العـــــدد (٣١)، عـــدد خـــاص، الجـــزء أول، فبـــرايـــر ٢٠٢٥، ص ص ١- ٨٩

فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) لخفض الألكسيثيميا لدى متأخرات الإنجاب بمحافظة جدة

إعـــداد

د/جـــزاء بـــن مـــرزوق المطيـــري

دكتوراة في الارشاد النفسي والاسري

قسم علم النفس - كلية التربية - بجامعة أم القرى

د/ أحمـد بـن كـامـل الحـــورانـــي

أستاذ الإرشاد النفسي والأسري المشارك

قسم علم النفس - كلية التربية - بجامعة أم القرى

فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) لخفض الألكسيثيميا لدى متأخرات الإنجاب بمحافظة جدة

د/ جزاء المطيري(*) & د/ أحمد الحوراني(**)

ملخـــــــص

هدفت الدراسة الحالية بشكل رئيس، إلى فحص فعالية برنامج علاجي جمعي قائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT)، والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)، في خفض الألكسيثيميا لدى متأخرات الإنجاب بجدة، كما سعت إلى فحص مستوى الألكسيثيميا وأبعادها لدى النساء متأخرات الإنجاب في منطقة جدة، بالإضافة إلى فحص الفروق في متوسطات الالكسيثيميا وأبعادها في ضوء متغيري عدد محاولات الإنجاب، وعدد سنوات التأخر في الإنجاب، ولتحقيق الهدف الرئيس للدراسة؛ تم استخدام المنهج شبه التجريبي عبر تصميم مجموعتين متكافئتين بقياسين قبلي وبعدي، بالإضافة إلى قياس تتبعي لأفراد المجموعة التجريبية، وتم اختيار عينة قصدية بلغ حجمها (٣٠) مشاركة، وتم توزيعهن بشكلٍ متناظر على مجموعتي الدراسة التجريبية والضابطة، وكان في كل مجموعة (١٥) مشاركة، وقامت هذه الدراسة على أساس فحص فاعلية البرنامج العلاجي الجمعي الذي استغرق (١٤) جلسة؛ والذي تم تطبيقه على المجموعة التجريبية، في حين لم تتلقَ المجموعة الضابطة أية معالجة أثناء تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية.

وأظهرت النتائج، أن مستوى الألكسيثيميا بأبعادها المختلفة – صعوبة وصف المشاعر، صعوبة تحديد المشاعر، غياب الخيال والأحلام، صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج، الشكاوى الجسدية من دون سببٍ عضوي –، كان مرتفعاً لدى النساء متأخرات الإنجاب، وبيّنت الدراسة عدم وجود فروق جوهرية (α > ٠.٠٥)، في متوسطات الألكسيثيميا وأبعادها في ضوء متغيري عدد محاولات الإنجاب، وعدد سنوات التأخر في الإنجاب.

(*) دكتوراة في الارشاد النفسي والاسري، قسم علم النفس، كلية التربية، بجامعة أم القرى.

(**) دكتوراة في الارشاد النفسي والاسري، قسم علم النفس، كلية التربية، بجامعة أم القرى.

كما تبيّن أن البرنامج العلاجي الجمعي القائم على (EFT & EMDR)، كان ذا فاعلية في خفض الألكسيثيميا وأبعادها لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة، عند مقارنة نتائج القياسين القبلي والبعدي لدى المشاركات في المجموعة التجريبية، كما أن الفروقات بين متوسطي القياسين البعدي والتتبعي للمشاركات في المجموعة التجريبية في الألكسيثيميا وأبعادها، لم تكن ذات دلالة إحصائية؛ وهذا بدوره يشير إلى احتفاظ المشاركات في المجموعة التجريبية بفاعلية البرنامج العلاجي الجمعي القائم على (EFT & EMDR)، في خفض الألكسيثيميا.

وأظهرت الدراسة، أن الفروقات كانت جوهرية بين متوسطي القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية في الألكسيثيميا وأبعادها (α < ٠.٠٠١)، ولصالح المشاركات في المجموعة التجريبية.

وأوصت الدراسة بتصميم وتطبيق برامج توجيهية لمساعدة النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة، حول مفهوم الألكسيثيميا وتأثيرها في عواطفهن وعلاقاتهن الاجتماعية، على أن يتضمن ذلك جلسات تثقيفية تسلط الضوء على أهمية التعبير عن المشاعر وكيفية التعامل مع التحديات العاطفية، وإجراء دراسة تجريبية مقارنة؛ للكشف عن فاعلية كل من العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT)، والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) على حدة، في مجال خفض الألكسيثيميا وأبعادها المختلفة.

الكلمات المفتاحية: الألكسيثيميا، العلاج المتمركز حول المشاعر، العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين، النساء متأخرات الإنجاب.

The effectiveness of a group therapy program combining Emotion-Focused Therapy (EFT) and Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR) in reducing alexithymia among women who delay childbirth in Jeddah.

Dr. Jaza Al- Mutairi & Dr. Ahmed AL Hawrani

Abstract

The primary objective of this study was to assess the effectiveness of a group therapy program combining Emotion-Focused Therapy (EFT) and Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR) in reducing alexithymia among women who delay childbirth in Jeddah. Additionally, it aimed to assess the levels of alexithymia and its dimensions among these women and investigate differences in alexithymia levels in light of the variables of the number of attempts to conceive and the number of years of delay in conceiving.

To achieve the main goal of the study; a quasi-experimental approach was utilized, dividing participants into two equal groups for pre- and post-tests, with the experimental group receiving the intervention comprising 14 sessions, while the control group received no treatment. A purposive sample of 30 participants was evenly distributed between the groups.

The findings indicated a high level of alexithymia and its dimensions, including difficulty describing feelings, identifying feelings, lack of imagination and dreaming, outward-directed thinking, and unexplained physical complaints among women delaying childbirth. However, no significant differences ($\alpha > 0.05$) were observed in alexithymia levels concerning the variables of number of attempts to conceive and the number of years of delay in conceiving.

Furthermore, the group therapy program incorporating EFT and EMDR effectively reduced alexithymia and its dimensions among late childbearing women, as evidenced by pre- and post-test comparisons ($\alpha < 0.001$). Interestingly, the effectiveness of the intervention persisted during the follow-up period, suggesting its enduring impact. Notably, significant differences ($\alpha < 0.001$) were noted between the post-test means of the control and experimental groups, favoring the latter.

The study recommends developing awareness initiatives to educate late childbearing women in Jeddah about alexithymia's implications for emotional well-being and social relationships. These programs should emphasize the importance of emotional expression and provide strategies for managing emotional challenges. Additionally, future research should explore the individual effectiveness of EFT and EMDR in reducing alexithymia and its dimensions through comparative experimental studies.

Keywords: alexithymia, late childbearing women, emotion-centered therapy, eye movement desensitization and reprocessing therapy.

