

The effectiveness of a cognitive-behavioral counseling program to reduce symptoms of depression of Syrian refugee women

Moaed Ismahel jarjes¹, Nwzad Ismahel Husen²

Faculty of education, salahadden university

DOI: <https://doi.org/10.31918/twejer.2471.36>

Published: 21/07/2024

Abstract

The current research aims to prepare a scale of depression, and design an experimental cognitive-behavioral counseling program to reduce symptoms of depression among Syrian refugee women. The sample of the study consisted of (30) women who live at Qushtapa camp in Erbil, the researchers randomly selected (15) women for the group of experimental and (15) women for the control group, both groups were balanced in the case of (Depression, Age, Education level, Financial, and Marital status). The researchers build the counseling program based on the Cognitive-behavioral theories of (Aaron Beck and Albert Ellis). The program comprised (16) counseling sessions, two sessions per week, and the duration of each session was (60) minutes. The psychometric characteristics of the scale were completed. The result demonstrates that the (McGogian) value is (0.61), which is acceptable and indicated that the program has high effectiveness. Furthermore, there is a statistically significant difference between the mean scores of refugee women for both experimental and control groups after the implementation of the program at the statistical level (0.05) in favor of the experimental group. Based on the research findings, the researchers proposed several recommendations.

Keywords: *Cognitive Behavioral Counseling Program, Depression, Syrian Refugee Women.*

فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي والسلوكي لخفض أعراض الإكتئاب لدى اللاجئات السوريات

أ.د. مؤيد إسماعيل جرجيس

كلية التربية جامعة صلاح الدين- أربيل

moaid.jarjis@su.edu.krd

م.م نوزاد اسماعيل حسين

كلية التربية جامعة صلاح الدين - أربيل

nawzad.hussein@su.edu.krd

الملخص :

يستهدف هذا البحث إعداد مقياس الإكتئاب ، وتصميم وبناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي تجريبي لخفض أعراض الإكتئاب لدى اللاجئات السوريات، وتكونت عينة البحث من (30) فردا من اللاجئات السوريات الموجودات في مخيم قشتبة في أربيل، وزعت بطريقة عشوائية (15) من اللاجئات للمجموعة التجريبية (15) من اللاجئات للمجموعة الضابطة وتم التكافؤ بين المجموعتين في عدد من المتغيرات وهي (أعراض الإكتئاب، العمر، التحصيل الدراسي، الحالة الاقتصادية والزوجية) . وتبين الباحثان النظرية المعرفية السلوكية (آرون بيك والبرت اليس) لغرض بناء البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي ، يتكون من (16) جلسات الإرشادي بواقع جلسنتين لكل اسبوع، مدة كل جلسة (60) دقيقة ، وتم حساب الخصائص السيكمترية للمقياس وهدف البحث إلى تحقيق الفرضيات ، وأهم النتائج هي: تشير النتائج أن القيمة (ماك جوجيان) وهي (0.61) مقبول كما يدل أن البرنامج لديه فاعلية بنسبة عالية جداً ، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة الضابطة والتجريبية للأختبار البعدي لمقياس الإكتئاب. ولصالح المجموعة التجريبية عند مستوى الدلالة (0.05)، وفي ضوء النتائج قدم الباحثان بعض التوصيات والمقترحات.

الكلمات المفتاحية: البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي، الإكتئاب، اللاجئات السوريات .

1.مقدمة:

إن المشكلات المجتمعية والدمار الذي خلفته الحرب المستمرة في سوريا وطول أمدها الزمني أثرت على تبلد اللاجئين في البيئات التي لجأوا إليها(كيال وطربية، 2019، ص1). ويشير علماء النفس أن الأفراد الذين يعانون الحروب والأزمات غالبا ما يكونوا أكثر عرضة للإصابة بإضطرابات النفسية وإن أكثر الضغوط التي يتعرض لها الفرد هي الإكتئاب (مكنزي، 2013، 3).

ولقد كانت النساء أكثر عرضة للإصابة بالإكتئاب ، كما أظهرت الأبحاث العلمية أن الأسباب وراء ذلك كانت بايولوجية ووراثية وتشمل التغيرات الهرمونية المصاحبة للدورة الشهرية والحمل والنفاس وسن اليأس هذا من جانب ومن جانب آخر تشكل الأسباب البيئية من ضغوط العمل والمسؤوليات

العائلية والضغوط الاجتماعية الجانب الآخر الأسباب الكامنة وراء نسبة زيادة الإكتئاب لدى النساء (3, 2005, Show).

وتعاني اللاجئات من المشكلات النفسية والاجتماعية المتعددة قد تؤثر على مسار حياتهم بشكل سلبي، وتتمثل المشكلات النفسية في الحزن، والأسى، والخسارة بأشكالها المختلفة، مثل خسارة الممتلكات الخاصة، بما فيها المنزل والدخل.

وتؤدي مشاهدة الأفراد لأحداث الحرب ومرورهم بهذه التجربة إلى الإصابة بالعديد من الاضطرابات النفسية، وأبرزها اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD)، واضطراب الإكتئاب، وقد أشارت الجمعية العامة للأمم المتحدة إلى أن العديد من النساء اللاجئات قد تعرضن بسبب الحروب للقمع، والعنف، والاعتقال، والتعذيب، وقد زاد احتمال تعرض اللاجئات السوريات لأنواع مختلفة من التحديات، مثل غياب الخدمات داخل المخيمات، مما أدى إلى ظهور العديد من الأعراض النفسية لدى اللاجئات، كالميل للانطواء، والصمت، والشعور بوصمة العار، والشعور بالذنب نتيجة لعدم القدرة على الدفاع عن أنفسهن (المؤمن وحسان، 2020، 40).

ويشير الباحثون (El-Khodary & Samara, 2018) إلى أن خبرة التعرض للعنف ولويلات الحروب والإبتعاد عن الوطن واللجوء تعد السبب الرئيسي في تطور بعض المشكلات والاضطرابات الانفعالية والسلوكية وخاصة لدى النساء ، حتى أن معاناة اللاجئات السوريات من بعض الاضطرابات النفسية، مثل القلق والاكتئاب والسلوكيات السلبية، لا يمكن تفسيرها عضوياً، بل تُرجع إلى أسباب نفسية مرتبطة بالتعرض للجوء وظروف الحرب (Van Ommeren & et al, 2002, 260). ء

ويعد الإرشاد الجمعي المستند إلى العلاج المعرفي السلوكي من بين التدخلات المثبتت صلاحيتها تجريبياً لتسهيل فهم لنساء اللاجئات وتعاملهم مع الأوضاع الحياتية القاسية والصعبة، فاستخدام فنيات المعرفية السلوكية التي يعرضها المرشد أو المعالج تمنح النساء فرصة لفهم ما عانوا منه، ما قد يساعدهم على اكتساب فهم أفضل حول عواطفهم ويسهل لهم إمكانية التعبير عنها، ويؤدي لتعديل أفكارهم ومشاعرهم وسلوكياتهم المضطربة، وفي النهاية تعزيز عمليات الشفاء والنمو، وتستند الآليات التي يعمل للعلاج المعرفي السلوكي (CBT) التي تعمل للوقاية والعلاج من السلوكيات الداخلية (مثل القلق والاكتئاب) والخارجية (مثل العدوان و تفكير للاعقلاني) وتعزيز السلوك الاجتماعي الإيجابي المرغوب لدى النساء (علاء الدين و الحوامدة، 2020، 206).

ومن هنا يود الباحثان وضع برنامج إرشادي معرفي سلوكي ليساعد في التخفيف من أعراض الإكتئاب لدى اللاجئات السوريات بمخيمات إقليم كردستان العراق.

1.1 مشكلة البحث (Statement of the Research):

يعتبر خطر تعرض النساء والفتيات السوريات إلى العنف القائم على النوع الاجتماعي شاعلاً منتشراً في جميع أنحاء المنطقة منذ بداية أزمة اللاجئين، يستضيف العراق حالياً 247,057 لاجئاً سوري، غالبيتهم في إقليم كردستان. مع أن الدخول الأول للاجئين السوريين جاء في وقت من الاستقرار الاقتصادي والازدهار النسبي، ولكن منذ عام 2014 حدثت تغيرات كبيرة في الوضع الاقتصادي والسياسي والأمني في إقليم كردستان نحو الأسوأ. وهذا ما هدد قدرة الكثير من العائلات السورية على تلبية احتياجاتها الأساسية في المخيمات بالشكل المطلوب، وجاء تأثير الحرب على النساء قاسياً جداً، فالعنف والدمار، والنزوح القسري أجبرهن على ترك منازلهن وأسرهن والتخلي عن شبكة الأمان الأسري، ومعظمهن شرحن كيف لجأن إلى النزوح المتكرر خلال الحرب أولاً : في داخل سوريا، ولاحقاً عند تركهن لبلدهن سعياً إلى طلب الأمان في بيئة أخرى غريبة.

إن العديديات منهن عشن القهر جراء فقدان عزيز، وبعضهن ما زالن يعشن حرقه ابن أو قريب مفقود، لا يعرفن عنه شيئاً، معاناتهن من الحرب ما زالت لصيقة بحياتهن اليومية، فهذه الحرب تسببت بتخلخل البنى العائلية وفقدان الروابط الاجتماعية، وضياح ما بني خلال سنوات العمر، وأدت إلى تشتت العائلة وخسارة التواصل مع أفراد من أسرتهن النواتية والممتدة، والكثيرات منهن تكلمن عن الخوف على سلامتهن الشخصية وسلامة أحبائهن جراء هذه الحرب، وهذا الضغوطات كله أثر على الحالة النفسية للاجئات السوريات بشكل سلبي.

