق في درجات متوسطات بعد الضغوط الاجتماعية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي بنسب 99 بالمئة.

2-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة: والتي تنص على "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط الذاتية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي".

ومن خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم (18) يتضح أن قيمة (ت) المحسوبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,01 مما يؤكد وجود فروق في متوسطات درجات النساء العقيمات في بعد الضغوط الذاتية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي، إذ انخفض متوسط درجات النساء العقيمات في القياس البعدي عن متوسط درجاتهن في القياس القبلي وهذا يؤكد فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم في خفض الضغوط الذاتية لدى النساء العقيمات.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة المتحصل عليها في ضوء الأثر الإيجابي لمحتوى البرنامج العلاجي والذي عمل على إعادة البناء المعرفي للمشاركات من خلال المحاضرات

والمناقشات التي تم فيها تشجيعهم على الحديث عن الأفكار الخاطئة والأحاديث السلبية الانهزامية التي تنمي تحقير الذات، والشك بقدراتها بالنجاح في الحياة ومن بين الأخطاء المعرفية التي وقعت فيها التعميم والربط بين عدم القدرة على الإنجاب ومن ثم عدم القدرة على النجاح في أي شيء آخر في الحياة، وصولاً إلى حد ربط السعادة فقط بالإنجاب وهذه التشويهات المعرفية هي التي دفعت المشاركات إلى الشعور بالسلبية اتجاه الذات وتضييق الأفق والانحصار حول مشكلة العقم دون القدرة على الخروج من هذه الحلقة الضيقة، وفي هذا السياق تشير نظرية كارل روجرز التي تقوم على مفهوم الذات، أن الفرد يستجيب للموقف حسب ما لديه من معارف وخبرات ذاتية وليس كما هي عليه في الواقع، أي أن فكرة الفرد عن ذاته تمثل عاملاً هاماً في إدراك المواقف التي يتعرض لها، فإذا كان مفهوم الفرد عن الذات إيجابياً فإنه يدرك بأن المواقف لا تشكل تهديداً وضغطاً لديه، والعكس إذا كان مفهومه عن ذاته سلبياً فإنه يكون عرضة للقلق والتوتر لأن مفهوم الذات السلبى يعمل على تحريف وتشويه إدراكات الفرد للموقف السلبى، وهذا ما ركز عليه البرنامج في هذا الجانب بمختلف فنياته من خلال تحويل هذه الأفكار الخاطئة إلى أخرى صحيحة والأحاديث الذاتية السلبية إلى أحاديث ذاتية إيجابية تنمي مفهوم ذاتي إيجابي يسمح بمواجهة الضغوط.

وهذا ما تؤكدته الفرضية التي تحققت من أن هناك فروق في درجات متوسطات بعد

الضغوط الذاتية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي بنسب 99 بالمئة.

2-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة: والتي تنص على "وجود فروق ذات

دلالة إحصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط الانفعالية قبل وبعد تطبيق البرنامج

لصالح القياس القبلي".

ومن خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم (19) يتضح أن قيمة (ت) المحسوبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,01 مما يؤكد وجود فروق في متوسطات درجات النساء العقيمات في بعد الضغوط الذاتية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي، إذ انخفض متوسط درجات النساء العقيمات في القياس البعدي عن متوسط درجاتهن في القياس القبلي وهذا يؤكد فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم في خفض الضغوط الانفعالية لدى النساء العقيمات.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة الإيجابية من أن أهم الفنيات التي ساهمت في انخفاض الضغوط الانفعالية هي التنفيس الانفعالي أو التفريغ مع الاسترخاء بحيث تم الجمع بين هذه الفئتين فكانت النتيجة فورية من خلال تصريح المشاركات بالشعور بتحسن كبير وهدوء وراحة وكانت الطريقة التي سمحت لهن بالتفريغ هي وضع موسيقى هادئة فيها شجن وحنن وطلب منهن التركيز معها واسترجاع أكثر المواقف التي سببت لهن ضغطاً كبيراً وشعور بالألم ولم يمر على هذا الأمر دقائق حتى أجهشت المشاركات في البرنامج بالبكاء وهي وسيلة جيدة لتفريغ الطاقة السلبية ثم بدأت مرحلة الإفصاح عن طريق اللغة من خلال وصف الموقف الضاغط، وتفاعلات بأن هذه الأحداث لم يستطعن إخبار بها أحد وهذه الشجاعة في الإفصاح عنها تعود بالضرورة إلى درجة الثقة والشعور بالأمن التي كانت سائدة، ثم بعدها تم تغيير وضعية الجلوس ووضع موسيقى جديدة تبعث على الفرح والراحة وطلبت منهن تذكر أفضل لحظة في حياتهن أو بالأحرى أسعد موقف مر أو بالأحرى أسعد موقف عشنه وتفاعلات بدرجة السعادة التي كانت سائدة من خلال مختلف المواقف المفرحة التي تم سردها وهذه الطريقة هي في الحقيقة وليدة هذه الجلسة ولم أعتمد عليها على إطار

نظري وإنما جاءت خدمة لمختلف الفنيات التي اعتمدت فيه على الأساس النظري والتطبيقي لها وفعلا كانت هذه الجلسة من بين أفضل الجلسات حسب المشاركات في البرنامج.

كما تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى تنوع طرق الاسترخاء المستخدمة أثناء جلسات البرنامج ابتداء من الاسترخاء العضلي الذي يعتبر حالة نفسية وجسدية يحدث فيها انسجام وتفاهم بين العقل والجسم لحالة إراحة العقل من عناء التفكير المتواصل وإرخاء عضلات الجسم من الشد والإجهاد الدائم وهو بمعناه العلمي توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر.

وهذه الحقيقة تؤكد استجابة الناس جميعهم تقريبا للاضطرابات الانفعالية بتغييرات في الأنشطة العضلية، والتوتر الشديد يضعف قدرة الكائن على التوافق والنشاط البناء. ومن هنا جاء تركيزي على تدريب المشاركات على مختلف فنيات الاسترخاء لضمان فعالية هذه الفنية المهمة في خفض مستوى الضغوط لديهن وانخفاض الضغوط الانفعالية بالأخص خاصة إذا علمنا أن إراحة الجسم من الشد والتوتر تؤثر على إدراكات الفرد لذاته وتساعد على تبني استراتيجيات تكيفية.

كما تفسر الباحثة هذه النتيجة بوحدة المشكلة التي تعاني منها المشاركات والتي فتحت من خلالها حوارات متشابهة ونقاشات تمس جل المشاركات فالمعاناة واحدة وبالتالي هذا الشعور بأن هذه المشكلة ليست خاصة بواحدة دون أخرى سهل فكرة تقبلها من باب كما تقول إحدى المشاركات "أني لست وحدي من أعاني من هذه المشكلة أو الإصابة" وهذا التلاحم الجماعي خفف من وطأة الانفعالات المصاحبة وهذا يبرز دور وأهمية العلاج النفسي الجماعي في إنجاح تعلم مختلف الاستراتيجيات لمواجهة المواقف الضاغطة.

وهذا ما أكدته الفرضية التي تحققت من أن هناك فروق في درجات متوسطات بعد الضغوط الانفعالية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي بنسب 99 بالمئة.

2-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة: والتي تنص على "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط الصحية والعلاجية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي".

ومن خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم (20) يتضح أن قيمة (ت) المحسوبة دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,01 مما يؤكد وجود فروق في متوسطات درجات النساء العقيمات في بعد الضغوط الصحية والعلاجية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي، إذ انخفض متوسط درجات النساء العقيمات في القياس البعدي عن متوسط درجاتهن في القياس القبلي وهذا يؤكد فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم في خفض الضغوط الصحية والعلاجية لدى النساء العقيمات.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة من خلال الفنيات المتنوعة التي كانت في البرنامج ابتداء من مرحلة تكوين المفاهيم وصولاً إلى التدريب على هذه الفنيات وكانت للمناقشات والأنشطة المنزلية الدور الكبير في تحقيق أهداف البرنامج العلاجي ومن بين مساهم بقدر كبير في خفض الضغوط الصحية هي اتضاح مشكلة العقم من مختلف جوانبها خاصة التشخيصية والعلاجية فقد كانت للمعلومات الثرية المقدمة في المحاضرات الدور الكبير في الإجابة على مختلف الأسئلة التي كانت عالقة بمخيلة المشاركات بالإضافة إلى تقديم معلومات جديدة عن وسائل العلاج ومختلف نسب نجاحها والحالات التي تصلح معها، وأيضاً تعلم طريقة الاطلاع على التحاليل والفحوصات وأهمية إجرائها ودورها في العملية العلاجية، وهكذا

أصبحت كل واحدة منهن تعرف مشكلتها وأين وصلت بها وماذا يجب أن تفعل مستقبلاً وهذا سمح بالشعور بالراحة وانخفاض الضغوط الناتجة عن غموض الإصابة بالعمق.

كما أن تبادل الخبرات بين المشاركات سمح بالعفوية في الحديث ومن ثم التنفيس عن كل المتاعب الناتجة عن هذه المشكلة والتخلص من مختلف المشاعر السلبية العالقة بمشكلة العمق، والوصول إلى استبصار كلي بمشكلة العمق ومختلف تداعياتها. هذا من جهة ومن جهة أخرى الوصول إلى تغيير مدركات المشاركات حول ذواتهن خاصة الجانب الصحي منه، حيث أن التدريب على الأحاديث الذاتية الإيجابية والتخلص من الأحاديث السلبية وممارسة الاسترخاء عند الشعور بالضغط والتوتر العضلي يساعدهن على التخلص من هذه التوترات والشعور بالراحة لوجود علاقة وثيقة بين الجسم والعقل.

كما أن التدريب على بعض السلوكيات الصحية كأساليب المواجهة ضروري للتخلص من بعض الأعراض المرتبطة بالضغوط كالشعور بالآلام المعدة أو الصداع عند التفكير بالرجوع إلى الطبيب وكلها أعراض ناجمة عن غموض الموقف والخوف من الفحص الطبي ونتائجه لكن التحضير المسبق والمعرفة الجيدة بمراحل الفحص والعلاج ونتائجه يزيل هذا الخوف وتظهر الرغبة في التحدي ومواصلة مختلف هذه الإجراءات براحة كبيرة.

كما تفسر هذه النتيجة من خلال أنه تم التعرف على أهمية التوافق النفسي والاستقرار النفسي في حدوث الحمل وبالتالي السعي للتخلص من هذه الضغوط التي أكد العلماء على دورها في تقليص من فرص الحمل بسبب تأثيرها المباشر على حجم البويضات أو وقت إطلاقها (أنظر الضغط النفسي والعمق)، وبعد أن تم توضيح ذلك مع الاستدلال بمختلف نتائج الدراسات تفاجأت المشاركات بهذه المعلومات التي لم يكن يعرفن عنها شيء وهذا

سمح بتوليد طاقة كبيرة ورغبة في التغيير للتخلص من هذه الضغوط المضرة بالصحة والمسببة في نفس الوقت للعقم.

وما النتيجة المتحصل عليها إلا خير دليل على إيجابية مختلف المعلومات والفنيات المقدمة وتكاملها، بالإضافة إلى العزيمة التي كانت المشاركات تتمتع بها وسمحت لهن بالتخلص من هذه الضغوط الصحية والعلاجية. وهذا ما أكدته الفرضية التي تحققت من أن هناك فروق في درجات متوسطات بعد الضغوط الصحية والعلاجية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي بنسب 99 بالمئة.

2-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة: والتي تنص على "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط المعرفية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي".

ومن خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم (21) يتضح أن قيمة (ت) المحسوبة دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,01 مما يؤكد وجود فروق في متوسطات درجات النساء العقيمات في بعد الضغوط المعرفية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي، إذ انخفض متوسط درجات النساء العقيمات في القياس البعدي عن متوسط درجاتهن في القياس القبلي وهذا يؤكد فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم في خفض الضغوط المعرفية لدى النساء العقيمات.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة في ضوء النظرية المعرفية حيث يشير بيك إلى أن الضغوط تؤدي إلى خلل في النشاط العادي للتنظيم المعرفي، ففي حالة التهديد فإن هذه النظم يزداد نشاطها وبذلك ينزع الفرد إلى إصدار أحكام متطرفة، ومن ثم يفقد السيطرة على

التحكيم الإرادي في عمليات التفكير ويصاحب هذا انخفاض كبير في القدرة على خفض التركيز المضطرب، فالأفراد مرتفعي الضغوط يستخدمون أسلوبا سلبيا في تحليل أو تفسير الأحداث الضاغطة التي يتعرضون لها، فلقد توصل بترسون وسيلجمان (1987) أن هؤلاء الأفراد قد يتعرضون لخطر الإصابة بالأمراض أكثر من غيرهم، وقد فسروا ذلك بأن التشاؤم ومشاعر العجز لها تأثير مباشر على الجهاز المناعي، وأن أسلوب التحليل (التفسير) يسبب تغيرات سلوكية (كالإقبال على سلوكيات تضر بالصحة).

وانطلاقا من هنا فإن البرنامج العلاجي انصبت أهدافه على التركيز على معارف وأفكار ومعتقدات المشاركات في البرنامج الخاطئة من أجل التعرف عليها ومن ثم دحضها وتنفيذها من خلال الحوار والمناقشة وتقديم الحجج وتبيان أثرها السلبى على كيفية إدراك مختلف المواقف وأيضا من خلال تنوع جملة الفنيات المستخدمة ولذلك تفسر الباحثة النتيجة المتوصل عليها في ضوء ما تعرضت لها المشاركات من خبرات ومعلومات حول أنفسهن وحول البيئة المحيطة بهن، وبما احتوى عليه البرنامج من معلومات تتعلق بالعقم، وأخرى تتعلق بالضغط النفسى ثم العلاقة بينهما، والتأثيرات النفسية والمعرفية والجسمية التي تسببها المواقف الضاغطة، وهذا سمح لهن باستبصار كيفية شعورهن بالضغط والمصادر التي تسبب لهن هذا الضغط. بالإضافة إلى التدريب على مختلف الفنيات العلاجية التي تميزت بالدينامية والوظيفية وأهمها فنية حل المشكل التي تعد من الفنيات التي تستخدم مهارات المواجهة التي تركز على المشكلة وليس على الانفعال الناتج عنها والتي تمكن الفرد من إدارة المشكلات المستقبلية بطريقة أكثر فاعلية بدلا من التركيز على المشكلة الحالية وحدها وذلك وفق الخطوات المعروفة كالحساسية للمشكلات والتي تعني الوعي بالموقف والظروف التي تحتاج إلى تعديل أو حل، ثم البحث عن المعلومات التي تساعد على فهم أكبر

للمشكلة، ثم يأتي تحديد المشكلة التي تعني معرفة العلاقات بين أجزائها ثم طرح الحلول للمشكلة، وفي الأخير اختيار الحل... الخ. (أنظر الملحق رقم 8) لذلك ترى الباحثة أن وعي المشاركات بمشكلة العقم من مختلف النواحي أدى إلى تغير إدراكتهن حول مختلف المواقف الضاغطة المرتبطة بالعقم (تضخيم، تهويل، تعميم...) من خلال إعادة البناء المعرفي الذي ساعد على تبني استراتيجيات إيجابية بفضل تكامل فنيات البرنامج وتتمثل هذه الاستراتيجيات في: استراتيجية البحث عن المعلومات للتخلص من مشاعر عدم التمكن، ثم تبني استراتيجية التفكير الإيجابي من خلال استبدال الأحاديث السلبية الذاتية بأخرى إيجابية وتفنيد الأفكار الخاطئة، ثم التنفيس الإنفعالي، اللجوء إلى الدين... الخ. كل هذه الاستراتيجيات ساهمت في خفض الضغوط المعرفية.

وهذا ما أكدته الفرضية التي تحققت من أن هناك فروق في درجات متوسطات بعد الضغوط المعرفية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي بنسب 99 بالمئة.

