

عمادة الدراسات العليا

جامعة القدس

أثر تطبيق برنامج إرشاد جماعي في تخفيف الأعراض النفسية لدى النساء

المعنفات مراجعات المراكز الإرشادية في محافظة الخليل

جميلة محمد طه دودين

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1432هـ - 2011م

أثر تطبيق برنامج إرشاد جماعي في تخفيف الأعراض النفسية لدى النساء
المعنفات مراجعات المراكز الإرشادية في محافظة الخليل

إعداد الطالبة

جميلة محمد طه دودين

إشراف:

الدكتور نبيل عبد الهادي

1432هـ-2011م

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لتعليمات درجة الماجستير في جامعة القدس

تخصص صحة نفسية مجتمعة.

بيان التأليف

أثر تطبيق برنامج إرشاد جماعي في تخفيف الأعراض النفسية لدى النساء المعنفات مراجعات
المراكز الإرشادية في محافظة الخليل

الطالبة: جميلة محمد طه دودين

الرقم الجامعي: 2061186

المشرف: الدكتور نبيل عبد الهادي

نوقشت هذه الرسالة واجيزت بتاريخ (14.6.2011) من لجنة المناقشة الدرجة اسماؤهم وتواقيعهم

رئيس لجنة المناقشة: الدكتور نبيل عبد الهادي

التوقيع.....

الممتحن الداخلي: الاستاذ الدكتور تيسير عبد الله

التوقيع.....

الممتحن الخارجي: الدكتور زياد بركات

التوقيع.....

القدس - فلسطين

1432هـ - 2011م

إقرار

أقر أنا مقدم الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة باستثناء ما تم الإشارة له حيثما ورد، وان هذه الرسالة وأي جزء منها لم يقدم لنيل درجة عليا لأي جامعة أو معهد.

التوقيع.....

الاسم: جميلة محمد طه دودين

التاريخ: 8/1/2012

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر برنامج "إرشاد الجماعي" عن طريق تطبيق "برنامج إبطال الضغط النفسي" لدى النساء المعرضات للعنف في محافظة الخليل، وتتكون الفئة المستهدفة للدراسة من النساء المعنفات والمراجعات لمراكز الإرشاد النفسي والاجتماعي القانوني بمحافظة الخليل، وقد تم تطبيق البرنامج الإرشادي بالتعاون مع مركز المرأة للإرشاد القانوني والاجتماعي في محافظة الخليل.

تكون مجتمع الدراسة من (45) امرأة من حالات المراكز التي تعمل بالإرشاد الاجتماعي والقانوني في محافظة الخليل. معظم النساء رفضوا المشاركة بسبب الظروف التي يعيشونها. تكونت عينة الدراسة من (22) امرأة فقط، تم تقسيم المشاركات إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة. تمكنت (11) امرأة بالالتزام في المشاركة لكل مجموعة، وقد استخدم المنهج شبه التجريبي في هذه الدراسة، وقد تم اختيار العينة كعينة قصديه، ويتم إتباع المنهج شبه تجريبي في هذه الدراسة.

تضمن البرنامج الإرشادي ثلاثة عشرة لقاء، "برنامج إزالة الضغط النفسي" من تصميم مناصرة(2006)، حيث تم تطبيق البرامج في شهرين ونصف بمعدل لقاء واحد كل أسبوع بواقع ساعتين للجلسة الإرشادية الواحدة، وقد استخدمت في هذه اللقاءات الاستراتيجيات الآتية: النمذجة، الاسترخاء، المناقشة والحوار، التنقيف النفسي، الواجبات المنزلية، وأيضاً تم استخدام مقياس ال(90)، ومقياس الثقة بالنفس لسدني شروجر كأدوات في الاختبار القبلي والبعدي.

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة) $\geq \alpha$ (0.05) بين متوسط المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الاختبار البعدي لمقياس التسعين، وهذا يعني أن البرنامج الإرشادي الذي تم تطبيقه في الدراسة الحالية أدى إلى خفض مستوى الأعراض النفسية وهي (الاكتئاب ، والقلق، والفوبيا، والوسواس القهري، والأمراض الشبه جسمية، والعدوان، والحساسية التفاعلية، والبعد الإضافي حسب مقياس التسعين) لدى النساء عينة الدراسة في المجموعة التجريبية، حيث كانت بمستوى دلالة (0.00)، وه و مستوى دال إحصائيا، كما أن النتائج أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عن مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسط المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الاختبار البعدي لمقياس سدني شروجر للثقة بالنفس، أي أن البرنامج الإرشادي الذي تم تطبيقه لم يكن له اثر على مستوى الثقة بالنفس لدى النساء عينة الدراسة، حيث كان مستوى الدلالة (0.12) وهو غير دال إحصائيا.

في ضوء النتائج التي خرجت بها الدراسة توصي الباحثة بضرورة تبني أسلوب المجموعات الإرشادية لمساعدة عدد اكبر من النساء، وأيضا توصي بضرورة تطوير مثل هذه البرامج وعمل الاختبارات عليها لمعرفة أثرها على النساء المعنفات.

**The Effect of The Counseling Program on Reducing Psychological
Symptoms of Battered Women's who Reviews Psychological and
Social legal Counseling Centers in Hebron.**

Prepared by: Jamela.M.Doudin

Supervisor: D.Nabeel Abd-Alhadi

Abstract:

This study aimed to recognize the effect of the "Group Counseling Program" and "Psychological Pressure Eliminating Program" on women under violence in Hebron. The target group of this study consists of women under violence who visit the Psychological and Social Legal Counseling Centers in Hebron. The counseling program was applied in cooperation with the Women's Center for Legal and Social Counseling in Hebron.

The study mainly contains (45) cases. They were selected by organizations that are working in the field of social and legal counseling in Hebron. The majority of the women refused to participate due to their special personal circumstances. The study's sample contains (22) women. The participants were divided into two main groups: the experimental group and the regulator group and each one contains (11) women. The quasi-experimental approach was used in this study, The purposive sample was chosen as a sample for this study

The counseling program contained thirteen meetings designed by Manasra (2006) under the name of "Psychological Pressure Eliminating Program". This program was carried out in two and half months for an average of two-hour meeting weekly. The following strategies were used in the meetings: modeling, relaxation, discussion, dialogue, psycho-education,

and homework. In addition, the 90 and the self-confidence scales for Sydney Croger were used as instruments t in the pre and post test.

The results of the statistical analysis show that there are significant statistical differences between the average of the experimental group and the regulator group at the indication level of ($\alpha \leq 0.05$) on the posterior testing according to the 90 scale. This means that the counseling program which was used for the present study reduces the level of the women's psychological symptoms on the experimental group. According to the 90 scale, these symptoms are depression, anxiety, phobia, obsessive compulsive disorder, psychosomatic disorder, aggression, interpersonal sensitivity, and extra diminution. The indication level of (0.00) and this level is considered statistically significant. In addition, the results show that there aren't any significant statistical differences between the average of the experimental group and the regulator group at the indication level of ($\alpha \leq 0.05$) on the posterior testing according to Sydney Croger's self-confidence scale. This proves that the applied counseling program doesn't affect the level of the women's self-confidence and that because the indication level was (0.12) it is not statically significant.

The study's results, the researcher recommends that it is necessary to adopt the groups guiding method in order to help as many women as possible. She recommends also developing such programs and testing them to identify their effect on the women who are under violence.

الشكر والعرفان:

الشكر والعرفان أولاً وأخيراً لله رب العالمين الذي أعانني ومنحني القوة والصبر والشجاعة لإكمال هذا العمل بالرغم من الصعوبات والتحديات التي واجهتني في أثناء العمل على هذه الرسالة. أقدم الشكر لكلية الصحة النفسية في جامعة القدس لمساعدتهم لي على انجاز هذه الرسالة. وأقدم الشكر الكبير للمؤسسات النسوية والحقوقية والإرشادية في محافظة الخليل الذي كان له دور كبير في إنجاح التطبيق العملي للرسالة، وأيضاً أقدم الشكر والامتنان الكبير للزميلات اللاتي ساعدن في تطبيق البرنامج وهن ألاء فطافطة وبثينة عمار. الشكر لكل الزملاء والأصدقاء الذين ساهموا بتزويدي بالنصائح والتوجيهات والتي كان لها الدور الكبير في دعمي أثناء العمل على هذه الرسالة، والذين حملوا عبء إتمام هذه الرسالة. الشكر الكبير إلى أهلي وعائلي الذين وفروا لي الدعم المعنوي والمادي والتي لولاهن لما استطعت إكمال العمل على الرسالة. والشكر الأكبر والامتنان الأكثر للنساء اللواتي شاركن في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة والتي لولاهن لما كان لهذا العمل وجود.

الشكر الجزيل لكل من الأساتذة الذين ساعدوني بتقديم النصح والتوجيه لإكمال هذا العمل وهم الأستاذ الدكتور تيسير عبد الله ، والدكتورة فدوى اللبدي والدكتور نبيل عبد الهادي والدكتور زياد بركات، وعميد كلية الصحة العامة الدكتورة اسمى امام.

قائمة المحتويات (الفهرسة)

الفصل الاول

الصفحة	المقدمة	
2	خلفية البحث	1.1
6	مشكلة البحث	2.1
10	مبررات البحث	3.1
11	اهداف البحث	4.1
11	الفرضيات الاساسية	6.1
12	المحددات	7.1
12	التعريفات	8.1
25	وصف مكان البحث	9.1

الفصل الثاني:

الصفحة	استعراض الادبيات	
27	المقدمة	1.2
29	مراجعة النظريات المتعلقة بالبحث	2.2
61	مراجعة الابحاث المتعلقة بالبحث	3.2
92	الخلاصة	4.2

الفصل الثالث

الصفحة	الاساليب	
96	المقدمة	1.3
96	تصميم البحث	2.3
98	تحديد العينه	3.3
99	المكان المحدد للبحث	4.3
99	الاعتبارات الاخلاقية	5.3

99	ادوات البحث (النماذج)	6.3
116	الدراسة الاولية	7.3
118	طرق جمع المعلومات	8.3
118	طرق تحليل المعلومات	9.3

الفصل الرابع

الصفحة	النتائج	
121	المقدمة	1.5
121	طرق تحليل المعلومات	2.5
122	عرض النتائج	3.5

الفصل الخامس:

الصفحة	الاستنتاجات والتوصيات	
143	المقدمة	1.5
143	النتائج الرئيسية	2.5
145	استنتاجات حول مشكلة البحث	3.5
153	توصيات لمزيد من البحث	4.5
166	الملاحق	

فهرست الجداول:

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
104	درجات ثبات مقياس سدني شروجر للثقة بالنفس	.١
105	درجة ثبات مقياس ديروجتس (SCL-90-R)	.٢
106	جدول مصفوفة معامل الارتباط	.٣
122	نتائج اختبار تحليل التباين المتعدد للفروق في مستويات الاعراض النفسية عند النساء المعنفات قبل الارشاد الجماعي وبعده بالنسبة للمجموعة التجريبية والضابطة	.٤
132	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في مستويات الاعراض النفسية عند النساء المعنفات قبل الارشاد الجماعي وبعده بالنسبة للمجموعة التجريبية والضابطة	.٥
135	نتائج اختبار المقارنات البعدية في مستويات الاعراض النفسية عند النساء المعنفات قبل الارشاد الجماعي وبعده	.٦
137	الايوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لمستويات الاعراض النفسية عند النساء المعنفات قبل الارشاد الجماعي وبعده	.٧
139	نتائج اختبار المقارنات البعدية في مستويات الاعراض النفسية عند النساء المعنفات بين المجموعة التجريبية والضابطة	.٨
141	الايوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لمستويات الاعراض النفسية عند النساء المعنفات للمجموعة التجريبية والضابطة	.٩

قائمة المختصرات الواردة في الدراسة:

- SPSS: Statistical Package for Social Sciences.
- WHO: World Health Organization.
- CBT: Cognitive Behavior Therapy.
- ICD 10: Classification of Mental and Behavioral Disorder.
- DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of MENTAL Disorder.
- GSI: Global Severity Index
- PST: Positive Symptom Total.
- PSDI: Positive Symptom Distress Disorder Index
- A.B.C: Activating, Believes, Consequence

المقدمة

1.1 خلفية البحث

2.1 مشكلة البحث

3.1 مبررات البحث

4.1 أهداف البحث

5.1 الفرضيات الأساسية

6.1 المحددات

7.1 التعريفات

8.1 وصف مكان البحث

الفصل الأول

المقدمة

خلفية البحث

١.١

ارتبط في أذهان الكثيرين أن العصر الذي نعيشه هو عصر العنف؛ في حين أن العنف قديم قدم الوجود نفسه، وهو العنصر الذي قامت عليه نشأة الكون والأساطير والملاحم القديمة، والسمة الأساسية التي ميزت أفعال الأبطال والقادة الذين تركوا بصماتهم واضحة على مجريات التاريخ (راغب، 2003).

ونتيجة لعدم وجود هذه الظاهرة فإنه لا يمكن حصر أنماطه؛ لأن الحياة تأتي دائما بالجديد من مظاهر السلوك العنيف الذي تختلف أنماطه ومسبباته بتغيير الظروف التاريخية في زمان معين ومكان معين وثقافة معينة، وقد ذكر (جون لوكا John luca) أن العنف له ألف وجه، وأن أشكال العنف مثل الأعداد تبدو لا متناهية (الخولي، 2006).

ومن ضمن الفئات التي تتعرض للعنف هي النساء حيث تتعرض إلى العنف وسوء المعاملة، نتيجة لعوامل بيئية مختلفة ، ولعلّ التقارير التي تصدرها المنظمات الإنسانية والنسوية خير شاهد على ذلك، بل وأصبحت أحداثا يومية مندمجة مع الحياة اليومية. ولكن ازديادها في الفترة الأخيرة جاء طراديا مع ازدياد التوتر في الوضع السياسي والاجتماعي والظروف التي يمر بها البلد. وعلى الرغم من شمولية الموضوع إلا أنه يجدر بنا أن نلقي الضوء على معاناة الزوجات من هذه الحالة؛ لكونها ناحية اجتماعية مهمة جدا ، ذلك أن الزوجة هي مسؤولة عن الأسرة وعن الأطفال ، ولعل أبسط صور التحليل تكمن في حاجة الرجل للسيطرة على المرأة، وأن العنف يقبع في أعماق النفس البشرية وفي مكنوناتها ما هو إلا نوع من السلوك يستخدمه شخص للسيطرة على الشخص الآخر باستخدام التخويف ويتضمن: سوء المعاملة النفسية، والجنسية ، والعاطفية والجسدية (عبد الرحمن، 2006).

وتعتبر قضية العنف ضد المرأة من أهم المشكلات التي قد تواجه الأسرة وتؤدي إلى توتر الحياة، بل في كثير من الأحيان إلى تفككها، ومما يزيد الأمر سوءا أن يحدث العنف أمام الأطفال مما يؤدي إلى فقدان الطفل بالأمان؛ والذي بدوره قد يسبب له مشكلات نفسية في حياته المستقبلية للزواج، حيث يلاحظ أن بعض الفتيات يترددن في الزواج خوفا من التعرض للعنف كما تعرضت لهن أمهاتهن، كما أنه قد يكون العنف وسيلة يتعلمها الأولاد ويمارسونها في حياتهم الزوجية المستقبلية.

ومن الملاحظ أن مشكلة العنف هي مشكلة عالمية لا يخلو منها أي من المجتمعات، كما أنها تهدد المنجزات المادية والاجتماعية للأسرة كما أنها تشكل تهديدا للضمير والعقل الإنساني (عبد الرحمن، 2006).

ونتيجة لما تتخذ هذه الظاهرة من أبعاد كبيرة على مستوى الكون، وتأخذ شكل القمع للمرأة على أنها أنثى وبحكم التسوية والدعم لمنظومة القيم والأخلاق والدين والقانون، يكتسب العنف شرعية مجتمعية، وانطلاقا من الواقع الذي نعيشه متمثلا بالاحتلال والقمع وحالة المجتمع الفلسطيني المتأصلة بالسيادة الذكورية في شتى نواحي الحياة الاجتماعية، هذه المتغيرات خلفت وراءها معاناة للمرأة الفلسطينية في شتى المجالات، وهذه المعاناة تتمثل بفرض السلطة عليها وحتمية تبعيتها للرجل في جميع نواحي الحياة، وممارسة العنف عليها بكافة أشكاله النفسية والجسمية والجنسية والاجتماعية (الجريري، 2007).

وإذا نظرنا عن كثب لهذه الظاهرة، فهي لا تقتصر على مجتمع معين أو طبقة اجتماعية معينة، ويتخذ العنف في محيط الأسرة أشكالاً مختلفة، بدءاً من العنف الجسدي، مثل الصفع واللطم والركل والضرب وانتهاءً بالأذى النفسي، مثل التخويف والتحقير والإذلال ، و مختلف سلوكيات السيطرة والتحكم، مثل العزل، والمراقبة، وفرض قيود على الحركة والتنقل.

وحسب ما تشير إليه تقارير منظمة العفو الدولية عام (2004) فإن الإحصائيات لحجم الظاهرة حول العالم كالآتي:

- تعرضت امرأة واحدة على الأقل من أصل ثلاث، أو ما يصل مجموعه إلى مليار امرأة للضرب أو الإكراه، لممارسة الجنس أو للأذى على نحو آخر خلال حياتهن. وعادة يكون مرتكب الأذى من أفراد عائلتها أو شخصاً تعرفه.

- 47% من النساء يذكرن أن أول معاشرة جنسية لهن كانت قسرية .

- تُقتل 70% من ضحايا القتل الإناث على أيدي شركائهن الذكور .

- في كينيا ورد أن أكثر من امرأة واحدة في الأسبوع قُتلت على يد شريكها الذكر .

- في زامبيا، تقتل خمس نساء في الأسبوع على يد شريك ذكر أو أحد أفراد العائلة.

- في مصر، تذكر (35%) من النساء أنهن تعرضن للضرب على أيدي أزواجهن في مرحلة ما من زواجهن .

- في بوليفيا، تعرضت (17%) من جميع النساء اللواتي تبلغ أعمارهن (20) عاماً فما فوق للعنف الجسدي في الأشهر الأثني عشرة الماضية.

- في كندا، تصل تكلفة العنف ضد المرأة إلى (1,6) مليار دولار في السنة، بما في ذلك الرعاية الطبية وخسارة الإنتاجية .

- في الولايات المتحدة الأمريكية، تتعرض امرأة للضرب، عادة على يد زوجها/شريكها كل (15) ثانية.

- في بنغلادش ، (50%) من جميع جرائم القتل تكون ضحيتها نساء على أيدي شركائهن .

- في نيوزيلندا، ذكرت (20%) من النساء أنهن ضُربن أو تعرضن للأذى الجسدي على يد شريك ذكر .

- في باكستان تقبل (42%) من النساء العنف كجزء من مصيرهن، وتشعر (33%) منهن بالضعف الشديد لدرجة لا يقوين معها على مواجهته؛ وقد احتجت (19%) منهن ورفعت (4%) منهن دعوى ضده.

- في روسيا الاتحادية، تتعرض (36000) امرأة للضرب يومياً على أيدي أزواجهن أو شركائهن.

- في أسبانيا تقتل امرأة واحدة كل خمسة أيام على يد شريكها الذكر في العام (2000).

- تُقتل حوالي امرأتين أسبوعياً على أيدي شركائهن في المملكة المتحدة (تقرير منظمة العفو الدولية لعام، 2004).

ونظراً لتفشي هذه الظاهرة في على المستوى العالمي وعلى المستوى الوطني ، فكان من الجدير بالمؤسسات النسوية والمؤسسات الحقوقية الدولية والحلية تسليط الضوء على هذه الظاهرة من حيث دراستها، ووضع خطط وسياسات وقوانين للحد من تفشي هذه الظاهرة.

ونظراً لخيارات النساء القليلة، أو التي قد تكون معدومة لإيجاد بدائل للاستغناء عن العلاقة الزوجية المعنفة، فإن هذا البحث يدرس إمكانية علاج ودعم وتقوية النساء داخل إطار العلاقة.

2.1 مشكلة البحث

إن ظاهرة العنف الأسري أصبحت قضية تحتاج إلى مزيد من البحوث والدراسات ليس فقط للوقوف على أسبابها، ولكن لعمل التدخلات اللازمة للحد منها والحد من تبعات العنف الأسري على الأسرة بأكملها.

يمارس العنف على أساس نوع الجنس على نطاق العالم، ولا يختلف من مجتمع لآخر إلا من حيث نطاقه، في العادة يرتكب الأزواج والآباء، أو غيرهم من الأبناء الذكور قدراً كبيراً من هذا العنف بحق النساء، وعليه يمكن أن يكون البيت من أخطر الأماكن بالنسبة للمرأة.

تشير الإحصاءات الوطنية وكذلك الإحصاء التي قدمتها الأبحاث المحلية مثل دراسة مركز بيسان للبحوث والإنماء عام (1995) ودراسة مركز شؤون المرأة في غزة عام (2001)، منها أيضاً المسح الذي أجراه الإحصاء المركزي عام (2005)، والتي تعتبر مؤشرات لوجود مشكلة العنف المبني على أساس النوع الاجتماعي في المجتمع الفلسطيني، ولكنها لا تعكس بالضرورة حجم المشكلة، خاصة وأن المجتمع الفلسطيني والثقافة السائدة فيه لا زالت تنظر لمسألة العنف على أنها قضية "عائلية وخاصة" وبالتالي فإن الإحصاءات المتوفرة لا تعكس بالضرورة حجم المشكلة، ومع ذلك فهي مؤشر على وجود المشكلة وتفشيها في المجتمع.

وعلى الرغم من عدم وجود أرقام وطنية حول حوادث القتل على خلفية الشرف فإن سجلات مركز المرأة للإرشاد القانوني والاجتماعي أشارت إلى تعرض (31) امرأة للقتل خلال العام (2003) فيما يعرف بالحفاظ على "شرف الرجل" أو "شرف العائلة".

- في دراسة حول حجم العنف العائلي لمركز بيسان للبحوث والإنماء والتي تمت في عام (1995) أقرت (35%) من المبحوثات أنهن تعرضن للعنف النفسي والكلامي المتكرر، و(21%) أقرت أنهن تعرضن للعنف الجسدي وحوالي (9%) تعرضن للعنف الجسدي الحاد فيما أقرت (7%) من الفتيات المبحوثات أنهن تعرضن لمضايقات جنسية من قبل أحد أخوتهن ووقع الاغتصاب من قبل الأب على ما نسبته (4%) من المبحوثات.

- بينت نتائج مسح وطنيين أجراهما مركز بيسان في الأعوام (1998) و(1999) أن (21%)
(و(23%) من النساء قام أزواجهن بممارسة الجنس معهن دون رضاهن خلال السنة السابقة
للمسح.

- من جهة أخرى بينت نتائج دراسة حول العنف تمت في غزة من قبل مركز شؤون المرأة
عام(2001)، أن الزوج هو المسؤول الأول عن حوالي (97%) من حالات العنف.

- بينت دراسة مركز شؤون المرأة في غزة لعام (2001)، أن (10.5%) من النساء المعنفات يتلقين
فعل العنف من والدي الزوج.

- تشير الدراسات السابقة إلى أن هناك علاقة بين صلة القرابة ودرجتها بين الزوجين وبين تعدد
المعنفين، حيث بلغت نسبة المعنفات المتزوجات من أقارب من الدرجة الأولى ويتلقين العنف من
أفراد الأسرة المختلفين (16.5%)مقارنة ب(12.9) من النساء المتزوجات من نفس الحمولة
و(10.3%) من النساء المتزوجات من حمولة أخرى وذلك حسب نتائج دراسة مركز شؤون المرأة
في غزة في العام (2001).

- العنف بأشكاله المختلفة أكثر حدوثاً بين الأزواج الشابة منه بين الأكثر تقدماً في العمر، حيث بلغ
معدل العمر عند الزواج لدى الأزواج المعنفين (22) سنة والزوجات المعنفات (18)سنة، مما
يشير بوضوح إلى أن الزواج المبكر هو أحد أهم عوامل الخطر التي تنبئ بالعنف الأسري حسب
نتائج دراسة مركز شؤون المرأة في غزة في العام(2001).

وحسب ما أشارت إليه دراسة مركز شؤون المرأة بغزة عام (2001) إن البطالة والوفاة والسجن لأحد
أفراد الأسرة شكلت جميعها أرضية خصبة لتوليد العنف ضد النساء داخل الأسرة.

- أشارت دراسة أجراها مركز شؤون المرأة عام (1995) إلى أن العنف النفسي هو أكثر أشكال
العنف شيوعاً بين النساء في قطاع غزة (51.5%) يليه العنف الجسدي (46%) من نسبة النساء

اللواتي تعرضن للعنف. وأشارت الدراسة أيضا إلى أنه تتعرض النساء في مخيمات قطاع غزة إلى أعلى نسبة من العنف الجسدي والنفسي والجنسي والاقتصادي.

- أظهرت نتائج المسح الذي أجراه جهاز الإحصاء المركزي عن العنف الأسري (2005) إن ما نسبته (23.3%) من النساء اللواتي سبق لهن الزواج أكدن أنهن تعرضن لأحد أشكال العنف الجسدي، في حين قالت ما نسبته (61.7%) من النساء أنهن تعرضن لأحد أشكال العنف النفسي لمرة واحدة على الأقل خلال العام (2005) في الأراضي الفلسطينية، وإن ما نسبته (10.5%) من النساء تعرضن لأحد أشكال العنف الجنسي، وإن ما نسبته (49.7% - 68.8%) من النساء في الضفة تعرضن لأحد أشكال العنف النفسي على الأقل مرة واحدة أعلى منها في قطاع غزة.

-أوضحت "الخياط" مديرة جمعية الدفاع عن الأسرة أن إجمالي الحالات التي عالجتها الجمعية والتي تعاني من العنف الأسري بلغ (223) حالة في عام (1999)، وقد ارتفع هذا العدد ليصل إلى (641) عام (2003)، ويشير هذا الارتفاع حسب قول الخياط إلى ازدياد واضح وملحوظ في وتيرة العنف داخل الأسرة الفلسطينية (بني عودة، 2004).

توضح الأرقام والإحصائيات سابقة الذكر مشكلة الدراسة الحالية وذلك بسبب انتشار هذه الآفة وكبر حجم هذه الظاهرة، ونتيجة كم الأعداد التي تتردد على المؤسسات التي تعمل في مجال مساعدة النساء ضحايا العنف الأسري ارتأت الباحثة ضرورة العمل مع النساء المعنفات بشكل جماعي ومقياس أسلوب الإرشاد الجماعي كوسيلة لمحاولة مساعدة النساء المعنفات.

إن موضوع هذه الدراسة هو أثر برنامج إرشاد جماعي في تخفيف الأعراض النفسية لدى النساء المعنفات مراجعات المراكز الإرشادية في محافظة الخليل، وستحاول هذه الدراسة الإجابة على السؤال التالي: هل هناك اثر واضح لتطبيق برنامج إرشاد جماعي على النساء المعنفات في محافظة الخليل من حيث مساهمة البرنامج في خفض الأعراض النسائية لدى النساء المعنفات؟.

3.1 مبررات البحث

تكمن مبررات وأهمية الدراسة في بحثها في موضوع العنف ضد المرأة، وما يتركه ذلك من الكثير من الآثار النفسية والاجتماعية والجسدية، سواء كان ذلك على مستوى الأسرة أم المرأة، أو على مستوى الأبناء أو على المجتمع ككل، ومن هنا جاء اهتمام الباحثة بموضوع العنف الموجه ضد النساء في إطار الأسرة، من وجهة نظر تقديم المساعدة المهنية المتخصصة للنساء ضحايا العنف الأسري وذلك بخلاف معظم الدراسات التي أجريت على النساء المعنفات التي اهتمت في معظمها بإحصاءات ضحايا العنف.

وتكمن مبررات هذا البحث فيما يأتي:

- 1- في أنها تبحث في موضوع تقديم خدمة نفسية للنساء المعنفات، لمعرفة مدى إسهام تقديم الخدمات النفسية في تحسين الوضع النفسي للنساء، والتخفيف من الأعراض التي تعاني منها نتيجة العنف.
- 2- ستقدم هذه الدراسة برنامجا علاجيا للنساء المعنفات يستطيع الأخصائيون استخدامه في مجال الإرشاد النفسي.
- 3- أنها تفحص تأثير العنف على النساء.

4- إن الأضرار الناتجة عن العنف على مستوى الفرد والمجتمع تكون هدامة، لذا من الضروري الوقوف على هذه الظاهرة ودراستها والعمل على الحد من نتائجها الهدامة.

4.1 أهداف البحث

تسعى هذه الدراسة الى تحقيق الأهداف الآتية :

- 1- معرفة مدى فعالية برنامج في الارشاد الجماعي لمجموعة من النساء ضحايا العنف الأسري عن طريق تطبيق برنامج علاج جماعي لخفض الأعراض النفسية لدى النساء.
- 2- فحص درجة التغيير في الأعراض النفسية التي تظهر على النساء اللاتي يتعرضن للعنف العائلي.

5.1 الفرضية الأساسية

حددت فرضية الدراسة بالفرضية التالية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وبين المقياس القبلي والمقياس البعدي في مستويات الأعراض النفسية (الاكتئاب، والقلق، والفوبيا، والوسواس القهر والأمراض الشبه جسمية، العدوان ، والحساسية التفاعلية، والبعد الإضافي حسب مقياس التسعين) ، عند تطبيق برنامج إرشاد جماعي لدى النساء المعنفات مراجعات المراكز الإرشادية في محافظة الخليل.

6.1 المحددات

للداسة الحدود والمحددات التالية:

- حدود بشرية: النساء المعنفات "النساء المتزوجات" في محافظة الخليل.
- حدود مكانية: محافظة الخليل.
- حدود زمنية: (2008).
- حدود موضوعية: اثر البرنامج العلاجي في تخفيف الأعراض النفسية لدى النساء المعنفات في محافظة الخليل.
- تتحدد الدراسة بنتائجها وأدواتها المستخدمة وموضوعها.
- تتلخص محددات الدراسة بالصعوبات التي واجهت الباحثة خلال العمل في هذه الرسالة منها:
 - صعوبة الوصول إلى العينة المراد دراستها
 - صعوبة التزام النساء بالحضور للمجموعة بسبب الظروف الصعبة التي يعانون منها

7.1 التعريفات

مصطلحات الدراسة:

فيما يلي تعريف لأهم التعريفات والمصطلحات في هذه الدراسة:

1 العنف:

يمكن تعريف العنف بشكل عام : سلوك أو فعل يتسم بالعدوانية يصدر عن طرف قد يكون فردا أو جماعة أو طبقة اجتماعية أو دولة، بهدف استغلال طرف آخر وإخضاعه في إطار علاقة قوة

غير متكافئة اقتصاديا واجتماعيا وسياسيا، مما يتسبب في إحداث أضرار مادية أو معنوية أو نفسية لفرد أو لجماعة أو لطبقة اجتماعية أو لدولة أخرى (عبد الوهاب، 1994).

2- مفهوم العنف الموجه ضد المرأة:

هناك اختلافات بين الباحثين والعلماء أدى إلى تعدد تعريف العنف، ويأتي هذا التعدد نتيجة لان أشكال العنف تدخل في مجالات كثيرة فهناك العنف الاجتماعي، والاقتصادي، والسياسي، الصحي ... الخ وبالتالي فهناك عدد كبير من التعريفات للعنف ضد المرأة والتي تهدف إلى توضيح هذه الظاهرة بما يخدم مصلحة المجال .

وتعرّف الأمم المتحدة العنف الممارس ضد المرأة بأنه : أيّ عنف يُمارس على أساس الجنس يؤدي، أو من المحتمل أن يؤدي إلى إلحاق ضرر جنسي أو نفسي بالمرأة، أو تعرّضها للمعاناة بسببه، بما في ذلك الأخطار التي تنجم عن تلك الأعمال أو أشكال القسر أو الحرمان من الحرية بشكل تعسفي في حياة المرأة عموماً أو حياتها الشخصية على حد سواء(منظمة الصحة العالمية،2009).

وحسب ما ورد في تقرير منظمة الصحة العالمية (2009) "فان هناك الكثير من أشكال العنف الممارس ضد المرأة، بما في ذلك الإيذاء الجنسي أو الجسدي أو الانفعالي من قبل الزوج؛ والإيذاء الجنسي الممارس من قبل أفراد الأسرة ، أو أشخاص آخرين؛ والتحرّش الجنسي أو الإيذاء الجنسي الممارس من قبل أناس من ذوي النفوذ (مثل المدرسين أو عناصر الشرطة أو أرباب العمل)؛ والاتجار بالنساء لأغراض العمل القصري أو تجارة الجنس؛ والممارسات التقليدية من الزوج أو

زواج الأطفال؛ والعنف المرتبط بالمهر؛ وجرائم الشرف التي تُقتل النساء فيها بذريعة الحفاظ على شرف الأسرة (تقرير منظمة الصحة العالمية، 2009).

3- التعريف العالمي للعنف:

يعرف العنف ضد المرأة في الإعلان العالمي لمناهضة كافة أشكال العنف ضد المرأة على انه يعني:

"أي اعتداء ضد المرأة مبني على أساس الجنس والذي يتسبب أو قد يتسبب في إحداث إيذاء أو ألم جسدي، اوجنسي أو نفسي للمرأة، ويشمل أيضا التهديد بهذا الاعتداء أو الضغط أو الحرمان التعسفي للحريات سواء حدث في إطار الحياة العامة أو الخاصة " (تقرير منظم ة العفو الدولية، 2007).

ونجد في التعريف العالمي للعنف توضيحا شاملا لما هو العنف الموجه ضد المرأة، بحيث يتضمن التعريف الأفعال التي من شأنها إلحاق الأذى بالمرأة حتى لو لم تؤد فعلا إلى هذا الضرر

4- التعريف النفسي والاجتماعي للعنف:

حيث عرف Maslow العنف على أنه سلوك يلجأ له الإنسان لتحقيق حاجاته الأساسية نتيجة الإخفاق وال فشل في إشباع الحاجات الفسيولوجية.

وقد عرفه "جوان بونديرننت" بأنه التطبيق العملي للقوة بطريقة تضر شخصا أو جماعة معينة ويشمل الضرر هنا الجانب النفسي والجسدي الفيزيقي (الخولي، 2007، ص 71).

5- التعريف القانوني للعنف:

عرف مراد (2000) العنف بأنه استخدام الضغط والقوة استخداما غير مشروع أو غير مطابق للقانون وهذا من شأنه التأثير على إرادة الفرد.

وقد عرفت قناوي (2002) العنف قانونيا على انه ممارسة الإنسان للقوة الطبيعية للتغلب على مقاومة الغير .

6- العنف ضد النساء:

لا يوجد تعريف مقبول بشكل عام للعنف ضد النساء، وقد عرف المجلس الأوروبي عام (1986)م العنف ضد النساء، أنه عمل أو إهمال يضر بحياة المرأة، ويؤذي التكامل الجسدي والنفسي أو الجنسي أو حرية أي شخص (المنسي، 2001، ص 205)

أما الملتقى الباسيفيكي الآسيوي حول المرأة والقانون والتنمية فقد عرف العنف ضد المرأة بأنه :
أي عمل يستخدم القوة أو الإكراه أو الإجبار؛ بقصد تخليد وتعزيز السلطة في علاقات النوع الاجتماعي.

كما إن العنف ضد المرأة يعتبر ظاهرة شائعة في جميع المجتمعات الإنسانية، وبالتالي فهي مشكلة عالمية وليست قصرا على جنس بشري دون غيره، أو طبقة معينة دون غيرها سواء كانت اجتماعية أم اقتصادية، وتحدث في كثير من الأسر في مختلف الشعوب والمستويات الاقتصادية والتعليمية، وللعنف ضد المرأة أشكال عديدة تتراوح في حدتها وأشكالها بين القتل والتهديد به، والضرب المتكرر، والعنف اللفظي والجنسي وغيرها من أشكال التحقير (Attorney.1989).