فالإكتئاب من أكثر المشكلات النفسية والإنفعالية لدى الناس في العالم بشكل عام وخاصة لدى اللاجئات، أنها تدفع الناس لطلب العون النفسي والإجتماعي والأسري، وهناك ما يشير إلى أن الناس في الحياة المعاصرة، يعانون من الإكتئاب بصورة أكبر مما كان في المجتمعات الماضية، وأثبتت نتائج دراسات منظمة الصحة العالمية (2022) أن عبء الاضطرابات النفسية في أوساط السكان المتضررين من النزاعات مرتفع للغاية: فقد أظهر استعراض منظمة الصحة العالمية لمجموع 129 دراسة في 39 بلداً أنه من بين الأشخاص الذين شهدوا حروباً أو نزاعات أخرى في الأعوام العشرة الماضية، سيُصاب واحد من كل خمسة أشخاص (22%) بالاكتئاب، أو القلق، أو اضطراب الكرب أو اضطراب ثنائي القطب، أو الفُصام. فضلاً عن هذا، فإن آثار الإصابة بهذه الاضطرابات تمتد لتشمل كل حياة الشخص النفسية والإجتماعية، ولهذا تتزايد المشكلات الصحية بمعناها الجسمي والنفسي والإجتماعي بين المكتئبين، وإن فرص الشفاء من المرض الجسمي وإضطراب الوظائف العضوية تطول إذا كان المرض مصحوباً بشخصية تميل للإكتئاب، ولا ترى منافذ الأمل في الحياة، مما يجعل دراسة هذا الموضوع على المستوى النفسي والصحي والإجتماعي مطلباً من المطالب الأساسية، ويمكن صياغة مشكلة البحث الحالي في التساولين الآتيين :

- 1- هل يمكن تخفيف مستوى الاكتئاب لدى اللاجئات السوريات باستخدام إرشادي معرفي سلوكي .
- 2- ماهي مستوى أعراض الاكتئاب لدى اللاجئات السوريات ودلالة الفروق في الاكتئاب مقارنة بالنساء الأخريات ؟

2.1 أهمية البحث (Significance of the Research):

ترجع أهمية هذا البحث من أهمية الموضوع والذي يتناول اضطراب الاكتئاب النفسي، وهي من المشكلات النفسية والإنفعالية التي تعاني منها شريحة من اللاجئات السوريات ويعيق أداءهم ودورهم الاجتماعي، وتوافقهم النفسي مع الذات ومع الآخرين ، وتعد هذه الشريحة من أهم شرائح المجتمع بوصفهم مربّي الأجيال وتساهم في التغيير والبناء والتقدم في المستقبل، لذا لا بدّ رعايتهم في جميع جوانب شخصيتهم، العقلية، النفسية، الإنفعالية والاجتماعية.

وقد أجريت عدة دراسات سابقة تناولت الصحة النفسية لدى اللاجئين في مناطق مختلفة من العالم. وقد أظهرت هذه الدراسات عمق الألم والحزن والشعور بالضيق الذي تعاني منه اللاجئات السوريات، بعد أن حطمت الحرب حياتهن الأسرية، أي حطمت محور حياتهن، فتحطمت معها جميع آمالهن في الحياة، وعدم قدرتهن على التأقلم مع ظروف النزوح التي غيرت في هوياتهن، وقلبت موازين أدوارهن في الأسرة، وهذه الضغوطات جميعها من الممكن أن تسبب للاجئات السوريات اضطرابات إنفعالية وسلوكية إن لم يتوفر لهن الإرشاد و العلاج النفسي الذي يكفل إعادة تحقيق توافقهم النفسي والاجتماعي(كيال وطربية، 2019، 9). لذلك تتجلى أهمية هذا البحث في جانبين مهمين هما:-

الجانب النظري للبحث (The background side):

- 1- التعرف على فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي ومستوى أعراض الإكتئاب.
- 2- يعد البحث من أوائل البحوث النفسية الإرشادية في المجتمع الكوردي والتي سيطبق على اللاجئين السوريين والذي يهدف إلى خفض أعراض الإكتئاب وحل مشكلاتهم الشخصية والنفسية والشعور بالرضا في الحياة .
- 3- تناول البحث شريحة مهمة وهن اللاجئين السوريين، وهي فئة تحتاج إلى رعاية خاصة كونها نصف المجتمع.
- 4- إضافة معرفية جديدة للمكتبة المحلية يفيد الباحثين من خلال تقديم الإطار النظري المتعلق ببرنامج العلاج المعرفي السلوكي لخفض أعراض الإكتئاب.
- 5- تزويد المكتبات بالبحوث الجديدة في مجال علم النفس العلاجي، وخاصة برنامج العلاج المعرفي السلوكي و مقياس الإكتئاب.

الجانب التطبيقي (The Practical side):

- 1- الاستفادة من نتائج هذا البحث في تصميم وتقديم برامج العلاج المعرفي السلوكي لتخفيف أعراض الإكتئاب لدى مختلف فئات المجتمع.
- 2- قد يستفيد الباحثون والمختصون من أدوات البحث الحالي التي طبقت على اللاجئين السوريين.
- 3- يمكن أن يفيد هذا البحث الباحثين الآخرين في إعداد الدورات التدريبية التي تساعد اللاجئين السوريين على حسن استخدام التفكير الإيجابي لتحقيق السعادة والإنجاز .
- 4- الاستفادة من نتائج هذا البحث في إعداد برنامج إرشادي على وفق علم النفس الإيجابي في تطوير أداء الأفراد في المؤسسات المختلفة.

3.1 أهداف البحث وفرضياته (Aim of the Research and Hypotheses):

- يهدف البحث الحالي إلى إعداد مقياس الإكتئاب وتصميم وبناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض أعراض الإكتئاب لدى اللاجئين السوريين من خلال الفرضيات التالية:-
- 1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الاختبار القبلي لمتغير الإكتئاب..
 - 2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في الاختبار القبلي والبعدي لمتغير الإكتئاب.
 - 3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة الضابطة والتجريبية للاختبار البعدي لمقياس الإكتئاب.

4.1 حدود البحث (Scope of the Research) :

- الحدود البشرية: يقتصر البحث على اللاجئين السوريين.
- الحدود المكانية : اللاجئين السوريين في مخيم قشينة في أربيل / العراق
- الحدود الزمنية: تم تطبيق البحث خلال العام (2021-2023).
- الحدود الموضوعية: تقتصر التجربة البحثية على خفض أعراض الإكتئاب من خلال البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي.

5.1 تحديد المصطلحات (Define terminology):

1.5.1. البرنامج (الإرشادي) العلاجي المعرفي السلوكي:

تعريف جلاس وشيا (Glass & Shea, 1986): إن العلاج المعرفي السلوكي هو أحد التيارات العلاجية الحديثة والتي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للإضطرابات الإنفعالية ويهدف هذا الأسلوب إلى إقناع الفرد أن معتقداته خاطئة غير منطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الفعل الدالة على سوء التكيف ، وذلك بهدف تعديل الجوانب المعرفية المشوهة ، ويعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملائمة للتفكير وذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية و سلوكية و إنفعالية لدى الفرد (باضه، 2002، 173).

تعريف بيك (Beck, 2000): يعرف العلاج المعرفي السلوكي على أنه مجموعة من المبادئ والأسس التي تؤثر في السلوك و هذه المبادئ هي: العمليات المعرفية (تفكير_ تخيل_ تذكر _ إدراك)، ذات علاقة بالسلوك المختل وظيفيا، و تعديل هذه العمليات يكون وسيطاً هاماً لإنتاج تغيير في السلوك ، فالسلوك المختل ناتج عن نماذج تفكير منحرفة ثم الإبقاء عليها وهي أي مصادر معرفية سلبية و غير واضحة او توقعات السلبية (بيك، 2000، 12).

تعريف (جاسم، 2009): تعرف برنامج بأنه: تلك العمليات التي يصبح الفرد بمقتضاها واعياً ببيئته الداخلية والخارجية وعلى اتصال مستمر بها و العمليات المعرفية هي : الإحساس أو الإدراك و الانتباه و التذكر و الربط و الحكم و التفكير و الوعي (جاسم، 2009، 21).

التعريف النظري لبرنامج (الإرشادي) العلاج المعرفي السلوكي: هو مجموعة من الأنشطة الإرشادية يقوم بها المسترشدون في تفاعل وتعاون بما يعمل على توظيف طاقاتهم وإمكاناتهم فيما يتفق مع رغباتهم وميولهم وحاجاتهم وإستعداداتهم في جو يسوده الأمن والأمان والطمأنينة النفسية وعلاقة ودية والتعاونية بينهم وبين المرشد (Borders Drury, 1992, 461)، واعتمد الباحث مع ما ذهب إليه تعريف بوردرز ودروري تعريفاً نظرياً للبرنامج الإرشادي.

فنيات علاج المعرفي السلوكي:

ومن هذه الفنيات:

- تبني رغبات لا تثقل على الفرد.
- تقبل الذات دون شروط.
- اتخاذ اتجاهات غير معادية وغير ناقدة للآخرين.
- تقبل قوي للواقع الذي لا يمكن تغييره.
- تسامح وتساهل دون شكوى من إحباط أو حرمان.
- إرادة العمل لتحسين ظروف الحياة لزيادة المتعة الشخصية. (الحجار، 2000، ص122).