مناقشة عامة لنتائج الدراسة:

تعد مشكلة أو إصابة العقم من الإصابات التي لها أثر كبير على صحة الفرد فقد أكدت جل الدراسات التي تم ذكرها في الدراسات السابقة (اليازوري 2011، لوفن 2010) أنها تسبب ضغوط مختلفة للفرد المصاب بالعقم وتحديدًا عند النساء بشكل أكبر والضغوط النفسية كما نعلم لها آثار مختلفة معرفية، انفعالية، سلوكية بمعنى تؤثر على صحة الفرد وتوازنه النفسي والجسمي وبما أن الضغط هو مفهوم إدراكي يتضمن علاقة الفرد بالبيئة والتي يقيّمها ويدركها بأنها تفوق إمكانياته وخبراته على المواجهة، وحيث أن النظرية المعرفية في الضغوط تسلّم بأن إنفعالات الفرد وسلوكياته إنما هي نتيجة لطريقة تفكيره، ومن هنا فإن

المنحى المعرفي السلوكي ركز على دور التفكير وعدم واقعيته مثل الأحاديث الذاتية السلبية كأحد أسباب الضغوط النفسية.

كما يسلم العلاج المعرفي السلوكي بأن العديد من الاستجابات الوجدانية والسلوكية والاضطرابات تعتمد إلى حد بعيد على وجود معتقدات خاطئة يبنها الفرد عن نفسه وعن الآخرين، فالأفكار الخاطئة أو لأوتوماتيكية التي تسبق المشاعر السالبة تؤدي إلى التشويه المعرفي أضف إلى ذلك الاستدلال اللامنطقي والمبالغة والتعميم الزائد (أي تعميم خبرة معينة على كل المواقف) هذه تشويهات معرفية يضيفها الفرد على الأحداث مما يزيد من إحساسه بتهديدها ومن الشعور بالضغط ولقد أكدت جل الدراسات التي تم عرضها في الدراسات السابقة (دراسة ماري، فويدار، فاليانى، كوهرت...) بأن الأفراد العقيمين يعانون من الضغط وبشكل أكبر عند النساء.

وعليه فالدراسة الحالية انطلقت من أن العلاج المعرفي السلوكي ذو فعالية في خفض الضغوط من خلال تعديل المعتقدات، الأفكار الخاطئة والأحاديث الذاتية السلبية، وإعادة البناء المعرفي، ومختلف الفنيات العلاجية الأخرى، وعليه ارتكزت الدراسة الحالية على نموذج ثنائي في العلاج المعرفي السلوكي مستمدة فنياتها من طريقة التدريب التحصيلي ضد الضغوط لميكنينوم ومن العلاج المعرفي لبيك بهدف خفض الضغوط لدى النساء العقيمت مستخدمة فنيات مختلفة مستمدة من هذه المناحي وهي: إعادة البناء المعرفي، التخيل البصري، الاسترخاء، التدريب على السلوك التوكيدي، التفريغ الانفعالي، حل المشكلات، الواجبات المنزلية... الخ من الفنيات والتي كان لها الدور الكبير في الوصول إلى هذه النتائج و هي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات استبيان الضغوط النفسية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط الزوجية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط الاجتماعية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط الذاتية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط الانفعالية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط الصحية والعلاجية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات بعد الضغوط المعرفية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس القبلي.

وتعزو الباحثة هذه النتائج التي إلى فاعلية البرنامج العلاجي في خفض الضغوط

النفسية لدى النساء العقيمات بشكل عام وعلى مختلف الضغوط المرتبطة بالعقم بشكل خاص أي وجود فروق في متوسطات درجات استبيان الضغوط النفسية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه لصالح القياس القبلي سواء على الدرجة الكلية أو على الأبعاد المكونة للاستبيان.

هذه النتيجة تتفق مع الدراسات السابقة كدراسة كونوف ونتاراجن (Konoff Cohen,)

(Ntarajan, 2004).

وهذا يفسر من خلال تنوع وتكامل الفنيات العلاجية المستخدمة والتي شملت الفنيات المعرفية (المحاضرات، المناقشات الجماعية، حل المشكلات، الدحض والإقناع، التوجيه)، والفنيات الانفعالية (التفريغ الانفعالي، التخيل البصري)، والفنيات السلوكية (الاسترخاء، الواجبات أو النشاطات المنزلية)، التي سمحت للمشاركات بفهم واسع لمشكلة العقم وما يترتب عنها من ضغوط، والتعرف على آليات تفكيرهن والمشاعر التي تنتج عن ذلك وهذا طبعا من خلال تدريبهن على مختلف الفنيات السابقة الذكر.

ويعد الاعتماد على طريقة ميكينبوم في التدريب التحصيني ضد الضغوط والتي تقوم على فكرة أساسية تشبه التطعيم ضد الأمراض إذ أن تزويد المشاركة في البرنامج بالمعلومات اللازمة عن المواقف الضاغطة ثم تدريبهن على استراتيجيات ومهارات المواجهة تجعل هذه المشاركة بمنئى عن الشعور بالضغوط وتتمثل مراحلها في: تكوين المفاهيم، التدريب على المهارات، وأخيرا تطبيق هذه المهارات في الواقع مع المواقف الطبيعية التي تواجه هذه المشاركات.

كما تفسر الباحثة انخفاض الضغوط عند المشاركات بعد تطبيق البرنامج بسبب رغبتهن الداخلية في التغيير والتخلص من مختلف الضغوط التي يعانين منها والحصول على الراحة والاستقرار النفسي للحفاظ على صحتهن النفسية والشعور بالسعادة الزوجية وتقبل مختلف نتائج العلاج دون اليأس من رحمة الله وقدرته.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة الإيجابية أيضا بسبب الأهداف المسطرة للبرنامج والتي تم تفعيلها بمختلف الفنيات والتدرج في تحقيقها فلا يمكن المرور إلى الهدف الموالي دون تحقيق الهدف الذي قبله، بالإضافة إلى مرونة تطبيق الفنيات وديناميتها، وروح الجماعة والتعاون الذي كان سائدا أثناء الجلسات، وقوة العلاقة العلاجية مع عدم تسجيل الغيابات بالإضافة

إلى تفعيل مختلف ما تم التدريب عليه على أرض الواقع من خلال الأنشطة المنزلة كل هذه العوامل وأخرى ساهمت بشكل مباشر أو غير مباشر في خفض الضغوط النفسية لدى النساء العقيمات وعلى خفض الضغوط بشكل خاص في مختلف أبعاد الاستبيان وهذا يعني أن كل الفرضيات المطروحة قد تحققت وهذا بنسبة 99 بالمئة.

خاتمة

خاتمة:

يعد العقم من أهم الإصابات التي تهدد استقرار النفسي للزوجين إذ يدخلان في حالة نفسية شديدة الحرج تنعكس على حياتهما بصفة عامة خاصة المرأة فهي تتقلب بين اليأس والرجاء في كل شهر، فهي تطوق لحدوث الحمل في كل دورة شهرية وتصاب بالإحباط مع حدوث الطمث ويتكرر هذا مع كل تدخل علاجي، مما يسبب لها ضغوط مختلفة تنعكس على صحتها النفسية و الجسدية الأمر الذي يتطلب الاهتمام والتكفل النفسي بهذه الشريحة وعليه سعت الدراسة الحالية إلى تسليط الضوء عليها من خلال استخدام برنامج علاجي لمساعدة مرتفعات الضغوط من المصابات بالعقم من أجل تخفيفها و اكتساب القدرة على التحكم بها وهذا من خلال برنامج علاجي - معرفي سلوكي - مقترح (خاصة بعد أن أثبتت فعاليته من خلال النتائج المتوصل إليها) وهذا يدفعنا للقول أن مثل هذه البرامج محاولة علمية في ميدان الخدمة النفسية والعلاج النفسي والمساعدة الذاتية للأفراد خاصة إذا أدركنا أهمية الاستقرار النفسي والزواجي والصحة النفسية بالنسبة للمرأة والأهم من هذا دور هذه الصحة النفسية في حدوث الحمل والأكثر أهمية من ذلك هو دورها في الحفاظ على الحمل ونمو الجنين نموا سليما يكفل له الصحة الجيدة بعد الولادة ومن ثم يصبح فردا يتمتع بالصحة النفسية و الجسدية يعمل ويكرس حياته من أجل الرفاهية الإنسانية والوجود الأفضل للأفراد ، وهذا يتطلب المزيد من الدراسة والبحث في هذا المجال لتوفير أفضل الخدمات و الرعاية النفسية لنهيئ للأفراد حياة مستقرة يشعرون فيها بالرضا والإشباع.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر و المراجع

أولاً: المصادر

1- القرآن الكريم

2- صحيح البخاري و مسلم

ثانياً: المراجع

المعاجم و القواميس

3- المنجد في اللغة و الإعلام. (1998). (ط.37) بيروت: منشورات دار الشرق.

4- بدوي، أحمد زكي. (1982). معجم مصطلحات العلوم الإجتماعية، بيروت، لبنان: مكتبة لبنان.

فرج، عبد القادر، طه وآخرون. (1993). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. (ط.1). القاهرة: دار النهضة العربية، ص.

الكتب

5- أبو زيد، مدحت عبد الحميد. (2008). العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية موسوعة العلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية، الجزء الثاني، القاهرة، مصر، 2008.

6- أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف. (2011). تعديل السلوك الانساني- النظرية والتطبيق. (ط.1). عمان: دار المسيرة للنش والتوزيع.

7- إجلال محمد، سري. (2000). علم النفس العلاجي. (ط.1). القاهرة: علا للكتب، 174 .

- 8- آلبرت فيليب. (1979). العقم عند النساء والرجال أسبابه و طرق علاجه. (الفاضل عبيد عمر، مترجم). مكتبة الهلال.
- 9- تايلور، شيلي. (2000). علم النفس الصحي. (وسام درويش بريك، فوزي شاكر طعمية داود، مترجمين). عمان: دار الحامد، 344، 361-363.
- 10- حسين، طه عبد العظيم. (2008). العلاج النفسي المعرفي: مفاهيم و تطبيقات. (ط.1) الإسكندرية، مصر: دار الوفاء.
- 11- حسن، أنعام هادي. (2012). الذكاء الانفعالي وعلاقته بأساليب التعامل مع الضغوط النفسية. (ط.1). عمان: دار الصفاء للنشر و التوزيع. 67 - 68.
- 12- حسين، طه عبد العظيم ، وحسين، سلامة عبد العظيم. (2006). استراتيجيات ادارة الضغوط التربوية والنفسية. (ط.1). عمان: دار الفكر.
- 13- حسين، طه عبد العظيم. (2007). العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقاته. الاسكندرية: دار الوفاء، 100-131.
- 14 - الراس، أحمد مصطفى. (2001). العقم عند المرأة السعودية: مركز النخيل.
- 15- الرشيدى، هارون توفيق. (1999) الضغوط النفسية - طبيعتها نظرياتها - مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، ص20.
- 16- الزراد، فيصل محمد خير. (2008). العلاج النفسي السلوكي. بيروت: دار العلم للملايين.
- 17- ستورا، جان بنجامان. () الاجهاد - أسبابه وعلاجه - (أنطوان، الهاشم، مترجمين). بيروت: منشورات عويدات.
- 18- السيد عبيد، ماجدة بهاء الدين. (2008). الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية. (ط.1) عمان: دار صفاء للنشر و التوزيع.
- 19- السقا، صباح. (2008). العلاج النفسي. جامعة دمشق: كلية التربية.

20- الشخانية، أحمد عيد مطيع. (2010). الضغوط النفسية - دراسة ميدانية- (ط.1). الاردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.

21- شويخ، كلاوس، وشرابينكه، غيرت.(2006). الكرب أو الشدة النفسية - افكار نظريات مشكلات- (الياس حاجوج، مترجم). (ط.1).دمشق: دار علاء الدين.

22 - الشناوي، محمد محروس.(2001). بحوث في التوجيه الاسلامي للإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.

23- الشناوي، محمد محروس وعبدالرحمان، محمد السيد. (1994).المساندة الاجتماعية والصحة النفسية، مراجعة تطبيقية و نظرية. القاهرة: الأنجلو مصرية.

24 - الشناوي، محمد محروس، وعبد الرحمان، محمد السيد. (1998) العلاج السلوكي الحديث - أسسه و تطبيقاته - القاهرة: دار قباء.

25- شيخاني، سمير.(2003). الضغط النفسي - طبيعته، أسبابه، المساعدة الذاتية - (ط.3). بيروت: دار الفكر العربي.

26- عبد الوهاب، خالد محمود.(2006). مدى فاعلية برنامج علاجي في تعديل أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة لدى عينة من مرضى الإدمان السعوديين. القاهرة. 79 - 144.

27- العزيز، أحمد نايل. (2010). برنامج إرشادي نفسي- نموذج في التربية الخاصة- (ط.1). عمان: دار الشروق للنشر.

28- عوض، رثيفة رجب، (2001). ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة - التشخيص والعلاج - القاهرة: مكتبة النهضة، 92 .

- 29- غانم، حسن محمد. الاتجاهات الحديثة في العلاج النفسي - العلاج النفس الجمعي بين النظرية والتطبيق - كتاب الكتروني، ص 79.
- 30- فرغلي، علاء الدين.(2008). مهارات العلاج المعرفي السلوكي.(ط.2). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية، ص13.
- 31- كفاي، علاء الدين.(1989). الارشاد والعلاج النفسي الاسري من المنظور النسقي الإتصالي.(ط.1) الكويت: دار الكتاب الحديث.
- 32- ليوس، نجيب.(2002). الطريق الصحيح لتشخيص و علاج العقم. عمان، الاردن.
- 33- محمد، عادل عبدالله.(2000). العلاج المعرفي السلوكي - أسس و تطبيقات - (ط.1). القاهرة: دار الرشد.
- 34- مصطفى، منصوري.(2010). الضغوط النفسية و المدرسية وكيفية مواجهتها. الجزائر: قرطبة للنشر والتوزيع.
- 35- مليكة، لويس كامل.(1990). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. الكويت: دار القلم.
- 36- الصواف، منى ، والجلبي، قتيبة.(2003). الصحة النفسية للمرأة العربية. مصر: دار المطبوعات للنشر و التوزيع.
- 37- يوسف، جمعة سيد. (2008). إدارة الضغوط. القاهرة: مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث.

المجلات

38- بن علي، راجية.(2009). محددات تصور الطفل في المجتمع الجزائري، مجلة الحكمة، (العدد الأول)، 115-121.

39- الخولي، هشام عبد الرحمان. (2004). فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى معلمي التربية الخاصة، مجلة الارشاد النفسي، (العدد21)، 83 - 135.

40- مقدادي، يوسف موسوي فرحان.(2008). فاعلية برنامج إرشادي جمعي معرفي سلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت. مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية و النفسية 20 (2) يونيو، عمان، الأردن.

المذكرات

40- بكيري، نجيبة. (2011). أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية

للسكريين المراهقين، رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة باتنة

41- سبني، رشيدة. (2008). وضعية و مكانة الجسم العقيم في المجتمع الجزائري، رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر، 40.

42- السواط، وصل الله ، النضج المهني و تنمية مهارات اتخاذ القرار المهني لدى طلاب الصف الاول الثانوي – دراسة تجريبية – رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، السعودية، 2008.

43- العنزي، عياش بن سمير. (2004). علاقة الضغوط النفسية ببعض المتغيرات الشخصية لدى العاملين في المرور بمدينة الرياض ، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الاجتماعية ، السعودية.

44- عطار، أسيا. (2008). القلق والتوافق الزوجي لدى المرأة المصابة بالعمق العضوي الأولي، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، 25، 30، 96.

45- لبنى، أحمان.(2011). دور المساندة الإجتماعية ومصدر الضبط في العلاقة بين الضغط النفسي والمرض الجسدي، رسالة دكتوراه، جامعة باتنة.