وهناك تعريف للعواودة (2002) بخصوص مفهوم العنف ضد الزوجة على أنه شكل من أشكال العنف ضد المرأة يوجه بشكل مباشر أو غير مباشر للمرأة الزوجة بهدف حرمانها من ممارسة حقوقها الاجتماعية والقانونية والاقتصادية، وإخضاعها للقوة والسيطرة لإلحاق الأذى بها، باستعمال التخويف والتهديد والإيذاء والحرمان.

7- العنف الأسري

هو العنف بين أعضاء الأسرة وهو ممارسة عامة للعديد من الأسر بصرف النظر عن الثقافة أو الدين أو الثروة أو مكان الإقامة أو مستوى التعليم أو الطبقة الاجتماعية، ويمكن أن يتضمن العنف الأسري الإيذاء الجسدي والجنسي والعاطفي والنفسي، والإيذاء الاقتصادي وكذلك التهديد بالعنف وتخريب الممتلكات (المنسي، 2001، ص205).

ويعرف العنف الأسري : أنه أحد أنماط السلوك العدوانية الذي ينتج من وجود علاقات غير متكافئة في إطار نظام تقسيم العمل بين المرأة والرجل داخل الأسرة، وما يترتب عليه من تحديد أدوار

ومكانة كل فرد من أفراد الأسرة داخل إطار الأسرة، وفقا لما يمليه النظام الاقتصادي والاجتماعي السائد في الأسرة ، ويمكن تعريف العنف ضد المرأة بأنه: السلوك أو الفعل الموجه ضد المرأة بالتحديد سواء كانت زوجة أو أختا أو أما أو ابنة، ويتسم بدرجات متفاوتة من التمييز والاضطهاد والقهر والعدوانية الناجم عن علاقات القوة غير المتكافئة بين الرجل والمرأة في المجتمع والأسرة على حد سواء، وذلك نتيجة لسيطرة النظام الأبوي الذكوري بآلياته الاقتصادية والاجتماعية والثقافية(Copal.2000).

8- العنف النفسي واللفظي

يتحدد معنى العنف النفسي واللفظي الممارس بحق المرأة بالإهانات والإهمال والاحتقار والشتم والكلام البذيء، والتحقير والحرمان من الحرية والاعتداء على حقها في اختيار الشريك، والتدخل بشؤونها الخاصة مثل الدخول أو الخروج في أوقات معينة ، وارتداء ملابس معينة ، والتدخل بأصدقائها ، ومراقبة تصرفاتها كلها وإجبارها مثلاً على إنجاب عدد أكبر من الأولاد ، وإجبارها على تقديم الخدمات لكافة أفراد العائلة وضيوهم كلها أفعال تؤدي لأن تكره المرأة حياتها ونفسها وأثوتتها مما يؤثر على معنوياتها وثقتها بنفسها. وتحت العنف المعنوي يندرج ما يسمى بالعنف الرمزي : الذي لا يتسم بالقيام بأي فعل تنفيذي بل يقتصر على الاستهتار والازدراء واستخدام وسائل يراد بها طمس شخصية الضحية أو إضعاف قدرتها الجسدية أو العقلية؛ مما يحدث تأثيرا سلبيا على استمرارها في الحياة الهانئة وقيامها بنشاطاتها الطبيعية(دليل تدريبي للتعامل مع النساء ضحايا العنف الأسري، 2005، ص30).

9-العنف الجسدي والعنف الجنسي

يمكننا أن نعرف العنف الجسدي والجنسي: بأنه الإيذاء البدني والجنسي ابتداءً من الركل ، والصفع و شد الشعر والضرب ، والتحرش الجنسي وسفاح القربى وهتك العرض والخطف والفحشاء والدعارة مروراً بالممارسات الجنسية الشاذة والاعتصاب، ويضاف إليه الاعتصاب أيضا في إطار الزوجية وقتل على خلفية الشرف ، وإحداث العاهات الدائمة والحرق وانتهاءً بالقتل (دليل تدريبي للتعامل مع النساء ضحايا العنف الأسري، 2005، ص30)

وترى الباحثة العنف ضد المرأة بأنه: أي عمل عنيف مبني على النوع الاجتماعي(الجندر) ، وينتج عنه إيذاء جسدي أو نفسي أو عقلي أو أية معاناة للنساء بما فيها التهديدات لحدوث مثل هذه الأعمال، أو الحرمان من الحرية بصرف النظر إن كانت تحدث في الحياة العامة أو الخاصة.

10- الإرشاد النفسي الجمعي: Group counseling

عرف الإرشاد النفسي الجمعي بأنه: علاقة شخصية مهنية يقودها مرشد متخصص، وتقوم على عملية ديناميكية تهدف الى تحقيق اهداف ارشادية محددة من خلال التفاعل بين اعضاء المجموعة والتي تواجه صعوبات ومشكلات مختلفة(ملحم، 2007).

وقد عرفته الباحثة بأنه: علاقة مهنية بين المرشد ومجموعة من المسترشدين لا يقل عددهم عن ستة ولا يزيد عن (12)، وتتشترك هذه المجموعة مع بعضها بموضوع واحد يناقش خلال المجموعة،

والغرض من هذه المجموعة يكون إما التعليم والتبصير بالمشاكل التي تواجه أفراد المجموعة وطرق حلها.

11- القلق (Anxiety)

يعرف القلق بالانشداد والانشغال الحاد بدون وجود سبب فعلي، أو واقعي لهذا القلق. ويعرفه أحمد عكاشة بأنه : "شعور عام غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي تأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد وذلك مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة، أو الحبسه في الصدر أو ضيق في التنفس أو الشعور بالفراغ بنبضات القلب أو الصداع أو كثرة الحركة" (عكاشة، 2003، ص 132).

وقد عرفت الباحثة القلق بأنه: حاله من الخوف والتوتر تصيب الفرد بدون سبب فعلي أو واقعي للقلق مما يدفع الفرد الى ردة فعل نفسية وعصبية تصاحبه أعراض جسمية مثل زيادة التعرق والتنفس وغيرها .

12- الوسواس القهري (Obsessive Compulsive Disorder)

هي أفكار وسواسيه أو أفعال قهرية متكررة. والأفكار الوسواسية هي أفكار أو صور، أو اندفاعات تطرأ على ذهن الفرد المرة تلو المرة بشكل متكرر نمطي، وهي دائما تقريبا مثيرة للانزعاج رغم محاولة الفرد مقاومتها (I.C.D10، 1999، ص152)

وأهم ما يميز هذا الاضطراب هو تكرار الوسواس، أو الأفكار المزعجة المتسلطة على ذهن المريض، وتكون شديدة لدرجة أنها تسبب له الإزعاج والقلق، إما باستهلاك الوقت، أو تتداخل مع نشاط الشخص المعتاد، أو أدائه لوظيفته المهنية أو أنشطته الاجتماعية المعتادة أو علاقاته مع الآخرين، ولا يستطيع الشخص التخلص منها (الحجاوي، 2004).

13- الأمراض الشبه جسمية (Somatization Disorder)

كما وردت في مقياس التسعين للاضطرابات الجسدية أو الأعراض الجسدية: وهو تعريف إجرائي حيث هو مرض تظهر فيه الأعراض الآتية: أوجاع في الرأس او صداع والشعور بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة والإحساس بالآم في القلب والصدر والإحساس بالآم في أسفل الظهر والغيثان واضطراب المعدة ، والآم في العضلات، وصعوبة في التنفس، والإحساس بنوبات من السخونة والبرودة في الجسم، والشعور بالخدر والنممة في أجزاء من الجسم، وإحساس الشخص بان شيئا يقف في "زوره" ولا يستطيع البلع، والشعور بضعف في أجزاء الجسم، ويثقل في الأذرع والأرجل (DEROGATIS, 1983).

14- مفهوم الذات Self concept

عرفه روجرز بأنه فكرة الفرد عن نفسه ، وتتألف الذات عند روجرز من إدراك الفرد لخصائصه وقدراته وعلاقة الذات مع البيئة والآخرين، ونوع القيمة التي تدرك على أنها مرتبطة بالخبرات والأهداف والمثل(الزيود.1998.ص181).

وقد عرف مفهوم الذات في موسوعة علم النفس : بأنه صورة الفرد عن نفسه وهي الصورة التي يكونها الفرد عن نفسه في ضوء أهدافه وإمكانياته واتجاهاته نحو هذه الصورة، ومدى استثماره لها في علاقته بنفسه وبالواقع(طه.2005).

15- الاكتئاب (Depression)

ورد تعريف الاكتئاب في دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة (DSM-IV) عام (1994) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) أن الاكتئاب : عبارة عن مركب من الأعراض المترامنة التي يميزها وجود مزاج يتسم بالقلق وعدم الارتياح ، يسيطر عليه الكآبة والحزن وفقدان الأمل ، وعدم الرضا وانقباض الصدر وسرعة الغضب، أو الانفعال أو إضافة إلى الوجدان السلبي مع وجود تقلب دائم وثابت نسبيا للمزاج. كما عرفه "بيك" بأنه خبرة وجدانية ذاتية تتبدى في أعراض الحزن والتشاؤم والشعور بالفشل وعدم الرضا ، والشعور بالذنب وكراهية الذات، وإيذاء الذات والانسحاب الاجتماعي، والتردد وتغيير صورة الذات وصعوبة النوم والتعب وفقدان الشهية(عبد الموجود.2002).

16- الحساسية التفاعلية (Interpersonal Sensitivity)

هي التقيد بالضوابط والأخلاق لدرجة تعيق الفرد، ويفقد الناحية العملية في التعامل مع الآخرين، يحمر خجلا لأي سؤال أو طلب، فيجد صعوبة كبيرة في عملية التوافق الاجتماعي. تتركز الأعراض من مشاعر القصور والإحساس بالنقص خاصة في حالة مقارنة الآخرين، ويتميز الأشخاص ذوي المستوى العالي من الحساسية ببخس الذات (التقليل من الأهمية) والانعزاج، وعلامات الضيق في أثناء التفاعلات مع الآخرين (البحيري، 1984).

17- الفوبيا (Phobia)

اعتمدت الباحثة التعريف الذي جاء في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض عن تعريف قلق الخوف "الفوبيا" على انه مجموعة من الاضطرابات يستثار فيها القلق بواسطة مواقف، أو أشياء معينة ومؤكدة جيدا "خارجة عن نطاق الشخص"، وهي لاتحمل في حد ذاتها خطرا، ويترتب على ذلك تجنب هذه المواقف والأشياء، أو مكابقتها مع التخويف منها، مما لايمكن تمييزه شخصيا وفسولوجيا وسلوكيا عن أنماط القلق الأخرى، وقد يتباين في شدته بين عدم ارتياح خفيف وبين فزع.

وقد يتركز قلق الشخص على أعراض فردية مثل : الخفقان أو الشعور بالإغماء ، وكثيرا ماتصاحبه مخاوف ثانوية من الموت ، أو فقدان السيطرة ، أو الجنون، ولا يخف ف من القلق أن يعرف المريض أن الناس الآخرين يرون خطرا أو تهديدا من الموقف المرهوب ، بل إن مجرد التفكير في احتمال الدخول في الموقف الرهابي يولد في العادة قلقا توجسيا (ICD 10.P146).

18- العدوان Aggression

عرف الرفاعي العدوان بأنه "كل سلوك نشط فعال تهدف العضوية من ورائه إلى سد حاجاتها الأساسية أو غرائزها . وبهذا يشمل العدوان كل الفعاليات الإنسانية المتجهة نحو الخارج، والمؤكدة للذات والساعية وراء سد حاجات الذات الأساسية، سواء كانت هذه الحاجات من بين حاجات الجنس والبناء والتملك أو كانت غيرها"(الرفاعي، 1981، ص231).

وقد عرفته الباحثة بأنه : سلوك ينطوي على شي من القصد والنية يأتي به الفرد في مواقف الاحباط الت يعاقق بها اشباع رغباته وغرائزه، وهذا يجعل سلوكه يتسم بالعدوان ضد الاخرين كلوم الاخرين والسخرية منهم، ويكون الفرد واعي لمثل هذه التصرفات(ابوحويج.2006).

19- البعد الإضافي حسب مقياس التسعين :

هي مجموعة الأعراض الإكلينيكية التي أدرجت في مقياس التسعين وهي تساعد في التشخيص ولا نستطيع إدراجها تحت أعراض الأمراض المذكورة في المقياس، وهذه الأعراض هي:ضعف الشهية للطعام، والإفراط في تناول الطعام، وصعوبة الاستغراق في النوم في الساعات المبكرة من الصباح ويدون سبب للاستيقاظ من النوم"أرق"، نوم مضطرب أو غير مريح، والتفكير في الموت والشعور بالذنب (Derogatis,1983).

20- الإرشاد العقلاني السلوكي:

يعرف الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي بأنه : أحد الأساليب الإرشادية الذي قدمه Albert Ellis عام (1955) ويهدف الإرشاد العقلاني الانفعالي إلى تحديد الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية واللامنطقية في سلوك العميل، وتعديلها إلى أفكار عقلانية ومعتقدات منطقية سليمة، وتبني العميل فلسفة جديدة في الحياة (إبراهيم، 1992).

ويشير حسين على أن الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي هو أسلوب أو نظرية من نظريات الإرشاد النفسي تستخدم فنيات معرفية وانفعالية لمساعدة المسترشدين في التغلب على ما لديهم من أفكار ومعتقدات خاطئة وغير عقلانية ، التي يصاحبها اضطراب في سلوك وشخصية الفرد واستبدالها بأفكار ومعتقدات أكثر عقلانية ومنطقية تساعد في التوافق مع الواقع والمجتمع (حسين، 2004).

ويعرفه عبد القادر بأنه : أحد أساليب العلاج المعرفي الحديث، وضعه Albert Ellis ويفترض أن أنماط التفكير الخاطئة والأفكار اللاعقلانية تسبب السلوك المضطرب ويهدف إلى تعديل المعتقدات غير العقلانية وغير الواقعية والخاذلة للذات، وتعليم العميل أساليب تفكير أخرى أكثر واقعية وأكثر عقلانية وتتميز بالاجابية عن طريق الحوار الفلسفي والطرق الاقناعية (عبد القادر، 1997).

ويرى (Ellis) أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي هو علاج مباشر موجه يستخدم فنيات معرفية وانفعالية وسلوكية، لمساعدة المريض لتصحيح معتقداته غير العقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي إلى معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط سلوكي (Ellis, 1977).

1.8 وصف مكان البحث

تم تطبيق هذه الدراسة على مجموعة نساء في قاعة مركز الراءة للارشاد القانوني والاجتماعي في مدينة الخليل، حيث كانت القاعة مجهزة و معدة لاستقبال المجموعة من حيث الكراسي والمساحة الكافية لعمل الانشطة.

الفصل الثاني

استعراض الأدبيات

1.2 المقدمة.

2.2 مراجعة النظريات المتعلقة بالبحث.

3.2 مراجعة البحوث والدراسات ذات العلاقة بالبحث.

4.2 الخلاصة.

الفصل الثاني

أدبيات الدراسة

1.2 مقدمة:

يعاني المجتمع الفلسطيني كغيره من المجتمعات من مشكلة العنف الموجه ضد المرأة على أساس جنسهن. ويمارس العنف بكافة أشكاله ودرجاته. فمن خلال بعض الدراسات مثل دراسة أبو نجيلة (2006) ودراسة زبدة (2005) ودراسة مركز شؤون المرأة (2001) والتي أجريت حول العنف في المجتمع الفلسطيني والحالات الواردة للمنظمات الأهلية والنسوية والتي توفر الخدمات القانونية والاجتماعية للنساء ضحايا العنف تبين أن نسبة لا بأس بها من النساء في مجتمعنا يتعرضن لأشكال من العنف تتراوح بين الضرب والإهانة، إلى التحرشات والاعتداءات الجنسية، والتهديد بالقتل، وغيرها من أشكال العنف المباشر أو غير المباشر والمسلط على النساء في كافة مراحل عمرهن سواء داخل الأسرة أو خارجها (سنيورة، 2003).

ويعد العنف ظاهرة اجتماعية عالمية تخترق كل المجتمعات والطبقات الاجتماعية حيث تبين دراسة ميدانية معاصرة قام بها الباحث الأمريكي " Levinson (2002) حول (90) مجموعة ثقافية تمثل (60) منطقة جغرافية وثقافية عبر العالم ، أن العنف يوجد داخل كل تلك المجتمعات، وأنه يأخذ داخل الأسرة أشكالاً فعلية وملموسة ويستهدف بشكل أساسي النساء، كما بينت الدراسة ان مرتكبي العنف هم في الغالب رجال(صندوقه،2005).

وتتجاوز عواقب العنف ضد المرأة حدود الضرر البدني المباشر الذي يلحق بها، فالضرر النفسي وخطر التعرض للمزيد من العنف يضعفان احترام المرأة لنفسها ويحدان من قدرتها على الدفاع عن نفسها، أو القيام بإجراء ضد المعتدي، وعندما يقع العنف دون ان يقر المجتمع بحدوثه تكون له عواقب نفسية أخرى ويقل احتمال ان تطلب المرأة المساعدة.

ويعد ضرب الزوجات أكثر أشكال العنف شيوعاً وهو أحد أشكال العنف المبني على أساس الجنس، وكذلك هو أحد أشكال العنف المنزلي الذي يشمل العنف بين الأبناء والآباء وبين الأخوة وبين باقي أفراد العائلة(صندوقه،2005).

وتشير الإحصائيات إلى أن ظاهرة العنف منتشرة حتى في أكثر الدول تقدماً ففي الولايات المتحدة الأمريكية تتعرض امرأة للعنف من قبل الرجل في كل (15) ثانية، وتشكل زيارة النساء لأقسام الطوارئ في المستشفيات بنسبة (22-35%) نتيجة للعنف الأسري ، وكما تشير نتائج الدراسة إلى أن ما نسبته (23%) من النساء الحوامل يتعرضن للعنف ولا يجدن الرعاية الصحية المناسبة من

الأسرة، في حين تشير نتائج الدراسة إلى أن أكثر أشكال العنف الموجه ضد المرأة هو العنف الجسدي (الضرب) وفي كثير من الحالات يكون متداخلا مع أشكال أخرى من العنف (Townsend.1999).

2.2 مراجعة النظريات المتعلقة بالبحث

وستتناول في هذا الفصل مراجعات أدبية للنظريات التي فسرت أسباب العنف ضد الزوجات، ومراجعة الدراسات والبحوث الخاصة بموضوع الدراسة:

1.2.2 الحب الدائم: نظرية اصطلاحية منهجية حول المرأة والعنف الأسري " Margaret

: "H.Kearney

جرى استخدام إطار النظرية الاصطلاحية المنهجية بتحليل (13) تقرير بحثي نوعي بهدف تشكيل نظرية متوسطة المدى حول استجابات النساء لعلاقات العنف.

شملت العينة المركبة (282) امرأة تنتمي إلى أعراق ومناطق جغرافية مختلفة، تتراوح أعمارهن ما بين (16-67) عاما، تعاملت تلك النساء التي عاشت ضمن سياقات ثقافية تعتبر العنف الأسري أمرا طبيعيا، وتعزز بنفس الوقت قصص الحب المثالية، مع تناقضات العنف في علاقاتهن كجزء أساسي من عملية الحب الدائم.

وخلال مرحلة إعادة التعريف لأوضاعهن وعلاقاتهن، مرت العديد من النساء في أربعة مراحل بدأت أولها بالتغاضي عن العنف المبكر لصالح الالتزام العاطفي: "هذا ما أردته"، ثم مرحلة الشلل والضعف المعنوي في مواجهة العنف غير المتوقع والمتزايد، الذي تحملته أثناء المراقبة الدقيقة لسلوك الشريك وقمع الذات "كلما عملت أكثر أصبحت حالتي أكثر سوءاً"، ثم الانتقال إلى بلورة وجهة نظر وإعادة تعريف الوضع بأنه غير مقبول "تحملت بما يكفي"، ثم في النهاية التحرك خارج العلاقة نحو حياة جديدة "كنت أجد ذاتي".

وقد تبين أن التنوع في ظهور واستمرار تلك المراحل مرتبط بسياقات شخصية واجتماعية وسياسية وثقافية "c2001 john wiley&sons,Inc.Res Nurse Health"

2.2.2 النظرية السستماتيكية

تنظر النظرية السستماتيكية إلى العالم باعتباره نظاماً شاملاً يتكون من أنظمة رئيسة وأخرى ثانوية وتتمثل في وحدات تتفاعل فيها العوامل بعضها ببعض في اتجاهات عدة وبشكل متواصل ومتزامن، فعند دراسة ظاهرة أو مشكلة اجتماعية يجب التعرف على مجموعة الأنظمة الرئيسة والأنظمة الثانوية التي تتفاعل بعضها ببعض وتتأثر وتتأثر من هذه المشكلة.

وتتمثل مجموعة الأنظمة عند مروان دويري في:

1 - النظام الاجتصاسي(الاجتماعي،الاقتصادي،السياسي) ويتألف من ثلاثة أنظمة ثانوية تتفاعل

مع بعضها :

- النظام الاجتماعي: الذي يحدد طبيعة العلاقات الاجتماعية بين الناس والتفاعلات الناتجة.

- النظام الاقتصادي: الذي يحدد طبيعة الأسلوب المتبع في الإنتاج والعلاقات الإنتاجية ،

والاستهلاكية والخدمية الموجودة في كل بلد.

- النظام السياسي: الذي يصف مبنى السلطة السياسية الحاكمة، وطبيعة قوانينها وعلاقاتها مع

المؤسسات والناس عامة.

- النظام الثقافي الحضاري: الذي يتكون من تاريخ الشعوب وتجاربهم ويحدد المثل والقيم والعادات

والتقاليد وأنماط السلوك والتفكير.

- النظام النفسي: يتكون من الميزات الشخصية للفرد العربي ومكوناتها والعلاقة فيما بينها وبين البيئة

الاجتماعية التي تنشأ فيها. فمن الممكن أن تكون هنالك ميزات مشتركة في الأنظمة النفسية لأفراد

المجتمع بحكم تجربتهم الاجتصاسية والثقافية المشتركة والتي تشكل ملامح خاصة للشخصية

العربية.

إن النظر إلى جميع الأنظمة والتفاعلات المتواصلة فيما بينها يساعدنا في التعرف بشكل اشمل

وأوسع على الأسباب الحقيقية التي تجعل الرجل كائنا معنفا ليس للمرأة فقط، وإنما للأطفال

أيضا(المصري،2000).

3.2.2 نظرية التحليل النفسي

نادت هذه النظرية بغريزية العدوان وفطريته (نظرية التحليل النفسي) . نظرية التحليل النفسي : منحت وجهة التحليل النفسي الإنسان أولويةً على المجتمع، ونظرت إليه على أنه مخلوق ضعيف مقهور، قد تتعرض طبيعته البدائية للانفجار، فتتخذ شكل السلوك المضطرب ، وقد عبر (Freud) عن هذه الحقيقة في نص أرسله إلى (Van Eeden) جاء فيه : "إن الدوافع البدائية الشريرة التي يتصف بها أفراد الجنس البشري لم تختف ولكنها استمرت في وجودها رغم عمليات الكبح، وهي تتحين الفرص للظهور، وتعبّر عن نفسها في ضروب مختلفة من السلوك ونقرأ في هذا النص، رؤية Freud للعدوان، على أنه نزوع فطري غريزي متجذر في الطبيعة البشرية، و أصله غريزة الموت التي ستشكل محور نظريته عن العدوان".

يرى (Freud) إن الغرائز البشرية تتألف من فئتين رئيسيتين : الأولى ، تسعى إلى البقاء والاتحاد، والتي ندعوها الغرائز الجنسية أو غريزة الحياة، وهي المسؤولة عن كل رباط ايجابي مع الآخرين، كما أنها مسؤولة عن التقارب والتوحيد والتجميع لتكوين وحدات اكبر.

أما الفئة الثانية : فتسعى إلى التدمير والقتل، ويسميتها غريزة الموت أو الغريزة العدوانية وهي قوة تحث على عدم الاندماج، وتهدف إلى تدمير الفرد وإعادته إلى حالة الجمود وانعدام الحياة، ومن الصراع بين إرادة الحياة وبين تدمير الذات (إرادة الموت)، ينطلق الصراع بين الأفراد، فلكي يحمي الفرد نظامه العضوي يعمل على إزاحة غريزة الموت وتوجيهها إلى الآخرين كبديل عن ذاته المهددة بالفناء . وعلى وفق الطرح السابق فإن العدوان أو العنف موجه أصلاً إلى الذات أكثر من كونه موجهاً نحو السيطرة على العالم الخارجي، الأمر الذي يجعل من عنف الإنسان ظاهرة ثانوية تعبر عن تحول في طاقة غريزة الموت من الذات ونفيها إلى الخارج، إما بصورة مقبولة اجتماعياً

كالنشاطات الرياضية، أو غير مقبولة كالأهانات والشجار وإيذاء الآخرين. وعلى الرغم من أن الطاقة التدميرية تتولد لدى الإنسان بصورة مستمرة، إلا أنه ليس بالضرورة أن يكون تدمير الشيء هو الهدف الوحيد لعدوانية الفرد، إذ أن هناك بعض الآليات، تعمل على تغيير وقع العدوانية بالانتقال من شيء إلى آخر.

ومن هذه الآليات: التسامي، والتي يتم خلالها تحويل الطاقة العدوانية إلى طاقة محايدة تعمل باتجاه خدمة أغراض الفرد.

كذلك طرحت النظرية مفهوم التنفيس "catharsis" والذي يتم إضعاف السلوك التدميري "Destructive Behavior" أو إزالته عن طريق شكل من السلوك البديل الأقل تدميراً. ويرتبط التنفيس عند Freud بحالة التعبير عن المشاعر الانفعالية إذ يمثل مظهراً للميول العدوانية الناتجة عن العرض المؤثر، فيصبح مجرد التعبير عن المشاعر العدائية مانعاً ومخففاً لها ويلتقي هذا المفهوم مع مفهوم (صمامات الأمان) الذي طرحه (George Ziml)، إذ تعمل هذه الصمامات على تخفيف أثر الصراعات ذات الطابع التفكيكي وتحويلها إلى صراعات وظيفية. لقد قدم (Reich) قراءة أخرى لنظرية الغرائز المزدوجة التي نادى بها (Freud) وجد في الغريزة العدوانية أو غريزة التدمير وظيفة دفاعية تهدف إلى المحافظة على الحياة، والتدمير في حالة الخطر ينبع من رغبة في العيش وتجنب ألم القلق، وإن كل حركة ايجابية في الحقيقة هي عدوانية. بحسب رأي رايتش. ابتداء من النشاط الجنسي والبحث عن الطعام، وبذلك تصبح العدوانية محاولة للاقترب من الأهداف المرغوبة، والاستحواذ على الموضوعات المحبذة، ولهذا السبب فإنها لا تمثل غريزة بالمعنى الدقيق، وإنما هي وسيلة لإرضاء غريزة الحياة. لقد قوبلت نزعة الموت التي افترضها (Freud) بالريبة والشك، إذ لم يكن ثمة طريقة صالحة لوضع فرضياته موضع التجريب، فهي تقوم

على المحاكمة المنطقية والمشاهدات الخاصة. غير أن لهذه النظرية دلالة عملية يؤشرها (Megargi) حين يرى، إن غريزة العدوان تدل بشدة على أن العنف هو الشكل الطبيعي الذي يتخذه السلوك العدواني، ما لم توقفه قوى كابحة، وبهذا الخصوص يؤكد (Freud) على ممارسات تربية الطفل الهادفة إلى تعزيز الكوابح المضادة للعنف، إذ يتكسر الأمل فيها للتخفيف منه(الخولي،2008)

4.2.2 نظرية التعلم الاجتماعي:

يشير بنادورا (Bandura,1977) الى ان سلوك الدور الجنسي يتم اكتسابه من خلال ملاحظة سلوك الآخرين ومطابقة سلوكنا على سلوكهم ، وقد حدد Bandura ثلاثة مصادر للسلوك العنيف في المجتمع وتتمثل هذه المصادر في تأثير الأسرة والثقافة الفرعية والافتداء بالنموذج الرمزي، فالعنف وفقاً لهذه النظرية هو سلوك متعلم، يتم اكتسابه من خلال ملاحظة الآخرين وهم يظهرون نماذج سلوكية عنيفة. وتمثل البيئة الاجتماعية والثقافية التي يعيش فيها الطفل مصدراً مهماً لنمذجة العنف، فالطفل يكتسب السلوك العدواني عن طريق الأنماط العدوانية التي يظهرها الوالدان. وتجدر الإشارة هنا، إلى أن أسلوب المعاقبة (حتى لو كان ضد عدوانية الطفل نفسها) يعمل على تقديم نموذج حي لممارسة العنف يقوم الطفل بمحاكاته، كما أن المدرس والأصدقاء وأفلام التلفزيون والسينما والقصص التي يقرأها الطفل كلها تمثل مصادر يحصل الطفل من خلالها إما على نماذج السلوك العدواني التي يقوم بتقليدها فيما بعد، أو على المعلومات التي تمكنه من الاعتداء على نفسه وعلى الآخرين(حسن،2003).

ومن خلال هذه النظرية يتم تعلم العنف ضد النساء عبر الأجيال ضمن المراحل الآتية:

- يتعلم الأفراد سلوكيات العنف ضد النساء خلال مشاهدة تصرفات العنف ضد النساء عبر

التجارب الحية.

- يتعلم الفرد العنف حتى يحصل على ما يريد، فقد تبين أن الأفراد الذين يستخدمون العنف هم الأفراد

الذين نحبههم.

- تعلم العجز من قبل النساء فتشعر المرأة أن العنف خارج سيطرتها، مما يجعلها مستسلمة وغير

قادرة على وقف العنف الموجه ضدها (Isaacs, 2001).

تشير النظرية إلى مجموعة من المبادئ أو العوامل التي تساعد على النمذجة أو التعلم

الاجتماعي:

1- وجود قدوة أو نموذج سلوكي ظاهري أو رمزي.

2- يجب أن يكون هذا الأنموذج قوياً فنحن نتأثر بالنماذج الناجحة أكثر من النماذج الفاشلة كذلك

يسهل التوحد بالنماذج التي نتقّب إثابة ايجابية على أفعالها.

3- يجب أن يكون هذا النموذج على قدر من الجاذبية؛ إذ أن غياب الجاذبية يعد مانعاً لعملية

النمذجة، وثمة ثلاث عمليات أساسية يتم عن طريقها اكتساب السلوك العنيف، هي:

- الاكتساب

- والأداء

- والاحتفاظ.

وفيما يخص الاكتساب . تؤكد نظرية النمذجة أن الجانب الكبير من التعلم القائم على الخبرة المباشرة يكون خاضعاً لنتائج العقاب والثواب التي تصاحب أو تتبع أفعالاً معينة، فمكافأة شخص ما مقابل قيامه بفعل معين يزيد من احتمالية تكرار هذا الفعل، وبصورة مماثلة فإن تجاهل أو عقوبة شخص ما على قيامه بفعل معين يقلل من احتمالية تكرار هذا الفعل، ويطلق على هذه الثنائية (عقوبة/ مكافأة) بـ التعزيز.

أما الأداء فيشير إلى الكيفية التي يكون فيها الفرد قادراً على التصرف بعنف وعدوانية إلى الحد الذي يلحق الأذى والضرر بالطرف الآخر. في حين يعبر الاحتفاظ عن قابلية تكرار العنف عند تعزيره أو إثابته، وعدم ظهوره أو تكراره مرة أخرى عند مشاهدة النموذج وهو يعاقب على سلوكه العنيف. وتأسياً بنظرية التعلم فإن الشخص الذي نمذج السلوك العنيف في طفولته سوف لا يتخلى عن القيام بالعنف والصراخ بوجه الناس وانتهاز أية فرصة متاحة لممارسة العنف، وهو الشخص نفسه الذي يكون أكثر استجابة للإحباط العدوان (عبد الرحمن، 2006).

5.2.2 نظرية الأنساق (Belief System)

وتشير نظرية الأنساق إلى مفهوم الجمود- على أنه أساس لهذه النظرية- وعلاقته بمفهوم تفتح الذهن ومرونته، ويمتد أنساق المعتقدات في هذه عبر متصل ثنائي القطب، يقع الأفراد منغلق الذهن في أحد قطبيه والأفراد منفتحتين الذهن في القطب الآخر، وبين هاتين الفئتين المتطرفتين يقع مختلف الأفراد على هذا المتصل الذي يمكن قياسه بدقة، ويرى روكيش (Rokeach) أن هناك ثلاثة جوانب هامة ينبغي وضعها بالحسبان عند تناول هذه النظرية وهي: المعرفة، والايولوجية،

والحالة الانفعالية للفرد، وهذه الجوانب على علاقة ببعضها البعض، وتستخدم بالتبادل على أساس افتراض أن أي انفعال أو عنف له مظهراً معرفي متطابق معه، وأن أية معرفة لها مظهر انفعالي متطابق معها كذلك (Rokeach, 2002).

6.2.2 نظرية الإحباط/ العدوان (Frustration and Aggression):

تعتمد نظرية الإحباط والعدوان لـ (دولارد وملر) (Dollard & Miller) على فكرة أساسية، مفادها أن العدوان هو دائماً نتيجة للإحباط فعندما يعاق الفرد عن تحقيق أهدافه فإن ذلك يقود إلى استثارة الدافع العدوانى لديه تماماً، كما يحدث بالنسبة للحالات الدافعية الأخرى مثل الجوع والعطش. ووفقاً لهذه النظرية فإن العنف لا يشكل حالة فطرية، وإنما يأتي كرد فعل للإحباط الذي يتعرض له الفرد من البيئة الخارجية التي يعيش فيها، إما مصادر الإحباط فيمكن تحديدها ضمن ثلاث فئات وهي: العوائق، والنقائص والصراعات. وتشمل العوائق: الظروف الطبيعية، والأفراد الآخرين، والمعايير الاجتماعية، ورقابة الأهل. أما النقائص فتتطوي على عناصر: كالجفاف، ونقص المصادر الطبيعية، ونقائص الشخص نفسه في حين تنشأ الصراعات عندما تنشط عدة دوافع لدى الإنسان في وقت واحد. وترى النظرية بأن ثمة علاقة طردية بين درجة العدوان ونوعه، وبين شدة العقاب المتوقع عن ردة فعل الهدف الذي يوجه العدوان ضده؛ إذ يؤدي توقع العقاب إلى إزاحة العدوان أو تحويله باتجاه أهداف بديلة ترتبط بمصدر الإحباط، وتتباين قوة الإثارة للعنف تبعاً للعلاقة الارتباطية بين المصدر الفعلي للإحباط والمصدر البديل، إذ تقل قوة الدفع للعنف بنقصان التماثل بين الهدف الأصلي والهدف البديل وبالعكس، وتعد إزاحة العدوان وسيلة قوية وفعالة لتحقيق التنفيس والتقليل من مستوى الإثارة للعنف، وهنا فقط تلتقي نظرية الإحباط/ العدوان مع نظرية

التحليل النفسي. إذ أن كلا المفهومين (الإزاحة، التنفيس) يشيران إلى العملية التي يتحول خلالها العدوان إلى أهداف أقل مباشرة للوصول إلى حالة من التخفيف. وعندما نحاول تطبيق هذه الفرضيات . على الظاهرة موضوع الدراسة . نجد أن الاحباطات الكثيرة التي يواجهها أفراد المجتمع. والعقبات التي تفرضها الأنظمة الاجتماعية المؤسسية تثير لدى الأفراد دافعاً للعنف، غير أن الخوف من العقوبة وعدم قدرة الفرد على الوصول إلى مصدر إحباطه، تؤدي به إلى إزاحة هذا العدوان إلى أهداف بديلة تتمثل بالامتلاكات العامة أو الأفراد الآخرين الذين يتفاعل معهم في مواقف اجتماعية معينة، فتصبح هذه الأهداف البديلة بمثابة (كبش فداء) يوجه إليها الأشخاص عدوانيتهم من دون توقع أي شكل من أشكال العقاب(الخولي،2008).