2.5.1. الإكتئاب:

تعريف بيك (Beck, 1974): بأنه شكل من الإضطرابات العاطفية تمتاز بتغير مزاج الفرد وظهور مشاعر الحزن والوحدة والقنوط وتبلد المشاعر والعواطف وخيبة الأمل وصعوبة التفكير والتركيز وافكار تتعلق بالموت والإنتحار فضلاً عن ظهور أعراض وأمراض جسمية مثل الصداع وفقدان الشهية واضطرابات النوم وآلام العضلات واضطراب المعدة (رزوقي والقيسي، 2006، 5).

تعريف (عافل، 2003): عند الشخص السوي هو حالة من القنوط تتصف بمشاعر من عدم الكفاية وانخفاض الفاعلية والتشاؤم فيما يخص المستقبل، وفي الأحوال المرضية هو حالة من عدم الإستجابة للمثيرات مصحوبة بإحتقار الذات والشعور بعدم الجدوي والقنوط (عافل، 2003، 130).

تعريف (عبد المنعم، 2004): الاكتئاب هو حزن أو كآبة مرضية، وهمة مثبطة ومزاج سوداوي يختلف هذا المرض عن الحزن العادي الذي يتميز بالواقعية وتناسب مع قيمة ما فقده الشخص (أمنية، 2012، 51).

التعريف النظري للاكتئاب: تبين الباحثان تعريف (Beck, 1974) كتعريف نظري للاكتئاب. **التعريف الإجرائي للاكتئاب:** هو الدرجة الكلية التي تحصل عليها كل من اللاجئات السوريات على مقياس الاكتئاب والمستخدم في البحث الحالي.

3.5.1. اللاجئات السوريات: هنّ النسوة السوريات اللواتي غادرن بلدهنّ هرباً من العنف والنزاعات المسلحة الدائرة فيه، بعد إندلاع الصراع والحرب في سوريا منذ 2011 (المؤمني وعودات، 2020، 314).

1.2 الإطار النظري (الإرشادي) العلاج المعرفي السلوكي :

يرى (محمد، 2002): أن النظريات التي عرضت للعلاج المعرفي السلوكي في اتجاه رئيسي تحاول ادخال العقل والمنطق في العلاج النفسي وتغيير الأفكار الخاطئة أو اللا منطقية التي يتبعها المريض من خبراته المبكرة وذلك بغرض تعديل سلوكه، حيث تعتبر الاضطرابات النفسية بأشكالها المختلفة في الأساس بالنسبة للمعالج المعرفي السلوكي من إضطراب في التفكير حيث إعادة تصحيحها وهي طرق غامضة ومتناقضة من التفكير تربط بالذات والبيئة (محمد، 2002، 59)، ويرى هذا الاتجاه أن العلاج النفسي عندما يحدث لا يشتمل جانباً واحداً للشخصية بل يمتد ليشمل أربعة جوانب هي: السلوك الظاهري (الأفعال الخارجية) والأفعال التعقيدات الفسيولوجية والتفكير السلوكي الظاهر (طرق التفكير) والتفاعل الاجتماعي العلاقات الاجتماعية.

النماذج العلاجية المعرفية السلوكية:

تزايد الاهتمام منذ السبعينات بهذا المنحى العلاجي، وبرز في هذا السبيل ثلاثة نماذج علاجية لها الريادة في إرساء دعائمها كل من بيك (Beck) أليس (Ellis) ومنشنيوم (Meichenbous)، وبعد نموذج بيك من أبرز النماذج لعلاجية في هذه الاتجاه وأكثر شيوعاً، لذلك إعتدنا في هذا البحث على نموذج (بيك) لبناء البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لخفض أعراض الاكتئاب.

اتجاه بيك Beck في العلاج المعرفي السلوكي :

ذكر (محمد، 2002) أن هذا الاتجاه يقوم على فكرة مؤداها أن يفكر الفرد في نفسه وما يقوله حول نفسه، وكذلك اتجاهاته وآراءه ومثله تعد جميعاً بمثابة أمور هامة وذات صلة وثيقة بسلوكه الصحيح أو المريض، ويحث هذا النموذج العلاجي المريض على استخدام طرق وأساليب تعلم أكثر واقعية (محمد، 2002، 63).

ويرى بيك بأن الاضطرابات النفسية تنشأ لعدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد وبين المثيرات الخارجية التي يتعرض لها الفرد، ويهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى إزالة الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق وكرب وذلك من خلال التعرف على المفاهيم والإثارات الذاتية الخاطئة وتحديدها والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها وذلك استناداً للاستجابات الانفعالية التي أتت بالمريض للعلاج .

هنالك عدد من الأساليب التي تقدم من خلال هذا الاتجاه العلاجي:

- 1- التعرف على الأفكار المشوهة والأوتوماتيكية (التلقائية) والعمل على تصحيحها: تعد تلك الأفكار بمثابة أفكار سلبية تؤثر سلباً في قدرة الفرد على مواجهة أحداث الحياة ثم قدرته على التكيف مما يؤدي إلى ردود أفعال انفعالية.
 - 2- التركيز على الأفكار المشوهة: وحينما ينظر المريض موضوعياً إلى أفكاره ويتعرف على الأفكار تلقائياً أو أوتوماتيكياً ويميز بين تلك التي تتفق مع الواقع والتي لا تتفق معه فإنه يبتعد عنها ويتخلص منها أو (يركز) على عملية تصحيح أو تعديل السلوك وهو ما يمثل هدفاً أساسياً في هذا الصدد.
 - 3- ملء الفراغ: وينصح عند تناول المريض للحدث أو الموقف وردود الفعل الصادرة منه تجاه هذا الحدث أو ذلك الموقف وأن هنالك فجوة توجد بين المثير والاستجابة وتتمثل هذه الفجوة في الأفكار وأن يقوم المعالج بملئها من خلال تعليم المريض أن يركز على تلك الأفكار التي تحدث أثناء معاشة المثير والاستجابة.
 - 4- الوصول إلى دقة الاستنتاجات: ويتم ذلك بتدريب المريض وتعليمه كيفية الحصول على المعلومات الدقيقة وأن تتسم استنتاجاته في المواقف المختلفة بالواقعية، وهو ما يتحتم على المعالج مساعدة المريض على القيام بعملية الاستنتاج، وعلى تحديد تلك الاستنتاجات بشكل جيد والعمل على تقييمها في ضوء الواقع.
 - 5- التخلص عن المطالب: وذلك من خلال التخلص من مجموعة من الواجبات المطلقة التي ينظر من خلالها إلى المواقف المختلفة والتي تسبب المخاوف أو القلق والكرب والتي تعمل كقواعد منظمة للسلوك ومسببة للإضطرابات المختلفة.
 - 6- التحويل: يعني تحويل اهتمام المريض من التركيز على مجموعة الواجبات المطلقة التي تسبب الإضطرابات إلى أوجه نشاط عديدة مثل الألعاب الرياضية والأنشطة الاجتماعية.
 - 7- التحصين التدريجي: وتقوم هذه الطريقة على تشجيع المريض على مواجهة مواقف القلق تدريجياً والهدف الرئيسي من ذلك تحديد المشاعر العصابية بإلغاء الحساسية المبالغ فيها عن تلك المواقف، وسيكون خلال التعرض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق مع إحداث استجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل جديد منه حتى يفقد هذا الموقف خاصيته المهددة ويتحول الموقف إلى موقف محايد أي إلى أن نلقي العلاقة الإشتراطية بين المثير والاستجابة(محمد، 2002، لا70).
- وقد سار فكتور ريمي (V.Raimy) على نهج بيك فيما يعرف بغرض المفهوم الخاطئ (Misconception) والذي يرى أن الإضطرابات النفسية تعد نتيجة للمعتقدات الخاطئة أو أنها نتيجة تصورات ومفاهيم خاطئة والهدف من العلاج تغيير تلك التصورات الخاطئة حيث يؤدي هذا لتغير أو التصحيح والتعديل إلى تحسن عملية التوافق، وهذا الأمر يتفق مع وجهة نظر بيك، ولكن ريمي لم يحدد طريقة محددة يمكن يتم بها ذلك.
- أهداف (الإرشاد) العلاج المعرفي السلوكي:**
- 1- تعلم المتعالج كيف يلاحظ ذاته ويحدد الأفكار التلقائية .
 - 2- مساعدة المريض على أن يكون واعياً بما يفكر فيه.
 - 3- مساعدة المريض على إدراك العلاقة بين التفكير و المشاعر و السلوك.
 - 4- تعلم المريض كيف يهتم بأفكاره و تخيلاته و خاصة تلك التي ترتبط بالأحداث المضطربة.
 - 5- تعلم المريض تصحيح ما لديه من أفكار خاطئة و تشوهات معرفية.
 - 6- تحسين المهارات الاجتماعية من خلال تعلم أساليب التعامل مع الآخرين.

7- تدريب المريض على توجيه التعليمات لذاته ومن ثم تعديل سلوكه.

8- بدء التحكم و تقوية الهوية الذاتية (محمد، 2002، 70).

مزايا (الإرشاد) العلاج المعرفي السلوكي :

1- يستخدم فنيات سهلة و مبسطة مثل القدرة على الإقناع و الإقتراح ، وبما يناسب عقل و منطق المريض و ثقافته.

2- يسعى للكشف عن الأفكار السلبية و المعتقدات العقلانية التي تكمن وراء الأعصاب و مهاجمتها.

3- يسعى لتغيير فكرة المريض عن نفسه و فحص ما يقوله لنفسه داخليا و يعدله و يحل محله الفكرة الصحيحة.

4- يتعرض الأسئلة وجمال موجودة داخل المريض و يمكنه من تخلص منها.

5- يعتبر أسلوبا مثاليا لتغيير المعتقدات غير العقلانية و غير المنطقية و إبدالها بأخرى عقلانية و منطقية(نوري، 2011، 175).