46- يوسفى، حدة.(2011). فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي في تنمية بعض المتغيرات الواقية من الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه، جامعة باتنة.

المواقع الإلكترونية:

47- العطوي، نورة.(2013). دراسة مناقشة علاقة فاعلية الذات باستراتيجية مواجهة الضغوط لدى النساء السعوديات غير المنجبات.

WWW.alriadg.com/2012/9/22article770226.

تاريخ الدخول 1 جانفي 2013 على الساعة 19 و 32 دقيقة

48 - فريد، علي. (2011)، الدموع أحدث علاج للعمق. أسترجمت يوم 17 فيفري 2011 من:

[HttpM/ /WWW.Jubailinet .com /vp/showthread.php ?t:1743-1743-](http://WWW.Jubailinet.com/vp/showthread.php?t:1743-1743)

49-المهدي، عبد الفتاح محمد، العوامل النفسية للعمق، نشرت في 13 |02|2005.

Copyrht 2010 Mama gamin .com.

50_The New Encyclopedia Britannica, Chicago, **1974**, Encyclopedia Britannica. Inc, vol4.

LES LIVRES:

51-Larousse Médicale.(2005). Édition françaises, INC, Paris.

52- Abassi, Zohra.(2004).la demande du divorce dans la famille Algérienne, contemporaine office des publications universitaire, Alger,.

53- Athéa, N.(1990).la stérilité une entité mal définie, in testart j, le magasin des enfants, F Bouvin , Paris.

54-Becache, S.(1987). Féminité et maternité, la légende d'Ariane Paris, Revue Française de psychanalyse, Paris.

55- Bornez, JM.(2000). Problématique féminine en psychiatrie, ed Masson,.

56 - Bydlaoski, M.(1987).la dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité, Paris.

57- Chatell M .(1998). Malaise dans la procréation, Albin Michel, Paris.

58- Chebel, M .(1993). L'imaginaire arabo-musulmane, Paris.

59- Deutsch, Helene. (1949). la psychologie des femmes, tome1,paris.

60- Dolto, F.(1998) le féminin, Gallimard, Paris .

61 - Faur-pragie,S .(1997)le bébé de l'inconscient, la psychanalyse face aux stérilité féminines aujourd'hui, Paris.

62- Kleinman R .L.(1989) manuel de planification familiale à l'usage des médecins, publications médicales de Lippf.

63- Martiner, David.(2008) le traitement de l'infertilité, les grossesses multiples et leur risque, énoncé de position du collège des médecins du Québec .

64-Nelson, Alexander Rose.(2010) Infertility –related stress and perceived social support as predictors of Infertility self-efficacy among women in treatment for infertility. This is in partial fulfillment of the requirement for the degree of doctor of philosophy, Drexel University.

65-Langlois p,(1983) couple stérile, M .A Paris.

66- Leiblum . S.(1984). Lifter infertility treatment a long term vertigation of martial and sexual function, human reproduction,4.

67- Tort. M, le désire froid, procréation artificielle et cris des repères symbolique, Paris, ed : la découverte, 1992.

Pierluigi Graziani, Joel Swendsen.(1992). le stress Émotions et stratégies d'adaptation, Nathan.

Les Theses

68_Yaliani, Mahboubeh. (2010). The Effect of Relaxation techniques to ease the stress in infertile women, Article from Iranian journal of nursing and mid wifery research are provided here contry of mellenow publication,.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=almadi.sm,auth>.
Date dentre:14 avril2013 a 19h11m.

69- Alyazouri, Mamoud Tawefeeq(2010). Relationship between infertility related stress and type of coping among infertile males and females, supervision: Anwar Albadou , Islamic university Gaza.

70-L Schmidt et al, communication et adaptation entant que prédicteurs communication de stress problème de fertilité : étude de cohorte, Institut de la sante publique, Université de Copenhague, Danemark, 2005.

<http://fr.mg42.mail.yahoo.com/mea/launch?.rand=cva230nm11ncv>.
Date dentre : 31 mars 2013 a 23H25m.

71-Ushivan, van den break.(2010) Predictors of psychological distress in patient starting IVF treatment: Infertility specified versus general psychological characteristics, Leuven University fertility centre(LUFC), Belgium.

72_Mongrain, Anne Marie(2000). Appariement des stratégies d'adaptation et ajustement psychosocial chez les couple infertils. Pour obtention du grade maitre en psychologie, national Library of canada.

Site Internet

73_E. Lavielle (2012) ,le jeudi 2 fevrier). FIV distresse et d'adaptation psychique.

[http :www.el - psychologue- Paris17 com/blog/2012/02/02/fiv d%89%stress-et-adaptation-psychique,aspx.](http://www.el-psychologue-Paris17.com/blog/2012/02/02/fiv-d%89%stress-et-adaptation-psychique.aspx)

74_ E. Lavielle (2012,le jeudi 5 janvier).FIV Stress, anxiété et dépression.

[http://www, el - psychologue- Paris17 com/blog/2012/01/05/fiv-stress-anxi% c3%89etc3%89pression, ospx.](http://www.el-psychologue-Paris17.com/blog/2012/01/05/fiv-stress-anxi% c3%89etc3%89pression, ospx)

75_Evans, Marie (2011).Vécu psychologique des femmes receveuses en attente d'un s ors d'ovocyte en procréation médicalement assister.

Doctorat en médecine diplôme d'état, université François Rabelais.

76_Cassill, Mc navghton.(2000) Thérapie cognitive – comportementale pour les couple infertiles Idiopathique.

77-Hazaa.(2010). l apareil génital masculine [http// WWW alriad. Com/article96985. Html](http://WWW.alriad.Com/article96985.Html) , date d entrer, 06/04/2011/ 11h30.

الملاحق

ملحق رقم (01): يمثل طلب تحكيم
استبيان الضغوط النفسية للنساء العقيمات

- إعداد - سعاد بخوش -
- قسم علم النفس -
- جامعة- المسيلة -

الموضوع: طلب تحكيم استبيان - دراسة شبه تجريبية -

بسم الله الرحمن الرحيم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، أستاذي الفاضل (ة)

يطيب لي أن أضع بين أيديكم استبيان يتعلق بالضغوط النفسية عند النساء العقيمات، وأود أن أحيطكم علماً بأن طالبة
بصدد إعداد دراسة علمية بعنوان: فعالية برنامج علاجي - معرفي سلوكي - مصمم لخفض الضغوط النفسية لدى النساء العقيمات.

وذلك من أجل استكمال إجراءات الحصول على شهادة الماستر في علم النفس تخصص علم النفس العيادي من جامعة
مسيلة.

و لتحقيق أهداف هذه الدراسة قامت طالبة بتصميم الاستبيان لقياس ما تدركه وتعيشه المرأة المصابة بالعقم من ضغوط
والذي يتكون من ستة أبعاد نذكرها على النحو التالي:

بعد الضغوط الزوجية: وهي مجموعة الضغوط التي تعيشها المرأة في علاقتها مع زوجها بسبب عدم الإنجاب كشعورها بعدم الاهتمام،
بالمسؤولية، بالذنب، بعدم الأمان، اضطراب العلاقة الجنسية، وكل هذا يؤثر على تكيفها النفسي.

بعد الضغوط الاجتماعية: هي مجموعة الضغوط التي تعانيها المرأة كنتيجة مباشرة لإصابتها بالعقم كتدخلات الأهل، البحث المستمر
عن إمكانية الحمل، الشعور بنقص تقدير الآخرين وتقل المسؤولية وهذا يسبب لها القلق والتوتر.

بعد الضغوط العلاجية والصحية: هي مجموعة الضغوط التي تدرکها المرأة بأنها تهددها وتسبب لها المعاناة والإرهاق والتوتر مثل:
تكاليف العلاج الباهظة، إجراءات العلاج المتعبة، الرغبة في التوقف عن العلاج، بعض الأعراض السيكوسوماتية.

بعد الضغوط الذاتية: هي مجموعة الضغوط المرتبطة بالإصابة بالعقم وتأثير ذلك على رغبتها في الإنجاب، نظرتها للحياة، تقديرها
لذاتها وتقدير الآخرين لها.

بعد الضغوط الانفعالية: وهي مجموعة الضغوط التي تشير إلى مختلف المشاعر والانفعالات المرتبطة بالعقم كالخوف من المستقبل،
فقدان الأمل، ربط السعادة بالإنجاب، أحاسيسها عند اقتراب وحدث الطمث، عدم القدرة على السيطرة على الوضعية، وهذا يؤثر
بالسلب على التكيف النفسي للمرأة.

بعد الضغوط المعرفية: وهي تشير إلى مجموعة الأفكار التي كونتها المرأة وأدركتها بسبب إصابتها بالعقم مثل: الشك في تحقيق النجاح، التفكير في الطلاق، المستقبل الغامض، الإرتياب هو مفتاح المشاكل.

وقد تم استخدام نموذج ليكرت الثلاثي الذي يتراوح بين غير موافق، موافق أحياناً، موافق بشدة للإجابة على بنود الاستبيان، الذي تعطى درجات تصحيحه تصاعدياً وفقاً للدرجات التالية: غير موافق = واحد، موافق أحياناً = اثنان، موافق بشدة = ثلاثة.

ولقد صيغت كل البنود في الاتجاه الإيجابي للخاصية، ولذلك فالدرجة المرتفعة تشير إلى أن المرأة العقيم تدرك هذه الأحداث على أنها مثيرة للضغط أو تسبب لها الضغط.

ونظراً لخبرتكم العلمية والعملية، ولما عرف عنكم من خبرة واسعة في مجال البحث العلمي فإن الطالبة نتشرف باختياركم محكماً والاسترشاد برأيكم والتعرف على وجهة نظركم وملاحظاتكم حول أبعاد هذا الاستبيان، ودرجة موافقة البنود لأغراض الدراسة ووضوح الصياغة وسلامتها وأي اقتراحات ترونها مناسبة.

يرجى من سيادتكم المحترمة ملئ البيانات التالية لغرض التعريف بالأعضاء المحكمين:

الاسم اللقب:

الرتبة العلمية:

التخصص الأكاديمي:

مكان العمل:

مع فائق الشكر والتقدير لحسن تعاونكم و مساعدتكم.

- جدول خاص بالضغوط النفسية الخاصة بالبعد الزواجي:

الرقم	البند	يقيس	لا يقيس	التعديل
1	أشعر أنني حرمت زوجي من الإنجاب.			
2	أشعر أن زوجي لا يساندني في محنتي.			
3	أحس بالذنب كلما فكرت أنني مقصرة في حق زوجي.			
4	يقلقني عدم شعوري بالأمان في حياتي الزوجية.			
5	تقلقني المواعيد المحددة للعلاقة الجنسية.			
6	أنا خائفة من الانفصال عن زوجي تدريجياً بسبب العقم.			
7	يتحول الجماع لحدث صعب يشعرني بالتوتر وخيبة الأمل.			
8	أتجنب معاشره زوجي خارج الفترات التي يحتمل فيها الحمل.			
9	لا يقدر زوجي ما أعانيه من ضغوط.			
10	يحملني زوجي مسؤولية فتور علاقتنا الزوجية.			

- جدول الضغوط النفسية بالبعد الاجتماعي:

الرقم	البند	يقيس	لا يقيس	التعديل
1	يفلقتني افتقادي للشعور بالحب والاهتمام بالآخرين (أقارب، أصدقاء)			
2	أشعر بثقل المسؤولية عند تواجدي مع أهل زوجي.			
3	تدخلات الأهل مقلقة.			
4	الأعياد والمناسبات العامة صعبة للغاية بالنسبة لي.			
5	اهتماماتي بالأقارب قلت بسبب تدخلاتهم في حياتي الشخصية.			
6	توترني أسئلة الآخرين عن إمكانية الحمل.			
7	أحياناً أشعر أنني أرغب في الطفل للتخلص من الضغوط التي تحيط بي.			
8	إن دوري غير كامل لأنني لم أنجب.			
9	لقد قلت زيارتي لأقاربي بسبب ما ألقاه من تدخلات وضغوط.			
10	لا أحد يقدر ما أنا فيه من معاناة.			
11	أتضايق من كيفية تعامل الأقارب معي.			
12	أشعر بنقص مكانتي في عائلة زوجي.			

- جدول الضغوط النفسية الخاص بالبعد الانفعالي:

الرقم	البند	يقيس	لا يقيس	التعديل
1	يفلقتني عجزني من مواجهة العقم.			

			أعيش العادة الشهرية مثل الخسارة.	2
			أشعر أن سعادتي مرتبطة بالإيجاب.	3
			أشعر بالخوف من المستقبل.	4
			أزعج وأتوتر لا بسط مشكلة تواجهني.	5
			أشعر بالوحدة في اغلب الأوقات.	6
			أشعر بمعاناة كبيرة عند اقتراب موعد الطمث.	7
			أشعر أنني فقدت السيطرة على كثير من أمور حياتي.	8
			يخيفني أن لا يكون لدي أطفال في المستقبل.	9
			يتملكني إحساس بالحزن عند حدوث الطمث.	10

- جدول الضغوط النفسية الخاص بالبعد الذاتي:

الرقم	البند	يقيس	لا يقيس	التعديل
1	تتقصني الثقة بالنفس.			
2	ليس من السهل الفصل بين العقم وباقي مجالات حياتي.			
3	حياتي كلها اضطربت بسبب العقم.			

			أشعر بعدم تقدير الآخرين لي.	4
			أن أنجب طفل هو الشيء الأهم في حياتي.	5
			بعد العقم أكبر مشكلة في حياتي.	6
			إن حياتي ذهبت سدى لأنني لم أنجب.	7
			لا أشعر بأهمية أي شيء في الحياة.	8
			أشعر أن سوء الحظ يلاحقني.	9
			أشعر بعدم الرضا على نفسي.	10
			شعوري باليأس يزداد مع الوقت.	11
			توقفت كل آمالي وطموحاتي مع هذه المشكلة.	12
			مشكلة العقم تسبب لي عدم الاستقرار النفسي.	13

- جدول الضغوط النفسية الخاص بالبعد الصحي العلاجي:

الرقم	البند	يقيس	لا يقيس	التعديل
1	أكثر ما يقلقني عدم وجود فائدة من العلاج.			
2	تكاليف علاج العقم تزعجني.			
3	إجراءات الفحوص والعلاج متعبة ومملة.			
4	أفكر في التوقف عن العلاج.			

			ينتقل الألم من مكان لآخر في جسمي في كل مرة أفكر فيها بالرجوع للطبيب.	5
			توترني المواعيد المحددة للتحاليل والفحوصات.	6
			أشعر بالتعب والتوتر عند القيام بأبسط الأعمال.	7
			تتأرجح حياتي بين الأمل والإحباط بسبب العلاج.	8
			أصعب لحظات حياتي يوم اكتشفت إصابتي بالعمق.	9
			يزعجني ما أعانيه من فقدان الشهية واضطراب الهضم.	10
			امتداد العلاج على فترات طويلة يجهدني.	11

- جدول الضغوط النفسية الخاص بالبعد المعرفي:

الرقم	البند	يقيس	لا يقيس	التعديل
1	التفكير بالإيجاب يشعرنني بالتوتر والضغط.			
2	أجد صعوبة في تصور مستقبلي دون أطفال.			
3	أرى أنه لم يعد لي هدف مهم في الحياة سوى الإيجاب.			
4	أفكر في الطلاق للتخلص من الضغوط التي أعيشها.			