7.2.2 نظرية الضغط البيئي

وترى هذه النظرية أن الضغوط البيئية المختلفة سواء كانت ازدحام أو ضوضاء أو تلوث وغيره من ضغوط البيئة، إذا زادت عن مقدار تحمل الإنسان لها سوف تؤدي في النهاية إلى انفجار الإنسان وقيامه بأعمال العنف، بمعنى آخر إن الإنسان يعيش في بيئة تعاني من مشكلات بيئية عديدة مثل: إسكان المناطق العشوائية والمختلفة التي تعاني من الازدحام، وسوء حالة المسكن ونقص الخصوصية، ونقص الخدمات والمرافق، هذه البيئة تدفع الإنسان للعنف ومن الطبيعي أن يوجه هذا العنف تجاه الضعفاء وهم النساء والأطفال(Isaacs,2001).

ويمكن النظر لنظرية الضغط البيئي من منظور البيئة الاجتماعية؛ بمعنى إذا زادت ضغوط البيئة الاجتماعية يؤدي ذلك إلى قيام الإنسان بأعمال العنف، وتمثل مشكلات نقص الدخل والبطالة

والخلافات الزوجية وغيرها من المشكلات إذا توفرت تساعد في زيادة العنف ضد المرأة والطفل
بوجه خاص (Isaacs,2001).

8.2.2 النظرية السستماتيكية (System Theory):

تنظر النظرية السستماتيكية إلى العالم باعتباره نظاما شاملا يتكون من أنظمة رئيسة، وأخرى ثانوية
وتتمثل في وحدات تتفاعل فيها العوامل بعضها ببعض في اتجاهات عدة وبشكل متواصل ومتزامن،
فعند دراسة ظاهرة أو مشكلة اجتماعية يجب التعرف إلى مجموعة الأنظمة الرئيسة والأنظمة
الثانوية التي تتفاعل بعضها ببعض وتؤثر وتتأثر من هذه المشكلة(المصري.2000).

9.2.2 النظريات النسوية

أما النظريات النسوية التي ركزت على أن المجتمع الذكوري الذي يشجع الرجال على السيطرة على
النساء وهذا يكون سبب من أسباب العنف ضد المرأة.

كما أن النظرية ترى أن الرجل هو المسؤول الأول عن العنف، ويكون العلاج حسب هذه النظرية
بأن يتقبل الرجل والمرأة حقيقة أن الرجل هو المسؤول الأول عن العنف ضد الزوجة، وأن المرأة
ليست هي المسبب (الحاج يحيى.2003).

وهناك نموذج علاجي منطلق من " النظرية النسوية " والذي يركز على مواجهة الرجال حول توجهاتهم نحو السيطرة ويعلمهم استراتيجيات جديدة للتعامل مع شركائهم .

10.2.2 نظرية اضطراب الشخصية

حيث تنظر هذه النظرية إلى العنف الموجه ضد المرأة على أنه اضطراب في الشخصية يماثل تماما مختلف أنواع المخاوف المرضية (Phobia)، ويقوم ذلك على فرض وهو "إن مختلف الاعتقادات الخاصة بأحد الأفراد حول الجوانب الاجتماعية والاقتصادية والسياسية مثلا تشكل غالبا نمطا متماسكا، وهذا النمط له جذور عميقة في الشخصية تحدد ملامح الشخصية التسلطية، والتي تتأثر بشكل رئيس لما تعرض له الأطفال من أساليب التربية المبكرة للآباء المستبدين ضد الأمهات وحينما يصبح الفرد راشدا فإنه يميل إلى تكرار ممارسة العنف ضد النساء ومحاكاة تلك الخبرات السابقة(Isaacs,2001).

11.2.2 أما النظرية المعرفية

فسرت النظرية المعرفية العنف على أنه خطأ في التفكير ونموذج علاجي يركز على إكساب الرجل مهارات جديدة وأيضا علاج عن طريق إدارة الضغوطات، وهذا ما أشار إليه Albert Ellis (Ellis) بان الناس قد لا يضطربون بسبب الأحداث ولكن بسبب وجهات نظرهم التي يتخذونها بصدده الأحداث"(Ellis.1977).

وتشير (Maynard.1993) إلى أن تعريف المرأة ذاتها للعنف هام جدا في مدى تأثرها بالعنف الموجه ضدها، فالعنف من وجهه نظر المرأة يمكن تعريفه على انه "مقدار ما تدرکه المرأة من إساءة موجهه لها سواء كانت اساءة جسدية او جنسية أو نفسية.

فالصيغة المعرفية التي تستقبل بها المرأة الأحداث وتؤثر عليها وجدانيا وسلوكيا تتكون من الطفولة والتاريخ النفسي للمرأة وتاريخ علاقتها مع الوالدين والمحيطين، وكذلك مدى تعرضها للإساءة أو شعورها بالأمن هو ما يكون صيغتها المعرفية التي تدرك بها الأحداث أو التي تحدد مدى تأثرها بهذه الأحداث (حسن، 2003).

- وهناك ايضا نظرية العجز المكتسب وهذه **The Learned Helplessness Theory** النظرية تستند إلى النظرية المعرفية.

حيث قام الأخصائي النفسي (لينور والدر) بدراسة سلوك النساء التي تستمر في علاقة تتعرض فيها للعنف وافترض أن النساء تبقى في إطار العلاقة لأن الإساءة المتواصلة تسلب إرادتهن عن الرحيل (Gondolf, Fisher.1988).

وتشير هذه النظرية إلى ما يسمى ب"زملة أعراض المرأة المضروبة" (Battered Women's Syndrome) وهي بأنه عندما تتعرض المرأة إلى أحداث ضاغطة وإدراكها لعدم قدرتها على المواجهة فان ذلك يؤدي إلى الإحساس بالعجز وفقدان الأمل وانخفاض تقدير الذات، والشعور بنقص الكفاية والاكنتاب والحزن، وفي النهاية يكون إدراك الفشل والعجز الذي يمتد لتوقع الفشل من

خبرات الماضي الفاشلة إلى الحاضر والمستقبل، حيث اليأس فلا أمل في المستقبل ولا جدوى من المحاولة طالما محكوما عليها بالفشل (حسن، 2003).

هناك أيضا أسلوب "العلاج للأزواج" والذي ينظر إلى أن الرجل والمرأة هم - بالتساوي - مساهمون في خلق الخلل في علاقتهم وهذا نموذج يعفي المرأة من أن تلقي اللوم عليها لوحدها ويجعل هناك علاقة شراكة في تحمل المسؤولية (www.ojp.usdoj.gov/nij).

1.11.2.2 الإرشاد العقلاني السلوكي:

تعريف الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي: هو احد الأساليب الإرشادية الذي قدمه (Albert Ellis) عام (1955) ويهدف الإرشاد العقلاني الانفعالي إلى تحيد الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية واللامنطقية في سلوك العميل وتعديلها إلى أفكار عقلانية ومعتقدات منطقية سليمة، وتبني العميل فلسفة جديدة في الحياة (إبراهيم، 1992).

ويشير حسين على أن الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي هو أسلوب أو نظرية من نظريات الإرشاد النفسي تستخدم فنيات معرفية وانفعالية لمساعدة المسترشدين في التغلب على ما لديهم من أفكار ومعتقدات خاطئة وغير عقلانية التي يصاحبها اضطراب في سلوك وشخصية الفرد واستبدالها بأفكار ومعتقدات أكثر عقلانية ومنطقية تساعد على التوافق مع الواقع والمجتمع (حسين، 2004).

وتعرفه عبد القادر بأنه احد أساليب العلاج المعرفي الحديث، وضعه (Albert Ellis) ويفترض أن أنماط التفكير الخاطئة والأفكار اللاعقلانية تسبب السلوك المضرب ويهدف إلى تعديل المعتقدات الغير عقلانية والغير واقعية والخاذلة للذات وتعليم العميل أساليب تفكير أخرى أكثر واقعية وأكثر عقلانية وتتميز بالاجابية عن طريق الحوار الفلسفي والطرق الاقناعية (عبد القادر، 1997).

ويرى (Ellis) أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي هو علاج مباشر موجه يستخدم فنيات معرفية وانفعالية وسلوكية لمساعدة المريض لتصحيح معتقداته غير العقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي إلى معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط سلوكي (Ellis,1977).

2.11.2.2 مبادئ النظرية المعرفية:

- يقوم العلاج العقلاني الانفعالي على بعض التصورات والفروض المتعلقة بطبيعة الإنسان وطبيعة التعاسة والاضطرابات الانفعالية التي يعاني منها ومن بين هذه الافتراضات والتصورات مايلي:
- ١ - التفكير والعاطفة عمليتان متلازمتان وتدخلان في كل العمليات والأنشطة، فالعواطف سببها التفكير، ويمكن ن ضبط العواطف بالتفكير. أما الاضطرابات العاطفية فان سببها التفكير اللامنطقي وما يقوله الفرد لنفسه من جمل وكلمات.
 - ٢ - الإنسان مخلوق عقلاي وغير عقلاي في الوقت نفسه، وه و حين يفكر ويتصرف بعقل يصبح ذا فاعلية ويشعر بالسعادة والكفاءة وعندما يصبح تفكيره غير منطقي يعاني من مشاعر الاضطراب.

- ٣ - ان استمرار الاضطراب النفسي لا تقرره الظروف الخارجية وإنما تقرره الأفكار والاتجاهات والمعتقدات التي يتبناها الفرد.
- ٤ - التفكير غير المنطقي يعود في أصله إلى مراحل التعلم المبكرة والذي يتعلمه الطفل من والديه والبيئة والمحيطين به.
- ٥ - الإنسان مخلوق متكلم و انه يعتمد في تفكيره على استخدام الرموز اللغوية، ونظرا لارتباط التفكير بالعاطفة فان التفكير غير المنطقي يستمر طالما كانت هناك اضطرابات انفعالية.
- ٦ - الاتجاه نحو الأحداث وكيفية إدراكها والتفكير فيها ومواجهتها هو الذي يسبب الاضطراب الانفعالي وليست الوقائع أو الظروف الخارجية في حد ذاتها هي المسببة للاضطراب الانفعالي.
- ٧ - الأفكار والانفعالات السلبية يجب مهاجمتها باعادة تنظيم الإدراك والتفكير بحيث يصبح التفكير منطقيًا وعقلانيًا (السفاسفة، 2003).
- ٨ - يتأثر الأفراد بأفكار الآخرين وبالعواطف السلبية (القلق والشعور بالذنب والحدق) بدرجة كبيرة ويعتقد المعالج العقلي العاطفي بأنه لا يمكن أن نلوم أي فرد على أي سلوك يقوم به ولكن كل فرد مسؤول عن سلوكياته.
- ٩ - يميل الأشخاص إلى تقدير أعمالهم وسلوكهم على أنها جيدة أو سيئة ويقدرون أنفسهم كأشخاص جيدين أو سيئين على أساس انجازاتهم، وتقدير ذاتهم يؤثر على مشاعرهم وتصرفاتهم وعملية تقدير الذات تعتبر احد المصادر الرئيسية لاضطراباتهم العاطفية لذلك على المعالج ان يعلم المسترشد كيف يفصل تقييم سلوكه عن تقييم ذاته وكيف يتقبل نفسه بالرغم من وجود عيوب فيه (العزة وعبد الهادي، 1999).
- ١٠ - الشخصية من وجهة نظر (Ellis) تتألف من المعتقدات والبناءات والاتجاهات والقيم الإنسانية (السفاسفة، 2003).

3.11.2.2 مفهوم النظرية للإنسان

ترى النظرية وجود أساس بيولوجي لسلوك الإنسان ويجزم (Ellis) أن الإنسان يملك ميولا غريزية اتجاه العادات والمتعة والحركة والمزاج والسلبية المقرونة بالتفكير الايجابي ولا سيما فيما يتعلق بالآخرين، كما انه يرى ان الإنسان يولد ولديه ميول قوية على ان كل أمور حياته تسير نحو الأفضل، وهو جاهز ليدين ويلوم نفسه والآخرين عندما لا يحصل على ما يريد، وكذلك فان الإنسان يصل بفكره بطريقة إنسانية عاطفية طول حياته حتى يتعلم وبعد جهد ان يفكر بطريقة عقلانية.

استندت النظرية العقلانية في نظرتها للشخصية على ما يلي:

- أسس فسيولوجية:فتفترض ان الانسان يولد ومعه نزعة قوية إلى أن يريد أو يصر على أن يحدث كل شيء على أحسن وجه في حياته وانه إذا لم يحصل فورا على ما يريد فانه يلعن ذاته والآخرين والعالم.
- الجوانب السيكلوجية:والتي تتلخص في نظرية (A.B. C) وإصرار الفرد اللاعقلاني على الوجوب والحنمية التي عليها يجب أن تكون الأمور.
- اعتبار أهمية الجوانب الاجتماعية الشخصية:حيث ترى النظرية ان النضج الانفعالي هو اتزان دقيق بين اهتمام الفرد بالعلاقات مع الآخرين ومبالغته بالاهتمام به(مليكه،1994).

4.11.2.2 كيفية حدوث السلوك المرضي حسب النظرية:

إن الأعراض المرضية كالخوف والقلق والاكتئاب وغيرها غالبا ما تكون ناتجة عن أفكار ومعتقدات خاطئة لدى الفرد، فسلوك الشخص ينبع من أفكاره وعليه فإن الاضطرابات الانفعالية تكون ناتجة من وجود أفكار خاطئة لدى الفرد ومن ثم يكون تحسن الفرد مرهون بتحسن طريقة تفكيره وتغييرها (حسين، 2004).

يرى (Ellis) ان الوالدان هما يؤثران في أطفالهم لكي يصبحوا مضطربين عاطفيا وذلك يجعلهم يشعرون أنهم "سيئون" ولا قيم لهم عندما يتصرفون بطريقة غير مقبولة، ويعتقد (Ellis) إن الأطفال عكس الكبار تنقصهم المقدرة على التعامل مع أنفسهم والمناخ المحيط بهم، ولذا فإنهم يهتدون بهدي آبائهم كما ان الطفل قد يهتدي بتصرفات المدرس والأصدقاء ووسائل الإعلام، لذا يجب التأكيد ان الأطفال يصبحون مضطربين عاطفيا ليس بسبب كلام الآباء عنهم "أنهم سيئين" فقط وإنما بسبب نزعة الطفل لأخذ هذا الكلام بصورة جدية أكثر من اللازم وجعله متأصلا في داخله ويربى عبر السنين. وتؤكد عملية العلاج العقلاني العاطفي انه كلما كبر الأطفال فإنهم يمارسون نوعا من التحدي لتفكيرهم اللاعقلاني في بعض نواحيه ولكنهم في نفس الوقت يبقون بعض نواحي هذا التفكير طول سنين حياتهم وهذا يؤدي إلى بقاء الأفكار اللاعقلانية على قيد الحياة، ومستقبلا تؤدي إلى الغضب والإثارة والكابه وبالرغم من ان (Ellis) يجزم أن الاضطرابات العاطفية تنتج بشكل رئيسي من التفكير اللاعقلاني إلا أن التعبير عن هذه الانفعالات العاطفية يمكن أن يتكون من ردود الفعل الضعيفة وردود الفعل الزائدة عن الحد للأحداث مثل أنماط السلوك

التي تؤدي إلى خلل وظيفي مثل شرب الكحول وبالتالي فإن الانفعالات العاطفية والسلوك المختل موجودا عند إنسان ما فإنه يعتبر مضطربا عاطفيا أو منفعلا(الزيود،1998).

5.11.2.2 أهداف الإرشاد العقلاني

يهدف الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي إلى تحقيق مايلي:

- مساعدة الفرد على التعرف على الأفكار غير العقلانية والتي تسبب رد الفعل غير المناسب لديه نحو العالم.
- حث المريض على الشك والاعتراض على فكاره غير العقلانية.
- محاربة الأفكار والمعتقدات غير العقلانية بالإقناع العقلي المنطقي، وإعادة تنظيم نظام المعتقدات لدى المريض.
- إزالة أو تقليل النتائج الانفعالية غير العقلانية لدى المريض وبصفة خاصة تقليل لوم الذات وتقليل العدوان أو الغضب(لوم الآخرين والظروف).
- تحقيق الانفتاح الفكري وتقبل التغيير، وإعادة المريض إلى التفكير العلمي والتحكم في انفعالاته وسلوكه عقليا(زهران،1997).

ويوضح الزيود(1998) ان هناك هدفان أساسيان لعملية العلاج وفق نظرية الإرشاد العقلاني وهما:

- ١ - تقليل قلق العميل(أي لوم نفسه) وعدوانيته(لومه للآخرين والعالم).
- ٢ - تعليم العميل طريقة مراقبة نفسه وملاحظتها وتقديرها والتأكيد لنفسه ان تحسن حالته سوف

يستمر .

6.11.2.2 عملية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

وهي عملية تعليم المسترشد بأسلوب نشط وتتضمن العملية علاج اللاعقل بالعقل، واللامنطق بالمنطق، والخرافة بالعلم، وعملية العلاج عقلية بحتة، وتتلخص وظيفة المرشد في مساعدة المسترشد على ان يتخلص من الأفكار والاتجاهات العقلانية غير المنطقية وان يحل محلها أفكار واتجاهات منطقية وعقلانية، ويمكن إيجاز خطوات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بما يلي:

الخطوة الأولى:

في هذه الخطوة على المرشد ان يبين للمسترشد بأنه غير منطقي، ويوضح ه العلاقة بين أفكاره اللاعقلانية وبين اضطرابه الانفعالي وقلقه وتوتره.

الخطوة الثانية:

يوضح المرشد للمسترشد بأنه يستمر في اضطرابه وقلقه وانفعالاته وذلك بسبب استمراره في التفكير بطريقة لاعقلانية وليست منطقية، أي ان تفكيرهم غير المنطقي المستمر هو المسؤول عن حالتهم النفسية التعيسة، وليست التأثيرات للأحداث السابقة المنشطة.

الخطوة الثالثة:

يقوم المرشد في هذه الخطوة على إقناع المسترشد أن يغير من أفكاره اللامنطقية والعمل على الإقلاع عن هذه الأفكار، فالعلاج العقلاني يقرر أن الأفكار اللاعقلانية تكون مغروسة في نفس المسترشد لدرجة لا يمكن معها للمسترشد ان يقوم بتغييرها بالاعتماد على نفسه كما تقول بعض الطرق العلاجية الأخرى.

الخطوة الرابعة:

يبدأ المرشد بتجاوز التعامل مع الأفكار اللاعقلانية بشكل محدود ويبدأ التركيز على الأفكار اللاعقلانية العامة والعمل على تبني المسترشد فلسفة الحياة بحيث تكون منطقية وعقلانية تمكنه من الابتعاد عن الوقوع في الأفكار غير المنطقية في المستقبل (الخواج، 2002).

7.11.2.2 طبيعة العملية الإرشادية

بعكس بعض النظريات التي تتادي بالحميمية في العلاقة الإرشادية "R.E.B.T" لا تتطلب الدفء الزائد عن حده والتعاطف الكبير مع المسترشد لأنهما قد يؤديان إلى اتكالية على المرشد، ان العلاقة العلاجية تتجح دون وجود روابط طيبة بين الطرفين لاعتمادها على الشريط والكتاب وغيره كوسائل علاجية، ثم ان العملية العلاجية هي عملية نشطة مباشرة ومجابهة تعتمد على مبدأ السؤال العلمي والتحدي والمناقشة، ويمكن وصفها بأنها عملية تعليمية إنسانية وعملية لغوية لان المرشد يعلم المسترشد كيف يحرك ما بداخله ويناقش أفكاره اللاعقلانية بطرق منطقية وعلمية مما يجعل المسترشد يتقبل نفسه ويفرق بين قبول النفس اللامشروط والذي هو احد أساسيات "rebt" وبين قبول مرتكز على النجاح فقطن وفي هذا السياق يكون جل تركيز المرشد موجه نحو الأفكار اللاعقلانية للمسترشد وشعوره بهزيمة النفس، لذا ليس بالضرورة وجود علاقة ودية بين الطرفين (الزيود، 1998).

8.11.2.2 الإرشاد العقلاني والعنف

يرى (Ellis) أن الناس واقعيين وغير واقعيين، وان معتقدات الناس تؤثر في سلوكهم، وان الناس عرضه للمشاعر السلبية: مثل القلق والعدوان والشعور بالذنب بسبب تفكيرهم اللاواقعي وحالتهم الانفعالية التي يمكن التغلب عليها بتنمية قدرة الفرد العقلية وزيادة درجة إدراكه (ابوعيطه، 2007).

ولقد ميز (Ellis) بين نوعين من العنف والعدوان وهما العنف السوي والعنف غير السوي مؤكدا على أهمية المكونات المعرفية، فالعنف يكون سويا إذا ما ارتقى بالقيم الأساسية الخاصة بالبقاء والسعادة والقبول الاجتماعي والعلاقات الحميمة، أما العنف الغير سوي من وجهة نظر (Ellis)

يظهر في شكل نوع من المضايقة وحب الجدل والعنجهية والكبرياء والغطرسة والعداء والاهانة والمعارضة(حسين،2007).

ويفسر (Ellis) العنف في ضوء نموذج (A.B.C) ويفسر (Ellis) إزالة المشاعر العدوانية المدمرة للذات والآخرين تتضمن مساعدة الأفراد على فهم المكونات المعرفية لمثل هذه المشاعر السلبية والعمل على إحداث تغييرات في اعتقاداتهم السلبية واللاعقلانية(حسين،2007).

وقد حدد (Ellis) مجموعة من الأفكار للاعقلانية المرتبطة بالعنف ومن هذه الأفكار: بعض الناس شر وأذى،وعى درجة عالية من الخسة والجبن والندالة،وهم لذلك يستحقون العقاب والتوبيخ(ملحم،2001).

11.2.2 .9 نظرية (Ellis) في الإرشاد المعرفي العقلاني

قدم (Ellis) نظرية(A.B.C) ليوضح تطور الاضطرابات الانفعالية ووضع افتراض رئيسي وهو ان المشكلات والاضطرابات النفسية إنما هي نتاج التفكير اللاعقلاني الذي يتبناه الفرد،وقام بشرح العلاقة بين المكونات الأساسية(A.B.C.D.E) كالتالي:

(A) الحدث النشط: Activating

(B) المعتقدات: Believes

(C) النتائج: Consequences

(D) التفنيد: Disputing

(E) التأثير: Effect

10.11.2.2 فنيات الإرشاد المعرفي

يتضمن الإرشاد المعرفي العقلاني السلوكي مجموعة من الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية واتجاهه (A.B.C.D.E) هي كالتالي:

10.11.2.2 1 الأسلوب الأول: اتجاه A.B.C.D.E

فقد اشتهر (Ellis) بتفسير العلاقة بين (A.B.C) ويعني ان النتائج ليست وليدة الأحداث والظروف الخارجية وإنما نتيجة لنظام التفكير الذي يتبناه الفرد تجاه تلك الأحداث ثم الانتقال إلى التنفيذ للأفكار اللاعقلانية.

وعندما يقوم المرشد بتنفيذ ومناقشة الأفكار اللاعقلانية مع المسترشد يكون قد حقق الأثر الفلسفي الذي يتبع نموذج (A.B.C) وبذلك يكون المسترشد قد اكتسب نظام معرفي عقلاني يستطيع من خلاله مواجهة سلوكياته ومشكلاته في المستقبل (الخوaja، 2002).

10.11.2.2 2 الأسلوب الثاني: الأسلوب المعرفي.

أساس هذه النظرية هو مناقشة الأفكار اللاعقلانية وتنفيذها فان المرشدين في هذه النظرية يمارسون عدة طرق:

أ. الإيحاء والإيحاء الذاتي.

فالعملاء عدة مفكرون سلبيون يحدثون أنفسهم بأمر تسبب لهم هزيمة داخلية سواء من أنفسهم أو من غيرهم، ومنا يقوم المرشد بتعليم المسترشد كيف يفكر بإيجابية بدل من التفكير السلبي.

ب- وسائل الدفاع.

تتولد وسائل الدفاع من لوم النفس، وبهذا فإن العملاء الذين يعانون من مرض ما سوف يستعملون كافة وسائل الدفاع والحماية لكي يبقى هذا العرض خارج دائرة علمه ووعيه، وتوسعى نظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي لتبرهن للعملاء انه رغم ارتكابهم أخطاء عديدة أنهم لن يكونوا عرضه للازدراء والتعنيف بسبب هذه الأخطاء، وان قبول النفس هذا من شأنه أن يقلل من سعي العميل لتكلف الدفاع عن النفس بأي طريقة (الزيود، 1998).

ج. تقديم الخيارات البديلة.

يملك المسترشد عادة خيارات كثيرة ويسعى المرشدون لجعل العملاء ويرون جميع الخيارات التي يملكونها بشكل مثالي ويشجعونهم على توليد هذه الخيارات بأنفسهم.

د. الدقة اللفظية.

فاستعمال الألفاظ غير الدقيقة ينبع من التفكير المشوه، وعلى المرشدين أن ينتبهوا بشكل خاص إلى الألفاظ التي يستعملها مرضاهم.

و. وسائل التسلية (الإلهاء).

حيث تؤمن (REBT) بأن الوسائل البدنية مثل التمارين الرياضية وسيلة جيدة للعلاج. لان العملاء يركزون على هذه النشاطات عند ممارستها بدلا من ان يفكروا بهزيمة أنفسهم والحديث عنها.

ن. استخدام المرح والنكات والقصد المتناقض.

وهنا يلجأ المرشد إلى استخدام المرح والنكات ليسخروا من الأفكار اللاعقلانية التي يحملها العميل، مما يجعل العميل يضحك على أخطائه ويتقبل نفسه بكل ما فيها، أما القصد المتناقض التي يحملها العميل مما يجعله يكتشف أن أفكاره غير عقلانية ولا واقعية ونتيجة لذلك فان العميل سوف يتوجه لتبني الفهم المضاد وهو الواقعية والعقلانية (الزيود، 1998).

و. المراجعة.

ويعتبر هذا الأسلوب أكثر ملائمة لحالات الإدمان والذين لا يستطيعون مواجهة حالات الإحباط كالمدمن على التدخين، حيث يطلب من المدخن أن يكتب قائمة بفوائد التوقف عن التدخين، وقائمة أخرى بأضرار الاستمرار في التدخين ثم يطلب منه أن يراجع هذه القائمة من (10-20) مره يوميا، وهذا يعطي المدخن أسبابا جيدة للتغلب على هذا الإدمان.

د. الأسلوب التربوي.

فبعد انتهاء الجلسات العلاجية يطلب من المسترشد ان يقرأ بعض المنشورات التي كتبها Albert Ellis من اجل المساعدة الذاتية وكذلك السماح لأشرطة مسجلة خلال جلسات العلاج تهدف إلى مساعدة المسترشد على تذكر أفضل لبعض النقاط المهمة التي حددها المعالج أثناء الجلسات.

ي. تعليم الآخرين.

وهنا يقترح (Ellis) على المسترشد ان يقوم بتعليم أصدقائه بمبادئ (REBT) عندما يظهر الآخرين وأفكارهم اللاعقلانية للمسترشد (الخوaja، 2002).

11.2.2. 10. 3 الأسلوب الثالث: الأساليب الانفعالية.

حيث يستخدم المرشدون في هذا الاتجاه مجموعة من الطرق الانفعالية منها:

1-التخيلات العقلية والانفعالية

ويتم استخدام التخيلات العقلية والانفعالية بإحدى الطريقتين الآتيتين:

الأولى:مفضلة من قبل Albert Ellis وتدعى التخيلات السلبية وهما يقوم الفرد بتخيل نفسه

ويشعر شعور سلبي وغير ملائم كردة فعل لموقف معين.ثم يعكس هذه المشاعر إلى ايجابية

وملائمة.

الثانية:فهي طريقة التخيلات الايجابية حيث يتخيل العميل موقفا غير سار ويركز على الأفكار

التي تنتهي عليها مشاعرهم،ثم يقوم بمناقشة هذه الأفكار ويركز على شعوره بعدها تركها وتبديلها

بأفكار عقلانية.

2-لعب الأدوار.

وحسب هذه الوسيلة يقوم المرضى بتمثيل كيفية تفاعلهم مع الآخرين كي تثار عواطفهم

وينفعلون،وبالتالي يقوم المرشد باستخدام هذه المشاعر ليبين للعميل الأفكار اللاعقلانية التي تقف

وراءها(الزيود،1998).

ويشمل لعب الدور تحليلا معرفيا واضحا تماما للمشاعر المثارة اثناء تمثيل الدور،فهذه الوسيلة

متميزة في تحديد وتغير الاتجاهات غير العقلانية الى اخرى عقلانية ناجحة ومفيدة،فالمرشد يقوم

بتعليم الفرد مهارات القيام بالادوار ومساعدتهم في اكتساب خبرات واتجاهات ايجابية حيث تخفض

مستوى الافكار غير العقلانية تجاه بعض الاتجاهات السلبية المسببة للامراض الجسمية والجهل والفقير(عبد السلام،2002).

3-القبول غير المشروط.

وهنا قوم المرشد على تعليم المريض بصورة غير مباشرة ونشيطة على قبول نفسه ويكافح المرشد ليقنع العميل ان الانسان لا يمكن ان يعامل كوحدة واحدة صماء بغض النظر عن ايجابية سلوكهم او سلبيته(الزيود،1998).

4-التمارين المهاجمة للخجل.

حيث يقوم المرشد بتشجيع المسترشد على القيام باعمال يخجل اليام بها،حتى يتخلص منها،حتى وان لم يوافق عليها الاخرين،ويشمل هذا الاسلوب على طرق سلوكية انفعالية في الارشاد.

5-استخدامات العبارات الذاتية النشطة.

يستخدم هذا الاسلوب من اجل تغيير الافكار اللاعقلانية بافكار جديدة عقلانية(الخواجا،2002).

11.2.2. 10. 4 الاسلوب الرابع:الاساليب السلوكية المعرفية.

يستخدم الارشاد العقلاني الانفعالي اساليب سلوكية متعددة منها:

- **الوظائف البيتية.**

فالافراد الذين يفرطون في ممارسة بعض السلوكيات شعوريا او لاشعوريا والذين تعودوا على التفكير والانفعال بطرق مختلفة خلال فترة معينة من الزمن يقاومون التغير بصعوبة متناهية،وللتخلص من العادات المدمرة للذات يجب توجيههم نحو ممارسة نشاط معين ويكون ذلك عن طريق الواجبات اليومية لكي يتخلص العميل من سلوكه غير السوي(عبد السلام،2002).

- **ادارة الطوارئ(المصادفات).**

يحدث اطاريء عندما قوم الشخص بسلوك ما بناء على مثير يزيد من امكانية حدوث هذا السلوك،وهذا يساعد المسترشد على برمجة حياته.

- **تدريب المهارات.**

ويكمن الاساس المنطقي في هذا الاسلوب في انه اذا كان الانسان يستطيع ان يتصرف بصورة فعالة فسوف تكون عنده ميول ضعيفة جدا لتكوين افكار لاعقلانية،ومع هذا فان اول خطوة لتغيير سلوك العميل هو مناقشة وتقنين الافكار اللاعقلانية(الزيود،1998).

• التحكم بالمشير.

وتقوم فكرة هذا الاسلوب على تعليم المسترشدين كيف يتحكمون بدوافع ومثيرات معينة مما يجعل احتمالية تصرفاته الغير مقبولة قليلة، وبهذا فان هدف هذا الاسلوب هو اعادة بناء الوسط المحيط بالعمل حتى لا يتعرض العميل لاي مثير يحفزه على التصرف غير المقبول.

• ممارسة وتعزيز الادراك العقلي.

حث يقوم المرشد بتعليم العميل كيف يعوض بافكار جديدة مكان تلك الافكار غير المقبولة، ومثال ذلك قول الشخص: "ليس صعبا ان اكتب الدكتوراة، ولكن الاصعب علي تركها". ويرى (Ellis) ان التفكير الايجابي لا يصبح فعالا الا بالممارسة الدائمة له، وهناك اسلوب اخر من اساليب التعزيز الادراكي العقلي وهو الوظائف الادراكية المعرفية، وهو اسلوب ادراكي سلوكي معا بحيث يقوم العميل بمناقشة وتنفيذ افكاره اللاعقلانية يوميا حتى تصبح العملية سيئة بالنسبة اليه (الزيود، 1998).

3.2 مراجعة الابحاث المتعلقة بالبحث

اطلعت الباحثة على العديد من الدراسات ذات العلاقة بالدراسة الحالية ويمكن تصنيفها إلى قسمين:

1.2.2 أولاً : الدراسات الأجنبية

- دراسة الأمين العام للأمم المتحدة المتعمقة بشأن جميع أشكال العنف ضد المرأة، (2006)

تشير دراسة الأمين العام المتعمقة بشأن جميع أشكال العنف ضد المرأة إلى أنه بحلول عام 2006 ، كان لدى (89) دولة نوع من الحظر القانوني على العنف الأسري، منها (60)، دولة كانت تتوفر فيها قوانين خاصة ضد العنف الأسري، كما أن عددا متزايدا من الدول عملت على وضع خطط عمل وطنية للحد من العنف ضد النساء، وهو ارتفاع ملحوظ مقارنة مع سنة "2003"، عندما قام صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة بدراسة دقيقة حول قوانين منع العنف، ووجدت الدراسة أن (45) دولة فقط لديها قوانين خاصة ضد العنف الأسري، ومع ذلك

فلا يزال العنف ضد النساء متفشياً بشكل ملحوظ جداً. ومن الواضح أن هناك حاجة كبيرة للتركيز على تنفيذ القوانين وتفعيلها، كما ينبغي وضع حد للقوانين التي تؤكد على جمع شمل الأسرة على حساب حقوق النساء والفتيات.

توصلت الدراسة المتعمقة إلى عدة استنتاجات من بينها، أن العنف ضد المرأة مشكلة خطيرة وواسعة الانتشار تؤثر في حياة أعداد لا تحصى من النساء، وهي عقبة أمام تحقيق المساواة والتنمية والسلام في كل القارات، فهي تعرض حياة النساء للخطر وتعوق التنمية الكاملة لقدرات المرأة. وتعوق ممارستها لحقوقها كمواطنة؛ وتضر بالأسر والمجتمعات، وتعزز أشكالاً أخرى من العنف في كل أنحاء المجتمعات، وتكون عواقبها في أغلب الأحيان الموت. وأن استمرار العنف المدفسي ضد المرأة في كل أنحاء الكرة الأرضية يغذي ثقافات العنف ويقوض أركان التقدم نحو تحقيق أهداف حقوق الإنسان والتنمية والسلام. وإن في الجهود الرامية إلى إنهاء العنف ضد المرأة مصلحة كبرى للبشرية كلها. وقد آن الأوان لأن تتحرك كل الأمم والشعوب لتجعل إنهاءه مهمة ذات أولوية على الصعيد الوطني والإقليمي والعالمي.