مدخل إلى الدراسة:

مقدمة:

تعتبر العلاقة الزوجية المبنية على السكن والرحمة والمودة، وإشباع الحاجات الأساسية والثانوية أمر ضروري، لتحقيق التكامل والتوازن النفسي والاستقرار الزواجي والإشباع العاطفي والجنسي، ولا شك أن هذه العلاقة أثناء دورة الحياة الزوجية تتعرض للعديد من المشكلات، والضغوط الحياتية على مختلف مجالاتها ومسبباتها، وقد يكون بعضها شديداً إلى المدى الذي تعجز فيه القدرة على المواجهة والتوافق معها في سياق الحياة اليومية، مما يؤثر على فاعلية أداء الحياة الأسرية والزوجية، أو نجاحها أو استمراريتها واستقرارها.

وتعد الرغبة في الإنجاب رغبة طبيعية ومهمة لجميع الأزواج وأسرهم، حيث بينت دراسات (جمال، ٢٠٢٢؛ حسن، ٢٠٢٢؛ Hamzehgardeshi et al, 2022؛ Koparal et al, 2021) أن الأزواج يسعون إلى محاولة الإنجاب منذ الأشهر الأولى من الحياة الزوجية؛ من أجل تكوين أسرة، مترابطة، وكاملة، وسعيدة؛ لذلك يشعر الأزواج الذين يعانون من تأخر الإنجاب خلال هذا الفترة، بأن تأخر الإنجاب يشكل تهديدا لهذه الرغبة ويمثل حياة أسرية غير مكتملة الأركان؛ حيث يعتبر عدم الإنجاب واحدا من أهم القضايا والمشكلات التي يواجهها الزوجان، وتلعب فيها العوامل النفسية دورا مهما، كما أنه يعتبر صدمة نفسية، يصفها العديد من الأزواج بأنها من أصعب التجارب في حياتهم.

وتأخر الإنجاب يعد مشكلة صحية، منتشرة في جميع أنحاء العالم، ومن الممكن أن تؤثر على العديد من الأزواج في مرحلة معينة من مراحل حياتهم الزوجية، ويعرف تأخر الإنجاب على أنه عدم القدرة على الحمل، بعد مرور عام أو أكثر من الزواج، على الرغم من قيام الزوجين بممارسة العلاقة الزوجية (الجماع)، بشكل منتظم، ومستمر، وفي ظل عدم استخدام وسائل منع الحمل، وقد يعود لأسباب عضوية، أو فسيولوجية، أو نفسية، ومن جهة أخرى، غالباً ما يمكن معالجته، ومن ثم تحدث عملية الحمل، وهذا ما أكدته دراسة كل من (المهدي، ٢٠٢٣؛ Bayoumi et al, 2021؛ Antequera et al, 2023؛ Aghighi et al, 2021).

والمرأة إذا لم تحمل بعد ستة أشهر من الزواج؛ يتم التعامل معها اجتماعياً على أنها متأخرة في الإنجاب، ويبدأ أهل الزوجين، والأقارب، والأصدقاء، في التدخل، والتأثير؛ لتبدأ بشكل عاجل في زيارة ومراجعة الأطباء المختصين، وفي الوقت نفسه تتساءل هل هو تأخير مؤقت؟ أم دائم؟ وماهي أسبابه؟ وهنا قد تلام وتتهم – داخليا من ذاتها، وخارجيا من الآخرين –، على أنها المسؤولة عن عملية تأخر الإنجاب، فتتحمل وحدها هذه المسؤولية، وعواقبها وتحدياتها، مع الشعور بالقلق، والتوتر، وعدم الاستقرار العاطفي، وانعدام المشاعر الإيجابية، وهذا يؤدي إلى إصابتها بالاضطرابات الهرمونية الشديدة واضطرابات في الغدة الدرقية، التي تؤثر بشكل سلبي على كفاءة التبويض، والجهاز المناعي للمرأة؛ مما يؤدي إلى استمرار تأخر الإنجاب لفترات أطول، أو يتسبب في العقم النفسي (Renzi et al, 2020؛ Singh et al, 2023؛ Sallem et al,2019).

وأفادت نتائج التقارير والدراسات، أن النساء المتأخرات في الإنجاب يتعرضن بشكل متزايد إلى الضغوط النفسية وقلة الاستمتاع بالحياة، كما أنهن يتعرضن لخطر الأفكار الانتحارية، وهو ما أكده أيضا أفراد من عينات تجريبية وما قمن به فعلاً من محاولات الانتحار (الزيادات والشريفين، ٢٠١٩).

والألكسيثيميا هي سمة وجدانية ومعرفية ثابتة، تعتبر من سمات الفرد المضطربة، التي تؤدي إلى اضطراب في معالجة العمليات المعرفية، وتنظيم المشاعر، ونقص في الوعي الانفعالي، تظهر في وجود صعوبة في القدرة على تحديد المشاعر والانفعالات والتعرف عليها، والتعبير عنها لفظيا وغير لفظي، وصعوبة في القدرة على فهم الآخرين والتواصل معهم، وفي بناء الثقة والأمن والحوار في العلاقات الزوجية والأسرية، وصعوبة في القدرة على التمييز بين المشاعر والاستجابات الجسدية، وعجز في التفكير الموجه للخارج، وصعوبة في استخدام الخيال والأحلام؛ لتنظيم المشاعر المؤلمة، أو إيجاد حلول إبداعية للمشكلات النفسية والأسرية والزوجية، بالإضافة إلى صعوبة القدرة على التعاطف مع الذات والآخرين، وفهم حقيقة تأخر الإنجاب وتقبله وفهم أسبابه النفسية.

لذا تحتاج المرأة التي تعاني من تأخر الإنجاب إلى تدخل علاج نفسي، خاصة عندما تكون هناك أسباب نفسية لتأخر الانجاب، لذلك من الأفضل أن يبدأ العلاج النفسي قبل البدء بالإجراءات الطبية للمساعدة في علاج تأخر الإنجاب؛ حتى تتمكن من التعايش والتكيف مع حقيقة معاناتها، وواقعها المؤلم من تأخر الإنجاب، وبعد التأكد من استقرار الحالة النفسية، يتم إجراء متابعة منتظمة لها على الدورة الشهرية، وفترة التبويض، ويمكن إجراء تنشيط للتبويض، ويمكن إجراء عملية الحقن المجهري إذا لزم الأمر، وثقت ذلك العديد من الدراسات مثل دراسة: بصيرات وآخرون (Basirat et al,2019)، ودراسة يوريتش وآخرون (Juric et al, 2018).

وقد بحثت العديد من الدراسات مدى فعالية الأساليب العلاجية في خفض مستوى الألكسيثيميا المرتبط بتأخر الإنجاب، وتحسين جودة الحياة الزوجية من خلال توفير وتقديم برامج علاجية نفسية تهدف لخفض مستوى الألكسيثيميا، وجعل الزوجين أكثر راحة وطمأنينة، مما قد يؤدي إلى زيادة معدلات فرص الحمل خلال الأشهر التالية للبرنامج العلاجي، مثل: دراسة آل عبده (٢٠٢٢) ودراسة فافا وآخرين (Vafa et al, 2020)، ودراسة شارما وشريفا ستافا (Sharma & Shriva stave, 2016)، ومن هذه البرامج العلاجية: العلاج المتمركز حول المشاعر، والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين.