			أدرك تماما أن مستقبلي غامض لأنني لم أنجب.	5
			أرى أن عدم الإنجاب يرهن حياتي كلها.	6
			أشك في قدرتي على تحقيق أي نجاح أو شيء نافع.	7
			لا أجد معنى للحياة	8
			أرى أن الإنجاب هو مفتاح مشاكلي.	9
			أنا مقتنعة أن ولادة طفل تمثل بالنسبة لي الاستقرار والأمان.	10

ملحق رقم (02) يمثل:

الصورة النهائية للجداول بعد إجراء التعديلات وفق نصائح وإرشادات السادة المحكمين

- جدول الضغوط النفسية الخاص بالبعد الزوجي:

الرقم	البند	يقيس	لا يقيس	التعديل
1	أشعر أنني حرمت زوجي من الإنجاب.			
2	تضايقني عدم مساندة زوجي لي في محنتي.			
3	أحس بالذنب كلما فكرت أنني مقصرة في حق زوجي.			
4	أشعر بعدم الأمان في حياتي الزوجية.			
5	تقلقني المواعيد المحددة للعلاقة الجنسية.			
6	أنا خائفة من الانفصال عن زوجي تدريجياً بسبب العقم.			
7	تحول الجماع لحدث صعب يشعرنى بالتوتر وخيبة الأمل.			
8	أتجنب معاشره زوجي خارج الفترات التي يحتمل فيها الحمل.			
9	زوجي لا يقدر ما أعانيه من ضغوط			
10	يحملني زوجي مسؤولية فتور علاقتنا الزوجية.			

- جدول الضغوط النفسية الخاصة بالبعد الاجتماعي:

الرقم	البند	يقيس	لا يقيس	التعديل
1	أفتقد للشعور بالحب والاهتمام من طرف الآخرين (أقارب، أصدقاء)			
2	أشعر بثقل المسؤولية عند تواجدي مع أهل زوجي.			
3	تدخلات الأهل مقلقة			
4	الأعياد والمناسبات العامة صعبة للغاية بالنسبة لي.			
5	أتضايق من كيفية تعامل الأهل معي.			
6	توترني أسئلة الآخرين عن إمكانية الحمل.			
7	أحيانا أشعر أنني أرغب في الطفل للتخلص من الضغوط التي تحيط بي.			
8	أشعر أن دوري في أسرتي غير كامل لأنني لم أنجب.			
9	قلت زيارتي لأقاربي بسبب ما ألاقه من تدخلات وضغوط.			
10	لا أحد يقدر ما أنا فيه من معاناة.			
11	أشعر بنقص مكانتي في عائلة زوجي.			

- جدول الضغوط النفسية الخاص بالبعد الانفعالي:

الرقم	البند	يقيس	لا يقيس	التعديل
-------	-------	------	---------	---------

			1	يقلقني عجزني عن مواجهة مشكلة العقم.
			2	أعيش العادة الشهرية مثل الخسارة.
			3	أشعر أن سعادتني مرتبطة بالإنجاب.
			4	أشعر بالخوف من المستقبل.
			5	أزعج لأبسط مشكلة تواجهني.
			6	أشعر أن دوري غير كامل لأنني لم أنجب.
			7	أشعر بالوحدة في أغلب الأوقات.
			8	أشعر بمعاناة كبيرة عند اقتراب موعد الطمث.
			9	أشعر أنني فقدت السيطرة على كثير من أمور حياتي.
			10	يتملكني إحساس بالحزن عند حدوث الطمث.

- جدول الضغوط النفسية الخاص بالبعد الذاتي:

الرقم	البند	يقيس	لا يقيس	التعديل
1	تتقضي الثقة بالنفس.			
2	ليس من السهل الفصل بين العقم وباقي مجالات حياتي.			
3	حياتي كلها اضطرت بسبب العقم.			
4	أشعر بعدم تقدير الآخرين لي.			
5	أن أنجب هو الشيء الأهم في حياتي.			
6	يعد العقم أكبر مشكلة في حياتي.			
7	أشعر أن حياتي ذهبت سدى لأنني لم أنجب.			
8	لا أشعر بأهمية أي شيء في الحياة.			
9	أشعر أن سوء الحظ يلاحقني.			
10	أشعر بعدم الرضا على نفسي.			
11	شعوري باليأس يزداد مع الوقت.			
12	توقفت كل آمالي وطموحاتي مع مشكلة العقم.			
13	مشكلة العقم تسبب لي عدم الاستقرار النفسي.			

- جدول الضغوط النفسية الخاص بالبعد الصحي العلاجي:

الرقم	البند	يقيس	لا يقيس	التعديل
1	أكثر ما يقلقني عدم وجود فائدة من العلاج.			
2	تكاليف علاج العقم تنقل كاهلي.			
3	إجراءات الفحوص والعلاج متعبة ومملة.			
4	أفكر في التوقف عن العلاج.			
5	ينتقل الألم من مكان لآخر في جسمي في كل مرة أفكر فيها بالرجوع للطبيب.			
6	توترني المواعيد المحددة للتحاليل والفحوصات.			
7	أشعر بالتعب والتوتر عند القيام بأبسط الأعمال.			
8	العلاج يجعل حياتي متأرجحة بين الأمل والإحباط.			
9	أصعب لحظات حياتي يوم اكتشفت إصابتي بالعقم.			
10	يزعجني ما أعانيه من اضطرابات في الهضم.			
11	لا أجد فائدة من متابعة العلاج.			
12	امتداد العلاج على فترات طويلة يجهدني.			

- جدول الضغوط النفسية الخاص بالبعد المعرفي:

الرقم	البند	يقيس	لا يقيس	التعديل
-------	-------	------	---------	---------

			التفكير بالإيجاب يشعرنى بالتوتر والضغط.	1
			أجد صعوبة في تصور مستقبلي دون أطفال.	2
			أرى أنه لم يعد لي هدف مهم في الحياة سوى الإيجاب.	3
			أفكر في الطلاق للتخلص من الضغوط التي أعيشها.	4
			أدرك تماما أن مستقبلي غامض لأنني لم أنجب.	5
			أرى أن عدم الإيجاب يرهن حياتي كلها.	6
			أشك في قدرتي على تحقيق أي نجاح أو شيء نافع.	7
			أنا مقتنعة أن ولادة طفل تمثل بالنسبة لي الاستقرار و الأمان.	8
			الحياة لا معنى لها.	9
			أرى أن الإيجاب هو مفتاح مشاكلي.	10

ملحق رقم (3) يمثل:
استبيان الضغوط النفسية للنساء العقيمات
الصورة النهائية

بسم الله الرحمن الرحيم

في إطار إجراء مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر حول الضغوط النفسية. نعرض على سيادتكم هذا الاستبيان أملين مساعدتنا في إنجاح هذه الدراسة.

نرجو منكم ملئ هذه البيانات:

الاسم:.....
المستوى الدراسي:.....
السن:.....
سبب العقم:.....
مدة العقم:.....

تعليمات الاستبيان:

تمر المرأة بمجموعة من الضغوطات في حياتها إلا أن الإحساس بهذه الضغوط يختلف من امرأة لأخرى ومن موقف لآخر وهذا الاستبيان الذي بين يديك يضم مجموعة من المواقف والأفكار والمشاعر التي ترتبط بالعقم وتداعياته وتسبب لك الضغط والقلق.

المطلوب منك أن تقرا كل البنود بتمعن وتأن وأن تجيب على سبيل المثال:

إذا كانت العبارة تنطبق عليك ضع العلامة (+) أمامها أي تحت العمود موافق تماما، وإذا كانت تنطبق عليك أحيانا ضع العلامة (+) تحت العمود موافق أحيانا، أما إذا كانت لا تنطبق عليك فضع العلامة (+) تحت العمود غير موافق.

- ملاحظة: لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة وإنما الإجابة الصادقة هي التي تنطبق عليك.

من فضلك أجبني على كل البنود بصدق مع العلم أن هذه المعلومات لا يطلع عليها أحد و تستخدم فقط لأغراض البحث العلمي.

استبيان الضغوط النفسية:

الرقم	البند	موافق بشدة	موافق أحيانا	غير موافق
1	أرى أن الإنجاب هو مفتاح مشاكلي.			

			ليس من السهل الفصل بين العقم وباقي مجالات حياتي.	2
			لا أحد يقدر ما أنا فيه من معاناة.	3
			إجراءات الفحوص والعلاج متعبة ومملة.	4
			زوجي لا يقدر ما أعانيه من ضغوط.	5
			يتملكني إحساس بالحزن عند حدوث الطمث	6
			أشعر بثقل المسؤولية عند تواجدي مع أهل زوجي.	7
			أنا مقتنعة أن ولادة طفل تمثل بالنسبة لي الاستقرار والأمان.	8
			العلاج يجعل حياتي متأرجحة بين الأمل والإحباط.	9
			أشعر بالخوف من المستقبل.	10
			أفتقد الشعور بالحب والاهتمام من طرف الآخرين (أقارب، أصدقاء)	11
			تكاليف علاج العقم تثقل كاهلي.	12
			أرى أن عدم الإنجاب يرهن حياتي كلها.	13
			يتحول الجماع لحدث صعب يشعرني بالتوتر وخيبة الأمل.	14
			أشعر بعدم الرضا على نفسي.	15
			حياتي كلها اضطربت بسبب العقم.	16
			اهتماماتي بالأقارب قلت بسبب تدخلاتهم في حياتي الشخصية.	17
			أجد صعوبة في تصور مستقبلي بدون أطفال.	18
			أشعر أن سوء الحظ يلاحقني.	19
			أحس بالذنب كلما فكرت أنني مقصرة في حق زوجي.	20
			مشكلة العقم تسبب لي عدم الاستقرار النفسي.	21
			ينتقل الألم من مكان لآخر في جسمي في كل مرة أفكر فيها بالرجوع إلى الطبيب.	22

			أفكر في الطلاق للتخلص من الضغوط التي أعيشها.	23
			أشعر بالتعب والتوتر عند القيام بأبسط الأعمال.	24
			أكثر ما يقلقني عدم وجود فائدة من العلاج.	25
			أشعر أن زوجي لا يساندني في هذه المحنة.	26
			أتضايق من كيفية تعامل الأقارب معي.	27
			يعد العقم أكبر مشكلة في حياتي.	28
			أشعر أنني فقدت السيطرة على كثير من أمور حياتي.	29
			أدرك تماما أن مستقبلي غامض لأنني لم أنجب.	30
			أعيش العادة الشهرية مثل الخسارة.	31
			أفكر في التوقف عن العلاج.	32
			لا أشعر بأهمية أي شيء في الحياة.	33
			توقفت كل آمالي وطموحاتي مع مشكلة العقم.	34
			أنا خائفة من الانفصال عن زوجي تدريجيا بسبب العقم.	35
			أنزعج وأتوتر لأبسط مشكلة تواجهني.	36
			أشعر بالوحدة في أغلب الأوقات.	37
			الأعياد والمناسبات العامة صعبة للغاية بالنسبة لي.	38
			توترني أسئلة الآخرين عن إمكانية الحمل.	39
			أشعر بمعاناة كبيرة عند اقتراب موعد الطمث.	40
			أشعر أن حياتي ذهبت سدى لأنني لم أنجب.	41
			توترني المواعيد المحددة للتحاليل والفحوصات.	42
			أتجنب معاشره زوجي خارج الفترات التي لا يحتمل فيها الحمل.	43
			أرى أنه لم يعد لي هدف مهم في الحياة سوى الإنجاب.	44
			شعوري باليأس يزداد مع الوقت.	45
			أشك في قدرتي على تحقيق أي نجاح أو شيء نافع.	46
			أشعر بنقص مكانتي في عائلة زوجي.	47

			تدخلات الأهل مقلقة.	48
			أحيانا أشعر أنني أرغب في الطفل للتخلص من الضغوط التي تحيط بي.	49
			تقلقتي المواعيد المحددة للعلاقة الجنسية.	50
			يحملني زوجي مسؤولية فتور علاقتنا الزوجية.	51
			أشعر أن سعادتي مرتبطة بالإنجاب.	52
			قلت زيارتي لأقاربي بسبب ما ألقاه من تدخلات وضغوط.	53
			تتقصني الثقة بالنفس.	54
			التفكير بالإنجاب يشعرنني بالتوتر والضغط.	55
			أشعر أنني حرمت زوجي من الإنجاب.	56
			أرى أن الحياة لا معنى لها.	57
			أن أنجب طفل هو الشيء الأهم من حياتي.	58
			أشعر بعدم تقدير الآخرين لي.	59
			يخيفني أن لا يكون لدي أطفال في المستقبل.	60
			أشعر بعدم الأمان في حياتي الزوجية.	61
			يفلقتني عجزني من مواجهة العقم.	62
			أشعر أن دوري غير كامل لأنني لم أنجب.	63
			أصعب لحظات حياتي يوم اكتشفت إصابتي بالعقم.	64
			امتداد العلاج على فترات طويلة يجهدني.	65
			يزعجنني ما أعانيه من اضطرابات في الهضم.	66

ملحق رقم (04) يمثل:
طلب تحكيم البرنامج العلاجي
الصورة الأولية - إعداد الطالبة: - سعاد بخوش -

بيانات خاصة بالأستاذ المحكم:

الاسم واللقب:.....
المؤهل العلمي:.....
التخصص الدقيق:.....
مكان العمل الحالي:.....

رسالة إلى الأستاذ المحكم:

أستاذي الكريم (ة) تحية طيبة وبعد:

يسرني أن أضع بين أيديكم هذا البرنامج الذي أعدته الطالبة في إطار إعدادها لرسالة الماجستير تخصص - علم النفس العيادي - وذلك بغرض إبداء آراءكم وملاحظاتكم فيما يتعلق بفقراته وأهدافه وفتياته وعدد جلساته ومدى ملائمة الفنيات المقترحة للأهداف المسطرة للبرنامج.

وهذا البرنامج مستمد من المنحى العلاجي المعرفي السلوكي وتحديدا من نظرية كل من (بيك)، ونظرية (ميكنبوم) للتعديل المعرفي السلوكي. وقبل عرض البرنامج هذا تعريف موجز للضغوط التي تعاني منها النساء العقيمات وسيعمل البرنامج على تعديلها. **الضغوط:** هي مجموعة المتطلبات أو المواقف أو الخبرات أو الأفكار التي تدركها المرأة بأنها تفوق قدراتها على التأقلم والتكيف وتسبب لها الضيق والقلق والتوتر وتتعلق بالضغوط الزوجية، والضغوط الاجتماعية، والضغوط الصحية والعلاجية، والضغوط الانفعالية، والضغوط الفكرية. وقد استخدمت الطالبة استبيان أعدته لهذا الغرض وتأكدت من صدقه وثباته.

1- تعريف البرنامج:

هو عبارة عن مجموعة من الخطوات المنظمة التي تستند إلى أسس وفنيات العلاج المعرفي السلوكي المستمدة من اتجاهات كل من (بيك Beack) (وميكنبوم Mecenbaum) وتتضمن مهارات وأنشطة موجهة للنساء العقيمات اللاتي يعانين من ضغوط نفسية مرتفعة، بهدف تخفيف وإدارة هذه الضغوط واكتساب معارف ومفاهيم تساعدن على مواجهة صعوبات الحياة بصفة عامة بشكل أفضل.

2- بناء البرنامج:

يستند البرنامج على إطار نظري مستمد من العلاج المعرفي السلوكي المستمد من نظرية كل من (بيك العلاج المعرفي، منحى التعديل السلوكي ليمكنبوم) لأنها تعتبر من المناحي الرائدة في علاج العديد من المشكلات والاضطرابات النفسية، بالإضافة إلى تعدد الفنيات العلاجية، وهذا يسهم في فاعلية وإيجابية البرنامج من جهة، ومن جهة أخرى تعامل هذا المنحى العلاجي مع المشكلات والاضطرابات من منظور ثلاثي، إذ يتم التعامل مع المشكلة معرفيا وانفعاليا وسلوكيا مما يضمن بقاء الاستجابة واستمرار السلوك وندرة حدوث الانتكاسة.