خطوات العلاج المعرفي السلوكي : هناك بعض الخطوات العامة في تطبيق العلاج المعرفي السلوكي وهي :

1- توعية العميل بعملية التقدير والعلاج . 2- تبصير العميل مستقبلا بالمشكلات التي سوف تواجهه في اثناء العلاج. 3- تصميم خطة العلاج. 4- تطبيق البرنامج. 5- انتهاء العلاج في الوقت المناسب (طعيمة ، 2007 ، ص 95).

أهم مسببات الإكتئاب لدى النساء هي:

1- التغيرات الهرمونية المصاحبة لفترة النفاس.

2- التعب والإرهاق الحاصل من الولادة.

3- اضطراب النوم وقلة فترات الراحة بسبب الرضيع.

4- كثرة عدد الأطفال الذين يحتاجون للرعاية وصغر سنهم.

5- ضعف الإسناد العائلي والاجتماعي.

6- انشغال آلام كليا بواجبات الأمومة والرعاية الأسرية وعدم وجود فترات للراحة والمتعة (رزوقي والقيسي، 2006، 4).

2.2 النظريات المفسرة للإكتئاب:

حظي الاكتئاب في تفسيره بعدة وجهات نظر مختلفة حيث نشطت مدارس علم النفس في البحث

عن العوامل وأسباب نشأته وفيما يلي عرض لأهم النظريات المفسرة له:

نظرية التحليل النفسي: طرح المحللون النفسيون عدة نظريات حول الاكتئاب من بينهم فرويد، ميلاني كلاين وأبراهام، يرى أبراهام (Abraham، 1911) المتفق مع فرويد في تفسيره للاكتئاب على أنه غضب موجه نحو الذات لكنه اختلف معه في تحديد الدوافع المحيطة و المثيرة للغضب، حيث يراها أبراهام مرتبطة بحاجة للإرضاء الجنسي، والحصول على الحب ومن جهة يعرف حالة الاكتئاب بعملية ترجيع لخبرة مشابهة قد عاشها الشخص في طفولته (فايد، 2001، 76-79).

أما فرويد (Freud، 1917) يرى أن الاكتئاب يرجع إلى الاحتياجات القمية للطفل يبالغ أو يقل في إشباعها كما أن الطفل قد يتعرض لفقدان الموضوع (الأم) وهذا الفقد يصطحب معه رفض شديد يترجم بغضب صبياني لكنه شديد، فإن لم يستطع الطفل لأن يعوض هذا الفقد، ويسقط هذا الأخير في عملية الاندماج أين يتواجد الطفل مع الموضوع المفقود و من ثم يقوم بتحويل الغضب من الخارج إلى الداخل نتيجة الشعور بالذنب لأنه يعتقد أنه السبب في ذلك الفقد (أبو زيد، 2001، 62).

النظرية السلوكية: يرى أصحاب نظرية التعلم أن الاكتئاب يعتبر حالة تتميز أساساً بخفض في النشاط الذي يلي سحب أو نقد وبمجرد ما يوجد السلوك الاكتئابي يتم دعمه بالاكتئاب والتعاطف.

ويعتبر سلجمان (Seligman) أول من وضع نظرية الاكتئاب بالقائمة على التعلم و يثير مفهوم العجز المتعلم إلى أن الأفراد حينما يجدون أنفسهم في ظروف لا يستطيعون تجاوزها مما يؤدي ذلك إلى الاستسلام والعجز والسلبية (فايد، 2001، 87).

ونقدت نظرية العجز المتعلم من قبل ابرنسون (Abranson, 1978) باعتبار أنه ليس كل شخص يخبر إحداثاً سلبية لا يستطيع التحكم فيها ويصبح مكتئباً، أما (أولمان و كرانسر) يرجعان الاكتئاب إلى حالة فقدان التدعيم و الإشاعة الايجابية مقابل حدوث خبرة تدعيم سلبية أي العقاب.

في حين أن (Makiny & Iksikal, 1985) يشيران إلى نقص بعض الناقلات العصبية والإحساس بالعجز من شأنه أن يسبب تلفاً للمواد المخمرة العصبية الفيزيولوجية مع العلم أن هذا التلف مسؤول عن الاكتئاب (أمنية، 2012، 65).

النظرية المعرفية: يرى أنصارها أن المعرفة تلعب دوراً أساسياً في حدوث واستمرار الاكتئاب ويعتقد (بيك ، 1967) إن الاكتئاب يحدث نتيجة الأخذ بالصيغ المعرفية السالبة، فالشخص المكتئب لديه وجهة نظر سالبة بالنسبة لذاته وللعالَم وللمستقبل، ويضيف أن الإحساس بالضيق هو العامل الأساسي لحدوث الاكتئاب نتيجة التوقعات الكثيرة التي تتميز بالواقعية أي أن المكتئب يجد نفسه ضائعاً أمام لومه لذاته نظراً لوعيه وإدراكه لنقصاته الذي يعطي مفهوماً سلبياً عن ذاته، وحسب بيك الأشخاص المكتئبون يميلون لمقارنة أنفسهم بالآخرين وهذه المقارنة من شأنها أن تخفض مستوى تقديرهم لذواتهم وتجعل عملية التقويم الذاتية سلبية (أبو زيد، 2001، 73).

النظرية الفسيولوجية (البيو كيميائية): Biochemical:

ترى النظرية الفسيولوجية (البيو كيميائية) أن الأسباب الكيميائية من أهم العوامل السابقة لنشأة الاكتئاب ، والتي أدت إلى تطور بالغ في علاج مرض الاكتئاب فقد لاحظ البعض من عدة سنوات على سبيل المثال أن كثيراً من مرضى الضغط المرتفع ،والذين يتناولون عقار (السيربازيل) بانتظام بحسب درجة أو نوعية الاكتئاب (الشديد، الانبساط،) ووجد أن إعطاء (المارسيليد) لمرضى الاكتئاب يشفى الكثير منهم ويخفف الامهم. وأشارت عديد من الأبحاث إلى علاقة الاكتئاب بنسبة المعادن في الجسم ، وعمليات التمثيل الغذائي المختلفة ، فقد وجد مثلاً أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية (صوديوم) تزيد عن 50% عن الطبيعة ، أما الفرد المصاب بنوبة الانبساط فتزيد هذه النسبة إلى 200% وبشفاء هؤلاء المرضى تعود هذه النسبة إلى طبيعتها. كذلك وجد اختلاف في اندفاع وتراجع المعادن بين أغشية خلايا الدماغ، وبالتالي اختلاف في الطاقة الكهربائية بين هذه الخلايا في حالات المرض مما يؤيد النظرية الفسيوكيميائية، والتوضيح العلاقات الكيميائية بالأعراض الاكتئابية يعرض. (أسماعيل ، 2015، ص29).

3.2 الدراسات السابقة والتي تتناول البرنامج (الإرشادي) العلاجي لخفض أعراض الاكتئاب:

دراسة (بالحيل، 2008): هدفت دراسة التعرف على مدى فاعلية برنامج علاجي في خفض حدة اضطراب الاكتئاب النفسي لدى طلاب جامعة صنعاء باليمن، تكونت العينة من 34 حالة، منها: (22) من الذكور و(12) أنثى، و(10) طلاب أسوياء يمثلون مجموعة ضابطة، واستخدم الباحث في الدراسة مقياس بيك للاكتئاب BDI/I ، بالإضافة إلى البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي. وتوصلت الدراسة في نتائجها إلى انخفاض شدة الاكتئاب لدى أفراد العينة التجريبية، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في تأثير البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على أفراد العينة التجريبية في

خفض حدة اضطراب الاكتئاب، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية، وتشير هذه النتيجة إلى انخفاض درجاتهم في التطبيق التتبعي في أعراض الاكتئاب. (بالحيل ، 2008)
دراسة (باحكيم، 2009): هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر العلاج النفسي الجمعي لدى المكتئبات نفسياً في اليمن، وتألّفت عينة الدراسة من (6) نساء، استخدمت الباحثة مقياس للاكتئاب، وبناء برنامج جمعي سلوكي معرفي لعلاج الاكتئاب.

وتوصلت الدراسة في نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج درجات القياس القبلي ونتائج درجات القياس البعدي؛ مما يعني أن أفراد العينة استفادت من البرنامج بشكل جيد، ولا توجد فروق ذات دلالة بين نتائج الاختبار البعدي ونتائج الاختبارات التتبعية. (باحكيم ، 2009 ، ص20)
ودراسة (ضمرة ونصاري، 2014): استهدفت الدراسة إلى التعرف على أثر نموذج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في خفض مستويات الاكتئاب لدى العراقيين ممن قدموا للأردن خلال الفترة الواقعة ما بين (2009/6/1- 2010/6/1) لدى عينة من أطفال الحروب، وضمت عينة الدراسة من (30) طفلاً، تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وتم استخدام قائمة الاكتئاب للأطفال المكونة من 26 فقرة موزعة على 5 أبعاد رئيسية والمعدة من قبل كوفاكس (Kovcas,1985) بعد تعريبها واستخراج دلالات صدق وثبات جديدة.

ودلت نتائج الدراسة على فعالية البرنامج لها، وتكون البرنامج العلاجي من 12 جلسة علاجية طبقت بواقع جلستين اسبوعياً وأدى البرنامج إلى خفض مستويات أعراض الاكتئاب في جميع الأبعاد في القياس البعدي واستمرار الأثر في المتابعة.