ويعد العلاج المتمركز حول المشاعر، الذي يرمز له بالرمز (EFT)، من أكثر أنواع العلاج النفسي الحديث نجاحاً وفاعلية في وقتنا الحالي، وهو ما أثبتته الأبحاث، والتجارب الميدانية، والإحصائيات الواقعية، كدراسة العنزي (٢٠٢٠)، ودراسة جرينرج (Greenberg, 2018)، ودراسة جونسون (Johnson, 2012)، حيث وصلت نسبة فعاليته في علاج المشكلات الزوجية، وتحسين مستوى المشاعر بين الزوجين إلى نسبة تتراوح ما بين (٧٠٪ – ٧٥٪)، بعد جلسات علاجية من (٨ – ٢٠) جلسة منتظمة. وأشار الفقي (٢٠١٩) إلى أن نسبة فاعليته وصلت في علاج الأفراد من الاضطرابات الانفعالية، والنفسية، والاضطرابات الجسدية، وخفض مستوى الأمراض العضوية، وعدم الاتزان الانفعالي في شتى مناحي العلاقات الإنسانية إلى حوالي (٩٠٪).

ويعد العلاج بإبطال التحســـس وإعادة المعالجة بحركات العين، الذي يرمز له بالرمز (EMDR)، من أكثر أنواع العلاج النفســـي الحديث نجاحا وفعالية في وقتنا الحالي؛ لعلاج جميع أنواع الصدمات النفسية بمختلف أنواعها وشدتها، وعلاج الاضطرابات النفسية المختلفة، حيث بلغت نسبة فعاليته ما بين (٧٠٪ – ٧٥ %)، بعد جلسات علاجية من (٢ –٢٠) جلسة منتظمة، وهو ما أثبتته نتائج الدراســـات والأبحاث الواقعية والتحليلات البعدية لها، والتجارب الميدانية والعشـــوائية والقائمة على التجربة ذات الشـــواهد (RCTS)، المعترف بها دوليا والإحصائيات الواقعية، كدراسة (آيت، ٢٠١٩ ؛ وناجي، ٢٠١٥).

ويرى الباحثان أن مشكلة تأخر الإنجاب نالت اهتماما كبيرا على صعيد الأبحاث الطبية، والفسيولوجية، في حين لم تحظ بالعناية، والاهتمام على مستوى الدراسات النفسية، والإرشادية، وبناء على ذلك فإن هذه الدراسة، تدرس جانبا مهما بالنسبة للنساء المتأخرات في الإنجاب، وهو الجانب النفســي، فقد ثبت أن مشــاعر العجز، والنقص التي تشــعر بها النســاء المتأخرات في الإنجاب بســبب التوتر، والقلق على مســتقبل أمومتهن، وأســرتهن، وكذلك الاســتقرار الزواجي والأســري، والنفســي؛ مما يؤدي إلى اضــطرابات نفســية، بما في ذلك الاضــطرابات العاطفية، وصـــعوبة القدرة على تحديد الانفعالات، والمشـــاعر، ووصـــفها، والتعبير، أو التحدث عنها، بالإضافة إلى القصور في القدرة على التعاطف مع الذات، والآخرين، والصعوبة في فهم، وقبول الواقع في عملية تأخر الإنجاب، وصعوبة فهم أسبابه النفسية، التي تؤثر على خصوبتها، وتلعب دوراً رئيســاً في عملية تأخر الإنجاب، وتؤثر في نظرتها للحياة، فتصــبح متقلبة المزاج لشــعورها بالرفض، والحرمان، وعدم الأمن، وعدم فهم الآخرين لها مما يزعزع اســـتقرار علاقتها بزوجها، ويزيد من سلبيتها، ويفقد الزواج مقوماته الأساسية، واستقراره، وطمأنينته، وسكينته. وهذا يؤدي إلى زيادة الضغوط النفسية، وقلة الفرح، والاستمتاع بالحياة. كما أنه تم الإبلاغ أيضا عن زيادة خطر التفكير بالانتحار لدى النساء المصابات بتأخر الإنجاب.

وفي ضــوء ما ســبق ســعى الباحثان إلى التعامل مع هذه الفجوة البحثية، عبر البرنامج الإرشادي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين، لخفض مستوى الألكسيثيميا لدى متأخرات الإنجاب.

مشكلـة الـدراسـة وتسـاؤلاتهـا:

أظهرت نتائج العديد من الدراســـات والأبحاث، أن الألكســـيثيميا ترتبط مع العديد من الاضـطرابات النفسـية والعاطفية، وأنها شـائعة بشـكل واسـع بين الأفراد، ومسـتواها مرتفع، ففي دراسة العيدان (٢٠٢١)، وجد أن الألكسيثيميا تنتشر بنسبة (٥١٪) بين عينة التجربة التي بلغت (٣٢٩) سجيناً، واظهرت نتائج دراسة أخرى للعيدان (٢٠١٩) ان نسبة انتشار الألكسيثيميا بين الذكور تبلغ (٢٢.٥٪) وبين الاناث (٢٩.٧٪) وفي مجتمع الذكور المدمنين بلغت نسبة انتشار الألكسيثيميا (٦٤.٤٪)، ووجدت دراسة مكي (٢٠١٣) أن الألكسيثيميا أكثر شيوعا عند النساء من الرجال، كما ترتبط الألكســـيثيميا أيضـــا بزيادة العمر وانخفاض المســـتوى الاجتماعي والاقتصـادي وسـوء الصـحة المدركة، وأشـار ماتيلا وآخرون (Mattila et al, 2007) إلى أن نسـبة انتشـار الألكسـيثيميا في عينات من أعمار مختلفة تتراوح بين (٩٪ – ١٧٪)، وأن النسـاء أكثر من الرجال، في حين أن نسـبة الألكسـيثيميا بين المراهقين المصـابين باضـطراب الوسـواس القهري بلغت (١٣٪)، بينما تراوحت النسب لدى المصابين باضطراب الهلع والفزع من (٤٦٪ – ٦٧٪)، وبنسـبة (٥.١٢٪) بين المصـابين بالرهاب البسـيط، ونسـبة انتشـاره بين الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب تبلغ (٣٩٪).

كما تشـير دراسـة موزي (Muzi, 2020) إلى أن نسـبة انتشـار الالكسـيثيميا (٦.٧٪) وكانت النسبة بين الاناث أكبر من الذكور (٧.٦٪ مقابل ٥.٧٪). وأشار تانغ وآخرون (Tang et al, 2020) إلى أن الاكســـيثيميا منتشـــرة بنســـبة (٣٩ %) بين الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب، كما ذكرت عبيب (٢٠٢٢) أن الالكســـيثيميا ترتبط بعدد كبير من الاضـــطرابات والسـلوكيات الضـارة بما في ذلك الاكتئاب والقلق وفقدان الشـهية العصـبي والشـره المرضـي العصبي واضطرابات ما بعد الصدمة والرهاب الاجتماعي واضطرابات الهلع وتعاطي المخدرات، وأكد ذلك ياسـين ومكاوي (٢٠٢٠) أن الأكسـيثيميا تزيد من خطر حدوث اضـطرابات نفسـية وجسدية وأن هناك علاقة بينهما.