إن العنف ضد المرأة ظاهرة عالمية موجودة في كل المجتمعات والثقافات، فهو يتخذ أشكالاً مختلفة وتجارب النساء معه مختلفة. وأشكال العنف التي تتعرض لها النساء والطرق التي تخبر بها هذا العنف تتشكل في كثير من الأحيان بتقاطع نوع الجنس وعوامل أخرى مثل العرق، والإثنية، والطبقة والسن، والتوجه الجنسي والإعاقة، والقومية، والمركز القانوني، والديانة والثقافة. لذلك كل النساء تلزم استراتيجيات متنوعة تأخذ هذه العوامل المتقاطعة في الحسبان بغية القضاء على العنف.

وتوصلت الدراسة المعمقة، إلى أن من التدابير الايجابية أيضا لحماية المرأة من العنف ، الانضمام إلى اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، وبروتوكولها الاختياري وغيرهما من المعاهدات الدولية لحقوق الإنسان، وإزالة التحفظات العامة على المواد الأساسية في اتفاقية (سيداو) أو على المادة (16) المتعلقة بالعلاقات الأسرية بصورة خاصة، تحول دون اتخاذ تدابير لمعالجة العنف ضد المرأة . ومع ذلك فإن إدراج المساواة بين الرجل والمرأة في الدساتير الوطنية أو التشريعات التي تتفق مع المعايير الدولية، يعزز إطار معالجة العنف ضد المرأة.

<http://www.karamah.org/arabic/docs/yellow.doc>

- دراسة لوون وشميدت وويلي (2006 Loon&Schmidt&Willy)

تمت هذه الدراسة في مدينة كاليفورنيا الأمريكية وهدفت إلى تقصي أسباب العنف ضد النساء اللواتي يحصلن على المعونة الوطنية من أجل إعالة أبنائهن، وتكونت عينة الدراسة من (1235) امرأة، وتراوحت أعمارهن بين (18-65) سنة بعد إجراء المقابلات معهن تبين أن 18.3 % من النساء تعرضن للعنف الجنسي من قبل الغرباء وأن (27.4%) تعرضن للعنف الجسدي، في حين أن نسبة العنف الجنسي من قبل الزوج أو الشريك كانت (25%)، أما العنف الجسدي من قبل الشريك فكانت (10%) وتبين الدراسة أن أكثر أشكال العنف ضد النساء انتشارا هو العنف الجنسي من قبل الزوج أو الشريك.

- دراسة ايفانس وليندهورست وهانق ووليترز (Evan,Lindhorst,hunag&)

.(Walter,2006).

هدفت التعرف إلى أشكال العنف الذي يمارس ضد المرأة في مدينة نيويورك، ولذلك تم اختيار عينة عشوائية مكونة من (112) امرأة و (85) رجلا من الهنود الأمريكيين من سكان ألاسكا الذين يعيشون في المدينة، وقد تراوحت أعمار عينة الدراسة بين (18-77) عاما، ومن خلال توجيه سؤال مباشر لأفراد الدراسة على صيغتين هما: الأول: هل تم الاعتداء عليك من قبل شخص ما؟ والثاني : هل قمت بالاعتداء على أحد ما؟ عن طريق الاتصال الهاتفي حيث توصلت نتائج الدراسة إلى ما يأتي:

(65%) من النساء تعرضن لشكل واحد من أشكال العنف و (48.2%) من النساء تعرضن للاغتصاب من قبل الرجال و (40%) من النساء تعرضن للعنف الجسدي من قبل الزوج أو الشريك الحميم و (41%) من النساء تعرضن للتمييز العنصري.

- دراسة كونيغ ووتاكير وولسون وذير وفرندز

(Koenig,Whitaker,Royce,Ethier,& Ferndez 2006).

وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى نسبة العنف الموجه ضد النساء الحوامل في الولايات المتحدة الأمريكية وأسبابه، ولتحقيق ذلك تم اختيار (734) امرأة حامل و (636) امرأة وضعت جنينها، وبعد إجراء مقابلات مع عينة الدراسة تم التوصل إلى النتائج التالية: إن ما نسبته (61.7%) من النساء قد تعرضن للعنف أثناء فترة الحمل مرة واحدة على الأقل في حين أن (21.3%) من النساء تعرضن للعنف عدة مرات كما توصلت الدراسة أن (16.7%) من النساء تعرضن للعنف بعد الولادة وأن (13.6%) من النساء تعرضن للعنف من قبل الزوج أو الشريك الحميم. أما عن

أسباب العنف ضد المرأة الحامل فقد توصلت الدراسة إلى أن أسباب العنف يعود إلى شرب الكحول والمخدرات، أو بسبب عدم تقبل الحمل، أو لأسباب اقتصادية وعدم توفر الدعم المادي.

- دراسة منظمة الصحة العالمية حول العنف ضد المرأة (2005)

تشير دراسة " صحة المرأة والعنف الممارس ضدها في البيت "، أن العنف الممارس ضد المرأة من قبل الشخص الذي يعاشرها هو أكثر أشكال العنف شيوعاً في حياة النساء- فهنّ يتعرّضن لذلك العنف بنسبة تتجاوز بكثير نسبة ما يتعرّضن له من حالات الاعتداء والاعتصاب على أيدي غرباء أو أشخاص من معارفهن. وتكشف تلك الدراسة النقاب عن الأثر الكبير الذي يخلفه العنف الجسدي والجنسي الذي يمارسهما الزوج ضد زوجته والعشيرة ضد عشيرته على صحة المرأة وعافيتها في جميع أرجاء العالم، وعن حجم التستر الكبير الذي ما زال يميّز هذا النوع من العنف.

وتستند هذه الدراسة إلى مقابلات تمت مع أكثر من (240000)، امرأة من مناطق ريفية وحضرية في (10 بلدان) هي: (بنغلاديش، البرازيل، إثيوبيا، اليابان، ناميبيا، بيرو، ساموا، صربيا والجيل الأسود، تايلاند، وجمهورية تنزانيا المتحدة)، وتقدم تلك الدراسة توصيات وتدعو راسمي السياسات والمسؤولين عن قطاع الصحة العمومية إلى معالجة الآثار البشرية والصحية لتلك الظاهرة، بما في ذلك عن طريق إدراج برمجة منع العنف في طائفة معيّنة من البرامج الاجتماعية.

وتشير الدراسة إلى أنّ نسبة تتراوح بين الربع والنصف من مجموع النساء اللاتي أُجريت معهن المقابلات، واللاتي تعرّضن لاعتداء جسدي من قبل الرجال الذين يعاشرونهن، تفيد بأنّها تعاني إصابات جسدية كنتيجة مباشرة لذلك. كما أنّ احتمال ظهور مشاكل جسدية ونفسية لدى النساء المعرّضات للأذى يفوق الاحتمال نفسه بنسبة الضعف لدى النساء غير المعرّضات له، وذلك حتى لو كان تاريخ العنف يعود لسنوات مضت. ومن بين تلك المشاكل الأفكار والمحاولات الانتحارية والاضطرابات النفسية والأعراض الجسدية، مثل الألم والدوخة. وتم إجراء الدراسة المذكورة بالتعاون مع كلية لندن وبرنامج التكنولوجيا الملائمة في مجال الصحة ومؤسسات البحث الوطنية والمنظمات النسائية في البلدان المشاركة.

وفي تصريح لـ "واتس" (Watts) من كلية لندن، وهي أحد أعضاء فريق البحث الأساسي الذي استندت إليه الدراسة، قائلة "إنّ درجة تساوي الآثار الصحية مع العنف الذي يمارسه الزوج ضد زوجته، في الدراسة التي أجرتها منظمة الصحة العالمية، لافتة للانتباه فعلاً. فيبدو أنّ لذلك العنف آثاراً مماثلة على صحة النساء وعافيتهن، بغض النظر عن مكان إقامتهن ودرجة انتشار العنف في ذلك المكان، أو عن خلفيتهن الثقافية أو الاقتصادية.

– دراسة ليستر وبرولكس وليبلانك (Lussier,Proulanc,Leblanc,2005)

هدفت الدراسة إلى التعرف على معاقبة مرتكبي جرائم العنف ضد النساء على خفض نسبة العنف الأسري، ولتحقيق ذلك تم مقياس عينة الدراسة من (2368) من النساء اللواتي تعرّضن للعنف الأسري وطلب من النساء أن يقمن بإبلاغ الشرطة عند ارتكاب العنف ضدهن، وتمت متابعة عينة

الدراسة لمدة ثلاث سنوات، وبعد ذلك تم التوصل إلى النتائج الآتية: بعض النساء اللواتي يتعرضن للعنف لم يبلغن الشرطة خوفاً من انتقام الزوج بعد خروجه من السجن أو بسبب عدم توفر الحماية المناسبة لها، وتوصلت الدراسة إلى العنف انخفض بين النساء اللواتي يتقدمن بالشكوى ضد المعتدي عليهن ، حيث كانت نسبة العنف قبل التبليغ عنه و (7.7%) قبل الدراسة انخفض إلى (3.7%) ، كما زادت حالات توقيف مرتكبي العنف من قبل الشرطة حيث كانت (54%) قبل الدراسة ووصلت إلى (61%) ، وتبين إن تبليغ النساء بحالة العنف كان له أثر دال إحصائياً في خفض مستوى العنف الموجه ضدهن.

- دراسة بينيس (2004) Bennis

هدفت الدراسة إلى التعرف على الاستجابات السلوكية والنفسية للسيدات اللاتي يقعن ضحايا للعنف الجنسي مع الشريك في العلاقة، وقد تكونت عينة الدراسة من (321) سيده من الأتي يتعرضن للعنف. واستخدم الباحث تحليل التغيرات المتعدد وتحليل الانحدار للتعرف على الفروق بين النساء التي وقعن ضحايا للاعتداء واللاتي لم يتعرضن، وقد وجدت الدراسة أن هناك فروق بين النساء اللاتي تعرضن للعنف والأتي لم يتعرضن في أعراض الاستثارة والقلق وتدهور الهوية (موسى، 2008).

- دراسة بوتروورث (2004) Puterorth

عن العنف ضد المرأة باعتباره أحد المجالات البحثية المهمة، وهدفت الدراسة إلى قياس الخبرات الحياتية للاعتداء البدني والجنسي لدى النساء والعلاقة بين هذه الاعتداءات والاضطرابات النفسية، تكونت عينة الدراسة من (2232) امرأة من استراليا واعتمد الباحث على المقابلات الشخصية مع المبحوثات لجمع المعلومات، أشارت النتائج إلى أن العنف البدني والجنسي كانت من أقوى المنبئات بالأمراض والاضطرابات النفسية أكثر من المتغيرات الديمغرافية في هذه الدراسة. (موسى.2008).

- دراسة وايز (Wise 2001)

أعدت وايز (Wise) دراسة عن الاكنتاب عند النساء الأمريكيات، فلفتت النظر إلى أن العنف الذي تتعرض له المرأة الأمريكية وهي طفلة، هو السبب الرئيس للاكنتاب الذي تصاب به بعد أن تتخطى الثلاثين من عمرها، ودرست وايز حال (237) امرأة تتفاوت أعمارهن بين (63) و(54) عاماً، فلاحظت أن (632) منهن مصابات بالاكنتاب، وأنهن عانين من العنف خلال طفولتهن أو خلال سنوات المراهقة، وأكدت وايز أن العنف الذي تعانيه النساء جسدي أو جنسي.

Journal of the New Zealand Medical Association, 26-November-2004, Vol
117no 1206

- دراسة أجراها بنوك وديفين (Pinnock & Daphne 2000)

هدفت إلى تحديد ما إذا كانت العوامل النفسية وخصائص المرأة لها علاقة بالعنف والإحباط الذي تتعرض له، تكونت عينة الدراسة من (100) امرأة من النساء السود اللواتي تعرضن للعنف

الجسدي والنفسي في مدينة كامبل في أمريكا، تراوحت اعمارهن من (18-53)حيث تمت مقابلة النساء واجبن على مقياس بك للاكتئاب ومقياس الاستجابة الصحية بالإضافة إلى مقياس المنغصات اليومية(Daily Hassles) وتبين من نتائج الدراسة أن النساء اللواتي تعرضن للعنف يتصفن بالتوتر والقلق والإحباط.

- دراسة ساندرس Sanders (1994)

قام بدراسة مقارنة بين مجموعة من النساء تلقين المساعدة عبر برنامج معالجة العنف ومجموعة أخرى تلقين مساعدة عبر برامج أخرى.كلتا المجموعتين عبأتا استمارات عن مستوى الضغط والخوف.وقد أظهرت النتائج أن (60%)من المشتركات في المجموعة الأولى و(62%) من المجموعة لثانية كان العامل المشترك بينهما هو ذكريات عن العنف، تجن ب ذكر العنف الذي تعرضن له، القلق والكوابيس أثناء النوم وكانت الاختلافات في عدد مرات التعرض للعنف وتعبيده.

- دراسة باباليا Pappalaa (1994)

التي ناقشت العنف الزوجي خلال الثلاث سنوات الأولى من الزواج.وقد أشارت الدراسة إلى أن الزوجات التي يمارس ضدهن العنف ظهرت عليهن أعراض نفسية وبدنية عميقة،وقد تكونت العينة من (147)زوجة من إحدى المناطق الحضرية في مدينة نيويورك واللاتي اشتركن في دراسة طويلة حول لزواج وذلك في العام الأول والثالث لزوجهن،وقد استخدم الباحث مقياس استراتيجيات الصراعات والرضا الزوجي والصحة النفسية وقوة اتخاذ القرار (موسى.2008).

دراسة ايجلر ونايتنجال " Igelr & Nayatnjal " (1994)

حول تأثير خبرات الضرب على تقدير الذات النساء المساء إليهن.

توصلت الدراسة إلى أن النساء اللاتي تعرضن لخبرات الإساءة المتكررة خلال الفترة الماضية يشعرن بانخفاض الشعور بالقيمة.

أما تقدير الذات قد لا يتأثر كثيرا بالإساءة وذلك عند وجود عوامل أو متغيرات نفسية مخففة من اثر الضرب مثل وجود مصادر للمساندة الاجتماعية مثل الأصدقاء والأسرة والزملاء الذين يساندون المرأة.

واتضح من خلال الدراسة أن الإساءة الجسمية والانفعالية والجنسية ومحاولة التحكم في سلوك الزوجة يرتبط بانخفاض تقدير الذات لدى المرأة، كما أن تكرار تعرض المرأة للعنف لا يؤدي فقط إلى انخفاض تقدير الذات ولكنه قد يؤدي إلى شعور المرأة بالعجز المكتسب وفقدان الأمل وعدم القدرة على مواجهة المشكلات والاعتقاد في عدم التحكم في أمور حياتها أو تغييرها ، والاعتقاد في عدم القدرة على إيقاف الإساءة الموجهة إليها.

- دراسة اوستن Austin(1993).

تم فحص أعراض نفسية لمجموعة من نساء معنفات بلغ عددهن (65) امرأة ، وذلك باستخدام أدوات متطورة لفحص الفوضى العصبية والضغطات بعد العنف ووجدوا أن معظم النساء أصبن بنفس الأعراض المذكورة

فقد وجدت علاقة وثيقة بين درجة العنف والآثار التي تظهر على النساء فكلما زادت حدة العنف زادت حدة الآثار.

- دراسة ولف وولف "Wolf & Wolf" المشار إليها في (Bootzin,1993)

والتي بينت ارتباط الاضطرابات السيكوماتية بأنواع مختلفة من العنف الأسري وبينت أن استجابة المعدة للضغوط النفسية والانفعالات عادة ما تكون فورية وواضحة، وأن الصراعات الأسرية وعدم الثقة بالنفس من العوامل المرتبطة بمرض القرحة المعديّة.

- دراسة مايرز (1992) Myers

هدفت الدراسة إلى التعرف على نسبة النساء اللواتي اختبرن نوعا من العنف من قبل الشريك، حيث كانت النتائج كالآتي: النساء اللواتي تعرضن لعنف جنسي من قبل الشريك قبل سن (18) كانت بنسبة (37%) وأوجدت الدراسة أن نسبة المعنفين من الرجال كانت (95%)، ونسبة النساء اللواتي يعنفن سنويا من قبل الرجل الذي يعشن معه كانت بنسبة (1-6) ونسبة طلاب الجامعة الذين مارسوا علاقة جنسية مع شريك بغير إرادته كانت (25%) (Nichols,Schwartz.2006).

- دراسة نلسون واندو والنقتون (1992) Nelson & Landau & Nagton

هدفت إلى معرفة تأثير العنف على شخصية المرأة المعنفة، وتكونت عينة الدراسة من (75) امرأة تعرضن للعنف و (49) امرأة لم تتعرض للعنف ، بينت الدراسة أن النساء اللواتي تعرضن للعنف لديهن صلات قليلة بأعضاء العائلة والأصدقاء والجيران، أي يغلب عليهن سمة الانطوائية أكثر من النساء اللواتي لم يتعرضن للعنف.

- دراسة Rutledge وزملائه(1991)

درسوا من خلال عينة تتألف من (234) امرأة لهن تاريخ من العنف الجسدي واللواتي تطوعن للإجابة على الأسئلة من خلال مقابلات شخصية. أظهرت النتائج أن هناك (12) تصنيفاً لأعراض العنف الجسدي وأعراض العنف النفسي ظهرت على النساء وهن: الصداع، مشاكل في أوصال الجسم، الشعور بالبرد، و الدوخة والإغماء، ومشاكل في الجهاز الهضمي مشاكل نسائية، ومشاكل ضغط الدم والقلب ، و مشاكل في الرئة والتنفس،مشاكل جلدية ،قلق،إحباط استعمال مخدرات وشرب الكحول(30%)فقط من نساء العينة لم تتواجد لديهن هذه لأعراض (65.3%) كانت لديهن (3-7)أعراض فقط. امرأة واحدة عانت من جميع الأعراض المذكورة، أكثر الأعراض وجوداً وملاحظة كان الإحباط ثم القلق ثم الصداع بعد ذلك أوجاع في الظهر وأعضاء الجسم، الآم في الجهاز الهضمي والمعدة، لكل واحد تعرضت له النساء بنسبة (21%)على الأقل.

- دراسة رانتر Rantr (1990)

تكونت عينة الدراسة من (2300) امرأة تم اختيارهن بشكل عشوائي من (10) أقاليم كندية وتراوحت أعمارهن من (18-75) سنة يتعرضن للعنف. أظهرت النتائج لديهن سمات الخجل والشعور بالذنب وعدم احترام الذات وسرعة الإثارة والغضب.

- دراسة هيدسون وراو Hudson & Rao (1981)

بعنوان تقييم إساءة الزوج وقابلية قياس الإساءة. وقد هدفت إلى معرفة مدى العلاقة بين الإساءة إلى الزوجة وبين بعض المتغيرات مثل (الاكتئاب، تقدير الذات، المشكلات الجنسية، الخوف، التعاسة). وقد أشارت النتائج إلى وجود ارتباط دال موجب بين الإساءة إلى المرأة وبين أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف لدى المرأة.

كما أشارت النتائج إلى أن الإساءة إلى المرأة لا ترتبط فقط بزيادة الأعراض المرضية لديها ولكنها ترتبط أيضا بانخفاض تقدير الذات والشعور بعدم الرضا عن الإشباع الجنسي، ويبدو أن الإساءة إلى المرأة عامل خطورة للتنبؤ بالمشكلات النفسية والجنسية والجسمية للمرأة المساء إليها.

2.2.2 دراسات عربية

- دراسة (الغانم) عن العنف في قطر (2007)

أظهرت هذه الدراسة أن أكثر من ثلث القطريات يتعرضن للضرب والإيذاء النفسي والمعنوي. وكشفت أن (34.5%) من الزوجات والفتيات القطريات تعرضن للضرب والإهانة والتهديد بالطلاق والتحرش الجنسي. وأوضحت أن الأزواج هم أكثر الأشخاص الذين يمارسون العنف ضد الزوجات يليهم الآباء ثم الأشقاء ثم الأمهات.

الدراسة أجرتها " الغانم"، أستاذ علم الاجتماع المشارك بجامعة قطر، على عدد من طالبات الجامعة، وقد تم إجراء الدراسة ميدانيا على (2787) طالبة بجامعة قطر خلال شهر مايو (2006)، يمثلن (1.1%) من إجمالي عدد النساء في قطر اللاتي يصلن إلى (247647) امرأة. وبلغ عدد القطريات اللاتي شملتهن الدراسة (2365) من الشريحة العمرية (15-24) سنة يمثلن (16%) من إجمالي المواطنات القطريات، من نفس الشريحة العمرية. وأشارت الدراسة إلى أن (52%) من اللاتي شملتهن الدراسة تعرضن للضرب، و (20%) تعرضن للتحرش الجنسي، و (14%) تعرضن للاغتصاب، و (40%) لا يسمح لهن بإبداء رأيهن، و (44%) أودين بالشتيم والإهانة، و (36%) تم منعهن من الخروج من المنزل، علما بأن قد تتعرض امرأة واحدة ممن شملتهن الدراسة لأكثر من شكل من أشكال العنف

- دراسة مركز بتلكو لرعاية حالات العنف في البحرين (2007)

دراسة ميدانية على عينة من (450) حالة من النساء المصنفات "نساء يعيشن تحت وطأة العنف الأسري" تمت خلالها دراسة جميع العوامل المرتبطة بالعنف الأسري والداعية إلى استمراره وبقاء النساء في إطار هذه العلاقة الزوجية التي تتسم بالعنف.

ثبت من تحليل هذه العوامل أن الأسباب التي تدفع المرأة إلى الاستمرار في حياتها الزوجية رغم الأضرار التي تتعرض لها من أهمها الآتي:

حرص المرأة على أسرته: عدم وجود بديل آخر أمام المرأة:

اعتقاد المرأة بأنها تستطيع أن تغير الرجل وكثرة تعرض المرأة للعنف يؤثر في ثقها بنفسها وعدم وجود استقلالية مادية للمرأة: عدم وجود قوانين تحمي المرأة والمعتقدات الدينية العادات أو التقاليد وعود الزوج بالاعتدال والعزوف عن الضرب.

http://www.amanjordan.org/pages/index.php/news/arab_news/4336.html

- دراسة العواودة (2007)

حول العنف ضد المرأة العاملة في القطاع الصحي، رسالة دكتوراه هدفت الدراسة إلى التعرف على أنواع وحجم العنف الواقع على المرأة العاملة في مستشفيات عمان. وقد درست ظاهرة العنف النفسي

واللفظي والتهديد والعنف الجسدي والتحرش الجنسي والتمييز وعدم المساواة والانتهاك القانوني لحقوق المرأة العاملة وفقا لقانون العمل الأردني والتعرف إلى أكثر الفئات الممارسة للعنف والى ردود فعل العاملات على مايقع عليهن من عنف وماهية أسباب ونتائج العنف من وجهة نظر المبحوثات إضافة إلى ربط هذه الأهداف ببعض المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية لأفراد عينة الدراسة.

ولتحقيق الهدف اشتمل مجتمع الدراسة على كافة المستشفيات الحكومية والخاصة في محافظة عمان باستخدام العينة الطبقية العشوائية. بهذا تكونت العينة من (265) امرأة عاملة وقد تم اعتماد المقياس أداة لجمع المعلومات والمقابلات شبه المنظمة.

توصلت الدراسة إلى أن العنف النفسي يشكل أكثر أنواع العنف ضد المرأة العاملة انتشارا إذ بلغت نسبته (77%)، يعد العنف اللفظي أكثر أشكاله انتشارا إذ بلغت نسبته عند النساء اللواتي تعرضن للسب (46%) وتعد العاملات الأصغر سنا اللواتي يعملن في مهنة التمريض والمهن الطبية المساندة الأكثر تعرضا للعنف النفسي في حين أن العاملات بكافة مستوياتهن التعليمية وبمختلف أماكن عملهن العامة والخاصة يتعرضن للعنف النفسي.

- دراسة هزاع للكشف عن أعراض الضغط النفسي واستراتيجيات التكيف لدى النساء المعنفات وغير المعنفات (2006).

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن أعراض الضغط النفسي واستراتيجيات التكيف مع الضغوط النفسية المستخدمة من قبل النساء المعنفات ومقارنتها بغير المعنفات.

تكونت عينة الدراسة من (48) سيدة معنفة و (48) سيدة غير معنفة تم اختيارهن من (429) سيدة من أمهات طالبات الصفين العاشر والأول الثانوي في أربع مدارس تابعة لمديرية تربية عمان الأولى، تم استخدام مقياس العنف الأسري لتصنيف النساء إلى معنفات وغير معنفات وقائمة لبيتز وسترولر لأعراض الضغط النفسي ومقياس استراتيجيات التكيف مع الضغوط النفسية لمعرفة الفروق في أعراض الضغط النفسي واستراتيجيات التكيف بين النساء المعنفات وغير المعنفات. أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأعراض النفسية أكثر أعراض الضغط النفسي ظهوراً لدى النساء المعنفات وغير المعنفات. وكان ترتيب بقية الأعراض لدى النساء المعنفات كما يلي: الأعراض الجسمية، ثم الأعراض السلوكية ثم الأعراض المعرفية. أما النساء غير المعنفات فجاءت الأعراض المعرفية ثم والأعراض الجسمية ثم الأعراض السلوكية. أشارت النتائج إلى أن اللجوء إلى الدين كان أبرز استراتيجيات التكيف لدى النساء المعنفات. في حين أن أبرز استراتيجيات التكيف للنساء غير المعنفات هي التقبل والثقة وكانت التمارين الرياضية أقل استراتيجيات التكيف استخداماً لدى النساء المعنفات بينما كان العدوان ولوم الذات أقل استراتيجيات التكيف استخداماً من قبل النساء غير المعنفات.

- دراسة العنف ضد النساء في البحرين (2005)

أهداف الدراسة تمحورت حول التعرف على مدى انتشار ظاهرة العنف ضد المرأة في مملكة البحرين، من حيث أسبابها، وانعكاساتها سواء على المرأة أو المجتمع ككل، ونظراً لتعدد المجالات الاجتماعية التي يمارس في سياقها العنف، فقد اقتصرنا على مجالين ألا وهما : مجال الأسرة والعمل، وإن كان هذا لا يعني عدم الإشارة إلى المجالات الاجتماعية الأخرى التي تخترق الأسرة والعمل، مثل المجال الإعلامي والتربوي والتشريعي.

المنهجية التي اتبعتها الدراسة هي منهجية تحليلية وصفية، تركزت على أداتي دراسة الحالات، واستطلاع الرأي، وذلك استناداً على الوقائع المقدمة من قبل النساء المتعرضات للعنف، ومراكز الشرطة، واختصاصيين وعاملين في حقل الصحة البدنية والنفسية والمراكز الاجتماعية والمحاكم ومرافق التعليم والمنظمات الأهلية، وتمت معاينة الأسباب والأشكال والتجليات لضحايا العنف، كما اعتمدت على أسلوب التحليل الكمي والكيفي للبيانات، ومنها تحليل الخطاب ومضمون البيانات التي تم جمعها. وقد شكل "استبيان الحالات" أداة رئيسية لجمع البيانات، علاوة على بعض المقابلات الشخصية المتعمقة التي جرت مع نساء معنفات. حدد الإطار العام للعينة المختارة للمسح الميداني "للحالات" وهي (53) مفردة، شملت عينة عشوائية طبقية مثلت مختلف فئات المجتمع من الإناث من عمر (16) عاماً وما فوق، وروعي في سحبها التمثيل قدر المستطاع للتباينات الاجتماعية. وبالنسبة لخصائصها الاجتماعية فإن متوسط عمر المبحوثات بالعينة بلغ (32) سنة تقريباً، كذلك شمل التحليل الكمي للحالات غالبية أفراد العينة من (المتزوجات 34%)، و(المطلقات 35.8%). ومن حيث فئات الدخل فهناك الأدنى (47.2%)، والمتوسط (37.7%)، و(الأعلى 9.4%). إن غالبية أفراد العينة اللواتي يعملن في إطار الأسرة (60.4%). أما الحالة التعليمية فكانت بنسبة (43.4%) من متوسطي التعليم، و(30.4%) من التعليم العالي، و(15.1%) من الابتدائي، و(11.3%) من دون تعليم، أما عينة "استطلاع الرأي" فقد شملت (500) مفردة (50% للإناث، 50% للذكور)، وتوزعت على جميع محافظات البحرين الخمس.

http://www.scw.gov.bh/tmp_home.asp?action

والتي أجريت على (500) امرأة متزوجة من مدينة سوريا تراوحت أعمارهن بين (15-60) سنة توصلت هذه الدراسة إلى أن (72.2%) منهن تعرضن للعنف اللفظي و (27.8%) تعرضن للعنف الجسدي. تبين أن (25.6%) منهن يعانين من أمراض صحية مختلفة تمثلت بالصداع النصفي والسكري بالإضافة إلى أمراض المفاصل وقرحة المعدة وأمراض القلب والشرابين.

- دراسة ناصر (1998)

هدفت الدراسة إلى تقصي ظاهرة العنف ضد المرأة في المجتمع الأردني، ولتحقيق هذا الغرض تم اختيار عينة مكونة من (544) امرأة إضافة إلى (59) امرأة من ضحايا العنف و (108) من مرتكبي العنف ضد النساء والموقوفين في مراكز الإصلاح والتأهيل إضافة إلى (40) موظفا ممن يعملون في أجهزة العدالة الاجتماعية. وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود صلة من الدرجة الأولى بين الجاني والضحية بنسبة (64.8%)، واحتل الأخ المرتبة الأولى بين الجناة بنسبة (29.5%)، والزوج المرتبة الثانية (28.6%) والأب المرتبة الثالثة (22.3%)، وبالنيابة لدوافع جرائم العنف احتل القتل دفاعاً عن الشرف المرتبة الأولى والاعتصاب المرتبة الثانية وهتك العرض المرتبة الثالثة، كما أظهرت النتائج أن الفئة العمرية للجناة تركزت بمرحلة الشباب (19-30) سنة، وتركز الفئة العمرية للضحايا بمرحلة الشباب أيضاً (18-28).

دراسة المجلس القومي للسكان في مصر (1997).

طبقت هذه الدراسة على (7000) زوجة في الريف والحضر، اظهرت النتائج ان (35%) من المصريات المتزوجات تعرضن للضرب من قبل ازواجهن مرة واحدة على الاقل منذ زواجهن، كما اظهرت النتائج ان الحمل لا يحمي المرأة من العنف،وقد اشارت النتائج ايضا الى ان (69%) من الزوجات يتعرضن للضرب في حالة رفضهن المعاشرة الزوجية،كما تشير النتائج الى ان المرأة الريفية تتعرض للضرب اكثر من المرأة الحضرية.(uqu.edu.sa).

- دراسة عبد الوهاب (1994)

والتي هدفت إلى التعرف إلى إشكال العنف الذي يمارس ضد النساء في جمهورية مصر العربية، ولتحقيق هذا الهدف تم اختيار عينة تكونت من (224) امرأة من اللواتي تعرضن للعنف.ويعد إجراء عدة مقابلات معهن، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: تتعرض المرأة المصرية إلى العديد من إشكال العنف الجنسي والجسدي والنفسي، كما توصلت الدراسة إن أكثر أنواع العنف ضد المرأة كان العنف الجسدي المتمثل بالضرب المبرح والحرق والطعن بالسكين والدهس المتعمد والتعذيب ودس السم.

- دراسة الاتحاد الوطني للمرأة التونسية (1991)

أجريت هذه الدراسة في تونس حول العنف ضد المرأة من قبل الرجل على عينة عشوائية من النساء والرجال.ومن خلال توجيه الأسئلة لعينة الدراسة حول العنف بين الزوجين توصلت نتائج الدراسة إلى أن (60%) من النساء و (51%) من الرجال وصفوا العنف بأنه غير مقبول، ومع ذلك فقد اعتبر (40%) من الرجال و (30%) من النساء ظاهرة العنف ظاهرة بسيطة، واعتقد (44.9%)

من الرجال و (30%) من النساء أنه من الطبيعي أن يضرب الرجل المرأة من أجل تقويمها، كما اعتقد (31.6%) من الرجال إن العنف ضد المرأة أمر مقبول. وتبين الدراسة أن (51%) من النساء اللواتي يتعرضن للعنف يلجأن إلى العائلة، بينما تتجه (3.9%) فقط إلى مراكز الشرطة و (3.5%) إلى المحاكم. و (4.1%) إلى المرشحات الاجتماعيات.

- دراسة الاتحاد العام النسائي حول العنف ضد النساء في سورية (2005)

الدراسة شملت (1891) أسرة في (14) محافظة سورية فُسِّمَت إلى (970) أسرة تنتمي إلى (الحضر)، و (921) أسرة تنتمي إلى (الريف). وخلصت - اعتمادا على العينة موضوع الدراسة - إلى مجموعة من الأرقام والنسب الهامة كان أبرزها أن هناك امرأة من بين كل أربع نساء تتعرض للضرب في سورية وأن الشتم يأتي في مقدمة الاعتداءات التي تتعرض لها المرأة بنسبة (50,2%) يليها الضرب (48,2%)، التحرش الجنسي بنسبة (14,1%) والنشل والسرققة بنسبة (10,7%) وأخيراً الخطف بنسبة (2,3%)، كما أظهرت الدراسة أيضا أن الرجل كان المسؤول عن (66%) من حالات الضرب التي تتم أمام الأسرة غالبا ولأسباب مختلفة، أهمها أن تقوم المرأة باستخدام الألفاظ النابية ضد الزوج أو الإهمال في الواجبات المنزلية.

www.syria4arab.com%2Fforums%2Findex.php

3.2.2 دراسات فلسطينية

- دراسة أبو نجيلة (2006)

دراسة مستوى ومظاهر العنف الزوجي الموجه ضد الزوجة وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية والسياسية.

تهدف الدراسة بشكل عام إلى تقدير حجم ومدى انتشار العنف الزوجي ضد الزوجة بمظاهره المختلفة في قطاع غزة، وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية و الديموجرافية والسياسية. وشملت عينة الدراسة (1265) زوجة تراوحت أعمارهن ما بين (13-55) عاماً من جميع محافظات قطاع غزة وقام الباحث بإعداد مقياس للعنف الزوجي الموجه للزوجة ويتكون من أربعة مقاييس فرعية وهي العنف النفسي، العنف الجسدي، العنف الجنسي، العنف المالي والاقتصادي.

وتوصلت للنتائج التالية:

ينتشر العنف بشكل عام بنسبة (36.87 %) وعلى الأبعاد المختلفة للعينة الكلية، العنف النفسي (44.28 %)، العنف الجنسي، (30.96 %)، العنف الجسدي (29.66 %)، العنف المالي والاقتصادي (29.05 %). وتوزعت نتائج الدراسة علي العينة كالتالي: الزوجات الأكثر تعليماً واللواتي يعملن، واللواتي وافقن على زواجهن أقل تعرضاً للعنف الزوجي من قبل الزوج من اللواتي لم يوافقن على الزواج أو كن مترددات، وذوات المستوى التعليمي الأقل وغير العاملات. ولم تظهر نتائج الدراسة أية فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض الزوجات للعنف الزوجي باختلاف أعمارهن عند الزواج، أو باختلاف أعمارهن الحالية. لم تظهر نتائج الدراسة أية فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض الزوجات للعنف الزوجي باختلاف أعمار أزواجهن. لا توجد علاقة بين

تعرض الزوجة للعنف الزوجي وبين عدد الأبناء وصلة القرابة بالزوج، بالإضافة إلى فترة الزواج أو مدة الزواج. كلما ارتفع المستوى الاقتصادي كلما قل العنف الزوجي.