وقد أوصت من الدراسات للتعرف على أثر العلاج المركز على الصدمة النفسية في خفض الأعراض النفسية للأطفال المتعرضين لحوادث الحروب كمستويات القلق وقلق ما بعد الصدمة، وبناء قدرات العاملين في مراكز تقديم الخدمات النفسية للأطفال لزيادة قدرتهم لتطبيق البرامج العلاجية المتخصصة لأطفال الحروب. (ضمرة ونصاري، 2014)

ودراسة (جودة، 2015): هدفت الدراسة إلى التعرف إلى "فاعلية برنامج علاجي باستخدام السيكوندرا في خفض أعراض اضطراب الاكتئاب لدى النساء"، و تم تطبيق البرنامج على مجموعة من السيدات اللاتي يعانين من اضطراب الاكتئاب و يتابعن في مركز غزة المجتمعي التابع لبرنامج غزة للصحة النفسية وتراوحت أعمارهن بين (60-18) عاماً، و تم اختيار العينة بطريقة العينة المتاحة (المتيسرة)، و تكونت عينة الدراسة من 30 سيدة تم تقسيمهن إلى مجموعتين، الأولى تجريبية و قوامها 15 سيدة، و الثانية ضابطة و قوامها 15 سيدة أيضاً، حيث تم اختيارهن من أصل 57 سيدة من اللاتي يتابعن بمركز المجتمعي في منطقة غزة، علماً بأن العينة قد حصلت على أعلى مستوى درجات الاكتئاب على مقياس بيك.

و استخدمت الباحثة في دراستها الحالية للإجابة عن أسئلة البحث الأدوات التالية : مقياس بيك من إعداد بيك 1961 و تعريب أحمد عبد الخالق 1996، برنامج السيكوندرا العلاجي، وأيضاً استخدمت الأساليب الإحصائية التي تتمثل في الإحصاءات الوصفية، و كانت أهم نتائج الدراسة ما يلي : وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي و درجات القياس البعدي في الاكتئاب للسيدات في المجموعة و الفروق كانت لصالح القياس البعدي، ووجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي و درجات القياس البعدي في الاكتئاب للسيدات في المجموعة التجريبية و الفروق كانت لصالح القياس البعدي، وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي و درجات القياس التتبعي في الاكتئاب للسيدات و الفروق كانت لصالح القياس التتبعي،

ووجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي و درجات القياس التتبعي في الاكتئاب للسيدات في الفنون كانت لصالح القياس البعدي. (جودة ، 2015)
 ودراسة (علاء الدين و بركات، 2021): حيث استهدفت الدراسة فحص تأثير برنامج إرشاد جمعي يدمج بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج القصصي في التقليل من القلق والاكتئاب لدى عينة من النساء السوريات المطلقات والأرامل، وقد اختيرت المجموعة التجريبية (ن =20) والمجموعة الضابطة (ن=20) من مجموع عينة متيسرة (ن=81) من المطلقات والأرامل السوريات اللواتي يراجعن إحدى الجمعيات الأهلية في الزرقاء الأردن. وطُورَ برنامج إرشاد جمعي تألف من (14) جلسة بمعدل (3) جلسات أسبوعية، استناداً إلى منظوري العلاج المعرفي السلوكي والعلاج القصصي.
 وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة على مقياسي القلق والاكتئاب في الاختبار البعدي لصالح المجموعة التجريبية. (علاء الدين و بركات ، 2021، ص261).

3. إجراءات البحث:

1.3. مجتمع البحث والعينة: يتكون مجتمع البحث من جميع اللاجنات السوريات موزعة على مخيمات تابعة لمحافظة أربيل إقليم كردستان العراق (قوشتبه، كوركوسك، باسرمة، داره شكران) وقد بلغ عددهن (7873) نساء، تراوحت أعمارهن بين (18-47) سنة، ثم طبق الباحثان مقياس الاكتئاب على اللاجنات السوريات بطريقة عشوائية، و تم اختيار أفراد البحث اعتماداً على نتائج تطبيق مقياس الاكتئاب على (320) امرأة من اللاجنات السوريات من نفس العمر ممن قدموا إلى إقليم الكردستان، وبعد ذلك تم اختيار (30) امرأة بطريقة قصدية في مخيم قوشتبه ، ممن حصلوا على أعلى درجات على مقياس الاكتئاب، وتم توزيعهن إلى مجموعتين متجانستين التجريبية والضابطة ، بعد التكافؤ بينهم في درجات (مقياس الاكتئاب ، العمر ، التحصيل الدراسي ، الحالة الزوجية والإقتصادية).

2.3. أدوات البحث:

1.2.3. مقياس الاكتئاب

يعتمد الباحثان على أدبيات الصحة النفسية و (DSM-5) لإعداد فقرات مقياس الاكتئاب للبحث الحالي ويتكون المقياس في صورته الأصلية من (16) فقرة، تم اختيارها لتعكس كل واحدة منها أحد المكونات التالية: المزاج المكتئب، والشعور بالذنب وعدم الأهمية والشعور باليأس وبالعجز والإعاقة نفس الحركية واضطرابات النوم وفقدان الشهية، ويتمتع المقياس بدلالات صدق وثبات تجعله مقبولاً وملائماً للبحث الحالي .

صدق المقياس: تم استخراج الصدق الظاهري لمقياس الاكتئاب من خلال عرض صورته الأولية على مجموعة من المحكمين المختصين في مجال الإرشاد والصحة النفسية وقد بلغت نسبة الاتفاق بين المحكمين (80%) وبالتالي وتم تعديل بعض الفقرات وإضافة فقرة أخرى وبذلك أصبح عدد الفقرات (17) فقرة في الصورة النهائية للمقياس، كما تم استخراج مؤشرات الصدق البناء للمقياس القوة التمييزية لفقرات مقياس الاكتئاب ،علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس(الاتساق الداخلي للمقياس).

ثبات المقياس: قام الباحثان بحساب ثبات مقياس الاكتئاب النفسي بطريقتين:

معادلة ألفا كرونباخ: حيث تم استخراج معامل الثبات للمقياس بمعادلة الفاكرونباخ حيث تم تطبيقه على عينة مكونة من (70) من اللاجنات السوريات وقد بلغ قيمة الثبات بهذه الطريقة (0.83) .

التجزئية النصفية: حيث تم تطبيقه على عينة مكونة من (70) من النساء اللاجئات ، وبعد تجزئة المقياس إلى الفقرات الفردية والزوجية وحساب معامل الارتباط معادلة جتمان فقد بلغ قيمة معامل ثبات المقياس (0.80)، وهو معامل ارتباط مرتفع ودال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01).

2.2.3. البرنامج (الإرشادي) العلاجي المعرفي السلوكي :

يتكون البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي من (16) جلسة ومدة كل جلسة (60) دقيقة، واستمر البرنامج لمدة شهرين، بواقع جلستين إرشاديتين إسبوعياً. فيما يلي عرض الجلسات بإختصار :

الجلسة الأولى: تتضمن التعارف وبناء الألفة، وإقامة علاقة إرشادية : وأساسها المشاركة، والاندماج، والاهتمام، وكسب الثقة، من خلال المودة، والدفع، والتقبل، والصبر، وإحياء الأمل عند السيدات، وتشجيعهم على التعبير عن حاجاتهم، والاتفاق على حضور ومواعيد الجلسات.

الجلسة الثانية: تضمنت تعريف السيدات بمفهوم الإكتئاب وأعراضه وأسبابه، الذي يعني عملية التعرف المسترشدين بمعنى الإكتئاب وأسبابها و معرفة المرشد بأسباب ظهور اضطراب الإكتئاب لديهن من خلال الإصغاء لمشكلة المسترشدات، واحترامهن، والحديث معهن حسب لغتهن الخاصة، وكذلك التأكيد على أهمية تحقيق السيدات للاندماج الحقيقي مع الأقران والأسرة والمجتمع من خلال التدريب على الاستراتيجيات المناسبة لتحقيق ذلك.

الجلسة الثالثة: تهدف هذه الجلسة إلى التعريف بمفهوم الصحة النفسية وأهميتها ودورها في خفض أعراض الإكتئاب والأمراض الأخرى.

الجلسة الرابعة: وتضمنت هذه الجلسة إلى التعريف بإضطرابات النوم، بغرض مساعدة المسترشدات على زيادة القدرة على مواجهة التوترات و ضغوطات الحياة مع استخدام بعض التقنيات والأنشطة الهادفة وعرض الأفلام التي تساعدهم على النوم الهادي.

الجلسة الخامسة: هدفت هذه الجلسة إلى تعريف المسترشدات بسلبيات عدم القدرة على التركيز و تأثيرها في الحياة مع استخدام بعض التقنيات والأنشطة الهادفة التي تساعدهم على التركيز.

الجلسة السادسة:- تضمنت هذه الجلسة إلى تعريف المسترشدات بالأفكار اللاعقلانية غير المنطقية، و دورها في الشعور بالضغط ، ومعرفة كيفية تحديد هذه الأفكار وعلاقتها بالإنفعالات السلبية وكيفية تغييرها بالأفكار الإيجابية، من خلال الأنشطة التدريبية الآتية :جمع المعلومات عن المواقف المسببة للإكتئاب النفسي، وتحديد وسائل تخفيفها، وأساليب الاسترخاء العقلي والجسمي، والتخطيط للسلوك الواقعي المسؤول الصائب: أي وضع خطة تتضمن تحديد احتمالات وبدائل السلوك الواقعي، المسؤول، والصائب، والمشبع للحاجات، ويجب أن تكون الخطة محددة وواضحة، ومنطقية، وقابلة للتنفيذ.