وأظهر التقرير الصـادر عن منظمة الصـحة العالمية (World {WHO}, 2023 Health Organization)، أن (٤٨.٥) مليون إلى (٧٢.٤) مليون من الأزواج في جميع أنحاء

العالم، يعانون من مشكلة تأخر الإنجاب، وتتراوح نسبة انتشاره بين الأفراد في سن الإنجاب بين (١٢.٦٪ و١٧.٥٪)، أي نحو شخص واحد من كل ستة أشخاص. وهذه النسبة في تزايد مستمر وتدريجي. ومعظم الأزواج لديهم سبب محدد، بينما يعاني آخرون من تأخر الإنجاب غير المبرر ودون وجود أسباب طبية عضوية. تمثل النساء ما بين (٤٠٪ – ٥٥٪) من حالات تأخر الإنجاب. وتُقدر نسبة انتشار العوامل النفسية بين الأزواج الذين لديهم تأخر في الإنجاب – وخاصة النساء–، بحوالي (٢٥٪ –٦٠٪).

وأشار كل من (أحمد، ٢٠١٥؛ جمال، ٢٠٢٢؛ علي، ٢٠١٧؛ كرداشة، ٢٠٢١؛ المبيضين، ٢٠٢٠؛ النوايسة، ٢٠٢٢) بأن نسبة تأخر الإنجاب في السعودية تبلغ (١٨٪)، وهذه النسبة عالية، ومرتفعة جدا، وتتطلب رعاية وعناية، واهتماماً، ودراسة، وتدخل علاج نفسي، خاصة ما يترتب عليها من أبعاد نفسية، واجتماعية كبيرة، وتأخر الإنجاب له أسباب عديدة، منها أسباب عضوية، أو بيولوجية، وأخرى نفسية، وقد يهتم العديد من الأزواج، وأطباء النساء والولادة، والجهات ذات العلاقة بالتعامل مع الأسباب العضوية لتأخر الإنجاب، وعلاجها دون الالتفات إلى أهمية علاج الأسباب النفسية، التي تؤدي إلى الإصابة بتأخر الإنجاب، وما يتركه من أثر نفسي كبير على كل من الزوجين، ومن جهة اخرى قد لا يوجد سبب عضوي معروف لتأخر الإنجاب، ومع ذلك لا يحدث حمل.

وبمراجعة الدراسات والأبحاث التي تناولت مفهوم الألكسيثيميا وتأخر الإنجاب كدراسة (جريش، ٢٠١٧؛ Zareh et al, 2021؛ Yildiz et al, 2020؛ Renzi et al, 2020) وجدت هذه الدراسات أن هناك علاقة ارتباطية موجبة (طردية)، بين الألكسيثيميا وتأخر الانجاب، فعندما يكون لدى النساء المتأخرات في الإنجاب صعوبة في القدرة على تحديد المشاعر والتعرف عليها ووصفها والتعبير عنها، وصعوبة في القدرة على فهم الآخرين والتواصل معهم، والعجز في بناء الثقة والأمن والحوار في العلاقات الزوجية، وقصور في التمييز بين المشاعر والاستجابات الجسدية، والتفكير الموجه من الداخل إلى الخارج، وصعوبة في استخدام الخيال والأحلام؛ لتنظيم المشاعر المؤلمة، أو إيجاد حلول إبداعية للمشكلات في مختلف الجوانب النفسية والأسرية والزوجية، بالإضافة إلى صعوبة القدرة على التعاطف مع الذات

والآخرين، إلى جانب صعوبة فهم حقيقة عملية تأخر الإنجاب وتقبله وتفهم أسبابه النفسية، فإن ذلك من الممكن أن يؤثر بشـــكل ســـلبي على جودة حياتهن، وله تأثير مدمر عليهن وعلى خصـوبتهن، وتلعب دورا رئيسـا في عملية تأخر الإنجاب، وتؤثر في نظرة المرأة للحياة، فتصـبح متقلبة المزاج لشـعورها بالرفض، ويؤدي ذلك إلى عدم رضـاها عن حياتها الزوجية، والحرمان، وعدم الأمن، وعدم فهم الآخرين لها مما يجعل علاقتها بزوجها غير مستقرة، ويزيد من مشاعرها السلبية، ويفقد الزواج عناصره ومقوماته الأساسية، واستقراره، وطمأنينته، وسكينته.

وقد حددت الدراسات والأبحاث السابقة – خلال السنوات القليلة الماضية – آثار تأخر الإنجاب وعلاجه، ووصفتها بأنها مشكلة صحية عالمية، ذات آثار شديدة، وكبيرة، وخطيرة على كافة مجالات الحياة الأســـرية والزوجية، وقد تم توثيق ارتباطاتها بالاضـــطرابات النفســـية، والأمراض الصـــحية والجســـدية، والاضـــطرابات العاطفية، والمشـــكلات الأســـرية، والزوجية، والاجتمـاعيـة، كمـا وثقهـا الخبراء، والبـاحثون، والمختصـــون كـدراســـات مـاكجيلفراي (McGillivray, 2015)، ودراســة جورونتي وجيانيكاكي (Gourounti & Giannikaki, 2018)، ودراسة فولبيني وآخرين (Volpini et al, 2018).

وتنبع مشكلة الدراسة الحالية: من اهتمام الباحث الاول وعمله مرشدا نفسيا في جمعية الإرشـاد الأسـري، والنفسـي، وجمعية إنجاب بمحافظة جدة، وملاحظته بأن عدداً غير قليل من النســاء المتأخرات في الإنجاب يعانين من اضــطرابات نفســية، وأمراض صــحية، وجســدية، واضطرابات عاطفية، ومشكلات أسرية، وزوجية، واجتماعية، بالإضافة إلى التوتر، والقلق على مسـتقبل أمومتهن، واسـرتهن، وكذلك الاسـتقرار الأسـري، والنفسـي، مما يؤدي إلى اضـطرابات نفســية، الذي بدوره يؤدي إلى صــعوبة القدرة على تحديد المشــاعر، والانفعالات، ووصــفها، والتعبير، أو التحدث عنها، والذي يعرف (بالألكسيثيميا).

كما لاحظ الباحث الاول مشــكلة الدراســة: من خلال تجاربه الشــخصــية مع بعض الأزواج، الذين يعانون من التأخر في الإنجاب – خاصــة النســاء من أقاربه من الدرجة الأولى، حيث لاحظ عليهم مجموعة من الأعراض النفسـية، وافتقارهم لمهارات الإدارة الذاتية، والشـعور، بالغضـب، وسرعة الانفعال، والتوتر، والضـغوط النفسية، وقلة الاستمتاع بالحياة، وتقلب المزاج،

وصعوبة القدرة على التعبير عن مشاعرهم الخاصة لفظيا وغير لفظي، ووجود صعوبة في بناء الثقة والأمن والحوار في العلاقات الأسرية والزوجية وخاصة مع أهل الزوج، إضافة إلى عدم رضاهن عن حياتهن الزوجية.