ويقوم هذا البرنامج على أساس أن المعارف تلعب دورا بالغ الأهمية في تحديد الانفعالات والسلوك، وأن لكل فرد مخزون معرفي الذي يشكل فلسفته في الحياة وما لديه من أفكار ومعتقدات حول نفسه وأخرى عن الآخرين والعالم المحيط. هذه المعارف هي التي توجه معظم سلوكياته في التعامل مع مختلف ما يواجهه من مشاكل، وإن الأفكار الخاطئة هي التي تؤدي بالفرد إلى الشعور بالتهديد والضغط، وبذلك ينخفض تقديره لذاته، ومن ثم يستخدم استراتيجيات وأساليب غير فعالة وبذلك يفقد السيطرة والتحكم في تسيير أمور حياته. لذلك يجب التركيز على تغيير مدركات الفرد وأفكاره ومعارفه عن ذاته وعن الآخرين، حتى تتغير الانفعالات السلبية والسلوكيات الغير فعالة، وهذا يؤدي إلى التعامل بإيجابية مع الضغوط، وهذا ما سيتم التركيز عليه في هذا البرنامج. بحيث سيتم إمداد النساء اللواتي يعانين من العقم بمعلومات واضحة وبسيطة يستطعن من خلالها فهم الأسباب الحقيقية التي تؤدي بهن إلى الشعور بالضغط بسبب العقم، ومختلف الجوانب المرتبطة بهذه الإصابة وأبعادها، وهذا سيسمح لهن بالتنفيس عن مشاعرهن اتجاه هذه الإصابة والتعبير عن الأفكار والمعتقدات الخاطئة مع الأخذ بعين الاعتبار مجموعة من المتغيرات: سبب العقم، مدة العقم، فترات العلاج وكل ما يمكن أن يساعد على تحديد وفهم هذه الإصابة حتى يتمكن من السيطرة عليها والتحكم بالضغوط الناتجة عنها... ويتم ذلك داخل المجموعة التي تم اختيارها بعناية مما يسمح بالتعبير بحرية والتعاون من أجل التغيير نحو الأفضل.

3- أهداف البرنامج:

يسعى هذا البرنامج إلى تحقيق نوعين من الأهداف:

3-1- الهدف الرئيسي: هو تخفيف حدة الضغوط النفسية لدى النساء العقيمات، وذلك من خلال إكسابهن بعض المعارف وتدريبهن على بعض المهارات السلوكية والانفعالية التي من شأنها أن تخفف الضغوط لديهن، من خلال تعديل معارفهن وبالتالي إكتساب السلوك الذي يسمح بالتوافق والصحة النفسية وهذا هو الهدف النهائي.

3-2- الأهداف الفرعية: تزويد النساء المشاركات في البرنامج بمعلومات عامة عن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي أساسه النظري، الفنيات العلاجية التي يجب التدرب عليها، أهميته ودوره في خفض الضغوط النفسية لديهن.

- تزويد المشاركات في البرنامج بمعلومات عن العقم من حيث المفهوم، الأسباب، التشخيص، طرق العلاج، ومحددات تصور الطفل في المجتمع الجزائري وما يرتبط بها.
- تزويدهن بمعلومات عن الضغط النفسي من حيث أيضا المفهوم، أنواعه، مترتياته على جميع جوانب الشخصية معرفيا، انفعاليا، سلوكيا وعواقبه على الصحة النفسية.
- توضيح العلاقة الموجودة بين العقم والضغط النفسي وإدراك دور هذه المعلومات والمعارف في فهم كيفية التعامل مع هذه الوضعية واستثمار هذه المعلومات لمعرفة العلاقة بين الانفعال، والأفكار والسلوك لاستبصار العلاقة بين الأفكار السلبية والشعور بالضغط.
- محاولة مساعدة المشاركات في البرنامج على الاستبصار بمشاكلهن وإيجاد الحلول المناسبة لها.
- تدريب المشاركات على مراقبة الأفكار السلبية التي من شأنها أن تزيدهن من الشعور بالضغط.
- محاولة إستبدال الحوار الذاتي السلبي بحوار وأحاديث إيجابية تساعد في مواجهة الضغوط.
- تزويد المشاركات بمعلومات عن الاسترخاء العضلي تحديدا لاستخدامه في مواجهة المواقف الضاغطة وأهميته ودوره في خفض التوتر وضبط الانفعالات ومن ثم التدريب عليه.
- التدريب على الاستجابات التوكيدية من خلال التدريب على التعبير على المشاعر السلبية والإيجابية والقدرة على رفض الطلبات غير المعقولة لاكتساب القدرة على المبادأة والاستمرار في التفاعلات الاجتماعية المختلفة.

— ممارسة المهارات التي تم التدريب عليها خارج الجلسات العلاجية في مواقف حياتية واقعية من خلال مراقبة الذات وملاحظة ما تم إنجازه وأيضا تكليفهم بالواجبات المنزلية لنقل المهارات المكتسبة لتصبح ردود فعل لدى النساء عندما يواجهن موقفا ضاعطا.

4- مصادر بناء محتوى البرنامج العلاجي:

تم إعداد هذا البرنامج بناء على مجموعة من مجموعة من المصادر تتمثل أهمها في:

4-1- الإطار النظري: والذي يلقي الضوء على مختلف متغيرات الدراسة العقم (مفهومه، أسبابه، تشخيصه، معنى الإنجاب، ومحدداته) والضغط النفسية (ماهيتها، أنواعها... علاقتها بالعقم) بالإضافة إلى مفاهيم حول البرنامج العلاجي وأهم الأهداف التي أسعى إلى تحقيقها من خلاله ومختلف المفاهيم الأساسية حول الفنيات العلاجية على شكل مطويات.

4-2- الدراسة الاستطلاعية: وقد أجرتها الطالبة للتعرف على أهم الضغوط التي تعاني منها النساء العقيمات من خلال استبيان وجه لهن بغية تحديد هذه الضغوط والكشف عنها، بالإضافة إلى إجراء مقابلات مع بعض النساء العقيمات.

4-3- اشتمت الباحثة الإطار العام للبرنامج ومادته العلمية وفنياته العلاجية كما سبق ذكره من أساليب وفنيات العلاج المعرفي السلوكي لكل من بيك، وميكينبوم، بالإضافة إلى الدراسات التجريبية والبحوث التي أجريت في هذا المجال والتي هدفت إلى تخفيف الضغوط بصفة عامة والضغط النفسية لدى النساء العقيمات، وهذه الدراسات تم استعراضها أثناء عرض الدراسات السابقة وعرض الإطار النظري للدراسة.

4-4- تحليل محتوى البرامج العلاجية والإرشادية المتاحة والاستفادة منها في صياغة الفنيات وطريقة عمل الجلسات التي يحتويها البرنامج.

4-5- الاستبيان المستخدم في الدراسة.

5- حدود البرنامج:

في ضوء الأهداف العلاجية التي يسعى البرنامج إلى تحقيقها فقد تم تنفيذ البرنامج ضمن الحدود التالية:

5-1- الحدود الزمنية: يستغرق البرنامج مدة شهر بواقع جلستين إلى ثلاث جلسات في الأسبوع. تستغرق مدة الجلسة ما بين 90 إلى 120 دقيقة حسب هدف كل جلسة وطبيعة الفنية المستخدمة.

5-2- عدد الجلسات: يتكون البرنامج العلاجي الحالي من 11 جلسة علاجية، وتختلف مدة كل جلسة عن الأخرى حسب هدف كل جلسة وطبيعة الفنية المستخدمة.

5-3- الحدود المكانية: تم تنفيذ البرنامج في قاعة مخصصة ومجهزة بالوسائل اللازمة مثل جهاز العرض، كومبيوتر، مقاعد مريحة... الخ بالمدرسة القرآنية بمقر جمعية علياء بباتنة.

5-4- عدد المشاركات في البرنامج: عدد المشاركات في البرنامج هو 06 نساء مدة زواجهن أكثر من سنة وهن يعانين من العقم حسب تشخيص الأطباء وبالرغم من العلاج لم يحدث الحمل وقد سجلن مستويات حادة ومرتفعة ومتوسطة من الضغوط وأبدن الاستعداد والرغبة في المشاركة في البرنامج العلاجي.

6- الأسلوب العلاجي المستخدم: العلاج الجماعي.

7- التصميم التجريبي: المجموعة الواحدة.

8- الفنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج:

لكي يحقق البرنامج أهدافه المسطرة يجب أن يستخدم الفنيات العلاجية المناسبة وقد تم اختيار هذه الفنيات بعناية فائقة حتى تتناسب مع هذه الأهداف وتتمثل هذه الفنيات في:

8-1- **المحاضرة:** تسمى أيضا بالتوجيه المباشر وهي فنية ضرورية للعلاج المعرفي السلوكي، ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم معلومات عن العقم أسبابه، تشخيصه، أهم وأحدث التقنيات العلاجية معنى الإنجاب، ومحددات وجود الطفل في المجتمع الجزائري، ثم الضغوط النفسية، مفهومها، أسبابها، آثارها، النظريات المفسرة لها، علاقتها بالعقم، ثم دور العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية عند النساء العقيمات، بالإضافة إلى مطويات للمحاضرات وأهم التقنيات العلاجية.

8-2- **المنافشة الجماعية:** تمثل المناقشات الجماعية فنية ضرورية في العلاج المعرفي السلوكي، باعتبار هذا المنحى، تعليمي حيث يتم تزويد المتعالمين بالعديد من المفاهيم والمعلومات، والمهارات، ويتخلل ذلك مناقشات مختلفة بين مسير الجلسة، والأعضاء المشاركين من أجل الاستيضاح والاستيعاب، والوصول في النهاية إلى مفاهيم مشتركة تسهم في ترسيخ قواعد وخطط البرنامج، ورفع اللبس عن كل ما هو غامض وتشجيع الحوار والتواصل البناء، أما من الناحية التطبيقية فإن موضوع المحاضرة يسهم في تبادل الآراء (التغذية الراجعة) مما يؤدي إلى تغيير المعرفة بشكل ديناميكي والوصول إلى تعديل الأفكار الخاطئة واكتساب سلوكيات تكيفية. وتعتبر كلا الفينيتين الأولى والثانية فنيات أساسية تستخدم كوسائل لتنفيذ العديد من الفنيات التدريب التحصيني ضد الضغوط، إعادة البناء المعرفي... الخ.

8-3- **التدريب التحصيني ضد الضغوط:** وهي مأخوذة من أسلوب ميكينبوم وتستند هذه الطريقة إلى فكرة رئيسية مفادها أن الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد وجود تفاوت بين متطلبات الموقف وبين ما لديه من مصادر شخصية، واجتماعية، وتعمل هذه الطريقة على تزويد الفرد بالمعلومات، واكتساب المهارات التي يستطيع من خلالها مواجهة المواقف الضاغطة، وهي تشتمل على ثلاث مراحل:

8-3-1- **مرحلة تكوين المفاهيم:** وهذه المرحلة تعليمية وتتضمن تزويد المتعالمين بالمعلومات التي تمكنهم من فهم العقم أسبابه، تشخيصه، علاجه، محدداته والمفاهيم الخاطئة المرتبطة به، بعد ذلك الضغوط ماهيتها، طبيعتها، آثارها على مختلف جوانب الشخصية، وعلاقتها بالعقم، ويتم ذلك من خلال المحاضرات والمناقشات.

كما تتضمن هذه المرحلة تعليم المشاركات في البرنامج كيفية تحديد الأفكار الخاطئة السلبية الانهزامية التي تساهم في شعورهن بالضغط، وهذه المرحلة يتم تنفيذها في بداية البرنامج.

8-3-2- **مرحلة التدريب على المهارات:** وتهدف بشكل أساسي إلى مساعدة المشاركات على تعلم واكتساب مهارات المواجهة المعرفية، والسلوكية اللازمة للتعامل مع المواقف الضاغطة من خلال تدريب المشاركات على مجموعة من الفنيات مثل: الاسترخاء والتحكم في التنفس، أحاديث الذات الايجابية، وكذلك التدريب على حل المشكلات، وعلى الاستجابات التوكيدية، ويتم التأكيد في هذه المرحلة على الفنيات المعرفية لتحديد ودحض ومقاومة الأفكار السلبية.

8-3-3- **مرحلة التطبيق:** وفيها يتم تشجيع المشاركات على تطبيق ما تعلمنه من مهارات لمواجهة الضغوط وتنفيذها على أرض الواقع، فمن خلال ذلك يتم التأكد من مدى فاعليتها مع لفت انتباههن على قدرتهن على تحقيق النجاح وخفض الضغوط والقلق وهذا راجع بالضرورة إليهن وإلى رغبتهن في التحسن، والتحكم بهذه الضغوط.

8-4- **حل المشكلات:** يعتبر حل المشكلات فنية معرفية فعالة في التعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة حيث تقوم على فرضية أن الضغط يحدث نتيجة لعجز الفرد على حل مشكلاته بفاعلية، وتهدف هذه الفنية إلى تنمية مهارات حل المشكلة لديه حتى يتمكن من

التعامل مع المشكلات التي تعترض حياته وتتضمن مجموعة من الخطوات: التعرف على المشكلة أو الموقف الضاغط وجمع البيانات حوله، مصادره تحديد الصعوبات التي تحول دون حله، ثم وضع بدائل وحلول متعددة للتعامل معه، واستنباط وتقديم الحلول البديلة ثم اختيار الحل الأنسب، وهذا يسمح بزيادة فعالية الذات وكفاءتها مما يؤدي إلى التعامل بنجاح مع الموقف الضاغط.

8-5- تقنية الاسترخاء العضلي: تأتي أهمية الاسترخاء من العلاقة بين الاضطرابات الانفعالية والتوتر العضلي، إذ يرى علماء النفس الفيزيولوجيون بأن جميع الناس يستجيبون للاضطرابات الانفعالية بتغيرات وزيادة في الأنشطة العضلية مما يؤدي إلى إضعاف قدرتهم على التوافق والنشاط البناء. وهي تعتبر أحد الفنيات الهامة في مواجهة الضغوط، وذلك لما تنطوي عليه من أهمية في خفض القلق والتوتر الناجم عن المواقف الضاغطة. ويتم تدريب المشاركات على تمارين الاسترخاء أثناء الجلسات، والتأكيد على القيام به كنشاط منزلي ومتابعة ذلك.

8-6- مناقشة الحوار الداخلي: هي فنية مأخوذة من أسلوب ميكينوم في العلاج المعرفي وتقوم على فرضية أن الفرد يمكنه مواجهة الضغوط، المشاكل، والصعوبات إذا استطاع التخلص من الأحاديث الذاتية السلبية والانهزامية التي يقولها لنفسه عن نفسه لأن لها أثر قوي على الطريقة التي يتعامل بها الفرد مع الضغوط لأنها تشجع على الاستسلام وعدم المواجهة لذلك من الضروري أن يتعرف الفرد عليها لتحديدها واستبدالها بأحاديث ذاتية إيجابية ليتمكن من مواجهة الضغوط وبناء الثقة بالنفس.

9-7- التخيل البصري: وهو أسلوب يساعد الفرد في التعامل مع الضغوط ويتضمن تدريب الفرد على تخيل نفسه وهو في وضعية ضاغطة، وغالبا ما يكون التخيل مرتبطا بالاسترخاء، ويعني ذلك تخيل الموقف الضاغط والفرد في حالة استرخاء وكأنه فعلا يعيشه ليتمكن من معرفة ردود أفعاله وهو في هذه الحالة وهذه التقنية تساعد الفرد على التدريب على الحدث الضاغط الذي يتوقع حدوثه

8-7- التدريب على السلوك التوكيدي: تعتبر أحد الفنيات الأساسية في إدارة الضغط وتتضمن التعبير الصادق والمباشر عن الأفكار والمشاعر الشخصية السلبية والايجابية منها حتى يصبح أكثر قدرة على تحقيق ميزات اجتماعية هامة.

وبالتالي فالتدريب على اكتساب وتعلم مهارات توكيدية تساعد الفرد حل مشاكله بطريقة إيجابية وملائمة وتزيد من الثقة بالنفس، وتحسن من مفهوم الذات لديه، ويساعد على تخفيف كثير من مواقف الإحباط ومواجهة الضغوط، ويعمل على خفض القلق، والخوف، تحقيق أكبر قدر من الفاعلية، والنجاح في علاقاته الاجتماعية.