- دراسة زبدة (2005)

(حول العنف ضد المرأة في محافظة طولكرم قامت بها عفاف زبدة لجمعية المرأة العاملة)

حيث تم استخدام الحالات الدراسية في هذا البحث. حيث تم أخذ عينة قصدية من الحالات الموجودة في المؤسسات والتي تقدم لهن الخدمات الإرشادية والقانونية وأيضا تم اخذ عينة من النساء لم تتوجه للمؤسسات. حيث تم التعرف على (50) حالة تم اختيار (19) منهن للدراسة وقد تم الاختيار بناء على نوع العنف ومكان السكن والحالة الاجتماعية والتعليمية وذلك لضمان التنوع.

وقد كانت نتائج الدراسة أن العنف السياسي أدى إلى تزايد العنف الاجتماعي، وبالذات العنف النفسي والاقتصادي وأن قيام المرأة بأدوار متعددة لم يؤدي بالضرورة إلى تغيير في نظرة المجتمع لها ولم يساهم بزيادة ثقافتها بنفسها وأيضا أظهرت النتائج عدم قدرة النساء على اتخاذ قرارات خاصة بالأسرة في حال غياب الزوج وأيضا غياب الدور الإنتاجي للرجل أدى إلى زيادة العنف الاجتماعي ضد المرأة. (زبدة، 2005).

- دراسة الحاج يحيى (2002)

أشار في دراسته عن توجهات مقدمي الصحة نحو العنف ضد الزوجة إلى أن العنف ضد الزوجة يؤدي بالإضافة إلى الجروح والإيذاء الجسدي أعراض نفسية مثل والخوف والغضب والتوتر

بالإضافة إلى أعراض ما بعد الصدمة. وقد تكونت عينة الدراسة من (291) امرأة وللمقارنة تم اختيار عينة عشوائية مكونة من (2102) من النساء المتزوجات في إسرائيل (بحيى.2002).

- دراسة معهد "ماس" وجهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني (2002)

أظهرت نتائج هذه الدراسة إلى ارتفاع نسبة الزواج من امرأة أخرى تجاوزت نسبته (7%)، وقد أشارت الدراسة إلى إن (20 %) من الرجال الذين تزوجوا بامرأة أخرى هم في الفئة العمرية التي لم تتجاوز الثلاثون.

وهذا يشير إلى نوع آخر من أنواع العنف ضد المرأة في المجتمع الفلسطيني وهو تعدد الزوجات والهجر الذي يمارسه الزوج ضد الزوجة باعتباره احد حقوقه الاجتماعية والشرعية.

- دراسة مركز شؤون المرأة في غزة حول العنف العائلي ضد النساء في قطاع غزة (2001).

قام مركز شؤون المرأة بعمل مسح في قطاع غزة عن مدى انتشار العنف العائلي الذي يمارس ضد النساء حيث تبين من الدراسة أن معدلات انتشار العنف بين النساء خلال السنة التي سبقت المسح بلغ (45%) أما معدل الانتشار للواتي تعرضن لأنواع العنف المختلفة خلال حياتهن الزوجية بلغ

(62.1%) من النساء اللواتي سجلن أنهن تعرضن للعنف ومازلن يتعرضن له حتى لحظة البدء
بالمسح.

وقد أثبتت الدراسة أن العنف الجسدي يخلق إيذاء واضح للنساء يظهر على شكل جروح وعدم
الانتظام في الأكل أو النوم وضعف في التركيز أو خلل في الذاكرة وفي اشد الحالات يؤدي إلى
الموت، كما أن آثار العنف تتخطى الجانب الجسدي إلى الجانب النفسي حيث تترك آثار واضحة
من تغير حب الزوجة لزوجها وفقدان الثقة بالنفس وعدم القدرة على اتخاذ القرارات. كما توجد آثار
اجتماعية أخرى للعنف ضد النساء تغير أداء الزوجة في العمل والعزلة عن العالم الخارجي بسبب
مراقبة زوجها لتصرفاتها اليومية مع الأقارب والصديقات كما يحدث في العنف الاجتماعي. وقد
أظهرت الدراسة بعض الأعراض الظاهر على النساء المعنفات من الصداق المستمر والعوانية
والعصبية تجاه أزواجهن وأطفالهن، كما يلاحظ على الزوجة المعنفة لوم الزوجة لنفسها فقد وصلت
هذه النسبة (62.6%) وهذا اللوم غالبا ما يأخذ شكل الندم على الزواج من زوجها الحالي، كما أن
هناك اثر آخر وهو قلة اهتمام الزوجة ورغبتها الجنسية، بالإضافة إلى الخوف من الرجال،
وأعراض الكآبة المستمرة (المنسي، 2001).

- دراسة قام بها الحاج يحيى (2000)

بحثت هذه الدراسة في النتائج النفسية لاضطهاد المرأة (التقدير الذاتي المنخفض، اليأس، والقلق)
وتأثيرها على بعض المتغيرات مثل الالتزام والاتصال، والقناعة، والتناغم بين الزوجين، والسعادة

والتصنع والتكيف، بلغ عدد المشاركات في الدراسة (1344) امرأة ممن تعرضن للاضطهاد(العنف) سواء كان جسدي أو نفسي و اقتصادي.

وقد أوضحت نتائج الدراسة أن النساء تعرض لعدة أعمال عنف جسدي ونفسي واقتصادي على الأقل مرة واحدة خلال الفترة السابقة من حياتهن للدراسة. وبينت الدراسة أنه كلما زادت خبرة العنف كان التقدير الذاتي لأنفسهن اقل وارتفعت مستويات الإحباط واليأس والقلق.

- دراسة ثابت وآخرون عن "اثر العنف الأسري على الصحة النفسية للمرأة الفلسطينية"

أجريت على عينة قوامها (125) امرأة فلسطينية من قطاع غزة في الفئة العمرية بين (18-50) سنة أظهرت النتائج أن ما نسبته (10.6 %) من النساء تعرضن للعنف الأسري. كما أظهرت النتائج أن ما نسبته (12.9 %) من النساء تعرضن للعنف النفسي في حين كانت بلغت نسبة من تعرضن للاعتداء الجسدي (7.5 %). كما توصلت الدراسة إلى أن النساء اللواتي يتعرضن للعنف الأسري يؤدي ذلك إلى الاكتئاب والقلق وأعراض ما بعد الصدمة.

4.2.2 دراسات فلسطينية حول الصحة النفسية للمرأة الفلسطينية:

- دراسة حسين (2009) اثر العنف الاسري على الصحة النفسية للمرأة في القدس

تناولت هذه الدراسة اثر العنف الأسري على الصحة النفسية للمرأة في القدس الشرقية، تكونت العينة من (200) امرأة من النساء المراجعات لمراكز التي تقدم خدمات الإرشاد النفسي لهذه الفئة، اقتصرت عينة الدراسة على النساء المعنفات المتزوجات في الفئة العمرية (19-49) هدفت الدراسة إلى استكشاف مدى انتشار العنف الأسري ضد النساء وأثره على الصحة النفسية والأعراض النفسية المصاحبة، ومعرفة سلوك واتجاهات النساء نحو حل المشكلات الناتجة عن العنف الأسري، وهدفت أيضا إلى معرفة أثر العوامل الديمغرافية (العمر والمؤهل العلمي، ومكان السكن....) على مدى انتشار هذه الظاهرة، وأيضا هدفت إلى مستوى انتشار الأعراض النفسية للنساء المعنفات.

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي في هذه الدراسة ، حيث تم اختيار عينة قصديه للوصول إلى عينة الدراسة. استخدمت الباحثة في هذه الدراسة ثلاث أدوات وهي مقياس تكتيكات الصراع بدون العنف الجنسي، ومقياس التقييم الشخصي للأسرة أثناء الأزمات، وقائمة الحالة النفسية المختصرة. أظهرت نتائج الدراسة أن المبحوثات تعرضن للعنف الأسري بشكل عام بنسبة (30.3%)، أما بالنسبة للأعراض النفسية فإن أعلى نسبة من الأعراض كانت للعدوانية بنسبة (37.2%) والوسواس القهري بنسبة (35.1%) والاكتئاب بنسبة (32.7%) والقلق بنسبة (31.3%)، كما بينت النتائج وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين العنف الأسري والأعراض النفسية التالية (الأعراض الجسمانية، والحساسية التفاعلية، والاكتئاب).

ووجود علاقة عكسية بين بعد المفاوضات والأعراض النفسية التالية (الخوف والبرانونيا التخيلية) ووجود علاقة طردية بين بعد العراك الجسدي والأعراض النفسية التالية (الأعراض الجسمانية

والوسواس القهري والحساسية التفاعلية و الاكتئاب والبرنويا التخيلية الذهان وكذلك الأعراض النفسية الكلية) . ووجود فروق جوهرية بين المؤهلات العلمية للنساء بالنسبة للعنف الأسري.

- دراسة فرج والشيخ(2004)

دراسة "الفروق بين النساء المتعرضات للعنف وغير المتعرضات له في عدد من المتغيرات الشخصية".هدفت الدراسة التعرف إلى الفروق بين المتعرضات للعنف وغير المتعرضات له في متغيرات الاكتئاب والوسواس القهري واضطرابات الضغوط التالية للصدمة واضطراب النوم والأبعاد المختلفة لمفهوم الذات.وقد افترضت الدراسة وجود فروق بين المتعرضات للعنف بجميع صوره اللفظي والجسدي غير المتعرضات له على جميع المتغيرات الديمغرافية.

استخدم في هذه الدراسة عينة من الإناث بمتوسط عمري (19.38) وجميعهن من طالبات جامعة الكويت بالكلية المختلفة نعد أفرادها (242)منهن(28)متزوجات، ويمثلن (11.57%) من حجم العينة، ومتوسط أعمارهن (20.78)و(214)طالبة غير متزوجة بنسبة (88.43%) ومتوسط أعمارهم(19.87)واستخدم الباحثان عدة مقاييس هي: مقياس العنف ضد المرأة، مقياس تنس لمفهوم الذات ، قائمة بك للاكتئاب.

أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين المتعرضات للعنف وغير المتعرضات له على متغيرات البحث. وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق بين المتزوجات وغير المتزوجات العاملات وغير العاملات في التعرض للإساءة من الزوج، مما يشير إلى أن الإساءة لا ترتبط بعمل الزوجة فقط وإنما ترتبط بمتغيرات أخرى كخصائص شخصية الزوج ومعتقداته حول العنف ومدى قدرته على تحمل الاحباطات(قلة الدخل-البطالة - ضغوط العمل)وكذلك تاريخه الأسري وطبيعة علاقة الأم

والأب، وكذلك ترتبط الإساءة بشخصية الزوجة واعتماديتها على الزوج واستفزازها لزوجها وطبيعة العلاقة الزوجية والجنسية بينهما. كما أشارت النتائج إلى أن الإساءة الجسدية أكثر أشكال الإساءة ارتباطاً بالاتجاهات السلبية نحو الزوج ونحو المرأة ونحو وحدة الأسرة ونحو العلاقة الجنسية، وكذلك ارتبطت الإساءة الجسمية بوجود بعض الاضطرابات النفسية لدى الزوجة. وان الإساءة بكل أشكالها تؤدي إلى اضطراب شخصية الزوجة المساء إليها وشعورها بالقلق واكتئاب والإحساس بالدونية والعجز مما يدفعها لتكوين صيغة معرفية سلبية نحو ذاتها والآخرين وخاصة الزوج ونحو أسرته ومستقبلها مما يؤدي إلى زيادة اضطراب شخصيتها تكرار تعرضها للإساءة.

- دراسة خميس (1998)

أجرت خميس دراسة عن التكيف مع الضغوطات في العائلات الفلسطينية والصدمة في نهاية الانتفاضة الثانية، على (305) من النساء اللواتي تعرضن للصدمة والنساء اللواتي تعرضن للصدمة والنساء اللواتي لم يتعرضن للصدمة لبحث مدى انتشار الصدمة وعلاقتها بالضغوط العادية والضغوط السياسية والمصادر العائلية للدعم والتوافق بين العائلة وقسوة العائلة التي من الممكن أن تؤثر على الحالة النفسية. كذلك فحصت الباحثة درجة تأثير الأدوار العائلية للمرأة الفلسطينية واستخدمت الباحثة مقياس التسعين. وأعدت الباحثة قائمة لمعرفة الأحداث والتغيرات العائلية وقائمة للأحداث السياسية التي تعرضت لها عائلات النساء وقائمة للمصادر العائلية الداعمة وفحص مدى السيطرة في العائلة وكذلك قائمة لفحص مدى السلامة الصحية النفسية لأفراد العائلة، وفحص استراتيجيات التأقلم وتوجهات العائلة للتعامل مع الضغوطات. وكان من نتائج الدراسة ظهور الاكتئاب والقلق بنسبة عالية لدى النساء الفلسطينيات.

- دراسة صنصور (1995)

قام صنصور بدراسة الصحة النفسية ومهارات التوافق والتكيف للنساء الفلسطينيات بعد الانتفاضة الأولى وشملت الدراسة (1500) امرأة من الضفة الغربية وقطاع غزة واستخدم في الدراسة 3 أدوات وهي: مقياس التسعين للأعراض النفسية ومقياس holmes & rahe لقياس الضغوط ومقابلة قصيرة مع المبحوثات. كانت نتائج الدراسة تظهر الاكتئاب في المرتبة الأولى بنسبة (14%) لدى النساء وكذلك كان هناك ارتفاع في كل الأبعاد التي قاسها مقياس التسعين مقارنة بنتائج المقياس نفسه في الظروف الطبيعية بين الأسوياء.

- أجرت الباحثة بوناميكي عدة دراسات حول تأثير الأوضاع السياسية على النساء

الفلسطينيات (1986)

حيث بحثت مدى الضغوطات التي تعاني منها النساء ومهارات التكيف لديهن لمواجهة الضغوطات وصحتهن النفسية. الدراسة الأولى نشرت عام (1986) والدراسة الثانية نشرت عام (1966) حول الصحة النفسية للمرأة الفلسطينية. استخدمت للدراسة استمارة أعدتها بنفسها تحوي على عدة أسئلة مغلقة ومفتوحة. إضافة إلى مقياس holmes & rahe لقياس الضغوطات، وقد أظهرت النتائج نسبة عالية في كل من الاكتئاب والقلق لدى النساء الفلسطينيات.

4.2.2 الخلاصة

على ضوء ماتم عرضه من دراسات سابقة؛ اتضح من خلالها ان العنف الأسري والعنف ضد المرأة ظاهرة تتعدى حدود المجتمع الفلسطيني وتتعدى الطابع التقليدي الذي يدعو بخصوصية هذه المشكلة، حيث أن هذه الآفة تجتاح العالم بأسره مما استوجب القيام بدراسات وابحاث لتسليط الضوء على هذه الظاهرة ودراستها لاتخاذ التدابير اللازمة للحد من اثارها والحد من انتشارها، وايضا للوقاية منها.

حيث ان العديد من الدراسات تناولت موضوع العنف ضد النساء على المستوى المحلي والعالمى ومنها: دراسات على مستوى المؤسسات فى المجتمع الفلسطينى من ضمنها دراسة مركز شؤون المرأة فى غزة (2001)، ودراسة معهد ماس للابحاث (2002) ودراسة جمعية المرأة العاملة (2005)، ودراسة الحاج يحيى(2002)، ودراسة أبو نحلة(2006).

دراسات لمؤسسات عالمية تابعة للأمم المتحدة ومنها دراسة منظمة الصحة العالمية(2005)، ودراسة مكتب الأمين العام للأمم المتحدة(2006)،

كما ويتضح من الدراسات السابقة أنها تناولت ظاهرة العنف وارتباطه ببعض المتغيرات مثل دراسة نشرتها مجلة الطب الأمريكية (2007) حيث بحثت فى ارتباط الهموم الزوجية بالامراض القلبية، وايضا دراسة وايرز (2001) التي بحثت فى ارتباط العنف الذي تتعرض له المرأة وهي طفلة بالاكنتاب الذي يصيبها، ودراسة منظمة الصحة العالمية (2005) التي بحثت فى موضوع العنف الذي يمارس ضد المرأة وعلاقته بالصحة، ودراسات أخرى أشارت الى ارتباط العنف الزوجي ببعض الأعراض النفسية مثل القلق والكوابيس، والضغطات النفسية، ومشاكل فى الجهاز الهضمي ومشاكل فى الصحة، والأمراض السيكوسوماتية، منها دراسة ساندرس (1994) ودراسة باباليا(1994)، دراسة اوستن (1993)، دراسة روتلج (1991)، ودراسة بينيس (2004)، ودراسة بوتزن(1993).ومنها دراسة بنوك(2000)، ودراسة رانتر (1992)، ودراسة نلسون(1992)، وهناك دراسات بحثت فى موضوع العنف ضد المرأة وارتباطه بالصحة النفسية مثل دراسة صنصور(1995)، ودراسة قوته(1994)، ودراسة خميس(1998)، ودراسة حسين(2009).

وكان من الملاحظ اختلاف الادوات المستخدمة فى هذه الدراسات حيث تنوعت الوسائل منها الطرق الوصفية ومنها طرق المقابلات ومنها طرق المجموعات العلاجية مثل دراسة لورن

وشميدت وويلي (2006)، ودراسة عبد الوهاب (1994) ودراسة ساندرس (1994)، ودراسة روتلج (1991)، ودراسة بنوك وديفين (2000)، ودراسة العنف ضد النساء في البحرين (2005). وهناك بعض الدراسات الميدانية مثل دراسة الأمين العام ودراسة منظمة الصحة العالمية، ودراسة ميدانية في قطر (2007)، ودراسة مركز باتلكو (2007)، وايضا الدراسة الحالية حيث تتشابه مع بعض الدراسات المطروحة في استخدامها لاسلوب المجموعات العلاجية كطريقة لجمع المعلومات. وتتشابه الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة بأنها تتناول البحث في موضوع العنف ضد النساء المتزوجات مثل دراسة هدسون وراو (1981)، دراسة مايرز (1992)، ودراسة باباليا (1994)، دراسة الفتال (2002)، ودراسة الحاج يحيى (2002)، ودراسة بينيس (2004)، ودراسة ابو نجيلة (2006). ومن أوجه التشابه بين هذه الدراسة والدراسات السابقة ان كلاهما بحثتا في الأعراض النفسية والجسدية لدى النساء المتعرضات للعنف مثل دراسة ساندرس (1994)، ودراسة باباليا (1994)، ودراسة روتلج (1991)، ودراسة وولف (1993)، ودراسة الفتال (2002)، ودراسة الحاج يحيى (2002). إلا أن الدراسة الحالية تختلف عن الدراسات السابقة بأنها تناولت موضوع تخفيف الأعراض النفسية عن النساء المعنفات في محافظة الخليل من ناحية تجريبية وليس فقط من الناحية الوصفية البحثية.

تشير الدراسات التي تم عرضها سابقا الى مدى وجود وانتشار ظاهرة العنف ضد النساء في المجتمعات الشقية والغربية على حد سواء كما انها تشير الى التأثيرات السلبية على النساء من ناحية الصحة النفسية والصحة الجسدية تشير ايضا الى ظهور اعراض نفسية مثل الاكتئاب والقلق والمخاوف المرضية بسبب تعرضهن للعنف كما انها تشير الى ظهور امراض جسدية سيكوسوماتية نتيجة تعرضهن للعنف

الفصل الثالث

الاساليب

1.3 المقدمة

2.3 تصميم البحث

3.3 تحديد العينة

4.3 المكان المحدد للبحث

5.3 الاعتبارات الاخلاقية للبحث

6.3 ادوات البحث (النماذج)

7.3 الدراسة الاولية

8.3 طرق جمع المعلومات

9.3 طرق تحليل المعلومات

الفصل الثالث

الاساليب

1.3: مقدمة

يتناول هذا الفصل منهج الدراسة، ومجتمع الدراسة، وعينة الدراسة وكيفية اختيارها، ونتائج تحليل المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وأدوات الدراسة ووصف المقاييس التي تم تطبيقها، وطبيعة البرنامج العلاجي، وإجراءات الدراسة وأساليب المعالجة الإحصائية

2.3 تصميم البحث

تم اعتماد المنهج شبه التجريبي (Quasi- Experimental Design) في تصميم البحث بسبب عدم توفر شرط العشوائية في اختيار العينة، للعمل في هذا البحث لفحص مدى فاعلية برنامج

علاجي معرفي في تخفيف الأعراض النفسية عند النساء المعنفات ويستخدم هذا الأسلوب "البحث التجريبي" عندما يريد الباحث فحص اثر برنامج ما على مجموعة حيث يجري تغيير عامل أو أكثر من العوامل ذات الصلة بالموضوع من أجل تحديد الأثر الناتج عن هذا التغيير، ويتميز هذا البحث عن غيره من البحوث في أن الباحث يقوم بدور فاعل بالموقف البحثي، ويهدف هذا إلى إنشاء علاقة سببية بين المتغيرات من خلال تصميم الموقف التجريبي(عودة،ملاوي،1992).

وتم تنفيذ هذا المنهج باختيار مجموعتين من النساء المعنفات الأولى المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج العلاجي الجماعي ، والأخرى المجموعة الضابطة التي خضعت فقط للمقياس القبلي والمقياس البعدي في نفس الفترة التي نفذت منها هذه المقياسات مع المجموعة الأولى. حيث تم استخدام مقياس خاصة بالأعراض النفسية وهي ب(SCAL 90-R) التي قام بإعدادها العالم "ديروجيتس" Derogatis (SCL-90-R) عام (1983) والمترجمة إلى العربية من قبل "خميس".(1998) وأيضا مقياس "شروجر لقياس الثقة بالنفس"

وهذه المقياسات تم استخدامها مع النساء في كلتا المجموعتين قبل التدخل النفسي وبعده. تم أيضا العمل مع نساء المجموعة التجريبية من خلال برنامج إرشاد جماعي مكون من (14) لقاء منهن لقاءين للتعرف وتعبئة نماذج المشاركة في المجموعة و(12) لقاء خاصة بالتدخل النفسي والإرشاد الجماعي لهذه الفئة.

3.3 تحديد العينة

يتكون مجتمع الدراسة من النساء المعنفات (كل أنواع العنف ما عدا العنف الجنسي) في محافظة الخليل (الخليل وقراها ومخيماتها) واللواتي يعانين من العنف الموجه لهن من قبل أزواجهن (بمعنى عنف زواجي داخل إطار العلاقة الزوجية)، ويتكون مجتمع الدراسة من النساء المراجعات في مراكز الإرشاد النفسي والاجتماعي في محافظة الخليل وهي مركز المرأة للإرشاد القانوني والاجتماعي، ومركز الديمقراطية وحل النزاعات، وجمعية تنمية المرأة الأسرية، ووزارة الشؤون الاجتماعية، حيث بلغ عدد مجتمع الدراسة (45) حاله تنطبق عليها الشروط اللازمة للدراسة.

أجريت الدراسة على عينة مكونه من (30) سيدة من محافظة الخليل وقراها ومخيماتها (15) سيدة للمجموعة الضابطة و(15) سيدة للمجموعة التجريبية حيث انتظمت (12) سيدة في المجموعة التجريبية فقط حيث اضطرت ثلاث سيدات للانقطاع بسبب المشاكل التي تعاني منها هذه النساء داخل العائلة، تمت الإجابة على الاستمارة من قبل (11) سيدة وذلك نظرا لانقطاع إحدى النساء بسبب ظروف عائلية.

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة غير احتمالية وذلك لصعوبة الوصول إلى عينة عشوائية وهذا النوع من العينات هو الأكثر ملائمة لمثل هذه الدراسات. ونظرا لطبيعة المشكلة التي سوف تعالج من خلال المجموعة العلاجية. وقد تم اختيار أفراد العينة بموافقتهم للاشتراك بالبرنامج العلاجي والالتزام بالحضور ، وتسمى هذه العينة بالعينة القصدية (Purpsive Sample) (عودة، ملكاوي.1992).

4.3 المكان المحدد للبحث

حدد مكان البحث في هذه الدراسة بمحافظة الخليل ويشمل قراها ومخيماتها، وقد تم تطبيق ادوات البحث في مركز المرأة لارشاد القانوني والاجتماعي في محافظة الخليل.

5.3 الاعتبارات الاخلاقية للبحث

تقتضي الاعتبارات الاخلاقية في هذا البحث توضيح البرنامج الارشادي للنساء المشاركات وايضا اخذ موافقتهن على المشاركة والتأكد من حرية اتخاذ القرار وابداء الراي بخصوص ذلك. ايضا عدم اعطاء وعود بالتحسن او التغيير وان لك مرهون باستفادتهن من البرنامج،ومن الاعتبارات الاخلاقية لهذا البحث التأكيد على المصداقية والحفاظ على السرية مراعاة مشاعر الاخرين، مع التأكيد على احترام ظروف المشاركات في حال رغبتهن بالانسحاب.

6.3 أدوات البحث (النماذج)

استخدمت الباحثة لتطبيق هذه الدراسة مقياس (SCL-90-R) Derogatis)) ومقياس شروجر للثقة بالنفس وأيضا برنامج إرشاد جماعي " ابطال الضغط النفسي".

1.6.3 وصف المقاييس المستخدمة

1- مقياس ديروجيتس **Derogatis (SCL-90-R)** وقد صمم كمقياس عام يستخدم في مجال البحث العلمي والإكلينيكي ويعتبر أداة وثيقة لتشخيص الأعراض النفسية العقلية التي يشكو منها المرضى المترددين على العيادات ولا يتطلب تطبيقه وتصحيحه الوقت الكبير والذي لا يتعدى (25) دقيقة كما أن سهولة تطبيقه في مجال البحث العلمي يسمح بالانتفاع بفاعليته الكبيرة في دراسات العلاج المقارن.

صمم هذا المقياس "ديروجيتس ولييمان وكوفي" (Derogatis, Lipman & Covi, 1976) وصدرت لها طبعه معدلة في عام (1986) (Derogatis, 1986). وهي من القوائم الواسعة الانتشار والاستخدام في كثير من الدراسات العالمية . ويتوفر هذا المقياس باللغة العربية والانجليزية والألمانية والاسبانية، وتحتوي القائمة المعدلة على (90) بنداً تقيس مجالاً واسعاً من أعراض الاضطرابات النفسية والأضرار المعاشة ذاتياً ضمن فترة تبلغ سبعة أيام. وهي معدة في صورة تقرير ذاتي خاص بالأعراض النفسية والعقلية، وقد تم تطويرها من خلال الأبحاث السيكومترية والإكلينيكية، ومن ثم تعتبر القائمة مكتملة بطريقة مثالية جداً للمقياسات التي تقيس بنية الشخصية عبر فترة زمنية طويلة ومتغيرات الأعراض المرضية المتطرفة، أو المستمرة لفترة زمنية طويلة، وتتيح القائمة إجراء تقييم متعدد الأبعاد وإمكانية إعادة المقياس في دراسات صيرورة العلاج.

ويقيس هذا المقياس تسعة مجالات فرعية ويحتوي هذا المقياس على " 90" عبارة تعكس "9" أبعاد للأعراض الأولية وهي:

الأعراض الجسدية (Somatization) والوسواس القهري والقلق الاجتماعي والاكتئاب والقلق والعدوانية والقلق الرهابي والبارانويا والذهانية. إضافة إلى ثلاثة مؤشرات عامة خاصة بالاستغاثة PSDI,PST,GSI (Global Indices of Distress) وكل بعد يتعلق بنموذج أسئلة معينة التي يعتقد أنها تشمل غالبية الأعراض التي تلاحظ لدى فئة المرضى. وكل سؤال له خمسة درجات من (0-4) حيث تتدرج من (لا يوجد معاناة ويشار إليه بكلمة مطلقا) وحتى (معاناة مستمرة ويشار إليه بكلمة دائما) (البحيري، 1984، ص35).

وذلك كالتالي:

لا يضايقني بالمرة = صفر

بعض الشكوى "قليلا" = 1

أحيانا = 2

كثيرا = 3

يضايقني جدا = 4

أما الأبعاد التسعة للمقياس فهي:

1. الأعراض الجسدية وتحتوي على (12 سؤال) وتشمل أرقام العبارات (42-52-58-56-12-49-27-48-4-53-1-40).
2. الوسواس القهري ويحتوي على (10 أسئلة) وتشمل أرقام العبارات (45-38-51-9-46-55-10-28-65-3).
3. الحساسية التفاعلية ويتكون من (9 أسئلة) ويشمل أرقام العبارات (6-21-34-36-37-41-61-69-73).

4. الاكتئاب ويشمل (13 سؤال) ويشمل أرقام العبارات (5-14-15-20-22-26-29-30-31-32-71-79).

5. القلق ويحتوي على (10 أسئلة) ويشمل العبارات الآتية (2-17-23-33-39-57-73-78-80).

6. البعد الإضافي يحتوي (7 أسئلة) ويشمل أرقام العبارات (19-60-44-64-66-59-89).

7. العدوان يحتوي (6 أسئلة) ويشمل العبارات الآتية(11-24-63-67-74-81).

8. الخوف ويحتوي (7 أسئلة) ويشمل العبارات الآتية(13-25-47-70-75-82-50).

9. البارانويا ويحتوي (6 أسئلة) ويشمل العبارات الآتية(8-18-43-68-76-83).

10. الذهان ويحتوي على (10 سؤال) ويشمل أرقام العبارات (7-16-35-62-77-84-85-87-88-90).

تم حذف الفقرات التي تدل على بعدي البارانويا والذهان وذلك لان الدراسة تقيس فقط الاضرابات

النفسية وليس الامراض العقلية وهي كالاتي:

البارانويا وهي 6 فقرات تحمل في الاستمارة الأرقام الآتية: (8-18-43-68-76-83)

والذهان الذي يحمل أرقام الأسئلة التالية والتي مجموعها (10) سؤال وهي كالاتي (7-16-35-

62-77-84-85-87-88-90).

3.6.3 ثبات المقياس

تم بناء ثبات المقياس عن طريق الثبات المقارن بين مقياس الـ(90) ومقاييس الشخصية الأخرى وأظهرت النتائج درجة عالية من الثبات التقريبي لقائمة الأعراض التسعين. ومقياس الثبات لقائمة الأعراض لتقييم العوامل المختلفة للموضوعات ولكل من أعراض القائمة الأخرى، حيث أظهر المقياس مستوى عالياً للأبعاد التسعة من خلال مواصفات الجنس، الطبقة الاجتماعية، والتشخيص الطبي (البحيري، 1984). والمقياس الثابت هو الذي يعطي نتائج مقارنة لنفس النتائج إذا طبق أكثر من مرة في ظروف متماثلة. (نادر، هشام، 1998). وتتمتع القائمة باتساق داخلي Internal Consistency بين (0.79 و 0.89) بالنسبة لعينات عيادية. كما أن ثبات إعادة المقياس مقبول، والصدق الظاهري محقق. ويبلغ معامل الارتباط بين المقاييس الفرعية مع بعضها (0.45) بالنسبة لعينات غير عيادية (Derogatis.1976)

وفي البيئة الفلسطينية، فقد استخدم وطبق هذا المقياس من قبل عدة باحثين منهم خميس في دراستها عام (1989) "التكيف مع الضغوطات السياسية والاجتماعية"، وقد تم تحقيق المصدقية والثبات لهذا المقياس من قبلها بنسب عالية على معامل كرونباخ (97%) وبلغت نسبة المصدقية (87%). وأيضاً قريناوي وزملائه (1994) في دراستهم "الشهداء في مذبحة الخليل"، و صنصور (1995) في دراسته "الصحة النفسية للمرأة الفلسطينية في الضفة الغربية"، و عواد (1998) في دراسته "الأطفال المعرضين للعنف"، واستخدمته صبيح في دراستها حول "الآثار النفسية على أسر الشهداء خلال انتفاضة الأقصى الحالية (2001)".

ومناصرة(2003) في دراستها "لمفهوم الذات عند النساء الفلسطينيات غير المتزوجات" ،واستخدمته أيضا الحرباوي (2008) في دراستها "الاضطرابات النفسية لدى المرضى مراجعي عيادات الرعاية الصحية الأولية في مدينة الخليل للفئة العمرية (18-59)".

ثبات الأداة في الدراسة الحالية:

لقياس ثبات أداة الدراسة تم استخدام ثبات الاتساق الداخلي لفقرات الأداة باستخدام معادلة الثبات كرونباخ ألفا على عينة الدراسة في كل مجال من مجالات المقياس بالإضافة إلى الدرجات الكلية كما هو موضح من الجدول التالي:

جدول (1-3)

يبين درجات ثبات المقياس لمقياس سدني الشروجر للثقة بالنفس

المجال	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
الدرجة الكلية للثقة بالنفس	46	0.55
الدرجة الكلية للمقياس	119	0.95

نسبة الثبات بالنسبة لمقياس الثقة بالنفس (55 %)، وكانت نسبة ثبات الاتساق الداخلي الكلي للأداة (95 %) أي أن أداة الدراسة المستخدمة قادرة على استرجاع ما نسبته (95 %) من النتائج

الحالية فيما لو تم إعادة توزيعها مرة أخرى ، وهذا يشير إلى ارتفاع ثبات الأداة المستخدمة في هذا البحث في تحقيق الأهداف التي وضعت من أجلها.

جدول (2-3)

يبين درجات ثبات المقياس لمقياس ال "90"

المجال	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
الأعراض الجسدية	12	0.81
الوسواس القهري	10	0.82
الحساسية التفاعلية	9	0.80
الاكتئاب	13	0.87
القلق	10	0.79
البعد الإضافي	7	0.67
العدوان	6	0.75
الخوف	7	0.78
الدرجة الكلية للأعراض النفسية	73	0.97

ويلاحظ من الجدول السابق أن درجات الثبات في قياس أداة الدراسة جيدة جدا على مجالات الدراسة، حيث أنها تساوي (81 %) عند الأعراض الجسدية و (82 %) عند الوسواس القهري و (80 %) عند الحساسية التفاعلية و (87 %) عند الاكتئاب و (79 %) عند القلق و (67 %) عند البعد الإضافي و (75 %) عند العدوان و (78 %) عند الخوف و (97 %) عند الدرجة الكلية للأعراض النفسية .

صدق الأداة

كما تم حساب معاملات الارتباط (بيرسون) بين مجالات الدراسة والدرجة الكلية للأعراض النفسية ، حيث يلاحظ ارتفاع قيم مصفوفة معاملات الارتباط بين مجالات الدراسة والدرجة الكلية للأعراض النفسية مما يدل على ارتفاع صدق أداة الدراسة ، والجدول رقم (2) يوضح مصفوفة قيم معامل الارتباط .

جدول رقم (3-3)

مصفوفة قيم معامل الارتباط

الرقم	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة الإحصائية
	الأعراض الجسدية	0.92	*0.00
	الوسواس القهري	0.90	*0.00
	الحساسية التفاعلية	0.92	*0.00

*0.00	0.93	الاكتئاب	
*0.00	0.95	القلق	
*0.00	0.89	البعد الإضافي	
*0.00	0.90	العدوان	
*0.00	0.83	الخوف	

* داله احصائيا عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) وبدرجات حرية 10.

ويلاحظ من الجدول السابق انخفاض مستويات الدلالة لمجالات الدراسة مما يدل على زيادة معاملات الارتباط بينها وبين الدرجة الكلية للأعراض النفسية مما يدل على ارتفاع صدق الأداة المستخدمة في هذا البحث في تحقيق الأهداف التي وضعت من أجلها .

2.6.3 مقياس الثقة بالنفس إعداد سيدني شروجر "Sidney Shrauger" (1990) ويتألف

هذا المقياس من (48) فقره تقيس الثقة بالنفس

وصف المقياس:

الصورة العربية للمقياس:

أعد هذا المقياس في الأصل سيدني شروجر "Sidney Shrauger" (1990) وذلك لقياس ثقة

الفرد بنفسه وتقييمه لها، وعرف الثقة بالنفس على أنها إدراك الفرد لكفاءته أو مهارته وقدرته على

أن يتعامل فاعلية مع المواقف المختلفة .وقد هدف عند تصميمه لهذا المقياس أن يستخدم على نطاق عالمي مثل مقياس روزنبرج لتقدير الذات (Rosenberg).