من ناحية أخرى، كشفت مراجعة الباحثان الاول لقواعد البيانات الرقمية المحلية، والعربية، والأجنبية، أن هناك قلة في الدراسات التطبيقية – في حدود اطلاع الباحثان – التي تناولت مشكلة تأخر الإنجاب من الناحية النفسية في المجتمع السعودي، والمجتمع العربي، حيث حظيت مشكلة تأخر الإنجاب باهتمام كبير على صعيد الأبحاث الطبية، والفسيولوجية، إلا أنها لم تحظ بالعناية، والاهتمام على مستوى الدراسات النفسية، والإرشادية، بالإضافة إلى ندرة الدراسات الأجنبية والعربية – في حدود اطلاع الباحثان –، تناولت البرامج العلاجية والارشادية التي تجمع بين (العلاج المتمركز حول المشاعر، والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين).

وبناء على ذلك فإن هذه الدراسة تدرس جانبا مهما، بالنسبة للنساء المتأخرات في الإنجاب وهو الجانب النفسي. فقد ثبت أن مشاعر العجز، والنقص التي تشعر بها النساء المتأخرات في الانجاب بسبب التوتر، والقلق على مستقبل أمومتهن، وأسرهن، وكذلك الاستقرار الأسري والنفسي، مما يؤدي إلى اضطرابات نفسية، بما في ذلك الاضطرابات العاطفية، وصعوبة القدرة على تحديد الانفعالات، والمشاعر، ووصفها، والتعبير، أو التحدث عنها، بالإضافة إلى القصور في القدرة على التعاطف مع الذات، والآخرين، وصعوبة فهم، وقبول الواقع في عملية تأخر الإنجاب، وصعوبة فهم أسبابه النفسية، التي تؤثر على خصوبتها، وتلعب دورا رئيسا في عملية تأخر الإنجاب، أو الحمل، وتؤثر في نظرتها للحياة، فتصبح متقلبة المزاج لشعورها بالرفض، والحرمان، وعدم الأمن، وعدم فهم الآخرين لها؛ مما يزعزع استقرار علاقتها بزوجها، ويزيد من سلبيتها، ويفقد الزواج مقوماته الأساسية، واستقراره، وطمأنينته، وسكينته. وهذا يؤدي إلى زيادة الضغوط النفسية، وقلة الفرح، والاستمتاع بالحياة. كما أنه تم الإبلاغ أيضا عن زيادة خطر التفكير بالانتحار لدى النساء المصابات بالعقم وعدم الإنجاب.

وانطلاقا مما سبق، تشكلت لدى الباحث الاول رؤية مفادها أهمية خفض الألكسيثيميا لدى النساء المتأخرات في الإنجاب، وذلك من خلال تصميم، وبناء برنامج إرشادي قائم على العلاج المتمركز حول المشاعر والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين، ومع عدم وجود دراسات عربية – في حدود علم الباحثان –، تناولت دمج العلاج المتمركز حول المشاعر والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين، لخفض الألكسيثيميا لدى النساء المتأخرات في الإنجاب، عليه يأمل الباحثان أن تسد الدراسة الفجوات في هذا المجال، عن طريق تحديد مشكلة الدراسة الحالية من خلال التساؤل الرئيس التالي:

ما فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT)، والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)، لخفض الألكسيثيميا لدى متأخرات الإنجاب بمحافظة جدة؟

وينبثق عن هذا التساؤل الرئيس، التساؤلات الفرعية التالية:

١- ما مستوى الألكسيثيميا لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة؟

٢- هل يختلف مستوى الألكسيثيميا باختلاف متغيري عدد محاولات الإنجاب وعدد سنوات التأخر في الإنجاب، لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة؟

٣- هل يوجد فرق بين متوسطي درجات الألكسيثيميا لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة في المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي؟

٤- هل يوجد فرق بين متوسطي الألكسيثيميا، لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة، في المجموعة التجريبية بين القياسين البعدي والتتبعي، بعد انقضاء شهر على تطبيق البرنامج الإرشادي؟

٥- هل توجد فروق بين متوسطات درجات الألكسيثيميا وأبعادها لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة في القياس البعدي، تبعا لنوع المجموعة وعدد محاولات الإنجاب وعدد سنوات التأخر في الإنجاب؟

أهداف الدراسة:

تسهم الدراسة الحالية في تحقيق الأهداف التالية:

١- بناء مقياس يتسم بخصائص سيكومترية جيدة من حيث الصدق والثبات، وذلك لفحص مستوى الألكسيثيميا لدى النساء المتأخرات في الإنجاب.

٢- تصميم وبناء برنامج إرشادي علاجي، قائم على العلاج المتمركز حول المشاعر والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين؛ لخفض الألكسيثيميا لدى متأخرات الإنجاب بجدة، (وذلك في ضوء الأدبيات النظرية، والتطبيقية لهذا الاتجاه الحديث في الإرشاد، والعلاج النفسي).

٣- التعرف إلى فعالية برنامج إرشادي مقترح قائم على العلاج المتمركز حول المشاعر والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين؛ لخفض الألكسيثيميا لدى متأخرات الإنجاب بجدة.

٤- التعرف إلى اختلاف مستوى الألكسيثيميا باختلاف متغيري عدد محاولات الإنجاب وعدد سنوات التأخر في الإنجاب، لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة؟

٥- التعرف على الفرق بين متوسطي درجات الألكسيثيميا لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة في المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي؟

٦- التعرّف إلى جوهرية الفرق بين متوسطي الألكسيثيميا لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة في المجموعة التجريبية بين القياسين البعدي والتتبعي بعد انقضاء شهر على تطبيق البرنامج الإرشادي.

٧- التعرّف إلى الفروق بين متوسطات درجات الألكسيثيميا لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة في القياس البعدي تبعا لنوع المجموعة وعدد محاولات الإنجاب وعدد سنوات التأخر في الإنجاب.

مصطلحات الدراسة:

من المهم تعريف جميع متغيرات الدراسة نظريا؛ لتوضيح معناها بعبارات واضحة؛ لإزالة الغموض، أو التأكيد على معان معينة، وتعريفا إجرائيا وفقا لأدوات القياس المستخدمة في الدراسة.

البرنامج الإرشادي Counseling Program

البرنامج الإرشادي هو عبارة عن مجموعة إجراءات مخططة، ومنظمة تستند إلى أسس نظرية وقواعد علمية؛ تهدف إلى تقديم الخدمات الإرشادية على المستويات الوقائية، والعلاجية، والنمائية، ويتسم بأنه دراسة للواقع، وتحديد للمشكلات، والأهداف، والحلول، وأنه ثابت نسبيا، ولكنه يتطلب مراجعة مستمرة، ويعتبر أساسا لبناء الخطط الإرشادية (عبد الله وخوجة، ٢٠١٤).