8-8- الواجبات المنزلية: وتعمل على توجيه وتشجيع الفرد المتعالج على تنفيذ بعض الواجبات المنزلية مما يمكنه من ترسيخ التغييرات الايجابية التي تدرب عليها، وتعميمها. ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في ممارسة المهارات، الأحاديث الذاتية و الاسترخاء... الخ في مواقف حية كنشاطات منزلية يتم متابعتها و تقييمها.

9- الجلسات العلاجية:

إن لكل جلسة علاجية موضوعا معيناً وأهدافا وفنيات خاصة من أجل تحقيق الغاية المراد تحقيقها في كل جلسة، وفيما يلي عرض مفصل للجلسات العلاجية والفنيات المستخدمة:

رقم الجلسة وتاريخها	عنوان الجلسة والفنيات المستخدمة فيها	موضوعها
2013م /.../ تاريخ: التاريخية الاولى الجلسة	التعريف بالبرنامج	- تعرف الطالبة بنفسها من تكون وما الهدف العام من هذه الدراسة، ثم تمنح الفرصة للمشاركات للتعريف بأنفسهن.

<p>- تقديم محاضرة حول البرنامج العلاجي يتم فيها تقديم تعريف هذا البرنامج، أهميته، الهدف العام والأهداف الفرعية، الفنيات المستخدمة، دوره في خفض الضغوط النفسية.</p> <p>- توضيح عدد الجلسات ومدة كل جلسة، مع التأكيد على أهمية الالتزام والحضور.</p> <p>- يتم توزيع في الأخير مطويات تتضمن أهم ما قيل عن البرنامج وتحديد الأهداف الفرعية بحيث يقابلها مكان فارغ لوضع الملاحظات.</p> <p>مثال: في آخر الجلسة تسجل عليها هل فعلا تم تحقيق هذا الهدف الأول أم لا؟ و لماذا؟</p> <p>وهذا حتى يشعرون بواقعية هذه الأهداف للعمل والسعي لتحقيقها، بغية الوصول إلى الهدف النهائي.</p> <p>النشاط المنزلي: حاولي أن تلخصي لي كل ما فهمته في هذه الجلسة عن البرنامج العلاجي؟</p>	<p>العلاجي</p> <p>فنية المحاضرة</p> <p>الزمن 90 دقيقة</p>	
<p>- بعد الترحيب بالمشاركات في البرنامج والاستماع إليهن.</p> <p>- نبدأ عرض المحاضرة حول العقم تعريفه، أسبابه المختلفة بالصور، ثم كيفية التشخيص مرحلة، مرحلة، ثم أحدث وسائل العلاج بالصور، وأخيرا محددات تصور الطفل في المجتمع الجزائري.</p> <p>- تكليف المشاركات بنشاط منزلي يتمثل في: حسب مختلف المعلومات التي قدمت كيف تقيمين مشكلة العقم التي تعانين منها؟</p>	<p>التدريب التحصيلي ضد الضغوط.</p> <p>(تكوين المفاهيم)</p> <p>العقم</p> <p>فنية المحاضرة</p> <p>الزمن 120 دقيقة</p>	<p>بتاريخ: 2013/00/00م</p> <p>الجلسة الثانية</p>
<p>- بعد الترحيب طبعاً يتم مناقشة النشاط المنزلي مع المشاركات.</p> <p>- يتم شرح مختلف نتائج التحاليل والفحوصات الخاصة بهن وما لم يتم إجراؤه لربط الإطار النظري بالواقع ولمعرفة أكبر قدر ممكن من المعلومات عن هذه المشكلة.</p> <p>- إلقاء محاضرة حول مفهوم الضغط، أسبابه، أنواعه، مترتباته وعلاقته بالعقم.</p> <p>- ثم يتم تغيير وضعية الجلوس مع تقديم موسيقى هادئة للاسترخاء يطلب منهن التركيز واستحضار أكثر المواقف التي تسببت لهن بضغط والتعبير عن ذلك بالوسيلة المناسبة.</p> <p>- تغيير وضعية الجلوس وتطبيق الاسترخاء والتخيل البصري لحدث</p>	<p>الضغط النفسي وعلاقته بالعقم</p> <p>التفريغ الانفعالي</p> <p>الاسترخاء</p> <p>120 دقيقة</p>	<p>بتاريخ: 2013/00/00م</p> <p>الجلسة الثالثة</p>

<p>يبعث على السعادة أو حدث مفرح.</p>		
<p>- تكليف المشاركات بنشاط منزلي وهو: تحديد أهم المواقف التي تسبب لهن الضغط، وكيف تصرفن حيال ذلك.</p>		
<p>- يتم مناقشة الواجب المنزلي وما هي المشاعر المصاحبة عند إعادة تطبيق الاسترخاء في المنزل.</p>		
<p>- التدريب على كيفية مراقبة الأفكار الخاطئة وتحديدتها وتوضيح العلاقة بينها وبين مشاعر الضيق والضغط.</p>		
<p>- فتح الحوار للنقاش للبحث عن العلاقة بين المعتقدات الخاطئة وهذه الأفكار.</p>	مراقبة الأفكار الخاطئة وتحديدتها	بتاريخ: 2013/00/00 الجلسة الخامسة
<p>- استبصار دور هذه الأفكار في الشعور بالضغط.</p>	90 دقيقة	
<p>- القيام بنشاط منزلي يتمثل في تحديد الأفكار الخاطئة في مواقف واقعية ومعرفة المشاعر المصاحبة.</p>		
<p>- مناقشة النشاط المنزلي.</p>		
<p>- التذكير بما تم تناوله عن الضغوط والعقم.</p>		
<p>- تعليم المشاركات كيفية تحديد أحاديثهم الذاتية السلبية.</p>		
<p>- التعرف بدور الأحاديث الذاتية السلبية في الشعور بالضغط، ومختلف الانفعالات السلبية.</p>	كيفية تحديد الأحاديث الذاتية السلبية ودورها في حدوث الضغط.	بتاريخ: 2013 /00/00 الجلسة السادسة
<p>- محاولة تحديد الأحاديث السلبية الذاتية من خلال فتح حوار ونقاش لمعرفة العلاقة بين هذه العبارات والشعور بالضيق والضغط من خلال أمثلة من الواقع.</p>	90 دقيقة	
<p>- التدريب على الاسترخاء عن طريق التنفس العميق.</p>		
<p>- القيام بنشاط منزلي والمتمثل في تحديد أحاديثهم وعبارتهم الذاتية في مواقف يشعرون فيها بالضيق ورصد المشاعر المصاحبة.</p>		
<p>- مناقشة النشاط المنزلي.</p>		
<p>- تدريب المشاركات على التخيل البصري - الاسترخاء.</p>	التدريب على التخيل البصري.	بتاريخ: 2013/00/00 الجلسة السابعة
<p>إعادة تطبيق هذه التقنية كنشاط منزلي.</p>	90 دقيقة	

- مناقشة النشاط المنزلي.	<p>فنية حل المشكل الاسترخاء 120 دقيقة</p>	<p>بتاريخ: 2010/00/00م الجلسة الثامنة</p>
- تقديم بعض الشروحات حول تقنية حل المشكل.		
- مناقشة أهم المشاكل العالقة بالعمم وتوضيح كل مشكلة أسبابها نتائجها والحلول المناسبة واختيار أنسب حل.		
- إعادة التدريب على التنفس العميق.		
- القيام بنشاط منزلي، والذي يتمثل في التدريب على التنفس العميق.		
إعادة تقييم مشكلة العمم.	<p>التدريب التحصيني ضد الضغوط. السلوك التوكيدي لعب الدور وقلب الدور 90 دقيقة</p>	<p>بتاريخ: 2013/00/00م الجلسة التاسعة</p>
- مناقشة النشاط المنزلي.		
- التدريب على السلوك التوكيد من خلال عرض مواقف واقعية وكيفية التصرف حيال هذه المواقف لتعلم السلوك التوكيدي.		
- استخدام فنية تطبيق المشاعر مع الأهل (الزوج) كنشاط منزلي بعد التدريب عليه.	<p>دور الأحاديث الإيجابية في خفض الضغوط. الاسترخاء 120 دقيقة</p>	<p>بتاريخ: 2013/00/00م الجلسة العاشرة</p>
- مناقشة النشاط المنزلي.		
- أهمية الأحاديث الإيجابية ودورها في خفض الضغوط.		
- التدريب على الاسترخاء عن طريق الإيحاء الذاتي.	<p>إنهاء البرنامج القياس البعدي 90 دقيقة</p>	<p>بتاريخ: 2013/00/00م الجلسة الحادية عشر</p>
- مناقشة عامة حول مختلف تقنيات البرنامج.		
- التأكيد على ضرورة الحفاظ على ما - تعلمه من خلال ممارسته في حياته اليومية.		
- إجراء التطبيق البعدي لاستبيان الضغوط النفسية.		
- شكر المشاركات على الحضور والالتزام.		

ملحق رقم (5)

نموذج تقييم جلسات البرنامج من قبل الباحثة

رقم الجلسة: تاريخ الجلسة:

النشاطات المنزلية	مشاركة الأعضاء	سير الجلسات	تحققها	أهداف البرنامج
				- الهدف الأول
				- الهدف الثاني
				- الهدف الثالث
				- الهدف الرابع
				- الهدف الخامس

ملحق رقم (6):

نموذج التقييم الذاتي لجلسات البرنامج من قبل المشاركات فيه

م	الفقرة	مرتفع	متوسط	منخفض	ضعيف
1	الالتزام بالنشاط المنزلي.				
2	وضوح محتوى الجلسات.				
3	وضوح العلاقة السببية بين الأفكار الخاطئة والضغط.				
4	وضوح العلاقة السببية بين الحديث الذاتي السلبي والضغط.				
5	انخفاض درجة الضغط بعد انتهاء البرنامج.				
6				

ملحق رقم (7):

قائمة بأسماء الأساتذة المحكمين لاستبيان الضغوط النفسية لدى النساء العقيمات

الرقم	اسم المحكم	التخصص	مكان العمل
1	أ/د/ براجل علي	علوم التربية	جامعة باتنة
2	د/ أحمان أبنى	علم النفس العيادي	جامعة باتنة
3	د/ إسماعيلي اليامنة	علم النفس العيادي	جامعة مسيلة
4	د/ راجية بن عاي	علوم التربية	جامعة باتنة
5	د/عمور عمر	علوم التربية	جامعة مسيلة
6	د/ صالحى حنيفة	علم النفس العيادي	جامعة باتنة
7	د/ مجاهدي الطاهر	تنظيم وعمل	جامعة مسيلة
8	أ/ بحاش عبد الرزاق	قياس نفسي	جامعة بوزريعة
9	أ/ بخوش الوازنة	أدب عالمي	جامعة خنشلة
10	أ/ بوقرة عواطف	إدارة تربوية	جامعة مسيلة
11	أ/ عزوق جميلة	إدارة تربوية	جامعة مسيلة
12	أ/ طالبي الصادة	علم النفس الإجتماعي	جامعة مسيلة
13	أ/ ميموني حدة	علوم التربية	جامعة المسيلة

ملحق رقم (8):

جلسات البرنامج العلاجي مفصلة

الجلسة الأولى: الافتتاحية (التعارف وبناء العلاقة العلاجية، محاضرة حول البرنامج العلاجي)

أهداف الجلسة:

- تحقيق الألفة وتوثيق التعارف بين الباحثة وأعضاء المجموعة.
- توثيق التعارف بين أعضاء المجموعة.
- التعرف على سبب وكيفية اختياريهن.
- تزويد المجموعة بكيفية سير العمل في الجلسات.
- تزويد أعضاء المجموعة بمعلومات عن العلاج المعرفي السلوكي: مفهومه، مراحلها، أهميته، دوره، أهدافه، والمدة التي سيستغرقها.
- الاتفاق على القواعد الأساسية المنظمة للعمل (أسلوب العمل، مواعيد الجلسات، ومكانها).

3- الفنيات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية، الواجب المنزلي.

4- الزمن: 90 دقيقة.

5- الأدوات المستخدمة: جهاز كومبيوتر، جهاز عرض الشفافيات (Power Point) أقلام، أوراق، مطوية.

6- الإجراءات:

- رحبت الباحثة بأعضاء المجموعة وعرفتهم بنفسها وأتاحت الفرصة لكل واحدة منهن لتقديم نفسها بالطريقة التي تريحها بهدف إشاعة الراحة والمودة دون خجل أو خوف.
- شرحت الباحثة سبب وجودهن وكيف تمت عملية الاختيار.
- طمأنت الباحثة المشاركات على أن هناك سرية تامة في العمل لبعث الثقة والاطمئنان.
- شكرت الباحثة رغبة المشاركات في التكفل النفسي وأوضحت لهن أن أول خطوة في التغيير هي هذه الرغبة والسعي الفعلي لتحقيق ذلك.
- شرحت الباحثة للمشاركات فكرة البرنامج، محتواه، أهميته، الفنيات والمهارات المعرفية والسلوكية اللازمة للتعامل مع الضغوط، الهدف الرئيسي منه والأهداف الفرعية وهي مسجلة في مطوية، بحيث تم الاتفاق على أنه في نهاية كل جلسة توضع علامة معينة أمام الهدف المحقق.
- توضيح كيفية سير الجلسات ومدتها، والمدة التي سيستغرقها البرنامج ككل ومكان تطبيق البرنامج.
- توضيح القواعد العامة المنظمة للعمل و حقوق و واجبات كل مشاركة.
- تم الاتفاق على موعد الجلسة القادمة مذكرة بموضوعها وبنوع النشاط المنزلي الذي سيقمن به، وشكرت الباحثة المشاركات على ما لاحظت منهن من اهتمام ورغبة فعلية في مواصلة باقي الجلسات، ثم وزعت عليهن مطوية خاصة بالبرنامج العلاجي كملخص لكل ما قيل وأيضاً تتضمن الأهداف التي نرغب بتحقيقها من كل جلسة بالإضافة إلى الهدف العام بحيث في نهاية كل جلسة يمكن للمشاركات أن يضعن علامة معينة أمام الهدف المحقق من الجلسة وفي نهاية البرنامج هل فعلاً تحقق الهدف العام المتفق عليه أم لا ؟ حتى يكون هناك ربط النظري بالواقع وحتى يشعرن بأهمية ما يقدم وبقواعته ثم وزعت استمارة تقييم الجلسة العلاجية الأولى.

النشاط المنزلي: لخص ما فهمته عن البرنامج العلاجي.

الجلسة الثانية: محاضرة حول العقم، مفهومه، أسبابه، تشخيصه، معنى الإنجاب، محددات تصور الطفل في المجتمع الجزائري.

الأهداف:

- توضيح مفهوم العقم طبيا والفرق بين العقم والعقر لغويا.
- التعرف على الأجهزة التناسلية عن طريق الصور ومعرفة أهمية كل عضو فيها ووظيفته.
- معرفة أماكن أهم الغدد وعلاقتها بالعقم.
- التعرف على وسائل التشخيص بالصور ومرحلة مرحلة (من الوسائل البسيطة إلى المعقدة والحديثة) وأهميتها في الكشف عن العقم.
- التعرف على أهم طرق العلاج الحديثة منها على الخصوص ومتى يجب اللجوء إليها ونسب النجاح.
- معنى الإنجاب من الجانب النفسي، ولماذا يقدس الإنجاب في الدول الإسلامية وفي الجزائر تحديدا، أي محددات تصور الطفل في المجتمع الجزائري.
- الوصول إلى حالة استبصار بأسباب الضغوط الناتجة عن مشكلة العقم لديها بحيث تتمكن كل مشاركة من معرفة حالتها بالتحديد، وتعليمها استراتيجيات التعامل مع هذه الأسباب.
- التعرف على خلفية تدخل الأهل في موضوع الإنجاب لتجنب التحسس من هذا التدخل أو الشعور بالضيق والقلق من ذلك.