ويتألف المقياس في شكله الأصلي من " 54 عبارة " - تم استبعاد ست منها عند قيام المترجم (محمد) بتقنين المقياس، وذلك عن طريق إجراء التحليل العاملي ليصبح بذلك عدد العبارات التي يتألف منها المقياس في شكلها الحالي (48) عبارة، نصفها إيجابي والنصف الآخر سلبي، يوجد أمام كل منها خمسة اختيارات هي (تنطبق تمامًا - تنطبق بدرجة كبيرة - تنطبق إلى حد ما - لا تنطبق كثيرًا - لا تنطبق إطلاقًا) تحصل الدرجات الإيجابية منها على الدرجات 4-3-2-1- صفر

أما العبارات الايجابية فهي تحمل الأرقام الآتية: 1- 4- 5- 6- 9-10-15-16-19-21-22-26-28-31-32-35-36-37-40-41--42-44-45-47-):

أما العبارات السلبية والتي تحمل الأرقام التالية:(2-3-7-8-11-12-13-14-17-18-20-23-24-25-27-29-30-33-34-38-39-43-46-48)

فتتبع هذا التدرج وهو:

(- تنطبق بدرجة كبيرة - تنطبق إلى حد ما - لا تنطبق كثيرًا - لا تنطبق إطلاقًا) تحصل الدرجات السلبية منها على الدرجات (صفر - 1-2-3-4) على التوالي.

- بذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (صفر -192) درجة ، وتدل الدرجة وتدل الدرجة المرتفعة على معدل مرتفع من الثقة بالنفس، والعكس صحيح.

تم حذف فقرتين من فقرات المقياس وهي الفقرة رقم (31) والفقرة رقم (45) وذلك لعدم تناسبها للفئة المستهدفة وهي كالاتي :

الفقرة رقم (31) عندما أدرس مقررا جديدا أكون متأكدا من أنني سوف اجتازه بتفوق حيث سأكون ضمن أفضل الطلاب".

الفقرة رقم (45) "بإمكاني الحصول على العديد من المواعيد الغرامية بدون أي صعوبة أو مشكلة".

ثبات مقياس سدني شروجر للثقة بالنفس:

تم حساب ثبات المقياس في دراسة "السقاف" عن وكانت النتائج كالاتي :

تم حساب ثبات المقياس عن طريق إعادة المقياس بعد مرور ثلاثة أسابيع من التطبيق الأول وذلك على عينة من طلاب الجامعة بلغت (52) طالب ذا وقد بلغ معامل الاستقرار (830) وتم حسابه عن طريق كرونباخ ألفا حيث بلغ (79.0) ، أما عن طريق التجزئة النصفية فقد بلغ (76).

ومن ناحية أخرى فقد أوضحت نتائج الاتساق الداخلي أن قيم معاملات الارتباط بين (91.0)، وهي جميعاً قيم دالة إحصائياً.

صدق المقياس:

أظهرت نتائج الصدق التلازمي وجود ارتباط دال إحصائياً عند (01.0) بين درجات أفراد العينة (ن =52) (في هذا المقياس وبين درجاتهم في مقياس تقدير الذات الذي أعده "محمد") (1991 م) بلغت قيمته (74.0) وأوضحت نتائج المقارنة الطرفية المستخدمة لحساب قدرة المقياس على التمييز وذلك بعد تقسيم درجات أفراد العينة تنازلياً إلى مستويين يمثل الأول منهما (79.10) ويمثل المستوى الآخر ، نسبة ال (50 %) الأعلى (ن = 26 ، م =13.142) (ال 50 % الأدنى) (ن = 26 ، م = 67.85 ، ع = 66.11) (وأوضحت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً عند " 1.0 ") (بين المستويين عند إجراء المقارنة بينهما ، وطبقاً لهذه الطريقة يزداد الصدق كلما زادت الدرجات في المستوى الأعلى عنها في المستوى الأدنى، والعكس صحيح.

3. 6.3 برنامج المجموعة الإرشادية (برنامج ابطال الضغط النفسي)

هذا البرنامج من إعداد مناصرة (2006) حيث تم إعداده لمساعدة الأطفال والمراهقين المتعرضين لصدمات وضغوطات نفسية وتم تجريبه أول مره على أربع مدارس في الضفة الغربية ومن ثم تم تطبيقه على الأطفال والمراهقين الذين يعانون من ضغط نفسي في قرية الأطفال في مدينة بيت لحم، كما تم تنفيذه عدة لقاءات منه على مجموعة مرضى السكري في مركز إبداع بمخيم الدهيشة بمدينة بيت لحم بواسطة مناصرة (2007).

ويعتمد هذا البرنامج على المنهج العقلاني المعرفي في التدخل النفسي مع النساء اللواتي يتعرضن لظروف نفسية ضاغطة، بعد العمل على ملائمة اللقاءات والانشطة لفئة الدراسة

الحالية(النساء) من خلال تطبيقه على مجموعة مرضى السكري في مخيم الدهيشة وايضا من خلال تطبيقه على مجموعة تجريبية.

يهدف هذا البرنامج الى ما يلي:

- تقديم نموذج للنساء يساعدهن على فهم مشاعرهن وسلوكهن الناتج عن تعرضهن لاحداث نفسية صعبة ومساعدتهن على مواجهة هذه الظروف بطريقة توافقية
- مساعدتهن لاكتشاف مصادر الدعم لديهن
- مساعدتهن على بناء الثقة بذاتهن وتحسين مناعتهن النفسية
- الكشف عن النساء اللواتي تحت خطر الإصابة بالاضطراب النفسي الناتج عن الضغوطات والأزمات التي يتعرضن لها.

طبيعة اللقاءات في هذا البرنامج:

احتوت اللقاءات على المواضيع التالية:

- التنشيط : هو عبارة عن تمرين بسيط وخطواته سهلة الهدف منه تحضير المشاركات للجلسة الارشادية، وهذا التمرين مختلف لكل جلسة حسب الموضوع الذي يعالج في الجلسة أو القضية المطروحة.
- تمرين من خلال خبرات المشاركات: وهذه الفعالية الرئيسية لكل جلسة وهي مختلفة حسب الموضوع في كل جلسة، وهذا النشاط يكون ذا طابع حسي أو حركي أو عاطفي او ذهني معرفي .

- التثقيف النفسي: في كل جلسة سوف يتم تغطية مواضيع مختلفة تتعلق بالأزمات مثل الضغط النفسي وتأثير الصدمات....الخ والهدف من ذلك زيادة معرفة النساء بموضوع الضغط النفسي وتأثيره عليهن وكيفية التحكم به.

- تعليم مهارات: يتم في كل لقاء تعليم مهارة جديدة ولزيادة فعالية هذه المهارة سوف يتم الطلب منهن التدريب على هذه المهارة في البيت.

- ختام اللقاء: ينتهي كل لقاء بتمرين بسيط يساعدن على الهدوء النفسي "مثل تمارين الاسترخاء".

- العمل الذاتي: سوف يتم الطلب منهن التدريب على المهارات التي تعلمنها من خلال اللقاء التدريب عليها في المنزل.

طبيعة المشاكل التي سوف تعالجها هذه اللقاءات:

اللقاءات لهذه المجموعة عبارة عن 13 لقاء تناقش المواضيع التالية:

-تعارف وبناء مجموعة وجمع معلومات عن النساء المشاركات بالمجموعة الارشادية.

- تعريف بالضغط النفسي وتأثيره

- تقوية اساليب التكيف الخاصة بالنساء

- معرفة جسمك من خلال معرفة نقاط القوة والضعف وأماكن التعرض للضغط في الجسم

- معرفة المشاعر وربطها بالسوك

- السيطرة على العواطف من خلال العقل

- التعامل مع الغضب

- التعامل مع المخاوف

- التكيف مع الحزن والفقْدان
- تحويل الازمة الى فرصة
- تقوية " تقدير الذات"
- بناء نظام الدعم الاجتماعي
- البحث عن مستقبل افضل من خلال النظرة الايجابية للمستقبل.

صدق وثبات الاداء:

- تم عرض الاستمارة للتحكيم على كل من الدكتور تيسير عبد الله وأيضا الدكتور روني سرور ودكتور سمير شقير، وايضا تم عرضه للتحكيم على الأخصائية الاجتماعية الاستاذة أمال الجعبة وأيضا تم عرضه على الأخصائية النفسية بثينة عمار حيث فاقترحن عمل لقاء تجريبي للبرنامج لاختبار مدى قدرتهن على الاسهام والمساعدة في تطبيقه.
- كان لعبد الله عدة ملاحظات على البرنامج مثل وجوب وضع مقدمة عن المنهج المعرفي العقلاني/ استفسر حول البرنامج اذا كان يقيس سمة أو حالة، وأشار إلى وجوب عمل مجموعة تجريبية للقاء واحد لمقياس البرنامج وأيضا نوه إلى الفترة الزمنية للقاء "إنها فترة طويلة وبناء على ذلك تم تعديل الفترة الزمنية من ساعتين إلى ساعة ونصف" غير ذلك يرى أن البرنامج يصلح وقابل للتطبيق على المجموعة التجريبية للنساء المعنفات.

- أما سرور فقال : أنه يرى أن البرنامج كامل ومفصل بشكل وافي ويصلح للتطبيق وقدم عدة ملاحظات لتستفيد منها الباحثة في ديناميكية المجموعة في التطبيق.وكانت ملاحظاته كالاتي:

هذه بعض الملاحظات، كلها تصب في التفكير الديناميكي، ولكن يمكن دمجها في المشروع.

(١) من المفضل أن تحدد الباحثة عدد المشتركات بين (6-12) مشتركة في حالة أن المرشدة

كانت وحيدة، ويمكن أن يكون (15) مشتركة إذا ما كان هناك مرشدتين سوية.

(٢) من المفضل أن يكون اللقاء أسبوعيا وفي ساعة محددة خلال الأسبوع. ومن المفضل أن

يكون وقت اللقاء ثابتا، ساعة ونصف أو ساعتين ليكون إطار الارشاد واضحا وثابتا.

(٣) ربما من المجدي أن يتخلل كل لقاء ربع ساعة في بدايته، لتسأل المرشدة كل واحدة من

المشتركات "مع أي مشاعر أو أفكار حضرت اليوم إلى اللقاء" فهذا يفتح مجال أكبر للأريحية

وللمشاركة.

(٤) ربما أحد أهداف اللقاءات هو بناء مجموعة داعمة لكل مشتركة لكي تكون لها مصدر دعم

في الضغوطات التي تواجهها

(٥) وكي نبني مجموعة داعمة وليس مجموعة لتلقي المعلومات فقط علينا الإشارة إلى

ديناميكية المجموعة. والإشارة إلى ديناميكية المجموعة تكون في كل لقاء عندما نبحث الفعالية

الأساسية ونشير إلى سلوك الأفراد والتكتلات في المجموعة. مثلا نقول أن فلانة تسكت عندما يبدأ

الحديث عن المشاعر، أو فلانة تبحث عن الدعم من الأخريات، أو فلانة تتصرف بشكل معين

يجعل الآخرين يغضبون منها وبهذا الشكل تصبح ضحية مرة أخرى داخل المجموعة كما هو الأمر

في حياتها اليومية

(٦) على المجموعة أن تركز أيضا على موضوع التفهم Empathy . ففي لحظات معينة

على المرشدة أن توقف الفعالية أو النقاش وتطلب من المشتركات أن يكن متفهمات لمشاعر

المشتركة المضغوطة وأن يقولوا لها جملا فيها تفهم وليس فقط عرض حلول، هكذا تطور عند

المشتركات قدرة تفهم الآخر، ونشدد حاجتهن على أن يكون الآخرين متفهمين لمشاعرهن .

أحد أهداف اللقاء الأول هو ملائمة توقعات المجموعة من البعض ومن المرشدة. وإذا

كانت التوقعات عالية علينا تصحيحها.

٨) أحد الطرق المعروفة في العالم للتعامل مع الضغوطات الغير صادمة هي نظرية (BASIC Ph وهي عبارة عن اختصار الكلمات التالية: Believe, Affect, Social, Image, Cognitive and Physical). تنص النظرية على أن كل إنسان عنده مجموعة من الطرق للتعامل مع الضغوطات، وهذه الطرق تصب في واحدة من الستة مجموعات المذكورة أعلاه، مثلا بعض الناس يتعاملون مع الضغوطات بشكل جسدي (توتر، حركة، أوجاع) لهذا مساعدتنا لهم عليها أن تتركز بالاسترخاء والتركيز بمشاعر الجسد. أناس آخرون يتعاملون مع الضغوطات بشكل معرفي (يقروون الكثير عن المشكلة الضاغطة، يسمعون الأخبار) وعلينا العمل معهم بشكل معرفي، وآخرون يتعاملون مع الموضوع بشكل أيمان ودين أو معتقدات فعلينا العمل معهم بهذا الشكل.

المشاعر: يمكن أن يبكي أو يتحدث عن مشاعره بشكل اجتماعي يبحث عن أصدقاء أو أقارب ليكون معهم خلال فترة الضغط .

خيال: أن يقرأ الكثير من الأدب ، النكات و مشاهدة أفلامالخ.

إذا استعمل الإنسان أية مجموعة من هذه المجموعات بشكل مفرط فهو عرضة لعدم التعامل بشكل ناجح من الضغط، أما التعامل الناجح مع الضغوطات فهو الذي يتخلل أكبر عدد من طرق التعامل (الجسد، والخيال، والمشاعر، والتفكير، و الجماعة والأيمان).

واضاف سرور الى ان هناك فعاليات كثيرة تحت هذا المنظور النظري كي تجعل كل مشتركة تفهم ما هي طرق التعامل التي تستعملها بشكل غير واع عندما تكون في حالة ضغط وكيف يمكن تشجيع كل مشتركة لاستعمال طرق إضافية للتعامل مع الضغوطات، وليست الطريقة التي تعودت عليها كل حياتها.

استخدام برنامج علاجي للمجموعة التجريبية "إبطال الضغط النفسي" وهو برنامج لتحسين المناعة النفسية للأشخاص الذين يقعون تحت الضغط النفسي.

- أيضا تم عرضه على شقير حيث قال إنه فقط يجب أن تتم الموافقة عليه من قبل المشرفة على البحث ولم يعط أي ملاحظات غير ذلك.

7.3 الدراسة الاولى

بداية تم اختيار عينة قصدية من النساء مراجعات المراكز الإرشادية والنفسية والاجتماعية مثل (مركز المراه للإرشاد القانوني والاجتماعي، جمعية نهضة بنت الريف، جمعية تنظيم وحماية الأسرة، جمعية التنمية الأسرية، مركز الدراسات النسوية، ومركز نسوي الفوار، ومركز الديمقراطية وحل النزاعات)، بعد ذلك تم التنسيق مع "مركز المرأة للإرشاد القانوني والاجتماعي للإتمام العمل مع المجموعة داخل المركز" وبناء على هذه الاتفاقية تم التنسيق لتنفيذ المجموعة داخل المركز بمساعدة الأخصائية النفسية بثينة عمار.

كما تم تطبيق أداء الدراسة "المقياس القبلي" في أول لقاء للمجموعة التجريبية حيث كان العدد (15)
سيده مشاركة وهذا بتاريخ "2008/7/5".

أما المجموعة الضابطة فتم إجراء المقياس بتاريخ "2008/7/7".
وذلك بسبب وجود إجازة في مركز المرأة للإرشاد القانوني والاجتماعي.

أما المقياس البعدي تم تطبيقه على المجموعة التجريبية بعد آخر لقاء بتاريخ "2008/9/2"

أما المجموعة الضابطة تم بتاريخ " 2008/9/15" وذلك لصعوبة الوصول للمشاركات في هذه
المجموعة بسبب سفر (4) نساء ، وقد كان أول إجراء أتخذ للبدء في هذه الدراسة هو تعديل أدوات
الدراسة لتتناسب مع النساء المعنفات وذلك تحت إشراف مناصرة ؛ وذلك لأن البرنامج مصمم
للعمل مع الأطفال.

بعد ذلك تم تطبيق الاستمارة على مجموعة تجريبية تكونت من (6) نساء وتم أخذ الملاحظات
والعمل بموجبها.

وقد كان من تلك الملاحظات: أن الاستمارة طويلة، ووجوب وجود أخصائية عند تعبئتها طبعا
حسب حاجة السيدة المستجيبة؛ نظرا لصعوبة بعض الفقرات في الاستمارة.

المرحلة التي تليها كانت مقياس تجريبي للقاء واحد مع (4) سيدات لمقياس مدى معرفة الأخصائية بتطبيق البرنامج، علما انه تم مقياس (5) لقاءات من برنامج الارشاد الجماعي مع نساء يقعن تحت ضغط نفسي مستمر على مجموعة تجريبية لقياس مدى ملائمته للتطبيق من حيث المحتوى والوقت والفعاليات. حيث كان تقييم النساء بأن اللقاءات جيدة ومفيد وتتيح لهن فرصة للتعبير عن مشاعرهن. وكانت هذه المجموعة بمساعدة الأخصائية النفسية ألاء فطاطة . حيث تمت هذه اللقاءات في جمعية نهضة بنت الريف الخيرية.

8.3 طرق جمع المعلومات

تم جمع المعلومات لهذا البحث عن طريق استخدام مقياس الثقة بالنفس لسدني شروجر (Sidney Shrauger) بالإضافة الى مقياس (ديروجتس SCL-90R).

9.3 أساليب المعالجة الإحصائية

تمت معالجة البيانات باستخدام برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) (statistical package for social sciences) وذلك لمناسبتها لمثل هذه الدراسة ، وأن هذه المقياسات ملائمة لاستخراج نتائج تحليل البيانات التي تم جمعها عن طريق الاستمارة ، وقد تم استخدام الأساليب والمعالجات الإحصائية للبيانات كالاتي:

١ - استخدام معامل الثبات كرونباخ الفا للتحقق من ثبات المقاييس المستخدمة.

- ٢ - الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لوصف النتائج
- ٣ - استخدام MANOVA لتحقيق من وجود فروق بين العينات المرتبطة.
- 4 - مقياس MANOVA لتحقيق من وجود فروق بين العينات المستقلة.
- 5- استخدام معامل الارتباط بيرسون

الفصل الرابع

النتائج

1.4 المقدمة

2.4 طرق تحليل المعلومات

3.4 عرض النتائج

4.4 الخلاصة

الفصل الرابع

النتائج

1.4 المقدمة

تناولت الباحثة في هذا الفصل عرضاً للنتائج التي تم التوصل إليها من خلال التحليل الإحصائي للبيانات التي جمعها من قبل النساء المشاركات بالمجموعة الإرشادية التجريبية والمجموعة الضابطة من خلال الاستجابة على أدوات الدراسة وهي مقياس سدني شروجر للثقة بالنفس وقائمة اعراض التسعين للاعراض النفسية والعقلية .

2.4 طرق تحليل المعلومات

تم تحليل البيانات لهذه الدراسة باستخدام رزمة البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS) .

3.4 عرض النتائج

فرضية الدراسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وبين المقياس القبلي والمقياس البعدي في مستويات الأعراض النفسية (الاكتئاب، والقلق، والفوبيا، والوسواس القهر والامراض الشبه جسمية، العدوان ، والحساسية التفاعلية، والبعد الاضافي حسب مقياس التسعين) ، عند تطبيق برنامج ارشاد جماعي لدى النساء المعنفات مراجعات المراكز الارشادية في محافظة الخليل.

ولفحص هذه الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج مقياس تحليل التباين المتعدد (MANOVA)، وذلك كما هو واضح من الجدول رقم (1-4)

جدول رقم (1-4)

نتائج مقياس تحليل التباين المتعدد للفروق في مستويات الأعراض النفسية عند النساء المعنفات قبل الارشاد الجماعي وبعده بالنسبة للمجموعة التجريبية والضابطة

مصدر التباين	المجال	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة الإحصائية
النموذج الكلي المعدل	الأعراض الجسدية	8.24	3	2.75	11.67	*0.00
	الوسواس القهري	11.46	3	3.82	13.81	*0.00
	الحساسية التفاعلية	12.70	3	4.23	18.08	*0.00
	الاكتئاب	14.78	3	4.93	23.86	*0.00
	القلق	11.00	3	3.67	13.66	*0.00
	البعد الإضافي	11.70	3	3.90	16.12	*0.00
	العدوان	12.01	3	4.00	11.87	*0.00
	الخوف	15.02	3	5.01	13.50	*0.00
	الدرجة الكلية للأعراض النفسية	12.17	3	4.06	24.18	*0.00
	الدرجة الكلية للثقة بالنفس	0.25	3	0.08	1.96	0.14
المقياس	الأعراض الجسدية	1.77	1	1.77	7.54	0.01
	الوسواس القهري	2.69	1	2.69	9.74	*0.00
	الحساسية التفاعلية	3.46	1	3.46	14.77	*0.00
	الاكتئاب	4.65	1	4.65	22.53	*0.00
	القلق	3.16	1	3.16	11.79	*0.00
	البعد الإضافي	4.36	1	4.36	18.03	*0.00

*0.00	23.51	4.85	1	4.85	الاكتئاب
*0.00	12.60	3.38	1	3.38	القلق
*0.00	19.55	4.73	1	4.73	البعد الإضافي
*0.00	13.85	4.67	1	4.67	العدوان
*0.00	11.77	4.36	1	4.36	الخوف
*0.00	26.59	4.46	1	4.46	الدرجة الكلية للأعراض النفسية
0.14	2.23	0.10	1	0.10	الدرجة الكلية للثقة بالنفس

* داله احصائيا عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) وبدرجات حرية 3.

يوضح الجدول السابق نتائج تحليل التباين المتعدد للنموذج الكلي وكذلك نتائج تحليل التباين الأحادي لكل من متغيري المقياس والمجموعة المستقلين ، وكذلك نتائج مقياس التفاعل بين المتغيرات المستقلة والتي توضح وجود تفاعل واضح بين المقياس والمجموعة مما يدل على وجود تفاعل بين نوع المقياس القبلي والبعدى ونوع المجموعة الضابطة والتجريبية وبالتالي يدل ذلك على وجود أثر للمقياس التجريبي وذلك عند جميع مجالات الدراسة إلا عند مجال الثقة بالنفس ، والذي لم يتضح وجود تفاعل بين المتغيرات المستقلة في التأثير عليه حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (0.14) وقيمة ف بلغت (2.23) وهي غير دالة على وجود تفاعل بين متغيري المقياس والمجموعة عند هذا المجال، والمحصلة أنه لم يحدث تغير دال لمقدار الثقة بالنفس للمجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة قبل المقياس التجريبي أو بعده.

و من خلال استعراض الجدول السابق الذي يوضح نتائج تحليل التباين المتعدد وكذلك من خلال جدول الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية ، تم رفض الفرضية عند جميع المجالات وذلك على النحو الآتي:

- تبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (ألفا = 0.05) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستويات الأعراض النفسية عند النساء المعنفات بعد الارشاد الجماعي عند مجال الأعراض الجسدية حيث أن قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (0.00) أقل من (0.05)، وقيمة (ف = 11.67) وهي دالة إحصائياً على وجود فروق أو اختلافات ، حيث كانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية مقابل المجموعة الضابطة ، حيث يتضح من خلال جدول الأوساط الحسابية أن مستوى هذه الأعراض بالنسبة للمجموعة الضابطة بوسط حسابي مقداره (3.41) بينما كان مستوى هذه الأعراض والتي تم تخفيفها بالنسبة للمجموعة التجريبية بوسط حسابي مقداره (2.33) بعد العلاج ، في حين لم يكن هناك فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل العلاج ، و في المحصلة اتضح أن مستوى هذه الأعراض بالنسبة للمجموعة الضابطة بوسط حسابي مقداره (3.33) بينما كان مستوى هذه الأعراض والتي تم تخفيفها بالنسبة للمجموعة التجريبية بوسط حسابي مقداره (2.81) .

- تبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (ألفا = 0.05) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستويات الأعراض النفسية عند النساء المعنفات بعد الارشاد الجماعي عند مجال الوسواس القهري حيث أن قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (0.00) أقل من (0.05)، وقيمة (ف = 13.81) وهي دالة إحصائياً على وجود فروق أو اختلافات ، حيث

كانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية مقابل المجموعة الضابطة ، حيث يتضح من خلال جدول الأوساط الحسابية أن مستوى هذه الأعراض بالنسبة للمجموعة الضابطة بوسط حسابي مقداره (3.33) بينما كان مستوى هذه الأعراض والتي تم تخفيفها بالنسبة للمجموعة التجريبية بوسط حسابي مقداره (2.07) ، في حين لم يكن هناك فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل العلاج ، و في المحصلة اتضح أن مستوى هذه الأعراض بالنسبة للمجموعة الضابطة بوسط حسابي مقداره (3.26) بينما كان مستوى هذه الأعراض والتي تم تخفيفها بالنسبة للمجموعة التجريبية بوسط حسابي مقداره (2.64) .

- تبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (ألفا = 0.05) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستويات الأعراض النفسية عند النساء المعنفات بعد الارشاد الجماعي عند مجال الحساسية التفاعلية حيث أن قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (0.00) أقل من (0.05) ، وقيمة (ف = 18.08) وهي دالة إحصائية على وجود فروق أو اختلافات ، حيث كانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية مقابل المجموعة الضابطة ، حيث يتضح من خلال جدول الأوساط الحسابية أن مستوى هذه الأعراض بالنسبة للمجموعة الضابطة بوسط حسابي مقداره (3.47) بينما كان مستوى هذه الأعراض والتي تم تخفيفها بالنسبة للمجموعة التجريبية بوسط حسابي مقداره (2.18) ، في حين لم يكن هناك فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل العلاج، و في المحصلة اتضح أن مستوى هذه الأعراض بالنسبة للمجموعة الضابطة بوسط حسابي مقداره (3.41) بينما كان مستوى هذه الأعراض والتي تم تخفيفها بالنسبة للمجموعة التجريبية بوسط حسابي مقداره (2.81) .

- تبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (ألفا = 0.05) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستويات الأعراض النفسية عند النساء المعنفات بعد الإرشاد الجماعي عند مجال الاكتئاب حيث أن قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (0.00) أقل من (0.05) ، وقيمة (ف = 23.86) وهي دالة إحصائية على وجود فروق أو اختلافات ، حيث كانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية مقابل المجموعة الضابطة ، حيث يتضح من خلال جدول الأوساط الحسابية أن مستوى هذه الأعراض بالنسبة للمجموعة الضابطة بوسط حسابي مقداره (3.49) بينما كان مستوى هذه الأعراض والتي تم تخفيفها بالنسبة للمجموعة التجريبية بوسط حسابي مقداره (2.13)، في حين لم يكن هناك فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل العلاج، و في المحصلة اتضح أن مستوى هذه الأعراض بالنسبة للمجموعة الضابطة بوسط حسابي مقداره (3.48) بينما كان مستوى هذه الأعراض والتي تم تخفيفها بالنسبة للمجموعة التجريبية بوسط حسابي مقداره (2.79) .

- تبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (ألفا = 0.05) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستويات الأعراض النفسية عند النساء المعنفات بعد الإرشاد الجماعي عند مجال القلق حيث أن قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (0.00) أقل من 0.05 ، وقيمة (ف = 13.66) وهي دالة إحصائية على وجود فروق أو اختلافات ، حيث كانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية مقابل المجموعة الضابطة ، حيث يتضح من خلال جدول الأوساط الحسابية أن مستوى هذه الأعراض بالنسبة للمجموعة الضابطة بوسط حسابي مقداره (3.36) بينما كان مستوى هذه الأعراض والتي تم تخفيفها بالنسبة للمجموعة التجريبية بوسط حسابي مقداره (2.17) ، في حين لم يكن هناك فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل

العلاج ، و في المحصلة اتضح أن مستوى هذه الأعراض بالنسبة للمجموعة الضابطة بوسط حسابي مقداره (3.35) بينما كان مستوى هذه الأعراض والتي تم تخفيفها بالنسبة للمجموعة التجريبية بوسط حسابي مقداره (2.72) .

- تبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (ألفا = 0.05) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستويات الأعراض النفسية عند النساء المعنفات بعد الارشاد الجماعي عند مجال البعد الإضافي حيث أن قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (0.00) أقل من 0.05، وقيمة (ف = 16.12) وهي دالة إحصائيا على وجود فروق أو اختلافات ، حيث كانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية مقابل المجموعة الضابطة ، حيث يتضح من خلال جدول الأوساط الحسابية أن مستوى هذه الأعراض بالنسبة للمجموعة الضابطة بوسط حسابي مقداره (3.23) بينما كان مستوى هذه الأعراض والتي تم تخفيفها بالنسبة للمجموعة التجريبية بوسط حسابي مقداره (2.09) ، في حين لم يكن هناك فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل العلاج، و في المحصلة اتضح أن مستوى هذه الأعراض بالنسبة للمجموعة الضابطة بوسط حسابي مقداره (3.22) بينما كان مستوى هذه الأعراض والتي تم تخفيفها بالنسبة للمجموعة التجريبية بوسط حسابي مقداره (2.73) .

- تبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (ألفا = 0.05) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستويات الأعراض النفسية عند النساء المعنفات بعد الارشاد الجماعي عند مجال العدوان حيث أن قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (0.00) أقل من 0.05 ، وقيمة (ف = 11.87) وهي دالة إحصائيا على وجود فروق أو اختلافات ، حيث كانت هذه

الفروق لصالح المجموعة التجريبية مقابل المجموعة الضابطة ، حيث يتضح من خلال جدول الأوساط الحسابية أن مستوى هذه الأعراض بالنسبة للمجموعة الضابطة بوسط حسابي مقداره (3.33) بينما كان مستوى هذه الأعراض والتي تم تخفيفها بالنسبة للمجموعة التجريبية بوسط حسابي مقداره (2.06) ، في حين لم يكن هناك فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل العلاج ، و في المحصلة اتضح أن مستوى هذه الأعراض بالنسبة للمجموعة الضابطة بوسط حسابي مقداره (3.27) بينما كان مستوى هذه الأعراض والتي تم تخفيفها بالنسبة للمجموعة التجريبية بوسط حسابي مقداره (2.65) .

- تبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (ألفا = 0.05) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستويات الأعراض النفسية عند النساء المعنفات بعد الارشاد الجماعي عند مجال الخوف حيث أن قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (0.00) أقل من 0.05 ، وقيمة (ف = 13.50) وهي دالة إحصائياً على وجود فروق أو اختلافات ، حيث كانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية مقابل المجموعة الضابطة ، حيث يتضح من خلال جدول الأوساط الحسابية أن مستوى هذه الأعراض بالنسبة للمجموعة الضابطة بوسط حسابي مقداره (3.16) بينما كان مستوى هذه الأعراض والتي تم تخفيفها بالنسبة للمجموعة التجريبية بوسط حسابي مقداره (1.79) ، في حين لم يكن هناك فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل العلاج ، و في المحصلة اتضح أن مستوى هذه الأعراض بالنسبة للمجموعة الضابطة بوسط حسابي مقداره (3.17) بينما كان مستوى هذه الأعراض والتي تم تخفيفها بالنسبة للمجموعة التجريبية بوسط حسابي مقداره (2.44) .

- تبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (ألفا = 0.05) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستويات الأعراض النفسية عند النساء المعنفات بعد الإرشاد الجماعي عند مجال الدرجة الكلية للأعراض النفسية حيث أن قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (0.00) أقل من 0.05 ، وقيمة (ف = 24.18) وهي دالة إحصائياً على وجود فروق أو اختلافات ، حيث كانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية مقابل المجموعة الضابطة ، حيث يتضح من خلال جدول الأوساط الحسابية أن مستوى هذه الأعراض بالنسبة للمجموعة الضابطة بوسط حسابي مقداره (3.37) بينما كان مستوى هذه الأعراض والتي تم تخفيفها بالنسبة للمجموعة التجريبية بوسط حسابي مقداره (2.12) ، في حين لم يكن هناك فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل العلاج ، و في المحصلة اتضح أن مستوى هذه الأعراض بالنسبة للمجموعة الضابطة بوسط حسابي مقداره (3.34) بينما كان مستوى هذه الأعراض والتي تم تخفيفها بالنسبة للمجموعة التجريبية بوسط حسابي مقداره (2.72) .

ومن خلال استعراض الجدول السابق ، تم قبول الفرضية حيث تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (ألفا = 0.05) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستوى الثقة بالنفس عند النساء المعنفات قبل الإرشاد الجماعي وبعده حيث أن قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (0.14) أكبر من 0.05 ، وقيمة (ف = 1.96) وهي غير دالة إحصائياً على وجود فروق أو اختلافات بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل الإرشاد الجماعي وبعده.

من خلال جدول الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية اتضح بأن مستوى الثقة بالنفس قبل العلاج بالنسبة للمجموعة التجريبية كان متوسطاً بوسط حسابي مقداره (2.85) وانحراف معياري منخفض مقداره (0.14) دلالة على انخفاض التشتت وزيادة التركيز في الآراء ، وكذلك كان

مستوى الثقة بالنفس قبل العلاج بالنسبة للمجموعة الضابطة متوسطا بوسط حسابي مقداره (2.85) وانحراف معياري منخفض مقداره (0.24) دلالة على انخفاض التشتت وزيادة التركيز في الآراء ، كما تبين بأن مستوى الثقة بالنفس بعد العلاج بالنسبة للمجموعة التجريبية كان متوسطا بوسط حسابي مقداره (2.88) وانحراف معياري منخفض مقداره (0.13) دلالة على انخفاض التشتت وزيادة التركيز في الآراء ، وكذلك كان مستوى الثقة بالنفس بعد العلاج بالنسبة للمجموعة الضابطة متوسطا بوسط حسابي مقداره (2.69) وانحراف معياري منخفض مقداره (0.28) دلالة على انخفاض التشتت وزيادة التركيز في الآراء .