ويُعرفه الباحثان إجرائيا بأنه عملية مخططة ومنظمة بشكل دقيق، معتمدا على مبادئ ومنطلقات نظرية العلاج المتمركز حول المشاعر، والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين؛ تم تطبيقه على النساء المتأخرات في الإنجاب، بهدف خفض مستوى الألكسيثيميا لديهن، نفذ على مدار سبعة أسابيع بمعدل جلستين أسبوعيا، مدة الجلسة الواحدة يتراوح ما بين (٦٠ – ٩٠ دقيقة) اعتمادا على طبيعة كل جلسة، والمكون من (١٤) جلسة إرشادية.

العلاج المتمركز حول المشاعر Emotion Focused Therapy

يُعرفه أبو أزريق (٢٠١٦)، بأنه "مجموعة من أساليب العلاج التي تقع ضمن إطار العلاقات الإنسانية، وتعتبر الانفعالات في هذا النوع من العلاج نقطة التغيير الأساسية في العملية العلاجية وجوهرها، كما وتركز على نمط الانفعال، وتعد أنماط الانفعال كعمليات إدراكية تتضمن الكثير من المعلومات حول كيفية شعور الفرد وطريقة تفكيره ونمط تصرفه خلال الموقف، فهو التصرف المباشر المعتمد على الشعور العميق لمعنى الموقف" (ص.٧).

العلاج بإبطال التحسس، وإعادة المعالجة بحركات العين

Eye movement Desensitization reprocessing

تُعرفه رحال (٢٠٢١)، بأنه "علاج نفسي قصير يتبع إجراءات دقيقة، ووسائل وإمكانات بسيطة وحيز زمني وجيز، يمكنه مساعدة شخص يعيش آلام نفسية من التكيف والاستقرار النفسي، كما يوصله إلى التقليص من الصور الصادمة للذكريات عند استعادتها من الذاكرة" (ص.٦٣٤).

الألكسيثيميا Alexithymia

يعرف بصيرات وآخرون (Basirat et al. 2019) الألكسيثيميا بأنها "سمة وجدانية تؤدي إلى عدم القدرة على تنظيم المشاعر، وتظهر في صعوبة التعرف على المشاعر وتميزها عن الأحاسيس الجسدية، وصعوبة وصف المشاعر والتعبير عنها لفظياً، وعجز في التفكير الموجه للخارج، وصعوبة في استخدام الخيال، وصعوبة في القدرة على التعاطف مع الآخرين" (p.204).

ويُعرفه الباحثان على أنه "سمة وجدانية ومعرفية ثابتة، تعتبر من سمات الفرد المضطربة، التي تؤدي إلى اضطراب في معالجة العمليات المعرفية، وتنظيم المشاعر، ونقص في الوعي الانفعالي، تظهر في وجود صعوبة في القدرة على تحديد المشاعر والانفعالات والتعرف عليها، والتعبير عنها لفظيا وغير لفظي، وصعوبة في القدرة على فهم الآخرين والتواصل معهم، وفي بناء الثقة والأمن والحوار في العلاقات الزوجية والأسرية، وصعوبة في القدرة على التمييز بين المشاعر والاستجابات الجسدية، وعجز في التفكير الموجه للخارج، وصعوبة في استخدام الخيال والأحلام؛ لتنظيم المشاعر المؤلمة، أو إيجاد حلول إبداعية للمشكلات النفسية والأسرية والزوجية، بالإضافة إلى صعوبة القدرة على التعاطف مع الذات والآخرين، وفهم حقيقة تأخر الإنجاب وتقبله وفهم أسبابه النفسية".

ويعرف إجرائيا بالدرجة التي تحصل عليها النساء المتأخرات في الانجاب على مقياس الألكسيثيميا المستخدم في هذه الدراسة.

النساء المتأخرات في الإنجاب Late childbearing women

يُعرف إجرائيا أنهن النساء اللواتي يواجهن صعوبة في الحمل، ولم ينجحن في الحمل بعد مرور سنة واحدة أو أكثر من الزواج، رغم ممارسة العلاقة الجنسية (الجماع) بانتظام، دون استخدام وسائل منع الحمل، ودون أن يكون الزوج هو السبب، ضمن الفئة العمرية (٢٠ – ٤٥) سنة.

حدود الدراسة:

تتحدد الدراسة الحالية بحدود موضوعية، وبشرية، ومكانية، وزمانية، وأدائية، وهي على النحو:

الحدود الموضوعية:

تتمثل الحدود الموضوعية للدراسة، في برنامج إرشادي قائم على العلاج المتمركز حول المشاعر، والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين؛ لخفض الألكسيثيميا لدى متأخرات الإنجاب.

الحدود البشرية:

النساء المتأخرات في الانجاب ضمن الفئة العمرية (٢٠ – ٤٥) عاما.

الحدود المكانية:

تتمثل الحدود المكانية في مكان الدراسة حيث طبق البرنامج في جمعية الإرشاد الأسري والنفسي، بمحافظة جدة.

الحدود الزمانية:

وهي الفترة الزمنية التي تم تطبيق الدراسة خلالها، وتحدد زمن الدراسة، وتطبيق البرنامج الإرشادي، وأدوات الدراسة خلال العام الدراسي الجامعي (١٤٤٥هـ – ٢٠٢٤).

الحدود الأدائية:

وهي تتحدد في أدوات الدراسة التالية:

١- مقياس الألكسيثيميا – من إعداد الباحث.

٢- البرنامج الإرشادي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT)، والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)، لخفض الألكسيثيميا لدى متأخرات الإنجاب بمحافظة جدة.

٣- ويتحدد كذلك بالأساليب الإحصائية المستخدمة؛ لمعالجة بيانات الدراسة.

الإطار النظري والدراسات السابقة

المحور الأول: الإرشاد الجماعي (Group counseling)

الأساس النظري للإرشاد الجماعي:

تعدد تعريفات الإرشاد النفسي الجماعي تبعا للأهداف ونوع المشكلة والمنهج المتبع، ويذكر الباحث من هذ التعريفات ما يلي: "طريقة من طرق الإرشاد النفسي يقوم على إرشاد

مجموعة من العملاء تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم النفسية وتتضمن تلك العلاقة عرض ومناقشة موضوعات ذات أهمية خاصة أو عامة للجماعة مما يساعدهم على التنفيس عن مشاعرهم وانفعالاتهم وتعديل اتجاهاتهم وأنماط سلوكهم" (عبدالله وخوجة، ٢٠١٤، ص. ١٤)."هو إرشاد عدد من العملاء الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا في جماعات صغيرة، كما يحدث في جماعة إرشادية أو في فصل" (زهران، ٢٠٠٥، ص. ٢٩٧).

من خلال استعراض التعريفين السابقة يرى الباحث أن الإرشاد الجماعي عملية مهنية تفاعلية بين المرشد ومجموعة من المسترشدين، للتعبير عن ذاتهم ومساعدتهم على حل مشكلاتهم، عن طريق التفاعل بين أعضاء الجماعة.