الجلسة السابعة: إتاحة الفرصة للسيدات للحديث عن الظروف المؤلمة التي يعيشونها والمواقف الصعبة والتحديات التي يواجهنها في حياتهم اليومية والتي يشعرون من خلالها بحالة الحزن والاكتئاب، وكيفية التعبير عن مشاعرهن بحرية تامة لتحسين المزاج، مع استخدام بعض التقنيات والأنشطة الهادفة وعرض الأفلام، بغرض مساعدة المسترشدات على التنفيس الإنفعالي والسيطرة على الانفعالات.

الجلسة الثامنة: ممارسة بعض الأنشطة ومهارة الاسترخاء، الهادفة والافلام التي من شأنها أن تساعد في تبديد آثار الاكتئاب والعنف لديهن وإخفاء أعراضه التي كانت تسبب المعاناة لهن.

الجلسة التاسعة: فقد هدفت إلى التعرف على مفهوم الصحة النفسية وأهميتها في الحياة لتنمية جودة الحياة.

الجلسة العاشرة: التعرف على معنى لوم الذات والآخرين ووكيفية مواجهتها، من خلال التدريب على كيفية استعمال عدد الاستراتيجيات لتغيير الأحاديث السلبية بأخرى إيجابية .

الجلسة الحادية عشر: هدفت هذه الجلسة إلى التعريف بمعنى الوقت وإدارة الوقت و كيفية الاستفادة منه لخفض الشعور بالفراغ.

الجلسة الثانية عشر: التعرف على مفهوم التحدث إلى الذات و كيفية ممارسة الحديث الإيجابي إلى الذات، للتحرر من آثار الإكتئاب وتحسين العلاقات واهتمام المتبادل مع الآخرين.

الجلسة الثالثة عشر: فقد هدفت إلى التعرف على مفهوم التفاؤل و أهميته ودوره في تنمية الشعور بالسعادة.

الجلسة الرابعة عشر: التعرف على مهارات التواصل و كيفية التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ، من خلال عرض الأمثلة والنماذج من قبل المرشد، والتعرف على كفية مواجهة الشعور بالخجل والخوف الاجتماعي ومناقشة أسبابه.

الجلسة الخامسة عشر: هدفت هذه الجلسة إلى التعريف بأهمية التخطيط والالتزام، والتعرف على أهمية النشاطات اليومية وتدريب السيدات على وضع خطة واقعية ضمن إمكانياتهم.

الجلسة السادسة عشر: وهي الجلسة الختامية، وتضمنت ملخصا لما دار في الجلسات السابقة، وتقويما للبرنامج.

صدق البرنامج: قام الباحثان ببناء برنامج إرشادي مبني على الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي، وتم عرضه على (12) خبيراً من الخبراء والمحكمين في مجال التربية، والإرشاد النفسي، وعلم النفس، والصحة النفسية، والقياس والتقويم (انظر: الملحق (2)) حيث أشاد المحكمون بمحتوى وأهداف البرنامج الإرشادي، وكانت نسبة الاتفاق بين الخبراء والمحكمين على صلاحية البرنامج الإرشادي هي (90%).

وقام الباحثان بالأخذ برأي الخبراء والمحكمين بناء على التوصيات والمقترحات التي قدموها وهي مقترحات طفيفة تتعلق بعدد الجلسات الإرشادية، حيث تضمن البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في صورته النهائية على (16) جلسة علاجية، وتراوحت مدة كل جلسة من (60) دقيقة .

3.3. تصميم البحث: يعد البحث الحالي بحثاً تجريبياً، فقد هدف إلى التعرف على دور الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض أعراض الاكتئاب لدى نساء اللاجئات السوريات في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، ولذلك قام الباحثان بفحص أثر المتغير المستقل وهو الإرشاد المعرفي السلوكي على المتغير التابع وهو الاكتئاب وحسب التصميم الآتي:

عينة البرنامج:

تألفت من اللاجئات السوريات من المخيمات اللواتي حصلن على درجات أكثر من (48) درجة على مقياس أعراض الاكتئاب وقام الباحثان بتقسيم العينة عشوائياً على مجموعتين (التجريبية والضابطة).

والمجموعة التجريبية: اشتملت على (15) من اللاجئات السوريات تم إخضاعهن للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي . قياس قبلي - مع برنامج إرشادي معرفي سلوكي - قياس بعدي.

والمجموعة الضابطة: اشتملت على (15) من اللاجئات السوريات اللواتي لم يتم إخضاعهن للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي . قياس قبلي - بدون برنامج إرشادي معرفي سلوكي - قياس بعدي.

4.3. التطبيق والمعالجة الإحصائية :

بعد تطبيق مقياس الاكتئاب ، ومن ثم إجراء الاختبار القبلي على المجموعتين ، وتطبيق البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي على المجموعة التجريبية ، وإجراء الاختبار البعدي على المجموعتين . استخدم الباحثان المعالجة الإحصائية للبيانات لاستخلاص النتائج من خلال برنامج (Spss) الحقيبة

الإحصائية للعلوم الاجتماعية ، ومنها (معادلة ألفا-كرونباخ ، معامل الارتباط بيرسون ، معادلة جيتمان ، اختبار (ت) لعينتين مستقلتين ، اختبار (ت) لعينتين مترابطتين ، معادلة ماك جوجيان) .

4. عرض نتائج البحث و فحص فرضياته:

1.4 نتائج تحليل الفرضيات :

الفرضية الأولى : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الاختبار القبلي لمتغير الإكتئاب .

للتحقيق من صحة الفرضية الأولى، إستخدم الباحثان الاختبار التائي لعينتين مستقلتين، لتحديد فروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية و الضابطة على مقياس الإكتئاب قبل تطبيق البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي ، (كما هو موضح في الجدول (1)).

جدول (1) نتائج الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق في إجابات المجموعتين التجريبية والضابطة في الاختبار القبلي لمقياس الإكتئاب

المجموعة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية		درجة الحرية	مستوى الدلالة (0.05)
				المحسوبة	الجدولية		
التجريبية	15	34.466	4.454	1.108	2.045	28	غيردالة
الضابطة	15	32.533	5.083				

يتضح من جدول (1) قيمة متوسط درجات أفراد المجموعتين في الاختبار القبلي في المجموعة التجريبية هي (34.466) وفي المجموعة الضابطة هي (32.533) وقيم الانحراف المعياري للمجموعة التجريبية هي (4.454) وللمجموعة الضابطة هي (5.083)، ولمعرفة دلالة الفرق تم استخدام الاختبار التائي لعينتين مستقلتين إذ يتضح من القيمة التائية المحسوبة وهي (1.108) درجة بأنها أقل من القيمة التائية الجدولية التي تساوي (2.045) درجة عند مستوى الدلالة (0.05) و درجة الحرية (28) وهي غير دالة .

وهذا يشير إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين درجات المجموعتين في الاختبار القبلي في مقياس الإكتئاب وبذلك نقبل الفرضية الصفرية.

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في الاختبار القبلي والبعدي لمتغير الإكتئاب.

أظهرت النتائج أن قيمة المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية على مقياس الإكتئاب قبل تطبيق البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي هي (34.446) ، في حين كانت قيمة المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج هي (23.733)، وباستخدام الاختبار التائي لعينتين مترابطتين لإختبار دلالة الفروق بين الدرجات الإختبارين أظهرت النتائج على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) ودرجة الحرية (14) ، إذ بلغت القيمة التائية المحسوبة (7.034) وهي أكبر من القيمة التائية الجدولية وهي (2.045)، لذا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة كما وضح في الجدول (2).

جدول (2) نتائج الاختبار التائي لعينتين مترابطتين لدلالة الفرق في إجابات المجموعة التجريبية في الاختبار القبلي و البعدي على مقياس الإكتئاب

الاختبار	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	القيمة التائية		مستوى الدلالة (0.05)
					المحسوبة	الجدولية	
الاختبار القبلي	15	34.446	4.454	14	7.034	2.045	دالة
الاختبار البعدي	15	23.733	3.750				

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة الضابطة والتجريبية للأختبار البعدي لمقياس الإكتئاب.

أظهرت النتائج أن قيمة متوسط درجات المجموعة الضابطة بلغت (32.266) وأن قيمة متوسط درجات المجموعة التجريبية بلغت (23.733) على مقياس الإكتئاب وعند تطبيق الاختبار التائي لعينتين مستقلتين تبين أن الفروق دالة إحصائياً ولصالح المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي عند مستوى الدلالة (0.05) ودرجة الحرية (28) إذ كانت القيمة التائية المحسوبة (5.587)، وهي أكبر من القيمة التائية الجدولية (2.045) لذا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تشير إلى أن درجات أفراد المجموعة التجريبية أقل من درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الإكتئاب بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي كما وضح في الجدول (3).

جدول (3) نتائج الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لدلالة الفرق في إجابات المجموعة الضابطة والتجريبية في الاختبار البعدي على مقياس الإكتئاب

المجموعة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	القيمة التائية		مستوى الدلالة (0.05)
					المحسوبة	الجدولية	
الضابطة	15	32.266	4.774	28	5.587	2.045	دالة
التجريبية	15	23.733	3.750				

ويتبين من الجدول أعلاه بأن هذه النتائج تشير إلى نجاح البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي التي بناه الباحثان ويمكن تفسير ذلك بأن البرنامج الإرشادي له الأثر الإيجابي في خفض أعراض الإكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة التي لم تتعرض للبرنامج الإرشادي ، وهذه النتيجة تشير أيضاً إلى نجاح الفنيات والاستراتيجيات التي استخدمت من قبل الباحثين في البرنامج الإرشادي لغرض مساعدة المسترشدين لتنمية قدراتهم على مواجهة الضغوطات الحياتية المسببة للشعور بالإكتئاب.