جدول رقم (4-2)

المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية في مستويات الأعراض النفسية عند النساء
المعنفات قبل الارشاد الجماعي وبعده بالنسبة للمجموعة التجريبية والضابطة

العدد	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	المجموعة	المقياس	المجال
11	0.46	3.29	تجريبية	قبلي	الأعراض الجسدية
11	0.39	3.25	ضابطة		
22	0.41	3.27	المجموع		
11	0.62	2.33	تجريبية	بعدي	
11	0.45	3.41	ضابطة		
22	0.76	2.87	المجموع		
22	0.72	2.81	تجريبية	المجموع	
22	0.42	3.33	ضابطة		
44	0.64	3.07	المجموع		
11	0.53	3.20	تجريبية	قبلي	الوسواس القهري

11	0.52	3.19	ضابطة		
22	0.51	3.20	المجموع		
11	0.60	2.07	تجريبية	بعدي	
11	0.45	3.33	ضابطة		
22	0.83	2.70	المجموع		
22	0.80	2.64	تجريبية	المجموع	
22	0.48	3.26	ضابطة		
44	0.72	2.95	المجموع		
11	0.45	3.43	تجريبية	قبلي	الحساسية التفاعلية
11	0.51	3.34	ضابطة		
22	0.47	3.39	المجموع		
11	0.54	2.18	تجريبية	بعدي	
11	0.43	3.47	ضابطة		
22	0.81	2.83	المجموع		
22	0.80	2.81	تجريبية	المجموع	
22	0.47	3.41	ضابطة		
44	0.72	3.11	المجموع		
11	0.26	3.45	تجريبية	قبلي	الاكتئاب
11	0.45	3.48	ضابطة		
22	0.36	3.46	المجموع		
11	0.56	2.13	تجريبية	بعدي	
11	0.49	3.49	ضابطة		
22	0.86	2.81	المجموع		
22	0.80	2.79	تجريبية	المجموع	
22	0.46	3.48	ضابطة		
44	0.73	3.14	المجموع		
11	0.53	3.26	تجريبية	قبلي	القلق
11	0.46	3.35	ضابطة		
22	0.49	3.30	المجموع		
11	0.56	2.17	تجريبية	بعدي	
11	0.52	3.36	ضابطة		
22	0.81	2.77	المجموع		
22	0.77	2.72	تجريبية	المجموع	

22	0.48	3.35	ضابطة		
44	0.71	3.04	المجموع		
11	0.48	3.38	تجريبية	قبلي	البعد الإضافي
11	0.37	3.21	ضابطة		
22	0.43	3.29	المجموع		
11	0.61	2.09	تجريبية	بعدي	
11	0.47	3.23	ضابطة		
22	0.79	2.66	المجموع		
22	0.85	2.73	تجريبية	المجموع	
22	0.42	3.22	ضابطة		
44	0.71	2.98	المجموع		
11	0.66	3.24	تجريبية	قبلي	العدوان
11	0.51	3.21	ضابطة		
22	0.57	3.23	المجموع		
11	0.56	2.06	تجريبية	بعدي	
11	0.59	3.33	ضابطة		
22	0.86	2.70	المجموع		
22	0.85	2.65	تجريبية	المجموع	
22	0.54	3.27	ضابطة		
44	0.77	2.96	المجموع		
11	0.63	3.08	تجريبية	قبلي	الخوف
11	0.49	3.18	ضابطة		
22	0.55	3.13	المجموع		
11	0.68	1.79	تجريبية	بعدي	
11	0.61	3.16	ضابطة		
22	0.94	2.47	المجموع		
22	0.92	2.44	تجريبية	المجموع	
22	0.54	3.17	ضابطة		
44	0.83	2.80	المجموع		
11	0.34	3.33	تجريبية	قبلي	الأعراض النفسية
11	0.32	3.30	ضابطة		
22	0.32	3.31	المجموع		
11	0.52	2.12	تجريبية	بعدي	

11	0.43	3.37	ضابطة		
22	0.79	2.75	المجموع		
22	0.75	2.72	تجريبية	المجموع	
22	0.37	3.34	ضابطة		
44	0.66	3.03	المجموع		
11	0.14	2.85	تجريبية	قبلي	الثقة بالنفس
11	0.24	2.85	ضابطة		
22	0.19	2.85	المجموع		
11	0.13	2.88	تجريبية	بعدي	
11	0.28	2.69	ضابطة		
22	0.24	2.78	المجموع		
22	0.13	2.87	تجريبية	المجموع	
22	0.27	2.77	ضابطة		
44	0.22	2.82	المجموع		

جدول رقم (3-4)

نتائج مقياس المقارنات البعدية (Post pair wise comparisons) في مستويات الأعراض

النفسية عند النساء المعنفات قبل الارشاد الجماعي وبعده

مستوى الدلالة الإحصائية	الفروق في الأوساط	المقياس		المجال
*0.009	0.402	بعدي	قبلي	أعراض جسدية
*0.009	-0.402	قبلي	بعدي	
*0.003	0.495	بعدي	قبلي	وسواس

*0.003	-0.495	قبلي	بعدي	
*0.000	0.561	بعدي	قبلي	حساسية_ تفاعلية
*0.000	-0.561	قبلي	بعدي	
*0.000	0.650	بعدي	قبلي	الاكتئاب
*0.000	-0.650	قبلي	بعدي	
*0.001	0.536	بعدي	قبلي	القلق
*0.001	-0.536	قبلي	بعدي	
*0.000	0.630	بعدي	قبلي	البعء_ الإضافي
*0.000	-0.630	قبلي	بعدي	
*0.004	0.530	بعدي	قبلي	العدوان
*0.004	-0.530	قبلي	بعدي	
*0.001	0.656	بعدي	قبلي	الخوف
*0.001	-0.656	قبلي	بعدي	
*0.000	0.567	بعدي	قبلي	الأعراض_ النفسية
*0.000	-0.567	قبلي	بعدي	
0.298	0.066	بعدي	قبلي	الثقة بالنفس
0.298	-0.066	قبلي	بعدي	

* داله احصائيا عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) ودرجات حرية3.

الجدول السابق يوضح نتائج المقارنات البعدية الزوجية بين المقياسين القبلي والبعدي لأفراد العينة

لكل مجال من مجالات الدراسة ، والواضح أن جميع المقارنات الزوجية دالة بمستويات تتخفف

عن مستوى (0.05) كما يتضح من الجدول ، كما يتضح من خلال هذا الجدول أيضا ومن خلال جدول الأوساط الحسابية في الأسفل أن جميع قيم المقياس القبلي تزيد عن قيم المقياس البعدي مما يدل على أن هذه الأعراض النفسية جميعها تم تخفيفها بعد إجراء العلاج ، إلا عند مجال الثقة بالنفس والذي بقي مستواه لا يختلف اختلافا دالا قبل العلاج وبعده بمستوى دلالة أعلى من (0.05) مقداره (0.30) تقريبا .

جدول رقم (4-4)

الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لمستويات الأعراض النفسية عند النساء المعنفات قبل الارشاد الجماعي وبعده

الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	المقياس	المجال
0.10	3.27	قبلي	أعراض جسدية
0.10	2.87	بعدي	
0.11	3.20	قبلي	وسواس
0.11	2.70	بعدي	
0.10	3.39	قبلي	حساسية_تفاعلية
0.10	2.83	بعدي	
0.10	3.46	قبلي	الاكتئاب
0.10	2.81	بعدي	
0.11	3.30	قبلي	القلق
0.11	2.77	بعدي	
0.10	3.29	قبلي	البعد_الإضافي
0.10	2.66	بعدي	
0.12	3.23	قبلي	العدوان

0.12	2.70	بعدي	
0.13	3.13	قبلي	الخوف
0.13	2.47	بعدي	
0.09	3.31	قبلي	الأعراض_النفسية
0.09	2.75	بعدي	
0.04	2.85	قبلي	الثقة بالنفس
0.04	2.78	بعدي	

جدول رقم (4-5)

نتائج مقياس المقارنات البعدية (Post pair wise comparisons) في مستويات الأعراض

النفسية عند النساء المعنفات بين المجموعة التجريبية والضابطة

المجال	المقياس	الفروق في الأوساط	مستوى الدلالة الإحصائية
أعراض جسدية	تجريبية	-0.523	*0.001
	ضابطة	0.523	*0.001
وسواس	تجريبية	-0.626	*0.000
	ضابطة	0.626	*0.000
حساسية_تفاعلية	تجريبية	-0.601	*0.000
	ضابطة	0.601	*0.000
الاكتئاب	تجريبية	-0.692	*0.000
	ضابطة	0.692	*0.000
القلق	تجريبية	-0.636	*0.000
	ضابطة	0.636	*0.000
البعد_الإضافي	تجريبية	-0.487	*0.002
	ضابطة	0.487	*0.002
العدوان	تجريبية	-0.621	*0.001

*0.001	0.621	تجريبية	ضابطة	
*0.000	-0.734	ضابطة	تجريبية	الخوف
*0.000	0.734	تجريبية	ضابطة	
*0.000	-0.616	ضابطة	تجريبية	الأعراض_ النفسية
*0.000	0.616	تجريبية	ضابطة	
0.120	0.100	ضابطة	تجريبية	الثقة بالنفس
0.120	-0.100	تجريبية	ضابطة	

* داله احصائيا عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) وبدرجات حرية 3.

الجدول السابق يوضح نتائج المقارنات البعدية الزوجية بين المجموعتين التجريبية والضابطة لكل مجال من مجالات الدراسة، ويتضح أيضا هنا أن جميع المقارنات الزوجية دالة بمستويات تتخفف عن مستوى (0.05)، كما يتضح أيضا من خلال هذا الجدول و جدول الأوساط الحسابية في الأسفل أن جميع قيم المجموعة التجريبية تتخفف عن قيم المجموعة الضابطة مما يدل على أن هذه الأعراض النفسية جميعها تم تخفيفها بالنسبة للمجموعة التجريبية ، لكن عند مجال الثقة بالنفس فقد بقي المستوى لا يختلف اختلافا دالا بين المجموعتين التجريبية والضابطة بمستوى دلالة أعلى من (0.05) مقدار (0.12).

جدول رقم (4-6)

الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لمستويات الأعراض النفسية عند النساء المعنفات
للمجموعتين التجريبية والضابطة.

الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	المقياس	المجال
0.10	2.81	تجريبية	أعراض جسدية
0.10	3.33	ضابطة	
0.11	2.64	تجريبية	وسواس
0.11	3.26	ضابطة	
0.10	2.81	تجريبية	حساسية_ تفاعلية
0.10	3.41	ضابطة	
0.10	2.79	تجريبية	الاكتئاب
0.10	3.48	ضابطة	
0.11	2.72	تجريبية	القلق
0.11	3.35	ضابطة	
0.10	2.73	تجريبية	البعد_ الإضافي
0.10	3.22	ضابطة	
0.12	2.65	تجريبية	العدوان
0.12	3.27	ضابطة	
0.13	2.44	تجريبية	الخوف
0.13	3.17	ضابطة	
0.09	2.72	تجريبية	الأعراض_ النفسية
0.09	3.34	ضابطة	
0.04	2.87	تجريبية	الثقة بالنفس
0.04	2.77	ضابطة	

الفصل الخامس

الاستنتاجات التضمينات

1.5 المقدمة

2.5 النتائج الرئيسية

3.5 استنتاجات حول مشكلة البحث

4.5 توصيات لمزيد من البحث

الفصل الخامس

الاستنتاجات والتضمينات

1.6 المقدمة

سعت الدراسة الحالية الى معرفة أثر برنامج ارشادي لدى النساء المعنفات في محافظة الخليل، وقد تمكنت الباحثة من التوصل الى هدف الدراسة بعد تطبيق البرنامج الارشادي وتطبيق المقياسات وتحليل النتائج، وفيما يلي مناقشة نتائج الدراسة التي تم عرضها في الفصل السابق.

2.5 النتائج الرئيسية

نتائج الدراسة الرئيسية بناء على فرضة الدراسة الاتية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين المجموعة التجريبية

والمجموعة الضابطة وبين المقياس القبلي والمقياس البعدي في مستويات الأعراض النفسية

(الاكتئاب، والقلق، والفوبيا، والوسواس القهر والامراض الشبه جسمية، العدوان ، والحساسية التفاعلية، والبعد الاضافي حسب مقياس التسعين) ، عند تطبيق برنامج ارشاد جماعي لدى النساء المعنفات مراجعات المراكز الارشادية في محافظة الخليل.

وكانت النتيجة لاختبار هذه الفرضية كالتالي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (ألفا = 0.05) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستويات الأعراض النفسية عند النساء المعنفات بعد الارشاد الجماعي عند مجال الأعراض الجسدية والقلق والاكتئاب والخوف والعدوان والبعد الاضافي حسب مقياس التسعين والوسواس القهري حيث أن قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (0.00) أقل من (0.05) ، وقيمة (ف = 11.67) وهي دالة إحصائيا على وجود فروق أو اختلافات ، حيث كانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية مقابل المجموعة الضابطة ، حيث كانت الاوساط الحسابية عند مستوى هذه الأعراض بالنسبة للمجموعة الضابطة بوسط حسابي مقداره (3.41) بينما كان مستوى هذه الأعراض والتي تم تخفيفها بالنسبة للمجموعة التجريبية بوسط حسابي مقداره (2.33) بعد العلاج ، في حين لم يكن هناك فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل العلاج ، و في المحصلة اتضح أن مستوى هذه الأعراض بالنسبة للمجموعة الضابطة بوسط حسابي مقداره (3.33) بينما كان مستوى هذه الأعراض والتي تم تخفيفها بالنسبة للمجموعة التجريبية بوسط حسابي مقداره (2.81) .

حيث كانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية مقابل المجموعة الضابطة ، المجموعتين التجريبية والضابطة قبل العلاج ، و في المحصلة اتضح أن مستوى هذه الأعراض بالنسبة

للمجموعة الضابطة بوسط حسابي مقداره (3.34) بينما كان مستوى هذه الأعراض والتي تم تخفيفها بالنسبة للمجموعة التجريبية بوسط حسابي مقداره (2.72) .

اما مستوى ال دلالة الإحصائية عند مستوى الدلالة (ألفا = 0.05) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستوى الثقة بالنفس عند النساء المعنفات قبل الارشاد الجماعي وبعده حيث أن قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (0.14) أكبر من 0.05 ، وقيمة (ف = 1.96) وهي غير دالة إحصائيا على وجود فروق أو اختلافات بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل الارشاد الجماعي وبعده.

3.5 استنتاجات حول المشكلة

تؤكد هذه النتائج أثر البرنامج الارشادي على النساء المعنفات حيث انه تم رصد تغيير على جميع الاعراض النفسية التي يقيسها مقياس التسعين بين نتائج المجموعة التجريبية قبل وبعد الارشاد الجماعي الذي تم تطبيقه عليهن.

- حيث اتاح هذا البرنامج للنساء المشاركات بفرصة للتعبير عن مشاعرهن ومشاركتها مع باقي اعضاء المجموعة.

- وايضا ساعدت المجموعة على دعم النساء العضوات في المجموعة مما ساهم في زيادة

فاعلية وأثر البرنامج والذي بدوره ساهم في تخفيف الأعراض النفسية التي تعاني منها النساء المشاركات.

- كما ساهم هذا البرنامج بمساعدة المشاركات على معرفة خياراتهن البديلة وفحص جميع الخيارات التي يملكنها مما شجعهن على تبني بعض الطرق الفعالة في تخفيف القلق والتوتر الذي يعانين منه وذلك عن طريق تمارين الاسترخاء والتأمل والذي ساهم في تخفيف حدة الشعور بالضغط النفسي لديهن.

- ايضا زودهن بوسائل بديلة للتعامل مع الضغط ومحاولة تخفيفه وذلك من خلال التمارين والانشطة التي تضمنها البرنامج الارشادي مثل التمارين الرياضية و تمارين الاسترخاء و تمارين التأمل.....الخ.

- كما ان البرنامج العلاجي الارشادي ساعد النساء على اكتساب مهارات التواصل الفعال مع انفسهن مع الاشخاص الذين يتعاملن معهم خصوصا في موضوع العنف الموجهة ضدهن.

- كما أنه ساهم في تعليم النساء تحدي الافكار السلبية وتقوية وتعزيز الافكار الايجابية التي بدورها ادت الى مساعدتهن على تجاوز المشاعر السلبية نحو ذواتهن مما ساهم في التخفيف من حدة الاعراض النفسية التي يعانين منها.

- شمول البرنامج على مهارات نفسية انفعالية عقلية ساعدت النساء على التكيف السليم بشكل كبير مما ساعدهن على تكوين نظرة ايجابية مما ساعد على تخفيف حدة المشاعر التي يحملنها نتيجة العنف الاسري الذي يعانين منه.

- اضافة الى ذلك فإن الواجبات المنزلية والانشطة والتمارين الموجودة ضمن خطة التدخل النفسي ساعدت النساء على اكتشاف مواطن القوة والضعف فيهن مما ساعد على معرفة افضل لذواتهن مما عزز بدوره الايجابيات الموجودة وقواها وهذا ادى بدوره الى مساعدتهن على التفكير الايجابي .

- وقد لاحظت الباحثة أن تمارين الاسترخاء والتمارين الرياضية وتمارين التحدث الايجابي مع الذات قد لاقين استحسان المشاركات والذي كان له الأثر الكبير في مساعدتهن على تخفيف الأعراض النفسية عندهن.

- أيضا كان لطول فترة تطبيق البرنامج أثرا مهما في الوصول لهذه النتيجة حيث أنه كان هناك 13 لقاء بمعدل لقاء أسبوعيا بالاضافة الى لقاء التقييم مما ساعد على خروج النساء من الوضع النفسي السيء الذي كن فيه وذلك باتاحة فرصة مغادرتهن المنزل وعمل شي لانفسهن.

- وأيضا ساهمت الواجبات المنزلية باعطاء استمرارية لاثر البرنامج بعد اللقاء حيث ان التقييم قبل كل جلسه كان لصالح التغيير والاستفادة التي حدثت عند النساء.

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة كل دراسة الخضير (2008)، ودراسة أبو دليوح (2006)، دراسة السيلان (2003)، ودراسة كامبل (2005)، ودراسة شواهنة (2008) ، وقد بينت هذه الدراسات أن الذين يتلقون خدمات ارشادية يتحسنون بشكل ملحوظ مقارنة مع الذين لا يتلقون أي خدمات .

وأيضا اتفقت مع كل من الدراسات التالية و التي تناولت برامج ارشادية تم فحص فعاليتها يلاحظ أن معظم الدراسات اثبتت فعاليتها في علاج الأعراض النفسية مثل القلق والاكتئاب والأرق والغضب والدوران ، وخفض مستويات الضغط منها دراسة كامبل (2005)، ودراسة الشعراوي(2003) ودراسة الدسوفي (2003)، ودراسة السيلان(2003)، ودراسة جاكوب(2007).

كما أن نتائج هذه الدراسة اتفقت مع كل من الدراسات التالية بالنسبة لرصدها لبعض الاضطرابات النفسية والأمراض الجسمية الناتجة عن العنف ومن هذه الدراسات دراسة نشرتها مجلة الطب الأمريكية (2007) ، حيث بحثت في ارتباط الهموم الزوجية بالأمراض القلبية وأيضاً دراسة وايرز (2001) التي بحثت في ارتباط العنف الذي تتعرض له المرأة وهي طفلة بالاكئاب الذي يصيبها، ودراسة منظمة الصحة العالمية (2005) التي بحثت في موضوع العنف الذي يمارس ضد المرأة وعلاقته بالصحة، ودراسات أخرى أشارت إلى الارتباط بين العنف الزوجي وبعض الأعراض النفسية مثل القلق والكوابيس، والضغطات النفسية، ومشاكل في الجهاز الهضمي ومشاكل في الصحة، والأمراض السيكوسوماتية، منها دراسة ساندرس (1994) ودراسة باباليا (1994)، دراسة اوستن (1993) ،دراسة روتلج(1991)، ودراسة بينيس(2004)، ودراسة بوتزن(1993).

وهناك دراسات اهتمت بسمات المرأة المعنفة ومدى تأثير العنف على شخصية المرأة المعنفة، منها دراسة بنوك(2000) ، ودراسة رانتر (1992)، ودراسة نلسون(1992)، وهناك دراسات بحثت في موضوع العنف ضد المرأة وارتباطه بالصحة النفسية مثل دراسة صنصور (1995) ، ودراسة قوته (1994) ، ودراسة خميس(1998) ، ودراسة حسين(2009).

وهذا يشير إلى أنه لم يحدث أي تغيير على المجموعة الضابطة على نتائج المقياس القبلي والبعدي وذلك نظراً لعدم تلقي هذه المجموعة أي تدخل نفسي.

وبناء على ذلك تم قبول الفرضية التي تشير إلى أنه لا توجد فروق دالة احصائية بين متوسطات استجابة النساء على المقياس القبلي للمجموعة التجريبية الضابطة على حد سواء.

تعزو الباحثة عدم وجود اختلافات ذات دلالة احصائية الى ان النساء اللواتي يعشن في ظروف متشابهة يسودها العنف تعاني من ضغوطات نفسية بنفس المستوى.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من ساندورس (1994)، ودراسة باباليا (1994)، ودراسة اوستن وزملاءه(1993) حيث أشارت هذه الدراسات الى ان الزوجات التي يمارس ضدهن العنف ظهرت عليهن أعراض نفسية وبدنية عميقة ، مثل القلق والكوابيس .

- يتضح مما سبق وجود فروق دالة احصائيا بين نتائج المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على المقياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، وبناء على هذه النتيجة يتم رفض الفرضية بسبب وجود فروق ذات دلالة احصائية بين نتائج المجموعة التجريبية والضابطة على المقياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

- وتعزو الباحثة هذا التغيير الى الاثر الذي تركه الارشاد الجماعي على النساء المشاركات في المجموعة والتزامهن بحضور جميع اللقاءات مما حقق أكبر فائدة لهن والذي بدوره ساعدهن في تخفيف مستوى الأعراض النفسية التي يعانين منها.

- أيضا تعزو الباحثة هذا التغيير الى تحويل المجموعة الارشادية الى مجموعة مساندة لبعضهن ومساعدتهن لبعضهن في تخطي الاوقات الصعبة ويتمثل ذلك في تبادل الاتصالات والتواصل مع بعضهن خارج نطاق ووالوقت المنعقد للمجموعة الارشادية، أيضا تبادل الخبرات والتجارب التي حدثت مع النساء أثناء الجلسات ساهم في استفادتهن وتحقيق نتائج جيدة عند أعضاء المجموعة بسبب الدعم النفسي من قبل العضوات لبعضهن.

مما سبق يتضح بأن مستوى الثقة بالنفس بالنسبة للمبحوثات قبل الارشاد كان متوسطا بوسط حسابي مقداره (2.88) وانحراف معياري منخفض مقداره (0.13) دلالة على انخفاض التششت وزيادة التركيز في الآراء، وكذلك كان مستوى الثقة بالنفس للمبحوثات بعد الارشاد متوسطا بوسط حسابي مقداره (2.85) وانحراف معياري منخفض مقداره (0.14) دلالة على انخفاض التششت وزيادة التركيز في الآراء.

وبناء على هذه النتيجة تم قبول الفرضية بانه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الثقة بالنفس بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

- وتختلف هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات مثل دراسة ايجلر وناينتجال (1994) ، واللتين تناولتا موضوع تقدير الذات لدى النساء المعنفات والتي اثبتت انخفاض مستوى تقدير الذات لديهن، وأيضا اختلفت مع دراسة وولف وولف التي اشارت الى أن الصراعات وعدم الثقة بالنفس مرتبطة بالمرض القرحة والتي بدورها ترتبط بأنواع مختلفة من العنف الاسري، واختلفت ايضا مع نتائج دراسة رانتر (1990) والتي اشارت الى أن النساء المعنفات يتصفن بعدم احترام الذات.

- وترجع الباحثة السبب في عدم تغيير على مستوى الثقة بالنفس لدى النساء أن مستوى الثقة بالنفس لديهن متوسط منذ البداية فاي تغيير سوف يكون في حدود

المتوسط ولهذا السبب لم تتمكن الباحثة من رصد أي تغيير ذا دلالة احصائية على مستوى الثقة بالنفس.

- وتعزو الباحثة أسباب عدم تغيير مستويات الثقة بالنفس لدى المشاركات في المجموعة التجريبية أن مجتمع الخليل مجتمع يميل الى التدين وهذه النساء تؤمن بالقضاء والقدر وعندهن ايمان عميق بالله وهذا يساعد على الاحتفاظ بمستوى جيد من الثقة بالنفس بالرغم من المشاكل العميقة التي يواجهنها.

وأیضا هذه النساء اختبرن تجارب كثيرة مؤلمة وعميقة مثل "الحدرد" ومايتبعه من حرمان من الأبناء وتدخل العشائريين في حل هذه المشاكل مما ساعد على تقوية شخصياتهن واكسابهن ثقة بالنفس.

حيث أن الدراسة لم تثبت وجود أي فروق ذات دلالة احصائية على مستويات الثقة بالنفس بين المجموعة التجريبية والضابطة أو على نتيجة المقياس القبلي أو البعدي.

وبناء على ذلك تم قبول الفرضية ، وتعز الباحثة ذلك الى أن النساء المعنفات يعاني من نفس الاضطرابات والأعراض النفسية بنفس الدرجة .

وبناء على ذلك تم قبول الفرضية ، بأنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات الثقة بالنفس على نتائج المقياس البعدي بين المجموعتين.

وهذا يعني أن البرنامج المطبق لم يك له أي تأثير على درجات الثقة بالنفس لدى النساء المشاركات في البحث، سواء في المجموعة التجريبية أو الضابطة.

4.5 التوصيات

بناء على ماتوصلت اليه الدراسة من نتائج، خرجت الباحثة ببعض التوصيات والمقترحات التي تأمل ان تسهم في العمل على تطوير برامج ارشادية متخصصة بعلاج وارشاد النساء المعنفات والتي تراعي وتلبي احتياجاتهن ومتطلباتهن النفسية والاجتماعية، وهي كالاتي:

وقد قسمت الباحثة التوصيات حسب الجهة التي توجه لها التوصية وهي كالتالي
للاخصاءين النفسيين والاجتماعيين الذين يعملون في هذا المجال:

- ١ - تقترح الباحثة اتخاذ طريقة العلاج والارشاد الجماعي كاسلوب تتبناه المؤسسات التي تعمل مع المرأة وذلك لمساعدة اكبر عدد ممكن من النساء.
- ٢ -تقترح الباحثة بتطبيق البرامج التي اثبتت فعاليتها من قبل المؤسسات والمرشدين الذين يعملون في هذا المجال نظرا لفاعليته مثل هذه البرامج واثرها الايجابي على النساء المعنفات.
- ٣ -تشير الباحثة الى ضرورة تطوير برامج ارشاد جماعي من قبل المرشدين العاملين في هذا المجال وذلك نظرا لاثره الواح على النساء.
- ٤ -توصي الباحثة بضرورة تدريب المرشدين والاختصاصيين الذي يعملون مع حالات العنف على كيفية تطبيق وتنفيذ واعداد برامج الارشاد الجمعي.
- ٥ -توصي الباحثة بضرورة العمل على اعداد برامج للحد من الاثار السلبية للعنف الاسري على المرأة.
- ٦ -تقترح الباحثة تدريب المرشدين على معرفة وفهم طبيعة المرأة المعنفة واثار العنف على المرأة.
- ٧ - ضرورة النظر الى الاعراض النفسية التي تظهر لدى النساء المعنفات والاهتمام بها ووضع خطة لمساعدة النساء على التغلب على هذه الاعراض

توصيات لصانعي القرار:

- 1-توصي الباحثة بضرورة النظر الى مشكلة العنف ضد المرأة على انها مشكلة اجتماعية وليس مشكلة اسرية خاصة.
- 2- تقترح الباحثة عمل تقييم لكل البرامج الارشادية التي تطبق في المؤسسات التي تعمل مع النساء المعنفات وذلك لمعرفة مدى اسهامها في مساعدة النساء.

- 3- العمل على تشريع قوانين تحد من العنف ضد المرأة وتسهل تنفيذ هذه القوانين.
- 4- عمل حملات توعية بظاهرة العنف ضد النساء في فلسطين والتوعية بمخاطر العنف على الاسرة الفلسطينية.

توصيات للباحثين حيث تقترح الباحثة مايلي:

- 1- توصي الباحثة بتطبيق هذا البرنامج على مجموعات علاجية ارشادية اكبر لفحص مدى ملائمته للتعامل مع النساء المعنفات.
- 2- تقترح الباحثة تطبيق وتطوير برامج اخرى تتعامل مع الاعراض النفسية التي تظهر على النساء المعنفات.
- 3- توصي الباحثة بتطوير البرامج الجماعية في الارشاد والعلاج النفسي وتطوير العمل على دعم النساء من خلال العمل من امراة الى امراة"أي بناء المجموعات المساندة من امراة الى امراة" وهذا يعني تدريب نساء تعرضن لتجربة العنف على مساعدة نساء معنفات. توصي الباحثة بتطبيق البرنامج الارشادي على عينات اكبر، وتطبيقه على فئات اخرى ان امكن.
- 4- توصي الباحثة بضرورة البحث اكصر في مواضيع الثقة بالنفس لدى النساء المعنفات ومعرفة التأثيرات الحقيقية للعنف على مستوى الثقة بالنفس عند النساء الفلسطينيات المعنفات

المصادر والمراجع

المراجع باللغة العربية:

- ابراهيم، م. (1994): دراسة فعالية برنامج ارشادي عقلائي انفعالي في حل مشكلات المراهقة لدى طلاب المرحلة الثانوية، جامعة عين شمس، مصر.
- ابو حويج، م. (2006): المدخل الى علم النفس العام، دار اليازوردي العلمية للنشر والتوزيع. عمان، الاردن.
- ابو دلبوح. اسماء، (2008): الارشاد الجمعي فاعليته في خفض مستوى الغضب ، دار اليازوردي العلمية للنشر.
- أبو زيد. مدحت (2002): العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية ، الجزء الاول، دار المعرفة الجامعية الاسكندرية، مصر.
- بحيري ، ع. (1984): قائمة مراجعة الاعراض التسعين . الطبعة الاولى، مكتبة النهضة المصري اسيوط.
- بني عودة، غ. (كانون اول.2004): "حقائق في الظل". عين، ص ص 3-5.

- الجريبي، ا. (شباط 2007): **العنف ضد المرأة بين الواقع والمطلوب**. عرض لمؤتمر الصحة النفسية في فلسطين "واقع وتحديات". جامعة بير زيت.

- الحاج يحيى، م. (1992): **ضرب النساء يكرس القهر والتخلف الاجتماعي** ، دراسة تحليلية، مركز بيسان للبحوث والانماء، رام الله - فلسطين.

- الحاج يحيى، م، ابو دحوق، ج، كتاب، أ. (1995): **المرأة الفلسطينية وبعض قضايا العنف الأسري - تحليل اجتماعي لبعض ظواهر العنف الموجه ضد المرأة** ، مركز بيسان للبحوث والانماء، رام الله - فلسطين.

- الحجاوي، ع . (2004): **موسوعة الطب النفسي**، الطبعة الأولى، دار أسامة للنشر، عمان.

- حسين، ط. (2004): **الارشاد النفسي، النظرية التطبيق التكنولوجيا** ، الطبعة الاولى، دار الفكر ، عمان.

- حسين، ط. (2007): **استراتيجية ادارة الغضب والعدوان**، الطبعة الاولى، دار الفكر عمان

- حسين، ع. (2009): **اثر العنف الاسري على الصحة النفسية للمرأة في القدس الشرقية** رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة القدس.

- حسن، ه. (2003): **الاساءة الى المرأة**، مكتبة الانجلو المصرية.

- الحمداني م.م. وآخرون. (2006): **مناهج البحث العلمي** ، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الاردن.
- الحواتي، م. (2001): **الندوة الوطنية حول العنف ضد النساء وخصوصيته في الثقافة اليمنية**.
- الخواج، ع.(2002): **الارشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق** ، الطبعة الاولى،الدار الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع عمان.
- الخولي، م. (2006): **العنف في مواقف الحياة اليومية نطاقات وتفاعلات** ، الاسراء للطبع والنشر والتوزيع، القاهرة.
- الخولي، م.(2008) : **العنف في مواقف الحياة اليومية** ، مكتبة الانجلو المصرية ،ط1.
- قناوي، ش.(2002): **نحو تفسير اليات العنف في المجتمع المصري** ،رؤية سيكولوجية ، حولية كلية الانسانيات والعلوم الاجتماعية، عدد 19
- ديروجاتس ، ليونارد، رونالد س.ليبمان ولينو كوفي(1984): **قائمة مراجعة الاعراض** . ترجمة: عبد الرقيب البحيري. القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية.
- راغب.ن. (2003) **اخطر مشكلات الشباب**، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع،القاهرة.

- الرفاعي ، ن.(1981): الصحة النفسية، دراسات في سيكولوجية التكيف .الطبعة الخامسة.
- زبدة، ع.(2005): العنف ضد المرأة في محافظة طولكرم.
- زهران، ح.(1997): الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثالثة ، عالم الكتب، القاهرة.
- الزيود، ن. (1998): نظريات الارشاد والعلاج النفسي، دار الفكر، عمان.
- السفاسفة، م.(1998): نظريات الارشاد والعلاج النفسي، دار الفكر عمان.
- سنيورة، ر.(2003) :.تقرير حول وضعية المرأة الفلسطينية.منشورات مفتاح.مجلد2
- صندوق، ر.(2003): دراسات وتقارير حول وضعية المرأة الفلسطينية ،مجلد 1 .منشورات مفتاح.
- صنعاء ، (2004) مكتب منظمة الهجرة الدولية. وزارة شؤون المغتربين .
- طه ،م.(2005): موسوعة علم النفس.

العزة،س. عبد الهادي،ج.(1999): نظريات الارشاد والعلاج النفسي،مكتبة دار الثقافة

- عفانة، ع. قوته،س. السراج، ا.(2003): الصحة العقلية وحاجات وتحديات المستقبل في فلسطين.

- عكاشة، أ. (2003) : الطب النفسي المعاصر . مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

- عبد الرحمن، علي (2006) العنف والعنف الأسري الأسباب والعلاج، مكتبة النجلو المصرية ، ط1.

- عبد السلام ،ن.(2002): فاعلية برنامج ارشادي عقلائي انفعالي في تعديل الاتجاهات نحو

تنظيم الاسرة. جامعة عين شمس، مصر.

- عبد القادر، أ . (1997) : فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى العدوانية

لدى عينة من المراهقين، مجلة كلية التربية، 28ن صص 173-218.

- عبد الوهاب،ل،(1994) العنف الاسري ، الجريمة والعنف ضد المرأة نبيروت، دار المدى للثقافة

والنشر.

- العواودة، أ،(2002): العنف ضد الزوجة في المجتمع الاردني، دار الفجر ، اريد.

- العواودة، أ. (2007) : العنف ضد المرأة في القطاع الصحي، دار الفجر ، اريد.

- فهميم،ك.(2007): رعاية النساء ضحايا العنف، مكتبة الانجلو المصرية، ط 1
- عودة.أ،مكاوي.ف،(1992): أساسيات البحث العلمي ، مكتبة كناني الأردن.
- فلسطين، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2005) : مسح العنف الاسري - النتائج
الاساسية. دار النشر والتوثيق رام الله.
- فلسطين، مركز شؤون المرأة، (2001) : العنف العائلي ضد النساء في قطاع غزة . مركز شؤون
المرأة . غزة.
- مناصرة، ن.(2003): مفهوم الذات لدى النساء الفلسطينيات. رسالة دكتوراه غير منشورة.
- ملحم،س.(2007): مبادئ التوجيه والارشاد النفسي. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط 1 .
- المصري، إ.(2004):.العنف ضد المرأة.جمعية المرأة العاملة.
- مركز بيسان .(2005): دليل تدريبي للنساء ضحايا العنف الأسري.

- مركز الديمقراطية وحل النزاعات (2005): دليل تدريبي للتعامل مع النساء ضحايا العنف الأسري ، رام الله- فلسطين.

- المنسي ، ك.(2001):العنف العائلي ضد النساء في قطاع غزة.مركز شؤون المرأة.

- معتوق، ج. (1993): وجوه من العنف ضد النساء خارج بيوتهن، الجزائر.

-مليكه،ك.(2001):العنف العائلي ضد النساء في قطاع غزة، مركز شون المرأة

- ملحم،س،(2001) : الارشاد والعلاج النفسي الاسس النظرية والتطبيقية ، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.

- مراد،ع. (2000) : المعجم القانوني ، الكرنك للكمبيوتر للنشر والتوزيع ، الاسكندرية.

- موسى ، ع. (1992): دراسات في علم النفس المرضي/ سيكولوجية الفروق بين الجنسين . الناشر مؤسسة المختار ودار عالم المعرفة.

- منظمة الصحة العالمية/ المكتب الاقليمي لشرق المتوسط . (1999): المراجعة العاشرة للتصنيف

الدولي للأمراض / تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية/ الاوصاف السريرية(الكلينيكية)

والدلائل الإرشادية التشخيصية . اعدت الترجمة العربية وحدة الطب النفسي بكلية الطب بجامعة

عين شمس . بالقاهرة باشراف الدكتور احمد عكاشة.