الحاجة للإرشاد الجماعي:

يشير جمل الليل (٢٠٢٠) إلى أن أهم ما يدل على الحاجة إلى الإرشاد النفسي الجماعي هو وجود العوامل المساعدة في التأثير على اتجاهات الفرد في هذه الطريقة الإرشادية، والتي يمكن إيجازها في ما يلي:

١- تساعد المجموعة الإرشادية على تنمية الوعي للأفراد أعضاء الجماعة، وإدراكهم للسلوك الذي يصدر منهم، وبالتالي الاستبصار بهذا السلوك.

٢- يستطيع أعضاء المجموعة الإرشادية القيام بمجموعة من الاجراءات الإرشادية والعلاجية – خطوات إجرائية – والتي تساعدهم على مواجهة مشاكلهم.

٣- يساهم إشراك العضو في الإرشاد الجماعي على التغلب على مشاعر الخوف والقلق لديه.

٤- طمأنة الأفراد بأنهم ليسوا الوحيدون الذين يعانون من هذه المشكلة، بالإضافة إلى استفادتهم من خبرة الأعضاء الآخرين.

٥- يتميز الإرشاد الجماعي بأنه طريقة اقتصادية تسهم في تقليص تكلفة العمل الإرشادي بشكل عام.

المحور الثاني: العلاج المتمركز حول المشاعر Emotion focused therapy

لمحــة تـاريخيـــة:

في بداية الثمانينات من القرن الماضـــي، بدأ الباحثون، والمختصـــون، والخبراء في المجال الأسري والنفسي في القيام بالعديد من الأبحاث، والدراسات، والتجارب التي تستهدف دراسة، وتحليل الجوانب الانفعالية، والمشـاعر بين الأفراد عامة، وبين الزوجين خاصـة. وأيضـا التركيز على أهمية دور المشـاعر، وتجارب الأفراد، وخبراتهم الانفعالية الداخلية، والتي تكونت نتيجة تعرضـهم لمواقف صـادمة، أو قد يكون ذلك نتيجة تجاهلهم، ورفضـهم لها، مما يدفعهم إلى التصـرف بأسـلوب معين خلال تفاعلهم، وتعاملهم مع الآخرين؛ ســـعيا من أجل تعديل، وتطوير العلاقات الانفعالية، والمشـــاعرية، وكذلك تغيير، وتعديل أنماط التفاعل، والتواصـــل، وتقوية، وتعزيز التعلق الآمن، فهم طبيعة المشاعر السلبية، والعمل على تنظيمها، وإيجاد حلول لها (حنوش، ٢٠١١).

تعريف العلاج المتمركز حول المشاعر:

يعرف جرينبيرغ وفويرشـتاين (Greenberg & Feurstein, 2019, P.142)، العلاج المتمركز حول المشـاعر، على أنه "أسـلوب تجريبي يركز على الانفعالات، والعلاقة العلاجية، والمبادئ التوجيهية الإرشـادية في تطوير النهج العاطفي من خلال العلاقة المهنية، وهو أسـلوب يمكن ممارسته في مجال النظريات المعاصرة في الإرشاد النفسي".ويُعرف تيمولاك (Timulak, 2014)، العلاج المتمركز حول المشـاعر، بأنه "أحد الأسـاليب العلاجية التي تسـتهدف إزالة المواقف الانفعالية السـالبة من العميل، والقدرة على التعبير عن الانفعالات بطريقة فعالة، وكذلك مساعدة العميل على تقبل ذاته، والوعي بها وتنظيمها والوصول بها إلى أقصى درجة من الاتزان الانفعالي المنضبط" (ص.٤٢).

على الرغم من تعدد تعريفات العلاج المتمركز حول المشـاعر، يرى الباحث أنها تتفق، وتشترك جميعها في الآتي:

- **علاج تفاعلي:** حيث يركز على إعادة تشـــكيل، وهيكلة الاســـتجابات، والتفاعلات العاطفية التي تعتبر معبرا، وطريقا لبناء حياة أكثر أمانا بين الأفراد؛ حيث إن الأفراد الذين يواجهون صـــعوبات في العلاقة – في الغالب – ،فإنهم يخفون انفعالاتهم الفعلية

الأولية مثل: (القلق، الخوف، الحاجة إلى التعلق، والتعبير عن العواطف) كرد فعل، كما تكون ردودهم دفاعية، أو قسرية، ويكون رد الفعل بالانفعالات الثانوية، وبالتالي تتطور هذه التفاعلات السلبية إلى أنماط، ويصبح الأفراد فاقدي الثقة، أو لديهم شعور زائد بالخوف في العلاقة بينهما، وبالتالي وأد الكثير من الانفعالات الأولية، والعواطف داخلهم دون البوح بها.

- **علاج إنساني تكاملي، منظم، مختصر:** لأنه يركز على سلوك الفرد في بيئته التي يتفاعل معها، وأنماط التفاعل مع نفسه، ومع الآخرين؛ من أجل تعديل أنماط التواصل، والتفاعل مع الآخرين، وتطوير انفعالاته ومشاعره، وتعزيز الثقة في فهم المشاعر السلبية وتعديلها وحل مشكلاتها.

ومن خلال ما سبق عرضه، يستخلص الباحث تعريف العلاج المتمركز حول المشاعر: هو منهج علاجي تفاعلي، حديث، إنساني، منظم، موجز، متعدد الإجراءات، يمر بتسع خطوات رئيسة متتابعة، ومتكاملة يقوم بها المعالج أثناء العملية العلاجية الإرشادية، بهدف مساعدة العميل على تحديد مشاعره وانفعالاته، والتعرف عليها، وفهم طبيعتها، والوصول به إلى القدرة على وصفها، وتنظيمها، والتحكم فيها، وصياغتها في كلمات، وجمل للتعبير عنها مع نفسه، ومع الآخرين، من أجل تحقيق التوازن الانفعالي؛ وتحسين الصحة النفسية وجودة الحياة، التي تعد من الركائز الأساسية لرؤية المملكة (٢٠٣٠).

أهداف العلاج المتمركز حول المشاعر:

وأشار ستيوارت (Stewart, 2015)، إلى انه يوجد العديد من الأهداف التي يسعى العلاج المتمركز حول المشاعر إلى تحقيقها وهي على النحو التالي:

١- مساعدة العميل على التعرف على مشاعره، وعواطفه، والتعبير عنها، وإدراكها، وفهمها فهما صحيحا.

٢- مساعدة العميل على تحقيق الوعي الذاتي بنفسه، وكذا الاستبصار الذاتي.

٣- مساعدة العميل في التعبير عن ذاته، وفهم تجاربه الانفعالية التي عايشها.

مبـادئ العلاج المتمركز حول المشاعر:

أشـــارت المحادين (٢٠١٥)، إلى أن العلاج المتمركز حول المشـــاعر، يرتكز على مجموعة من المبادئ لخصتها في النقاط التالية:

١- أن المشـكلات السـلوكية التي يقع فيها الأفراد هي نتيجة لتهديدات سـابقة، أو حالية؛ بسبب تكون التعلق غير الآمن.

٢- ضرورة العمل على بناء الذات، وتطويرها، والوصول إلى التنظيم الذاتي؛ بما يحقق قدرة الفرد على التعاطف، وتحقيق الرفاهية للأفراد.