وهذه النتيجة تتفق مع رأي (محمد، 2002) الذي يذهب إلى أن الإرشاد النفسي عندما يحدث لا يشمل جانباً واحداً للشخصية بل يمتد ليشمل أربعة جوانب وهي: السلوك الظاهري (الأفعال الخارجية) والأفعال التعقيدات الفسيولوجية والتفكير السلوكي الظاهر (طرق التفكير) والتفاعل الاجتماعي العلاقات الاجتماعية (محمد، 2002، 59).

وهذه النتجة تتفق أيضاً مع نموذج (بيك) حيث أشار إلى أن الاضطرابات النفسية تنشأ لعدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد وبين المثيرات الخارجية التي يتعرض لها الفرد، ويهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى إزالة الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق وكرب وذلك من خلال التعرف

على المفاهيم والإثارات الذاتية الخاطئة وتحديدها والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها وذلك استناداً للاستجابات الانفعالية التي أتت بالمريض للإرشاد والعلاج.

وأيضاً تتفق مع نتيجة دراسة كل من (بالحيل، 2008)، ودراسة (باحكيم، 2009)، ودراسة (ضميرة ونصاري، 2014)، ودراسة (جودة، 2015)، ودراسة (علاء الدين وبركات، 2021)، من حيث نجاح البرنامج الإرشادي العلاجي.

الفرضية الرابعة: لا توجد فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض أعراض الإكتئاب لدى اللاجئات السوريات.

لتحقيق هذه الفرضية طبق الباحثان معادلة لـ (ماك جويجان) لحساب فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي لخفض أعراض الإكتئاب، وأظهرت النتائج أن قيمة متوسط درجات مقياس الإكتئاب للاختبار القبلي بلغت (34.44) وللاختبار البعدي (23.73) وبالدرجة القصوى لمقياس الإكتئاب (52) ثم قيمة ماك جويجان لفاعلية البرنامج على مقياس الإكتئاب قد بلغت (0.61) لذا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تشير إلى أن قيمة (ماك جويجان) كانت مقبولة كما يدل أن البرنامج لديه فاعلية بنسبة عالية جداً كما موضح في الجدول (4).

الجدول (4) يوضح مدى فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض أعراض الإكتئاب

المتغير	المجموعة	المتوسط الحسابي	الدرجة القصوى للمقياس	قيمة ماك جويجان	الفاعلية
الإكتئاب	التجريبية (القبلي)	34.44	52	0.61	فاعلة
	التجريبية (البعدي)	23.73			

2.4. الاستنتاجات:

1. البرنامج الإرشادي المعرفي والسلوكي المستخدم في البحث الحالي ، ذوو فاعلية في خفض أعراض الإكتئاب.

2. صلاحية مقياس الإكتئاب الذي تم إعداده ، لما وضع لأجله وهو قياس الإكتئاب لدى النساء اللاجئات السوريات.

3. أهمية استخدام الأساليب والفنيات والإستراتيجيات الإرشادية (التي استخدمها الباحثان) في البرنامج الإرشادي لخفض أعراض الإكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية.

4. أن للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي تأثيراً واضحاً في خفض أعراض الإكتئاب لدى النساء اللاجئات السوريات إذ كانت هناك فروق ذات دلالة احصائية لمصلحة المجموعة التجريبية التي حصلت على الإرشاد الجمعي مقارنة بالمجموعة الضابطة .

5. أن خفض أعراض الإكتئاب لدى النساء اللاجئات السوريات امراً ممكن تحقيقه اذا ما توفر البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي المتكامل وتهيئة الظروف المناسبة لتطبيقه.

3.4. توصيات البحث:

في ضوء نتائج البحث يوصي الباحثان بما يلي :

1. ضرورة تفعيل دور الارشاد و العلاج النفسي للنساء المقبلين على الدراسة بمخيمات اللاجئين السوريين لتخفيف الاحباط والشعور بفقدان الأمل.
2. ضرورة إستخدام برامج إرشادي علاجي قائم على نتائج البحث الحالي ، تتضمن فنيات إرشادية وعلاجية لمعالجة الاضطرابات المختلفة ، على أن يتم تدريب اخصائيين نفسيين ، ويتم إعدادها على أشرطة فيديو مع كتيب تعليمي يوضح طريقة التطبيق ، وتكون هذه البرامج نواة لعملية ارشادية وعلاجية حقيقية يضطلع بها قسم الإرشاد التربوي والنفسي بكلية التربية في جامعة صلاح الدين – أربيل أو أي مؤسسة حكومية أو أهلية.

4.4. المقترحات:

- 1- إجراء دراسة تجريبية أخرى لخفض أعراض الإكتئاب لدى الأطفال اللاجئين السوريين. لمساعدة الأطفال المفصولين عن عائلتهم بسبب العنف، والحرب وذلك من أجل التخفيف من آثار مشاهدة العنف المستخدم ضد الأم والأب .
- 2- إجراء دراسة تجريبية مماثلة أخرى على مستوى إقليم كردستان حول أعراض الإكتئاب و الحالات أو المشكلات النفسية الأخرى لدى النساء الكورديات التي تعرضن للقصف الكيميائي.
3. إجراء دراسة تجريبية مماثلة أخرى لخفض القلق و الرهاب الإجتماعي و الإغتراب النفسي أو الجفاف العاطفي، أو الشعور بالفراغ ، أو لخفض الإضطرابات ما بعد الصدمة، لدى اللاجئين السوريين، والنساء الكورديات التي تعرضن للأنفال .

5. المصادر:

- أسماعيل ،عباس الصادق محمد (2015)فعالية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لتخفيف الاكتئاب لدى مرضى الايدز بمراكز الرعاية المتكاملة بولاية جنوب دارفور، أطروحة دكتوراه،كلية التربية، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان، 2015.
- أبو زيد، مدحت عبد الحميد(2001): الإكتئاب، ط1، دارالمعرفة الجامعية، الأزاريطة.
- أمينة، دريبين(2012): أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بظهور الاكتئاب عند المراهقين، رسالة ماجستير، غير منشورة، جامعة العقيد أكلي محند أولحاج، معهد العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم/ علم النفس، الجزائر.
- بيك، أرون (2000): العلاج المعرفي و الإضطرابات الإنفعالية، ط1، دار النهضة العربية، القاهرة- مصر.
- باضه، أمال عبد السميع (2002): علم النفس للأطفال و المراهقين، مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة.

- بالحيل، عبد الخالق حنّدة (2008): **فاعلية برنامج علاجي في خفض حدة اضطراب الاكتئاب النفسي لدى طلاب جامعة صنعاء باليمن**، رسالة ماجستير، غير منشورة، جامعة صنعاء، الكلية التربوية، قسم علوم الإنسانية، صنعاء، اليمن.
- باحكيم، مواهب سعيد (2009) **أثر العلاج النفسي الجمعي في المكتئاب نفسياً**، رسالة ماجستير، جامعة صنعاء، اليمن. صفحة 20
- جاسم، العبيدي محمد (2009): **علم النفس الإكلينيكي**، ط1، دار الثقافة، عمان.
- جودة، إيناس حسين أحمد صالح (2015): **فاعلية برنامج علاجي باستخدام السيكوودراما في خفض أعراض اضطراب الاكتئاب لدى النساء (أطروحة ماجستير)**. الجامعة الإسلامية، فلسطين (قطاع غزة). طعيمة، فوزي شاكّر (2007): **علم النفس الإكلينيكي**، ط2، دار الشروق والتوزيع، عمان-الأردن.
- كيال، مها وطربية لبني (2019): **نساء مهمشات "حالة الريفيات السوريات المسنات في زمن الحرب والنزوح القسري"**، دراسة غير منشورة، معهد العلوم الاجتماعية في الجامعة اللبنانية.
- محمد، عادل عبد الله (2000): **العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيق**، دار راشد، القاهرة.
- محمد، عادل عبد الله (2002): **علاج المعرفي السلوكي أسس و تطبيقات**، ط1، دار الرشد لنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- مكزي، كوام (2013): **الإكتئاب**، ط1، مترجمة زينب منعم، مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر، الرياض- المملكة العربية السعودية.
- المؤمن، فوزو وحسان، رشا (2020): **فاعلية برنامج إرشادي يستند إلى العلاج الأدلري في رفع مستوى الكفاءة الذاتية لدى اللاجنات السوريات المعنفات**، رسالة منشورة، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد (17)، العدد (1).
- المؤمن، فوزا أيوب وعودات، فاطمة أحمد على (2020): **مستوى الصحة النفسية لدى اللاجنات السوريين في الأردن**، دراسة منشورة، دراسات، العلوم التربوية، المجلد (47)، العدد (3).
- الحجار، محمد (2000) **تجربتي مع العلاج النفسي السلوكي المعرفي على المجتمع السوري**، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، طرابلس، المجلد (11).
- نوري، القمش مصطفى (2011): **علاجات النفسية**، ط3، دار المسيرة، عمان.
- عاقل، فاخر (2003): **معجم العلوم النفسية**، ط2، دار الشعاع للنشر والعلوم، القاهرة- مصر.
- علاء الدين وبركات (2021) **أثر الإرشاد بالعلاج المعرفي السلوكي القصصي في التقليل من القلق والاكتئاب لدى المطلقات والأرامل السوريات**، بحث منشور، كلية التربية، جامعة الهاشمية- جامعة اليرموك، الأردن. صفحة 261 مجلد 14
- فايد، حسين (2001): **العدوان والاكتئاب في العصر الحديث، النظرية التكاملية**، جامعة حلوان، ط1.
- ضمرة، جلال كايد و نصار، يحيى حياتي (2014): **أثر نموذج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من أطفال الحروب**، دراسات العلوم التربوية، المجلد (41)، العدد (1).
- Border & Dryra L.D. Sander, MD (1992) : **Comprehensive school counseling programs** , Are View for policy markers And Practitioner , Journal Of counseling and Development.