المراجع باللغة الانجليزية:

- Haj ihya , (2003): The approach of Palestinian physicians toward wife abuse, Bessan center, ramalla

-Corey.marianne.groups process and practice.sevnth edition.

-Kanel.K.(2004): **Aguide to crisis intrevention** . third edition. Thomson brooks.

- Mullender, A. (1996): **Rethinking domestic violence**. The social work and probation response.london, routledge

- Derogatis,L.R.(1977): **Manual for the Symptom check-list-90**, Revised. Baltimore : John Hopkins University of Medicine.

- (1992): **The ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders** . Diagnostic criteria for resarch W HO- Geneva.

- World Health Organization . (2009):World report -

- Copel, L. (2000): **Psychiatric and mental health care**, sconded edition .Springhouse corporation, U.S.A. wade, Andrew.

- Attorney, R. (1989): **Generals family violence Task Force, Pennsylvania. Domestic Violence** . A Model Protocol for police Response. Harrisburg, PA.

- Isaace, Ann (2001): **Mental Health and Psychiatric Nursing** . third edition . Lippincott Williams and wilkins, U.S.A.

- Rokeach, M. (2002): **The Open Ane Closed Mind**, New York . Basic Books.

- Nachmias. C, Nachmias.D, **Research Methods in Social Scienes** . fifth edition.New York .

-Nichols,M.Schwartz,R.(2006): Family Therapy.seventh edition.

-Gondolf w., R.Fishe, (1988): "battered women as survivors:An Alternative to treating learned helplessness,by r.lexington MA: Lexington books

المراجع من الانترنت

[http://www."c2001 john wiley&sons,Inc.Res Nurs Health"](http://www.)

<http://www.ojp.usdoj.gov/nij>

[http://www .the colompia encyclopidia.\(2007\).](http://www.the.colompia encyclopidia.(2007).)

[http: // www : drbalternatives , com](http://www : drbalternatives , com) (2008)

[http: // www.dralhuthail.com,\(2007\) .](http://www.dralhuthail.com,(2007) .)

<http://www Journal of the New Zealand Medical Association, 26-November-2004, Vol 117no 1206>

<http://www.nursinglibrary.org/Portal/Main.aspx?PageID=4001>

<http://www.karamah.org/arabic/docs/yellow.doc>

- أمان - http://www.amanjordan.org/aman_studies مركز الدراسات

<http://www.islamyoon.islamonline.net>

http://www.amanjordan.org/pages/index.php/news/arab_news/4336.html

<http://www.syria4arab.com%2Fforums%2Findex.php>

http://www.scw.gov.bh/tmp_home.asp?action

<http://www.cbtarabia.com/?action=showSection&id=27>

<http://www.cbtarabia.com/index.php?action=showMaqal&id=102>

[/http://www.cbtarabia.com](http://www.cbtarabia.com)

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19074978?dopt=Abstract>

[www.Arabic Media Internet Network 1996 -2006](http://www.ArabicMediaInternetNetwork.com)

www.womenGatewa.com

www.aman.com

الملاحق

ارتأت الباحثة تخصيص باب لعرض ملاحق الدراسة في نهاية البحث وذلك نتيجة لتعدد الادوات في الدراسة الحالية وكبر حجمها، وذلك لتجنب حشو الدراسة بهذه الادوات، وقد فضلت الباحثة عرضها في نهاية البحث مما يساعد قارئ الرسالة والطلاب الاخرين الذين من الممكن ان تساعدهم هذه الاوادت في دراساتهم لذلك تم عرضها في اخر الدراسة.

وسيتم عرضها بالترتيب كما تم تطبيقها بما يتناسب مع اجراءات الدراسة الحالية وهي كالآتي:

الملحق رقم "1":مقدمة عن برنامج المجموعة الارشادية.

الملحق رقم " 2" برنامج المجموعة الارشادية: وهو يصف بشكل تفصيلي مجريات الجلسات الارشادية. والتي تم تطبيقه على مجموعة تجريبية قبل مجموعة البحث.

الملحق رقم "3": نموذج الموافقة للمشاركة في المجموعة الارشادية.

الملحق رقم "4": استمارة البحث.

الملحق رقم " 5" : نتائج تحليل المجموعة التجريبية، جدول توزيع افراد العينة حسب المتغيرات المستقلة.

الملحق رقم " 6 " : نتائج تحليل المجموعة الضابطة، جدول توزيع افراد العينة حسب المتغيرات

المستقلة.

الملحق رقم (1)

مقدمة برنامج المجموعة الارشادية:

مقدمة عن البرنامج: البرنامج يعتمد على المنهج العقلاني المعرفي في التدخل النفسي مع النساء اللواتي يتعرضن لظروف نفسية ضاغطة.

تنفيذ البرنامج:

سوف يتم تنفيذ البرنامج مع النساء بالاضافة الى مرشدة نفسية.

أهداف التدخل النفسي:

- تقديم نموذج للنساء يساعدهن على فهم مشاعرهن وسلوكهن الناتج عن تعرضهن لاحداث نفسية صعبة ومساعدتهن على مواجهة هذه الظروف بطريقة توافقية
- مساعدتهن لاكتشاف مصادر الدعم لديهن
- مساعدتهن على بناء الثقة بذاتهن وتحسين مناعتهن النفسية
- الكشف عن النساء اللواتي تحت خطر الإصابة بالاضطراب النفسي الناتج عن الضغوطات والأزمات التي يتعرضن لها.

محتويات اللقاءات "الجلسات الارشادية".

سوف تحتوي خطة الجلسات الارشادية على مايلي:

- الأهداف للقاء

- خطة اللقاء

- اجراءات تنفيذ اللقاء

- استراحة

انشطة اللقاء

- المواد المستخدمة لتنفيذ انشطة اللقاء

- منفذة اللقاء

- العمل الذاتي "واجبات منزلية".

طبيعة اللقاءات:

سوف تحتوي اللقاءات على المواضيع التالية:

- التنشيط : هو عبارة عن تمرين بسيط وخطواته سهلة الهدف منه تحضير المشاركات للجلسة

الارشادية، وهذا التمرين مختلف لكل جلسة حسب الموضوع الذي يعالج في الجلسة أو القضية

المطروحة.

- تمرين من خلال خبرات المشاركات: وهذه الفعالية الرئيسية لكل جلسة وهي مختلفة حسب

الموضوع في كل جلسة، وهذا النشاط يكون ذا طابع حسي أو حركي أو عاطفي أو ذهني معرفي .

- التثقيف النفسي: في كل جلسة سوف يتم تغطية مواضيع مختلفة تتعلق بالأزمات مثل الضغط

النفسي وتأثير الصدمات... الخ"والهدف من ذلك زيادة معرفة النساء بموضوع الضغط النفسي

وتأثيره عليهن وكيفية التحكم به.

- تعليم مهارات: يتم في كل لقاء تعليم مهارة جديدة ولزيادة فعالية هذه المهارة سوف يتم الطلب منهن التدريب على هذه المهارة في البيت.
- ختام اللقاء: ينتهي كل لقاء بتمرين بسيط يساعدهن على الهدوء النفسي "مثل تمارين الاسترخاء".

- العمل الذاتي: سوف يتم الطلب منهن التدريب على المهارات التي تعلمنها من خلال اللقاء التدريب عليها في المنزل.

محتويات اللقاءات: طبيعة المشاكل التي سوف تعالجها هذه اللقاءات:
اللقاءات لهذه المجموعة عبارة عن 13 لقاء تناقش المواضيع التالية:

- تعريف بالضغط النفسي وتأثيره
- تقوية اساليب التكيف الخاصة بالنساء
- معرفة جسمك من خلال معرفة نقاط القوة والضعف وأماكن التعرض للضغط في الجسم
- معرفة المشاعر وربطها بالسوك
- السيطرة على العواطف من خلال العقل
- التعامل مع الغضب
- التعامل مع المخاوف
- التكيف مع الحزن والفقدان
- تحويل الازمة الى فرصة
- تقوية "تقدير الذات"
- بناء نظام الدعم الاجتماعي

- البحث عن مستقبل افضل من خلال النظرة الايجابية للمستقبل

ملحق رقم(2)

برنامج المجموعة الارشادية:

اللقاء الاول:

عنوان اللقاء: تعارف ،تمرين عقارب الساعة

مدة اللقاء : ساعتين

الأهداف:

- التعارف بين افراد المجموعة الارشادية بما فيهم المرشد
- تعريف بالبرنامج والهدف منه واهميته بالنسبة لهن
- أن يتم وضع قوانين للجلسات
- أن يتم تحديد عدد اللقاءات ومواعيدها.

أنشطة اللقاء:

- تعارف بين المشاركات والمرشدة
- توضيح الأهداف الخاصة بالبرنامج
- التعرف على توقعات المشاركات
- تحديد اوقات المجموعة والأيام

تنفيذ اللقاء: نشاط كسر الجليد "التعارف" .

اللقاء الثاني :

عنوان اللقاء:مقدمة وتعريف بالضغط النفسي

مدة اللقاء: ساعتين

أهداف اللقاء:

- ١ - ايجاد جو وبيئة آمنة وداعمة بين المشاركات
- ٢ - اكتشاف مفاهيم النساء تجاه الضغوطات
- ٣ - اكسابهن معرفة حول أنواع وأشكال الضغوطات النفسية والتعرف على تاثيراتها
- ٤ - تعلم مهارة مراقبة الذات وفحص مستوى الضغط النفسي

الخطوة:

10-10:20 تمرين التحمية ، الضغوطات اليومية.كل مشاركة تطرح على المجموعة 3 اشياء تحدث معها في

حياتها اليومية تسبب لها الضغط والتوتر

10:20-11:20 تثقيف نفسي، التفريق بين الضغط اليومي والصدمة والضغط النفسي من خلال نقاش وعصف

ذهني مع المجموعة.

11:30-11:20 استراحة قصيرة

11:30-11:50 تمرين استرخاء وفحص الضغط الذاتي

11:50-12 تقويم للقاء

اللقاء الثالث:

عنوان اللقاء: تقوية شخصيتك بالتكيف

مدة اللقاء: ساعتين

أهداف اللقاء:

- تقوية الاحساس بالامان والترابط في المجموعة

- استكشاف الطرق التي تتكيف بها النساء

- اكسابهن المعرفة بالتكيف مع الضغط

الخطة:

11-10 تمرين التحمية وهو عبارة عن تمرين يطلب من المشاركات غمض عيونهن ومقياس وضع خيالي ومن

ثم ملاحظة تنفسهن ووضعهن الجسم بعد ذلك يتم توجيههن لتذكر ضغوطات من الماضي بحيث

تكون متوسطة او صعبة ، ويتم بعد ذلك توجيههن للاحساس بالمشاعر التي رافقت الوضع النفسي

ذلك.

بعد ذلك يطلب منهن التعبير عن مشاعرهن من خلال الرسم المكان الامن بالنسبة لهن.

11-15 استراحة

11:15 - 11:45 تلخيص للنشاط السابق والثناء على تفاعل المجموعة

12-11:45 التوعية باساليب التكيف الصحة التي من الممكن اتباعها

12:10-12 تقييم

اللقاء الرابع:

عنوان اللقاء: فهم ما يجري في الجسم

مدة اللقاء: ساعتين

أهداف اللقاء:

- تطوير فهم واحساس بالجسم وما يحصل فيه
- معرفة التفاعلات الجسمية الناتجة عن الضغط
- اكتساب مهارات تنظيم نشاط الجسم بما فيها التنفس والاسترخاء

خطة اللقاء:

10:30-10:30 تمرين رسم الجسم "نقاط القوة والضعف في الجسم"

11-10:30 نقاش حول الرسومات

11-11:15 استراحة

11:45-11:15 تثقيف نفسي عن تأثير الضغط النفسي على الفرد

12-11:45 تقييم وانهاء

اللقاء الخامس:

عنوانه: اعرف مشاعرك واحاسيسك

المده: ساعة ونصف

أهداف اللقاء:

- كيفية ترجمة الاحاسيس الى مشاعر
- تحسين طرق التعبير عن المشاعر
- اكتساب مهرة الاسترخاء العضلي وتعلم كيفية ربط الاحساس الجسمي بالعواطف والاحاسيس.

الخطة:

10-10:20 تمرين التحمية "تمرين المشاعر"

10:20-10:40 تثقيف نفسي لتوضيح دور المشاعر في تطوير الانساس من خلال مناقشة مع المجموعة

10:40-11 تمرين استرخاء عضلي

11-11:15 استراحة

11:15-11:30 تقييم

اللقاء السادس:

عنوان اللقاء:السيطرة على مشاعرك من خلال عقلك

مدة اللقاء:ساعتين

أهداف اللقاء:

- تعلم تحدي الافكار السلبية
- تعلم التفكير الايجابي
- أن يصبح لدى المشاركات وعي عن كيفية تأثير التفكير على السلوك

الخطة:

10-15:10 تمرين احماء

11-10:15 يطلب من المشاركات ان يخترن مجموعة من الخبرات السلبية ويتحدثن بها بشكل زوجي، ويطلب

منهن طرح افكار بديلة ايجابية لتلك الخبرات السلبية.

11-15:11 استراحة

11:30-11:15 نقاش جماعي لمحتوى التمرين السابق

11:45-11:30 تثقيف نفسي عن كيفية سيطرة التفكير السلبي على العقل وطرح كيف نستطيع استبدال التفكير

السلبي بالتفكير الايجابي

11:55-11:45 تمرين انهاء "يقف المشاركون في دائرة وتحدث كل مشاركة عن نفسها بجمل ايجابية"

12-11:55 تقييم

اللقاء السابع :

عنوان اللقاء: التعامل مع الغضب

مدة اللقاء: ساعتين

أهداف اللقاء:

- تمييز الغضب ودرجاته

- تعلم كيفية التعبير عن الغضب

- اكتساب اسلوب التحكم وادارة الغضب

الخطة:

10:15-10 تمرين احماء "تمرين نعم -لا" او الصراخ

11-10:15 لعب ادوار بين المشاركات حول احداث تؤدي الى الغضب

بعد ذلك نقاش حول مشاعر الغضب التي ظهرت من خلال التمرين السابق

11-11:15 استراحة

11:40-11:15 تثقيف نفسي حول اساليب ادارة الغضب ويتضمن اسلوب الاسترخاء والحديث مع الذات.

11:50-11:40 تمرين استرخاء

12-11:50 تقييم

اللقاء الثامن:

عنوان اللقاء: التعامل مع الخوف

مدته: ساعتين

الأهداف:

الاعتراف بالخوف ومشاركة الآخرين به

- تعليم التمييز بين الخوف والقلق

الخطة:

10-15:10 تمرين احماء "تمرين المشاعر"

11-10:15 تمرين رسم عن الخوف والمكان الذي يشعرون به بالامن والحماية

11-11:15 استراحة

11:45-11:15 تثقيف حول دور الخوف في حماية الانسان والتفريق بين الخوف الطبيعي

المنطقي والقلق

11:55-11:45 تمرين انتهاء "دائرة الامان"

12-11:55 تقييم

اللقاء التاسع:

عنوان اللقاء:التكيف مع الحزن والفقدان

مدته: ساعتين

الأهداف:

- التعبير عن مشاعر الحزن والفقدان

- تعلم طلب المساعدة من الاخرين

-اكتساب مهارات للتكيف مع الالم والوحدة

الخطة:

10-10:45 تمرين "البطاقة" وهو عبارة عن كتابة رسالة للفقيد والرد عليها

11-10:45 نقاش حول التمرين

11-11:15 استراحة

11:15-11:40 تثقيف نفسي عن الحزن ومراحله

11:40-11:55 تمرين انهاء "الملاك الحارس"

12-11:55 انهاء

اللقاء العاشر:

عنوانه " تحويل الازمة الى فرصة

مدته: ساعتين

الأهداف:

- تطوير نظره ايجابية للحياة
- اكتساب مهارة اعادة تشكيل الافكار

الخطة:

10-10:15 تمرين تجاوز القيود "قصة نجاح

11-10:15 درس ايجابي "خبرة شخصية"

11-11:15 استراحة

11:15-11:45 عرض ماده حول تاثير الافكار الايجابية على حياتنا ونقاشها مع المجموعة

11:45-11:55 تمرين انها "هدية"

12-11:55 تقييم

اللقاء الحادي عشر:

عنوان اللقاء: تقوية مفهوم واحترام الذات

مدته : ساعتين

الأهداف:

- أن تصبح المشاركات مدركات وواعيات لصورتهم عن انفسهن ومفهومهن لذواتهن
- أن تتعرف المشاركات على المصادر التي أثرت على تقييمها لنفسها
- تعليم توكيد الذات

الخطة:

10-10:20 تمرين ارسم نفسك

10:20 - 10:50 رسم الذات "نقاط القوة والضعف"

10:50-11:5 استراحة

11:5-11:35 نقاش مع المجموعة حول مصادر معرفة المشاركات وفكرتهن عن انفسهن

11:35-11:50 التدريب على المهارات التوكيدية من خلال تمرين "المجاملات" مع المجموعة

11:50-12 تقييم

اللقاء الثاني عشر:

عنوانه : بناء مصادر الدعم الاجتماعي

مدته: ساعتين

الأهداف:

- التعرف على أهمية بناء علاقات اجتماعية
- فهم العلاقات الاجتماعية
- وضع خطة لتحسين العلاقات الاجتماعية
- تطوير مهارات الحصول على الدعم الاجتماعي وتقديمه للآخرين

الخطوة:

- 10-10:20 تمرين الشجرة في مهب الريح "عمل جماعي"
- 11-10:20 تمرين رسم النواة الاجتماعية التي عيش فيها ومشاركتها داخل المجموعة
- 11-11:15 استراحة
- 11:15-11:45 تثقيف حول أهمية بناء علاقات اجتماعية وكيفية تكون علاقات اجتماعية جيدة
- 11:45-11:55 تمرين انهاء
- 11:55-12 تقييم

اللقاء الثالث عشر:

عنوانه: البحث عن مستقبل افضل

مدته: ساعتين

الأهداف:

تطوير مفهوم ايجابي للمستقبل

-تشجيع النظرة المتفائلة

-تقييم البرنامج وما تعلمنا من خلال الجلسات

الخطة:

10-10:20 تمرين ما احتاجه في مدينة احلامي

11-10:20 تمرين رسم جماعي للقريه النموذجية

11-11:15 استراحة

11:15-11:45 تلخيص تجربة المجموعة بالرسم والتحدث عن ايجابيات البرنامج وما تعلمنه من

خلال اللقاءات

12-11:45 تمرين انهاء " الكرة"

الملحق رقم (3)

نموذج الموافقة للمشاركة في المجموعة العلاجية.

السيدة المشاركة في المجموعة العلاجية، تقوم الطالبة جميلة دودين مع مركز المرأة للإرشاد القانوني والاجتماعي بعمل مجموعة علاجية لنساء معنفات وسوف تخدم هذه المجموعة أغراض بحثية، كمتطلب للحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية، والغرض من هذه الدراسة معرفة مدى تأثير الإرشاد الجماعي حسب النظرية المعرفية على النساء اللواتي يعانين من عنف داخل الأسرة، حيث تقيس هذه الدراسة مدى ملائمة هذا النموذج من العلاج للنساء المعنفات.

إذا كنت موافقة على المشاركة في هذه المجموعة نعلمكم بأن البرنامج سوف يستمر كاقصى حد مدة (12) أسبوع واول مدة قد تصل الى (8) اسابيع بمعدل لقاء واحد كل أسبوع لمدة ساعتين تقريبا.

وهذا يتوقف على مدى الالتزام بسير المجموعة ، علما بان الاشتراك في المجموعة لايتطلب رسوما مالية من المشاركات "اشتراك مجاني" علما بان المواصلات مكفولة من قبل المركز

وأیضا نعلمكن انه بموجب اخلاقيات المهنة نضمن المحافظة على سرية المعلومات. وسرية

اعضاء المجموعة.

الاشترك في هذه المجموعة يتطلب عدم وجود أي من النساء في علاج اخر مكمل او بديل

على مدى الاسابيع التي تكون المجموعة مستمرة فيها.

مع العلم ان الباحثة لاتضمن ان تستفيد جميع النساء من البرنامج بنفس الدرجة، ولكن

مركز المرأة للارشاد القانوني والاجتماعي يضمن تقديم المساعدة التي تحتاج اليها النساء بعد

الانهاء من المجموعة العلاجية.او تحويلها الى المؤسسات التي تستطيع المساعدة.

اذا كنت سيدتي ترغيبين بالمشاركة ارجو التوقيع.....

الملحق رقم (4)

استمارة البحث

بسم الله الرحمن الرحيم

عزيزتي.....

هذه الدراسة تهدف للتعرف على بعض القضايا الخاصة بك. حيث تقوم الباحثة بهذا البحث استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية والمجتمعية من جامعة القدس.

تتكون هه الاستمارة من جزأين؛ الجزء الاول يتناول المعلومات الشخصية والاولية. اما الجزء الثاني يتكون من مجموعتين من الفقرات يتم الاجابة عليها بوضع علامة "x" تحت الاجابة التي تناسبك. علما باننا نضمن سرية المعلومات وسوف تستخدم هذه المعلومات لاغراض البحث العلمي فقط.

وشكرا لحسن تعاونكن

الباحثة:

جميلة دودين

استمارة بحث

البيانات الديمغرافية

رقم الاستمارة _____

تاريخ جمع المعلومات _____

البيانات:

١. العمر (بالسنوات).....

٢. مكان السكن؟ (الرجاء اختيار إجابة واحدة)

أ. مدينة/ بلدة

ب. قرية

ج. مخيم

نعم..... حدي

٣. هل تلقيت خدمة إرشاد نفسي سابقة؟ لا

1- استشارة نفسية

2- علاج جماعي

3- جلسات فردية

نعم..... حدي

٤. هل تلقين خدمة إرشاد نفسي حالياً؟ لا

1- استشارة نفسية

2- علاج جماعي

3- جلسات فردية

مقياس Derogatis L.SCL.90-R

تعليمات:

أمامك قائمة الصعوبات والاعراض التي يعاني منها الناس احيانا. طالعني بتمعن كل جملة من الجمل التالية ثم اختاري رقما واحدا من الاقام حسب الدليل المذكور ادناه والذي يصف مدى وحجم المعاناة والضييق التي تسببها لك المشكلة خلال السبعة ايام الاخيرة بما فيها اليوم، الرجاء وضع الرقم في المربع المقابل لكل جملة والاجابة على كل الجمل. في حالة تغيير رأيك اشطبي الاجابة الاولى جيدا وضعي الاجابة المناسبة قبل الانتقال الى جملة اخرى، اقرء المثال المعطى امامك قبل البدء بالاجابة، اذا كانت لديك اسئلة يمكنك السؤال عليها قبل البدء بالاجابة.

دليل الاجابة:

دليل الاجابة :

صفر = لا يضايقني بالمرّة

1 = بعض الشكوى

2 = احيانا

3 = كثيرا

4 = يضايقني جدا

مثال :

الى أي مدى يضايقك أوجاع في الجسم

صفر = لا يضايقني بالمرّة

1 = بعض الشكوى

2 = احيانا

3 = كثيرا

4 = يضايقني جدا

الرقم	الاعراض	لا	بعض	احيانا	كثيرا	يضايقني
		لا يضايقني بالمرّة (صفر)	الشكوى (1)	(2)	(3)	جدا (4)
1	أوجاع في الراس أو صداع					
2	نرفزة أو اضطراب في داخل الجسم					
3	وجود افكار أو خواطر مزعجة في ذهنك لا تستطيع /ين التخلص منها					
4	الشعور بالاعياء أو الاغماء أو الدوخه					
5	فقدان الاهتمام بالمواضيع والقضايا الجنسية					
6	انتقادك للآخرين					
7	التكبريان شخصا ما يسيطر على افكارك					
8	اللقاء اللوم على الاخرين في معظم متاعبك وبانهم					

					مسؤولون عن معظم مشاكلك	
					الصعوبه في تذكر الاشياء	9
					القلق من أنك لا تهتم / ين باداء اعمالك اوانك لا مبالي	10
					الشعور بسرعه المضايقه والاستثاره (والاستفزاز)	11
					الاحساس بألام في القلب أو الصدر	12
					الشعور بالخوف في الاماكن المفتوحه أو في الشوارع	13
					الشعور بالخمول والكسل او قله النشاط	14
					التفكير في انهاء حياتك والانتحار	15
					سماع اصوات لا يسمعها الاخرون	16
					الارتجاف (رجة)	17
					الشعور بعدم الثقة في معظم الناس	18
					ضعف الشهيه للطعام	19
					البكاء بسهوله (بسرعه)	20
					الشعور بالخجل وعم الراحة بوجود الجنس الاخر	21
					الشعور بانك محبوس او مقيد الحركه ومحاصر	22
					رعب وخوف مفاجى بدون سبب	23
					ثورات مزاجيه لايمكنك السيطرة عليها تتفجراين غضبا دون القدره على السيطرة على نفسك	24
					الخوف من الخروج لوحدك من المنزل	25

					لوم نفسك على الأحداث التي تمر بك	26
					الاحساس بالام اسفل الظهر	27
					الشعور بمعوقات في تنفيذ الأشياء	28
					الاحساس بالوحده	29
					الشعور بالحزن	30
					القلق والتفكير بما يجري بصورة مبالغ فيها	31
					الشعور بعدم الاهتمام بما حولك	32
					الشعور بالخوف	33
					الاحساس بأن مشاعرك يمكن أن تجرح بسهولة وأنتك سريع/ة التأثر	34
					الاعتقاد بأن الاخرون يطلعون على أفكارك الخاصه	35
					الشعور بان الاخرين لايفهمونك ولا يتعاطفون معك	36
					الشعور بعدم صداقه الناس لك أو أنهم لا يحبونك ويرفضوك	37
					الاضطرار الى أداء اعمالك ببطء شديد حتى تتأكد من دقتها	38
					الاحساس بضربات القلب وزياده سرعتها	39

الأعراض	لا	بعض	أحيانا	كثيرا	يضايقتني جدا
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					

					53	الاحساس بان شيء يقف في زورك ولا تستطيع / ين البلع
					54	الاحساس بالياس من المستقبل
					55	صعوبه في التركيز
					56	الشعور بضعف في اجزاء جسمك
					57	الشعور بالتوتر أو انك مشدود داخليا
					58	الشعور بثقل في أذرعك أو ارجلك
					59	التفكير في الموت
					60	الافراط في تناول الطعام
					61	الشعور بالاضطراب والضييق عندما يتحدث الناس عنك أو ينظرون اليك
					62	الشعور بأن افكارك ليست من صنعك
					63	الاحساس بدافع ملح لأن تضرب أو تجرح او تؤذي شخص معين
					64	الاستيقاظ من النوم في الساعات المبكره من الصباح وبدون سبب
					65	الحاجة الى تكرار نفس الافعال كاللمس والعد والغسيل

					والتأكد من اغلاق الباب والغاز ...	
					نوم مضطرب او غير مريح	66
					الشعور بدافع ملح لتكسير او تخريب الاشياء	67
					وجود افكار ومعتقدات لديك لا يشاركك فيها الاخرون وغير موجودة عندهم	68
					الاحساس بالخجل في وجود الاخرين وحساسية زائدة من معاملة الاخرين لك	69
					الشعور بضيق في الاماكن المزدحمة كالاسواق والسينما والتجمعات	70
					الشعور بان كل شيء يحتاج لبذل مجهود كبير (عناء في عناء)	71
					نوبات من الفزع او الذعر بدون سبب معقول	72
					الاحساس بالضيق عند تناول طعام او شراب في مكان عام، امام الناس	73
					الدخول في كثير من الجدل والمناقشات مع الاخرين	74
					الشعور بالتوتر عندما تكون بمفردك	75
					الشعور بان الاخرين لا يعطوك ما تستحق من ثناء	76

					وتقدير على اعمالك وانجازاتك	
					الشعور بالوحده حتى في وجود الاخرين	77
					الشعور بعدم الاستقرار والتملل لدرجه لا تتمكنك من الجلوس هادئا في مكان	78
					الشعور بانك عديم الاهميه	79
					الشعور بان حدثا سيئا سيحدث لك	80
					نوبات من الصراخ وقذف الاشياء	81
					الشعور بالخوف من الاغماء في الاماكن العامه	82
					الاحساس بان الناس سوف ياخذون فرصتك ويستغلونك لو مكنتهم من ذلك	83
					افكار عن الجنس تسبب لك اضطرابا شديدا وتزعجك	84
					افكار تسيطر عليك بانك لا بد وان تعاقب على ذنوبك	85
					لديك افكار وخيالات مخيفه	86
					الاعتقاد بان هناك شيئا خطيرا قد حل بجسمك	87
					الشعور بانك غيرقريب/ة من اي انسان اخر	88
					الشعور بالذنب	89
					الشعور بان لديك مشكله او مرض في عقلك او نفسك	90

عزيزتي المستجيبة هذا الجزء يقيس مستوى الثقة بالنفس ارجو وضع علامة "x" تحت الاجابة التي

تناسبك.

الرقم	العبارة	تتطبق علي	تتطبق	تنطبق	لاتنطبق	لاتنطبق
		تماما	علي	علي	علي كثيرا	اطلاقا
			بدرجة	الى حد		
			كبيرة	ما		
١.	أحب الاختلاط بالناس					
٢.	شعرت بالضيق من نفسي كثيرا في الفترة الماضية					
٣.	يؤرقني أنني لست جميل المنظر					
٤.	تعتبر إقامة علاقة رومانسية مع شخص من الجنس الآخر أمرا ممتعا بالنسبة لي					
٥.	. أنا أكثر سعادة الآن قياسا بما كنت عليه منذ عدة أسابيع					
٦.	أنا راض عن مظهري الجسمي ومسرور به					
٧.	أشعر بالخجل كثيرا عند التحدث أمام مجموعة من الناس					
٨.	على الرغم من أنني أرغب في معرفة المزيد من					

					الناس فإنني أكره أن أخرج لهم وأقابلهم حيث يؤدي ذلك إلى ضياع وقتي
					٩. يمثل الأداء الأكاديمي) الدراسة (مجا لا أستطيع من خلاله أن أظهر كفاءتي وقدراتي وأنال التقدير على ما حققته من إنجاز
					١٠. ابدو افضل في مظهري من أي شخص عادي
					١١. يفزعني أن أفكر في الوقوف أمام جمع من الناس وأتحدث إليهم
					١٢. كثيرًا ما أشعر بالتردد حتى في مثل تلك المواقف التي أكون قد تناولتها بنجاح من قبل
					١٣. تقل ثقتي في قدراتي العقلية على تحقيق أهدافي الأكاديمية والمهنية وانجازها بنجاح
					١٤. أشعر معظم الوقت أنني لست في كفاءة ومقدرة غالبية الناس المحيطين بي على التعامل مع الغير
					١٥. حينما يكون لزامًا على أن اتحدث امام مجموعة من الناس عادة ما أشعر أن بإمكانني أن أعبر عن نفسي بفاعلية ووضوح
					١٦. أنا محظوظ في أن أكون وسيماً بالشكل الذي

					أنا عليه	
					أفتقر إلى بعض القدرات الهامة اللازمة لتحقيق النجاح والتفوق في الدراسة	.١٧
					أعترف أنني كطالب لست ممتازاً مثل العديد من الزملاء الذين أتنافس معهم	.١٨
					مقابلة ناس جدد تعتبر بالنسبة لي خبرة ممتعة أتطلع دومًا إليها	.١٩
					كنت أكثر نقدًا لنفسي في الأيام القليلة الماضية قياسًا بما أكون عليه عادة	.٢٠
					أشعر دائمًا بالراحة و السعادة في الحفلات أو أي تجمعات اجتماعية	.٢١
					شكوكي حول قدراتي الأكاديمية تقل عن شكوك معظم زميلاتي حول قدراتهم	.٢٢
					تصادفني مشاكل أكثر من غيري في إقامة أي علاقة رومانسية مع شخص من الجنس الآخر	.٢٣
					تزداد عدم ثقتي في قدراتي على التحدث بوضوح أمام جمع من الناس في الوقت الحالي أكثر من أي وقت مضى	.٢٤
					يؤرقني أنني لست في نفس المستوى العقلي أو	.٢٥

					الفكري للآخرين	
					حينما تسوء الأمور أكون عادة وانثقا من أنني سأتناولها بنجاح	.٢٦
					أنا أكثر من الآخرين قلقًا و انشغالا بقدرتي على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الغير	.٢٧
					تزداد ثقتي في نفسي عن كثيرين أعرفهم	.٢٨
					أشعر بالخوف و الترقب وعدم الثقة عندما أفكر في المواعيد الغرامية	.٢٩
					يرى الكثيرون أن مظهري الجسمي غير جذاب	.٣٠
					عندما أدرس مقررًا جديدًا أكون متأكد من أنني سوف أجتازه بتفوق حيث سأكون ضمن أفضل الطلاب فيه	.٣١
					لا أقل عن غالبية الناس في قدرتي على التحدث أمام مجموعة	.٣٢
					حينما أذهب إلى أي تجمعات اجتماعية كالحفلات مثلا فإنني كثيرًا ما أشعر بالارتباك و التعب	.٣٣
					أتجنب أحيانًا القيام ببعض الأشياء لأنها تتطلب تواجدي في وسط مجموعة	.٣٤

					<p>٣٥ . حينما تعقد المقياسات الدراسية أو أكلف بعمل أي واجبات مدرسية أكون على يقين من أنني سوف أوديها بنجاح</p>
					<p>٣٦ . عند مقابلة ناس جدد أتحدث إليهم بشكل أفضل من كثيرين غيري وذلك بدرجة كبيرة</p>
					<p>٣٧ . أشعر الآن أكثر حزمًا وحسمًا للأمور قياسًا بأي وقت آخر</p>
					<p>٣٨ . أقوم أحيانًا بتجنب شخص ما من الجنس الآخر يكون من الممكن أن أقيم معه علاقة رومانسية لأنني أظن مشدودًا وأشعر بالترقب و التوتر</p>
					<p>٣٩ . أتمنى لو استطعت أن أغير في مظهري الجسمي</p>
					<p>٤٠ . يقل قلقي وانشغالي حول التحدث أمام حشد من الناس بدرجة كبيرة وذلك قياسًا بكثيرين غيري</p>
					<p>٤١ . أشعر الآن بأنني أكثر تفاؤلاً وإيجابية مقارنة بأي وقت آخر</p>
					<p>٤٢ . لا تعد مسألة اجتذاب شخص مناسب من الجنس الآخر لإقامة علاقة عاطفية معه مشكلة بالنسبة لي</p>

					<p>٤٣ . لو أنني كنت أكثر ثقة بنفسى حينما أتحدث إلى غيرى أو أناقشهم الأمور المختلفة كانت حياتى أفضل مما هى عليه</p>
					<p>٤٤ . أبحث دومًا عن أنشطة أكاديمية متنوعة تتطلب إمعان التفكير والتحدى العقلى لأنى أكون على ثقة من أننى أستطيع إنجازها بشكل أفضل من كثيرين غيرى</p>
					<p>٤٥ . بإمكانى الحصول على العديد من المواعيد الغرامية بدون أى صعوبة أو مشكلة</p>
					<p>٤٦ . حينما أكون وسط جماعة يقل شعورى بالراحة كثيرًا قياسًا بما يشعر به باقى الأعضاء</p>
					<p>٤٧ . تزداد ثقتى فى نفسى على التعامل مع الجنس الآخر فى الوقت الراهن أكثر مما أنا عليه فى العادة</p>
					<p>٤٨ . لو أن مظهري الجسمى كان أفضل مما هو عليه لكنت أصبحت أكثر جذبًا لأفراد الجنس الآخر</p>