2- الفنيات: المحاضرة، المناقشات الجماعية، الواجب المنزلي.

3- الزمن: 120 دقيقة.

4- الأدوات: جهاز كمبيوتر، جهاز عرض الشفافيات، أقلام، أوراق.

5- الإجراءات:

- الترحيب بالمشاركات وتقديم الشكر لهن على الالتزام و الحضور.
- مناقشة النشاط المنزلي لمعرفة مدى استيعاب المشاركات لأهمية هذا البرنامج ودوره في خفض الضغوط النفسية.
- بعد ذلك قدمت الباحثة محاضرة عن العقم مفهومه، الفرق بينه وبين العقر، التعرف على الجهاز التناسلي عند المرأة ودور كل عضو وأهميته، أسبابه المختلفة في حالة العقم الأولي والثانوي، مراحل التشخيص ومختلف الوسائل المستخدمة في ذلك خاصة الحديثة منها، وسائل العلاج المختلفة حسب طبعا أهم الأسباب والتعرف أكثر على الحديثة منها ونسب النجاح المتاحة.
- وأخير التعرف على المعنى النفسي للإنجاب، ومحددات تواجد الطفل في المجتمع الجزائري، وهذا يوضح أكثر سبب تدخل المحيطين في هذا الموضوع للوصول إلى أن هذه التدخلات ليست للمضايقة وإنما هي رغبة متجدرة موجودة عند كل واحد فينا لذلك يجب تقبل هذه التدخلات بصدق رحب لأننا نعرف أساسها وهدفها، ومن ثم تبسيط هذا الأمر قدر الإمكان حتى لا يصبح مصدر ضغط.
- إتاحة الفرصة للمشاركات للمناقشة والاستفسار عن كل تم طرحه.
- توزيع استمارة تقييم الجلسة على المشاركات.

— وفي الأخير شكرت الباحثة المشاركات على الاهتمام والإصغاء وتم الاتفاق على موعد الجلسة المقبلة.

6- النشاط المنزلي: حسب كل المعلومات التي عرفتھا كيف تقيمين مشكلة العقم التي تعانيين منها.

الجلسة الثالثة: محاضرة الضغط النفسي وعلاقته بالعقم، وفتية التفرغ الانفعالي.

1- الأهداف:

- التعرف على كيفية الاطلاع على مختلف نتائج التحاليل والفحوصات.
- التعرف على الضغط النفسي و آثاره المختلفة.
- التعرف على العلاقة بين الضغط النفسي و العقم.
- التعبير عن مختلف المشاعر السلبية الناتجة عن مشكلة العقم عن طريق التفرغ الانفعالي.
- الاسترخاء عن طريق التنفس العميق و التخيل.

2- الفنيات: المحاضرة، المناقشة، الاسترخاء مع سماع الموسيقى، التفرغ الانفعالي.

3- الوسائل: جهاز كومبيوتر، جهاز عرض الشفافيات، فيديو، أقلام، أوراق.

4- المدة: 120 دقيقة.

5- الإجراءات:

- الترحيب بالمشاركات والسؤال عن حالتھن.
- مناقشة النشاط المنزلي بعد تذكير بسيط بما تم في الجلسة السابقة، والاطلاع على مختلف التحاليل والفحوصات التي تم إحضارھا لفھم ما فيها وتعلم كيفية الاطلاع علیھا، مع تقديم الشروحات اللازمة والمختلفة باختلاف الحالات والتشخيصات.
- تقديم محاضرة حول الضغط النفسي ومختلف الآثار السلبية الناتجة عنه، دور الغدة النخامية والدرقية والمبايض وعلاقة هذه الحلقة أو الغدد بالعقم.
- أهمية الاستقرار والراحة النفسية في حدوث الحمل.
- ثم تم تغيير أماكن المشاركات إلى وضعيات جلوس أكثر راحة على شكل حلقة دائرية، وتم إطلاق صوت موسيقى هادئة وحرزينة وطلب منھن التركيز على هذه الموسيقى وتخيل واستحضار أكثر المواقف صعبة في حياتھن ارتبطت بمشكل العقم خاصة وتسببت لھن بألم لم يستطعن تجاوزه أو التعبير عنه أو الإفصاح عنه لأحد وهذه هي الفرصة المناسبة للتعبير عنه بالطريقة المناسبة التي يخرنھا. وكانت النتيجة فورية بحيث لاحظت أن كل المشاركات عبرن عن ذلك عن طريق البكاء وكأنھن يعشن للحظة نفسها ثم بعدها فسحت المجال للغة الكلام للتعبير عن هذه المشكلة.
- بعد ذلك طلبت منھن الوقوف والتنفس بعمق لمدة 5 دقائق ثم الجلوس من جديد وأطلقت صوت موسيقى هادئة تبعث على الراحة والهدوء وطلبت منھن تخيل واستحضار أفضل موقف شعرن فيه بالسعادة والفرحة عشنه في حياتھن والتعبير عن هذه المشاعر. وتوصلت إلى نتيجة رائعة بحيث انتقلنا من جو الحزن إلى جو من السعادة و الضحك.
- في الأخير شكرت المشاركات على التعاون معي وعلى الثقة التي منحوني إياھا وعلى الصدق الذي كان باديا وعلى رغبتھن الصادقة في التعبير والتي كانت واضحة في هذه الجلسة.
- تم توزيع استمارة التقييم، والاتفاق على الموعد القادم.

6- النشاط المنزلي: حدد أهم المواقف التي تسببت لك بالضغط وكيف تصرفت حيال ذلك.

الجلسة الرابعة: التدريب على الاسترخاء

1- الأهداف:

- تبصير أعضاء المجموعة بأن الحياة لا تخلو من الضغوط سواء كان الأطفال في حياتهن أو لم يكونوا.
- أهمية تعلم فنيات للتعامل مع هذه الضغوط والتخفيف منها لتجنب آثارها.
- توضيح مفهوم الاسترخاء وأنواعه وأهميته ودوره في خفض الضغوط والتخلص من التوتر.
- تدريب أعضاء المجموعة على الاسترخاء العضلي مع استخدام موسيقى هادئة تبعث على الراحة والسكينة.
- الوصول إلى حالة من الاسترخاء العام لكل أعضاء الجسم والشعور بالراحة.

2- الفنيات: المحاضرة، المناقشة، الاسترخاء، النشاط المنزلي.

3- الزمن: 120 دقيقة.

4- الأدوات: نفسها بالإضافة إلى فيديو توضيحي.

5- الإجراءات:

- بعد الترحيب بالأعضاء تم استعراض النشاط المنزلي و مناقشته.
- التذكير بأن الحياة لا تخلو من المتاعب والضغوط لكن المهم هو كيفية مواجهة هذه الضغوط للتقليل من أثارها والوصول إلى حالة الرضا والراحة.
- تقديم محاضرة حول الاسترخاء أنواعه وأهميته ودوره في تخفيف الضغوط النفسية وعلى الأولوية التي يوليها العلماء لهذه التقنية نظرا لفعاليتها في زيادة مستوى الصحة واللياقة الجسمية من خلال خفض مستوى الضغوط بدرجة كبيرة، وتم توضيح ذلك من خلال فيديو يشرح ذلك.
- قامت الباحثة بتدريب المشاركات على ممارسة الاسترخاء مع سماع موسيقى هادئة وسماع التعليمات وتطبيقها بعد اختيار الوضعية المناسبة وهي الاستلقاء على الظهر .

وكانت التعليمات على التوالي كما يلي:

- إستلق على ظهرك حاولي أن تكون ملابسك فضفاضة وأن لا تلامس أطرافك بعضها البعض .
- خذ نفس عميقا وحاولي أن يكون كل تركيزك على تنفسك وحاولي أن تطرد كل فكرة ترد إلى ذهنك .
- أنت الآن في حالة مريحة خذ نفسا عميقا من منخريك وأحبس هذا الهواء في صدرك لمدة دقيقة تقريبا ثم ازفر الهواء أي أخرجيه ببطيء شديد. كرر هذه العملية ثلاث مرات.
- الآن اغمض عينيك، ركز انتباهك كله في الداخل على عضلات جسمك . تنفس ببطيء وهدوء.
- الآن ركز انتباهك على عضلات فروة الرأس كل إحساس بالشدة هو الآن في بؤرة انتباهك، احتفظ بهذا الشد لمدة 15 ثانية تحسس بخيالك هذا الشد، ثم إرخ هذه العضلات واستشعر ذلك وأنت تقولين لنفسك عضلات رأسي مسترخية تماما، تماما، ويصوت غير مسموع أنا أشعر بهذا الاسترخاء.
- خذ نفسا عميقا ويطبئا وأنقل انتباهك إلى عضلات جبهتك واستشعر وجود الشد في هذه المنطقة لمدة 15 ثانية تنفس ببطء إرخ هذه العضلات واستشعر ذلك وكرر عضلات جبهتي مسترخية وأشعر بهذا الاسترخاء تنفس ببطيء.

- أنقل انتباهك الآن إلى عضلات عينيك استشعر فيها الشد لمدة 15 ثانية ثم خذ نفسا عميقا وأرخ هذه العضلات واستشعر زوال كل شد وردد عضلات عيني مسترخية أنا أشعر بذلك.
- ركز انتباهك الآن على عضلات الوجنتين والفكين وكامل وجهك استشعر هذا الشد ثم خذي نفسا عميق وأرخ هذه العضلات واستشعر ذلك وأنت تردين عضلات وجهي مسترخية أنا أشعر بذلك.
- خذ نفسا عميقا وركز انتباهك على عضلات رقبتك وهي في حالة شد ثم تنفس بعمق وببطء وأرخ هذه العضلات وأنت تردين عضلات رقبتني مسترخية أنا أشعر بذلك، عمق هذا الشعور وتمتع به.
- الآن أنقل انتباهك إلى عضلات ظهرك العليا وتخيل الشد في هذه العضلات ثم تنفس ببطيء واستشعر بتيار الاسترخاء يسري في هذه المنطقة وأنت تردين عضلات ظهري مسترخية أنا أشعر بذلك.
- تنفس ببطيء وعمق وأنقل انتباهك إلى عضلات وسط الظهر وأسفله واستشعر الشد في هذه المنطقة ثم استشعر تيار الاسترخاء يسري فيها ورددني أنا أشعر بالاسترخاء في عضلات ظهري.
- تنفس ببطيء وعمق وأنقل انتباهك إلى عضلات القفص الصدري واستشعر شد هذه المنطقة، ثم تنفس واستشعري تيار الاسترخاء يسري فيها.

- ركز على الهواء الذي يدخل من منخريك ويخرج بهدوء، ومع كل زفير تخيل أن كل التوترات تخرج مع هذا الهواء.
- الآن أنقل انتباهك نحو عضلات بطنك واستشعر الشد فيها، ثم تنفس ببطيء واستشعر تيار الاسترخاء يسري فيها، وردد عضلات بطني مسترخية أنا أشعر بذلك.
- تنفسك هادئ وبطيء ركز انتباهك على ذلك وازفر الهواء ببطيء واستشعر مزيد من الاسترخاء وتخيل التوترات تخرج مع الهواء.
- أنقل انتباهك إلى قلبك تخيله هادئ ودقاته منتظمة استشعر ذلك وتنفس ببطيء.
- الآن أنقل انتباهك إلى عضلات الذراع واليد اليمنى، استشعر الشد فيها بعدها استشعر الاسترخاء يسري فيها بحيث تشعرين بقلها، ردد بداخلك عضلات ذراعي اليمنى مسترخية أنا أشعر بذلك.
- الآن أنقل انتباهك إلى عضلات الذراع واليد اليسرى، استشعر الشد فيها بعدها استشعر الاسترخاء يسري فيها بحيث تشعرين بقلها، ردد بداخلك عضلات ذراعي اليسرى مسترخية أنا أشعر بذلك.
- تنفس بعمق وببطء وأنت تتقلين انتباهك إلى عضلات الفخذ والساقين وأصابع القدم اليمنى، استشعر بالشد فيها بعدها استرخ و ردد عضلات قدمي اليمنى مسترخية أنا أشعر بذلك، أشعر بقلها ودفئها.
- ركز انتباهك على تنفسك، تنفس بهدوء وبطيء، ثم أنقل انتباهك إلى عضلات قدمك اليسرى واستشعر الشد فيها بعدها استشعر أنها مسترخية ثقيلة ودافئة، وأنت تردين عضلات قدمي اليسرى مسترخية وثقيلة.
- تنفس بعمق وهدوء، ثم ردد عضلات جسمي مسترخية أنا أشعر بذلك.
- كرر هذه العملية وركز انتباهك على تنفسك وكرر أنا مسترخية، أنا هادئة، بصوت غير مسموع ثلاث مرات.
- ابتمس وأفتح عينيك بهدوء، وأنت تتنفسين ببطء ثم اجلس.

انتهى التدريب.

6- النشاط المنزلي: التدريب على الاسترخاء العضلي.

الجلسة الخامسة: مراقبة الأفكار الخاطئة وتحديدها.

الأهداف:

- التعرف بالأفكار الخاطئة الأتوماتيكية، ودورها في الشعور بالضغط.
- كيفية تحديد هذه الأفكار وعلاقتها بالانفعالات السلبية.
- تعديل هذه الأفكار الخاطئة بأفكار إيجابية وصحيحة تبعث على الراحة والسكينة.

2- الفنيات: المحاضرة، المناقشة.

3- الزمن: 90 دقيقة.

4- الأدوات: نفسها. جهاز كومبيوتر، جهاز عرض الشفافيات، أقلام، أوراق.

5- الإجراءات:

- الترحيب بالمشاركات، ثم إستعراض ومناقشة ما تم في النشاط المنزلي.
- إنتقاء بعض المواقف الضاغطة الواقعية التي حدثت لبعض المشاركين وأخذنا أمثلة عن الأفكار الخاطئة التي كانت وراء الشعور بالضغط والقلق، وتمت مناقشتها ثم طلبت منهن البحث عن أساس هذه الفكرة كيف حتى إرتبطت بهذا الموقف، وذلك للوصول إلى أن هناك إعتقاد خاطئ يجب تغييره لتغيير الفكرة ومن ثم تتغير المشاعر. ومن بين هذه المواقف أذكر على سبيل المثال أن إحدى المشاركات وصفت موقفا ضاغطا أن إحدى قريباتها قالت لها "هذا من قلبك عليها متولديش..." لو كان جا قلبك مليح أو عطاك ربي".

وتمت مناقشة هذه الأفكار التي أصبحت من ضمن الفئات التي تؤمن بها هذه المشاركة ودحضها خاصة أن معظم المشاركات ترددت عليهن مثل هذه الأقوال، واستعنت بالمخزون الديني الذي كان عندي لتفنيد مثل هذه الأفكار فالله وحده هو علام القلوب وهو الذي يقبلها كيف يشاء ولا يحق لأحد أن يحكم على أحد بهذه الطريقة فكما أن العطاء والرزق نعمة كذلك يمكن أن يكون ابتلاء والعكس صحيح.

وبعد إتمام تحليل كل المواقف التي طرحت على أنها مسببة للضغط وتقنييد كل الأفكار الخاطئة واستبدالها بأفكار صحيحة ومنطقية. توصلنا في الأخير إلى أهمية مراقبة هذه الأفكار وإدراك علاقتها بالانفعالات السلبية.

النشاط المنزلي: محاولة تسجيل الأفكار السلبية التي ترد إلى الذهن وتحديد نوع الانفعالات التي تصاحبها. ماذا فعلت حيال ذلك؟.

الجلسة السادسة: مناقشة الحوار الداخلي (أحاديث الذات السلبية).

1- الأهداف:

- تعريف الأحاديث الذاتية وتحديد أنواعها.
- توضيح دور الأحاديث الذاتية السلبية في الشعور بالضغط، والذي يعد أحد نواتجها.
- كيفية تغيير هذه الأحاديث بأخرى إيجابية تبعث على الراحة.
- تنكير بأهمية الاسترخاء.
- التدريب على الاسترخاء عن طريق التنفس العميق.