Mcguigan, F (1971).Ho to select and evaluate programmed instructional materials. Retrieved from <http://files.eric.ed.gov/fulltex/ED051455.pdf>.

clinical depression and mental health association fact :Show, Gina(2005) sheet, renewed by Cynthia Haines July, (2002).

Van Ommeren, M., Sharma, B., Prasain, D., & Poudyal, B (2002): Addressing human rights violations: A public mental health perspective on helping torture survivors in Nepal. In: J. De-Jong (Ed.), Trauma, war and violence: Public mental health in socio-cultural context (pp.259-281). Springer.

الملحق (2) أسماء السادة الخبراء والمحكمين للصدق الظاهري لمقياس الإكتتاب والبرنامج الإرشادي رتبت الأسماء حسب اللقب العلمي والحروف الأبجدية

ت	اللقب العلمي	الاسم الثلاثي	الاختصاص	مكان العمل	الصدق الظاهري للمقياس	الصدق الظاهري للبرنامج
1	أستاذ دكتور	ناسو صالح سعيد	إرشاد نفسي وتوجيه تربوي	وزارة التعليم العالي والبحث العلمي	*	*
2	أستاذ دكتور	أديب محمد نادر الجباري	الإرشاد والصحة النفسية	جامعة تكريت / كلية التربية للعلوم الانسانية	*	*
3	أستاذ دكتور	أسامة حامد محمد	علم النفس التربوي	جامعة موصل / كلية التربية	*	
4	أستاذ دكتور	ايمان فؤاد كاشف	التربية الخاصة والصحة النفسية	جامعة الزقازيق / كلية علوم ذوي الإعاقة والتأهيل	*	
5	أستاذ دكتور	بيريفان عبدالله المفتي	التعلم الحركي	جامعة صلاح الدين- أربيل / كلية التربية	*	
6	أستاذ دكتور	جاجان جمعة محمد	علم النفس التربوي	جامعة دهوك / كلية التربية الاساس	*	
7	أستاذ دكتور	يوسف حمه صالح مصطفى	الشخصية والصحة النفسية	جامعة صلاح الدين- أربيل / كلية الآداب	*	*
8	أستاذ دكتور	ليث كريم حمد	إرشاد نفسي وتوجيه تربوي	جامعة ديالى / كلية التربية للعلوم الانسانية	*	*
9	أستاذ دكتور	مها حسن بكر	الصحة النفسية	جامعة صلاح الدين- أربيل / كلية الآداب	*	
10	أستاذ دكتور	محمد سعيد محمد المزوري	علم النفس التربوي	جامعة دهوك-كلية التربية الاساس	*	
11	أستاذ دكتور	سالم نوري صادق	إرشاد نفسي وتوجيه تربوي	جامعة ديالى / كلية التربية للعلوم الانسانية- متقاعد	*	
12	أستاذ دكتور	علاء كاظم عبدالله	إرشاد نفسي وتوجيه تربوي	جامعة كركوك / كلية التربية للعلوم الإنسانية	*	
13	أستاذ دكتور	عمر ياسين إبراهيم	إرشاد تربوي ونفسي	جامعة صلاح الدين- أربيل / كلية التربية- متقاعد	*	*
14	أستاذ دكتور	عمر إبراهيم عزيز	علم النفس التربوي	جامعة صلاح الدين-	*	*

		أربیل / كلية الآداب			
15	أستاذ دكتور	صابر بكر مصطفى	علم النفس التربوي	جامعة السليمانية / كلية التربية الاساس *	
16	أستاذ دكتور	صاحب عبد مرزوك الجنابي	الارشاد النفسي	جامعة بغداد / كلية التربية- متقاعد *	
17	أستاذ دكتور	صابر عبدالله سعيد زبياري	القياس والتقويم	جامعة دهوك / كلية التربية الاساس *	
18	أستاذ دكتور	ريزان على أبراهيم	الصحة النفسية	جامعة صلاح الدين- أربيل / كلية أداب *	*
19	أستاذ دكتور	رشدي على ميرزا جاف	علم النفس الاكلينيكي	جامعة السليمانية / كلية التربية الاساس *	
20	أستاذ دكتور	شه ويؤ عبدالله ملا طاهر	الارشاد التربوي والنفسي	جامعة صلاح الدين- أربيل / كلية التربية- متقاعد *	*
21	أستاذ مساعد	أراز حكيم رضا	علم النفس التربوي	جامعة صلاح الدين- أربيل / كلية التربية *	
22	أستاذ مساعد	بان صباح يحيى	علم النفس التربوي	جامعة صلاح الدين- أربيل / كلية التربية الأساس *	
23	أستاذ مساعد	وليد خالد بابان	القياس والتقويم	جامعة صلاح الدين- أربيل / كلية التربية *	
24	أستاذ مساعد	محمد محي الدين صادق	القياس والتقويم	جامعة صلاح الدين- أربيل / كلية التربية *	*
25	أستاذ مساعد	سلمى حسين كامل	إرشاد نفسي وتوجيه تربوي	جامعة كركوك / كلية التربية للعلوم الانسانية *	*
26	أستاذ مساعد	سلوى احمد أمين	القياس والتقويم	جامعة صلاح الدين- أربيل / كلية التربية الأساس *	*
27	أستاذ مساعد	سناء حسين خلف	إرشاد نفسي وتوجيه تربوي	جامعة ديالى / كلية التربية للعلوم الانسانية *	*
28	دكتورا بورد	أفرام محمد حسن	الطب النفسي	جامعة السليمانية/ كلية التربية الأساس *	*

کارێگه‌ری به‌رنامه‌ی پێنما‌یی مه‌عریفی په‌ه‌فتاری بۆ که‌م‌کردنه‌وه‌ی نیشانه‌کانی خه‌مۆکی له‌لایه‌ن ژنانه‌ی په‌نابه‌ری سووریدا

پوخته‌ی توێژینه‌وه‌: ئامانجی ئەم توێژینه‌وه‌یه ئاماده‌کردنی پێوه‌ری خه‌مۆکی و، دیزاین کردن و بنیاتنانی به‌رنامه‌یه‌کی پێنما‌یی مه‌عریفی په‌ه‌فتاری ئەزموونگه‌ریه بۆ که‌م‌کردنه‌وه‌ی نیشانه‌کانی خه‌مۆکی لای ئافه‌ره‌تانی په‌نابه‌ری سووری، نمونه‌ی توێژینه‌وه‌که پێک هاتبوون له (30) خانم له‌و ئافه‌ره‌تانه‌ی که له‌ناو که‌مپی قوشته‌په‌له‌هه‌ولێرن، توێژه‌ران به‌هه‌رهمه‌کی نمونه‌ی توێژینه‌وه‌که‌یان دابه‌شکرد (15) خانم بۆ گروپی ئەزموونگه‌ری وه (15) خانم بۆ گروپی کۆنترۆڵکراو، وه هه‌ردوو گروپ یه‌کسان بوون له‌ پووی (پێوه‌ری خه‌مۆکی، ته‌مه‌ن، ئاستی خوێندن، باری دارایی و خێزانی)، توێژه‌ران پشتیان به‌ست به‌ تیوری مه‌عریفی-په‌ه‌فتاری (ئارۆن

بيک، اربت الیس)، بۆ دارپشتنى به‌رنامه‌ی رېښمایی مه‌عريفی رډه‌فتاری که له (16) دانېشتن پېک هاتبوو، به‌شپوهی دوو دانېشتن له‌هه‌ره‌ه‌فته‌یه‌کدا، ماوه‌ی هر دانېشتنېک (60) خوله‌ک بوو، وه‌خه‌سله‌ته‌کانی سایکۆمه‌تری بۆ پېوره‌که جی به‌جېکرا، وه‌هه‌روه‌ها ئامانجی توېژینه‌وه‌که جېبه‌جېکردنی گرېمانه‌کان بوو، وه‌گرنگترین ئامانجه‌کان ئه‌وه‌بوو: که به‌های (ماک جوجیان) بریتیه له (0.61) قه‌بول کراوه‌و به‌لگه‌یه که به‌رنامه‌که به‌پله‌یه‌کی به‌رزکاریگه‌ری هه‌یه، بوونی جیاوازیه‌کی به‌لگه‌داری ئاماری له‌نیوان ناوه‌نده ژمیږی نمره‌کانی ئافره‌تانی په‌نابه‌ر له‌سه‌ر پېوه‌ری خه‌مۆکی له‌نیوان دوو گروپ (ئه‌زمونگه‌ری - کۆنترۆل) له‌دوای جی به‌جېکردنی به‌رنامه‌که له‌ئاستی ئاماری (0.05) له‌به‌رژه‌وه‌ندی گروپی ئه‌زمونگه‌ریدا. وه‌له‌به‌ر پړۆشنایي ئه‌نجامه‌کان توېژه‌ران چه‌ند راسپارده‌و پېشنیاریکیان پېشکه‌ش کرد.

وشه‌ی سه‌ره‌کی: به‌رنامه‌ی رېښمایی مه‌عريفی-رډه‌فتاری، خه‌مۆکی، بۆ ژنانی په‌نابه‌ری سوری.کۆمه‌له‌ی ئه‌زمونگه‌ری، کۆمه‌له‌ی کۆنترۆل.