2- الفنيات: المحاضرة، مناقشة أحاديث الذات السلبية وعلاقتها بالضغط.

3- الزمن: 90 دقيقة.

4- الأدوات: جهاز كومبيوتر، جهاز عرض الشفافيات، أقلام، أوراق، فيديو.

5- الإجراءات:

- الترحيب بأعضاء المجموعة، ثم استعراض ما تم في النشاط المنزلي.
- من خلال مناقشة هذا النشاط المنزلي توصلت المشاركات أن فكرة سلبية تجر إلى أفكار سلبية ثم يصبح حديثا سلبيا وهذا ما يسبب الضغط أي أنه ناتج من نواتجها.

ومن خلال مختلف مواقف الضغط التي استحضرتها في الجلستين استطعنا فهم هذه العلاقة بين الضغط وما يدور في خاطرهن من أحاديث كن في البداية لا يعرنها اهتماما ولا يصدقن أن ما يشعرن به من ضيق وكدر إنما هو نتيجة طريقة تفكيرهن، لكن بعد تحليل ذلك وتجريبه توصلن إلى هذه الحقيقة أن الأحاديث الإيجابية تولد مشاعر وسلوكيات إيجابية والعكس بالعكس صحيح.

بعده تمت تغيير أماكن الجلوس وقمت بتذكير بسيط لأهمية الاسترخاء ودوره في خفض الضغوط النفسية وتم تدريبهن على طريقة الاسترخاء عن طريق التنفس العميق بإتباع تعليمات الفيديو .

6- النشاط المنزلي: أكتبي كل ما يختر ببالك من أحاديث سلبية عالقة في ذهنك أو ارتبطت بموقف ضاغط جديد تعيشينه.

الجلسة السابعة: التخيل البصري.

الأهداف:

- توضيح فنية التخيل البصري وأهميتها في خفض الضغوط.
- التدريب على ممارسة التخيل البصري.
- ممارسة الاسترخاء.
- الوصول إلى حالة استرخاء تامة.

2- الفنيات: الاسترخاء، المحاضرة، المناقشة، النشاط المنزلي.

3- الزمن: 90 دقيقة.

4- الأدوات: نفسها.

5- الإجراءات:

- بعد الترحيب بالمشاركات تم مراجعة النشاط المنزلي ومناقشته وتحليل كل ما جاء فيه.
- قدمت الباحثة محاضرة بسيطة حول التخيل البصري وأهميته ودوره في خفض الضغوط النفسية وإدارتها.
- المرور إلى كيفية تطبيق هذه التقنية من خلال المراحل التالية:
 - تغيير أماكن الجلوس إلى وضعيات أكثر راحة.
 - ممارسة الاسترخاء عن طريق التنفس العميق لمدة 05 دقائق.
 - وهن في حالة راحة واسترخاء طلبت منهن استحضار مواقف ضاغطة عشنها وسببت لهن التوتر وأن يتخيلنها بكل تفاصيلها وهي تتكرر ثانية أمامهن.
 - وهذا الربط أو الاقتران بين حالة الاسترخاء والموقف الضاغط سيجعله أقل وطأة.
 - طلبت الباحثة منهن تخيل ردود الفعل التي سيقمن بها حيال هذه المواقف.
 - بعدها تم تحليل هذه المواقف مع المشاركات لمعرفة كيف تمت مواجهتها وهل فعلا استطعن تخيل هذه المواقف ومواجهتها وإضعافها.

— ثم تم تغيير وضعية الجلوس للمرور إلى إعادة التدريب على الاسترخاء العضلي.

6- النشاط المنزلي:

— القيام بممارسة التخيل البصري.

— التدريب على الاسترخاء العضلي.

الجلسة الثامنة: التدريب على حل المشكلات:

1- الأهداف:

- شرح فنية حل المشكلات بكل خطواتها وأهميتها في حياتنا بصفة عامة.
- تبصير أعضاء المجموعة بفعالية هذا الأسلوب في إدارة مختلف الضغوط.
- الوصول إلى حالة استبصار لحالتهم ووضعيتهم.
- التدريب على هذه المهارة من خلال أمثلة واقعية.
- التدريب على الاسترخاء عن طريق التنفس العميق.

2- الفنيات: المحاضرة، المناقشة، الدحض، الاسترخاء، النشاط المنزلي.

3- الزمن: 120 دقيقة

4- الأدوات: كمبيوتر، جهاز عرض، أوراق، أقلام، مطويات.

5- الإجراءات:

— بعد الترحيب بالمشاركات، تم عرض النشاط المنزلي.

— تقديم محاضرة بسيطة حول فنية حل المشكلات، والتي لا تركز على مشكلة بعينها بقدر ما تعطي أسلوبا عاما للتعامل مع مختلف المشكلات، وتكمن أهميتها في كون الحياة لا تخلو من المشكلات وتعلم هذه المهارة واكتسابها سيخفف من وطأة هذه المشاكل وأثارها والوصول إلى اختيار أنسب حل.

— هناك أسلوبان للتدريب على هذه الفنية فأما الأول فهو التدريب الفردي، بحيث تسمح للفرد بحل مشكلته بعيدا عن مساعدة الآخرين وخطواتها كما يلي:

- تحديد المشكلة بوضوح وبشكل محدد دون كلام عام فهو لا يفيد في حل المشكلة.
- القيام بجمع البيانات الملائمة للمشكلة ووضع قائمة بكل البيانات الممكنة.
- القيام بتحليل البيانات التي تم جمعها.
- محاولة توليد المزيد من الحلول.
- القيام بعملية تقييم لبدائل الحل التي تم طرحها.
- بعد تحليل ومناقشة مختلف الحلول تم اختيار أفضلها وأنسبها.
- إيجاد الوسيلة المناسبة لتنفيذ الحل المختار.
- تنفيذ خطة العمل.
- مراجعة نتائج العمل.

أما الأسلوب الثاني فهو التدريب على حل المشكلات في موقف جماعي: يتم من خلال ما يسمى بالعصف الذهني أو التفكير وهي عملية يتم من خلالها استحضار أكبر عدد من الأفكار حول موضوع معين في وجود مجموعة من الأفراد بحيث يعمل كل منهم كمثير للآخرين مع عدم القيام بأي تقييم للحلول أثناء طرحها أو القيام بالمقاطعة، وعند الانتهاء من طرح الحلول تبدأ مناقشتها على نحو جماعي لاختيار أفضلها ثم تطبيقه.

ولقد طلبت الباحثة من المشاركات أن تطبق هذه الفنية على مشكلة العقم عند المشاركات باعتبارها من أكبر المشاكل التي يعانين منها وبالرغم من أنها مشكلة موحدة عندهن جميعا لكن في الحقيقة تختلف الأسباب والآثار والحلول من مشاركة لأخرى لكن على العموم فقد أصبحت مشكلة العقم واضحة لأنه تم مناقشتها من مختلف الزوايا فمن الناحية المعرفية كل المشاركات لديهن معلومات واضحة حول العقم أسبابه، وسائل التشخيص... أيضا التعرف على الجهاز التناسلي وكيف يعمل وأهمية الاستقرار النفسي وعلاقته بالإنجاب، كما تم تنفيذ أغلب التثويبات المعرفية والأفكار السلبية المرتبطة بالعقم، واستبدالها بأخرى إيجابية ومنطقية.

ومن الناحية الطبية ماهي مراحل العلاج حسب مختلف التشخيصات وآخر الحلول العلمية فلم يعد هناك عقم بمعنى الكلمة على المستوى الطبي نظر للتطور الطبي الهائل. وتم دراسة مختلف نتائج الفحوصات لكل المشاركات وطلب منهن استكمال باقي الفحوصات التي تشخص الحالة بدقة ومن ثم اختيار أنسب حل وهو العلاج المناسب.

أما من الناحية الاجتماعية فقد تم الاطلاع على الخلفية الحقيقية للاهتمام بالإنجاب وهذا يساعد على قراءة إيجابية لتدخلات الأهل، وبالتالي يقلل من وطأة الضغوط الاجتماعية ويسمح بإدارتها، وهذا ما تم في الجلسات السابقة.

أما من الناحية الشخصية فقد تم توضيح أن الإنسان في هذه الحياة معرض للابتلاء وعليه بالصبر والاحتساب حتى ينال الأجر وتم الاستشهاد بآيات من القرآن الكريم وأحاديث للرسول عليه الصلاة والسلام، من خلال مقارنة بسيطة بين قيمة الإنجاب في الإسلام وبالمقابل قيمة الصبر ودرجة الجزاء.

أما من الناحية الانفعالية فقد تم تذكير بدور الانفعالات السلبية في التأثير على الإنجاب، وأهمية مختلف الفنيات المتعلمة وكيفية اختيار الأنسب منها حسب المواقف المختلفة وتطبيقها لإدارة هذه الانفعالات والوصول إلى حالة الراحة والهدوء، لتهيئة الجو المناسب للحمل.

وطبعا باختلاف مشكلة العقم من مشاركة لأخرى ستختلف الحلول لكن بشكل عام هذه هي الخطوات الأساسية التي تمت مناقشتها، بالإضافة إلى مختلف وجهات النظر التي كانت تطرح والتعاون الذي كان باديا على أفراد المجموعة سمح بالوصول إلى حالة استبصار لهذه الوضعية التي يعشنها وتوصلنا إلى تصغير المشكلة خاصة بعدما كانت من أكبر المشكلات وأعقدها ومما خفف أيضا من حجمها أنها عامة ولا تخص واحدة دون أخرى وهنا فعلا برز دور العلاج الجماعي وأهميته في العلاج النفسي.

6- النشاط المنزلي: كيف تقيمن مشكلة العقم التي تعانين منها؟.

الجلسة التاسعة: التدريب على السلوك التوكيدي.

1- الأهداف:

- توضيح مفهوم السلوك التوكيدي.
- توضيح العلاقة بين نقص التوكيدية والضغط.
- تحسين صورة الذات من خلال القراءة الإيجابية لمشكلة العقم على أنها ابتلاء وليست عقوبة. (دحض الأفكار السلبية العالقة بهذه المشكلة و تنفيذها).

- تدريب المشاركات على بعض المهارات الاجتماعية وعلى السلوك التوكيدي (تنطيق المشاعر، لعب الدور...).

2- الفنيات: المحاضرة، المناقشة الجماعية، لعب الدور، قلب الدور.

3- الوسائل: كمبيوتر، جهاز عرض، أوراق، أقلام.

4- الزمن: 90 دقيقة.

5- الإجراءات:

- بعد الترحيب بالمشاركات تم استعراض مختلف التقييمات ومناقشتها للنشاط المنزلي.

- استعرضت الباحثة من خلال محاضرة بسيطة معاني التوكيدية المختلفة فهي يمكن أن تكون القدرة على التعبير على المشاعر السلبية والإيجابية، وهي أيضا القدرة على قول (لا) ورفض الطلبات الغير معقولة، وأيضا القدرة على اتخاذ القرار في مواقف الصراع، وهذا سيسمح مما لاشك فيه من مواجهة الضغوط والتغلب عليها أما نقص التوكيدية وضعفها كالعجز عن التعبير عن المشاعر والدفاع عن الحقوق مثلا سيؤدي إلى نتائج نفسية واجتماعية سلبية.

ويمكن القول أن التوكيدية هي حسن التعبير عن الذات بطريقة توافقية، ويأتي ذلك من خلال دحض وتقنييد كل الأفكار الذاتية السلبية واحترام الذات وتقديرها واستحضارنا مثال سابق تم مناقشته وهو أن العقم ليس عقابا لأن قلب الفرد سيئ كما يقال بل هو ابتلاء يجزى عليه العبد ويكافئ بالجنة إن صبر عليه.

والتوكيدية تتبع من محبة العبد لذاته والتي مصدرها محبة الخالق الذي خلق هذا العبد على أحسن صورة. وبعد تحليل كل مفاهيم التوكيدية وربطها بالواقع من خلال أمثلة مختلفة بسيطة وواقعية من خلال لعب الدور وقلب الدور، بحيث تمكنت المشاركات من فهم العلاقة بين ضعف التوكيدية والشعور بالضغط، ثم أهمية التعبير عن المشاعر المختلفة السلبية منها والإيجابية، فهذا مما لاشك فيه سيخفف من وطأة الضغوط وسيسمح بوجود طرف آخر يشاركك ما تشعرين به. ثم وضحت أهمية هذه الفنية في الحياة بصفة عامة. ثم توزيع استمارة تقييم الجلسة كالعادة.

6- النشاط المنزلي: استخدام فنية تطبيق المشاعر مع الأهل وتحديدًا مع الزوج.

الجلسة العاشرة: التدريب على الاسترخاء عن طريق الإيحاء الذاتي

1- الأهداف:

- مراجعة موجزة عن أهمية الأحاديث الإيجابية والإيحاء الإيجابي في الشعور بالراحة ومواجهة الضغوط.
- أهمية الاسترخاء في خفض الضغوط (إعادة تذكير).
- التدريب على الاسترخاء عن طريق الإيحاء الذاتي.

2- الفنيات: المحاضرة، المناقشة الجماعية.

3- الزمن: 90 دقيقة.

4- الأدوات المستخدمة: جهاز كمبيوتر، جهاز عرض الشفافيات، فيديو، أقلام، أوراق.

5- الإجراءات:

- رحبت الباحثة بالمشاركات، ثم تمت مناقشة وتحليل النشاط المنزلي.
- تحدثت الباحثة عن أهمية ودور الأحاديث الإيجابية والإيحاء الإيجابي في الشعور بالراحة والسعادة.
- تم تذكير المشاركات بأهمية الاسترخاء وتطبيقه للتخلص من الضغوط اليومية.
- بعدها تم تغيير أماكن الجلوس للتدريب على الاسترخاء.
- بعدها تم وضع CD في جهاز العرض ومتابعة الفيديو وتطبيق مختلف التعليمات الواردة فيه للتدريب على الاسترخاء.
- وبعد هذا التدريب شعرن بالراحة وكأنهن فعلا على شاطئ البحر وسميت برحلة إلى شاطئ البحر وتم توزيع.
- هذا الشريط فيديو في CD للتدريب عليه.
- في الأخير تم توزيع استمارة تقييم الجلسة، والاتفاق على موعد الجلسة الختامية.

6- النشاط المنزلي: لم أطلب منهن نشاط منزلي.

الجلسة الختامية: التقييم البعدي

1- الأهداف: التقييم البعدي.

2- الفنيات: المحاضرة المناقشة و الحوار.

3- الأدوات: كمبيوتر، جهاز عرض، أوراق، أقلام.

4- الزمن: 90 دقيقة.

5- الإجراءات:

- الترحيب بالمشاركات وتقديم الشكر على الحضور.
- لخصت الباحثة محتوى البرنامج الذي تم تقديمه والرجوع إلى مختلف الأهداف التي سطرت لتحقيقه.
- طلبت الباحثة من المشاركات بالتذكير بأهم العناصر الأساسية الموجودة فيه.
- وزعت الباحثة على الأعضاء استبيان الضغوط النفسية للإجابة عليه.
- شكرت الباحثة المشاركات في البرنامج أو أعضاء المجموعة على رغبتهم في التغيير والتخلص من الضغوط وتخفيفها وهذا كان واضحا من الالتزام بالحضور رغم كل الظروف ومن خلال مختلف الأسئلة التي كانت تطرح والمناقشات الفعالة التي كانت

تجرى أثناء الجلسات وثمرت هذه المجهودات وطلبت منهن أن لا يضعن كل ما قمن به وهذا من خلال استحضار كل ما تم تعلمه وتطبيقه في الحياة اليومية للوصول إلى أفضل النتائج في حياتهن بشكل عام.

وفي الأخير تم الاتفاق على موعد بعد شهر لمتابعة جديد الفحوصات والعلاج لتقديم النصيحة المناسبة لكل حالة.