٣- أن الانفعال ركن ذو أهمية في بناء الذات، وهي بمثابة المفتاح الرئيس لتنظيم الذات؛ إذ تؤكد أن الانفعالات هي صـــورة من صـــور التكيف؛ لمعالجة المعلومات عند الأفراد، وتعزيز رفاهيتهم، وهي أيضا ظواهر متنوعة تحدث داخل الدماغ.

٤- أن الانفعـالات جانـب ذو أهميـة لعمليـة تنظـيم التجـارب الذاتيـة، عـلاوة علـى الاهتمـام بـالتعلق، وبالإشـارات الانفعاليـة التـي تكـوِن الاسـتجابات السـلوكية للأفـراد. حيـث يعتبـر أن الأفـراد المفتقـدين للأمـن العـاطفي، أو التعلـق العـاطفي الآمـن يفشـلون فـي علاقـاتهم الانفعاليـة، ومـرونتهم السـلوكية؛ حيـث إن شـعور الفـرد بعـدم الأمـن الانفعـالي، يلعـب دورا فـي إيجـاد تفـاعلات سـلبية لـدى الأفـراد مثل: اللجوء لبعض السلوكيات الانطوائية.

خطوات العلاج المتمركز حول المشاعر:

أوضـــحت الدراســـات التي أجريت على العلاج المتمركز حول المشـــاعر، كدراســـات (الطوس، ٢٠١٦؛ فاخوري، ٢٠١٢؛ Holowaty & Paivio, ؛ Palmer & Efron, 2007 2012)، أن جلســـات العلاج المتمركز حول المشـــاعر تمر بتســـع خطوات رئيســـة متتابعة، ومتكاملة يقوم بها المعالج أثناء العملية العلاجية الإرشادية،

جـــــــدول (١)

الخطوات	المهمـــة	الإجـــراءات
الأولى	زيادة إدراك العميل لانفعالاته، ووعيه بها	يعمل المعالج على زيادة وعي العميل، وإدراكه لانفعالاته، والأفكار المصاحبة لأحاسيسه، ومشاعره، والحوار الداخلي الكامن لديه، وتقييم ذلك كله، وإصدار الحكم عليه.
الثانية	تدريب العميل على تقبل الخبرة الانفعالية	يدرب المعالج العميل على الشعور بالخبرة الانفعالية، وتقبلها، والتكيف معها.
الثالثة	التعبير عن المشاعر بالكلمات	يشجع المعالج العميل على وصف مشاعره وأحاسيسه، وتحفيزه للتعبير عن تلك المشاعر بالكلمات.
الرابعة	التعرف على الخبرة الأولية	يتعرف العميل على خبرته الأولية بحيث يعرف إذا كانت استجاباته الانفعالية، وردة فعله هي مشاعره الأساسية، أم لا.
الخامسة	تقييم المشاعر الأولية. صحيحة أم خاطئة؟	يقوم العميل بعملية تقييم ذاتي لمشاعره الأولية، ويحدد مدى صحتها، أو خطأها، ويتم ذلك التقييم من خلال تعرفه على مشاعره الأساسية عندئذ عليه أن يوجه سؤالا لذاته: هل هذا الشعور تكيفي، أم غير تكيفي؟ وهل هو بسبب جرح قديم؟ أو صدمة سابقة؟
السادسة	التعرف على الأفكار، والمعتقدات الهدامة المرتبطة بالانفعال غير التكيفي	يعمل المعالج على مساعدة العميل في التعرف على المعتقدات، والأفكار الهدامة التي ترتبط بالانفعالات غير التكيفية، وذلك من خلال تشجيع، وتحفيز العميل على زيادة تقبله، وتفهمه، وتعزيزه للخبرات الانفعالية المشتركة مع الطرف الآخر، وأيضا تأييد، ودعم مشاعره، واحترامها، وتقبل الأسس الجديدة للاستجابات التفاعلية بينهما، وأيضا يتعرف العميل على الأفكار، والمعتقدات الهدامة المرتبطة بالانفعالات غير التكيفية؛ من أجل العمل على التغلب عليها.
السابعة	تيسير وصول العميل إلى الانفعالات التكيفية البديلة، والاحتياجات، والرغبات	يعمل المعالج على مساعدة العميل في تيسير الوصول إلى الانفعالات التكيفية البديلة، والاحتياجات من خلال تغيير الانفعالات بانفعالات أخرى، والطريقة الرئيسة تكون عن طريق تغيير مركز انتباه العميل للأحاسيس، والمشاعر الموجودة لديه في الخلفية، وغير الواضحة بالنسبة له؛ من أجل الوصول للشخص القوي الموجود بداخله.
الثامنة	تيسير تحويل الانفعالات غير التكيفية، والمعتقدات الهدامة	يعمل المعالج على مساعدة العميل على تيسير تحويل الانفعالات غير التكيفية والمعتقدات الهدامة من خلال تعرف العميل على انفعالاته التكيفية، وحاجاته ورغباته، وبعد أن يطور صوتا داخليا صحيا؛ يصبح العميل مستعدا للقيام بالتغيير النهائي، بحيث يساعد العميل على إيجاد المشاعر الصحية البديلة، وإحلالها محل المشاعر غير الصحية مما يوجه مشاعر العميل المتعلقة بقيمة الذات، والشعور بالشفقة، والرثاء تجاه الذات، وكذلك مشاعر الخجل، والخوف المقبولة، ودعم الذات.
التاسعة	تعزيز، وتوطيد الأنماط، والمواقف الجديدة	يتم العمل على تعزيز، وتقوية الأنماط الجديدة، والمواقف في إدارة العاطفة والانفعالات، واستحضار مشاعر أكثر تكيفا، والدوائر التوكيدية الجديدة بهدف تمكين سلوك التعلق الآمن بين الأفراد، وتغيير المشاعر السلبية التي تظهر عند الأفراد.

الفنيات المستخدمة في العلاج المتمركز حول المشاعر:

اشارت دراسة كل من (بدير، ٢٠١٩؛ حنوش، ٢٠١١؛ خطاطبة، ٢٠١٣؛ الطوس ،٢٠١٦)، إلى أن المعالج يقوم باستخدام مجموعة من الفنيات أثناء التدخل العلاجي، في نظرية العلاج المتمركز حول المشاعر وهي:

فنية: (التحول الانفعالي).

الهدف منها: تحويل مشاعر العميل، وانفعالاته السلبية إلى استجابات انفعالية إيجابية يتأقلم، ويتكيف معها العميل؛ مما يساعده على التفاعل مع الآخرين إيجابيا، وتحسين علاقاته معهم.

فنية: (التقبل).

الهدف منها: مساعدة العميل على تقبل الحقائق الانفعالية السلبية لديه.

فنية:(عكس الخبرات الانفعالية).

الهدف منها: مساعدة العميل على التماس خبراته الانفعالية المبهمة، واستشعاره بها.

فنية: (تأييد، ودعم المشاعر، والمصادقة عليها).

الهدف منها: تخفيف مستوى التوتر، والقلق، وعدم الاستحقاق، وحماية الذات للعميل.

فنية: (الاستجابة المثيرة للانفعالات).

الهدف منها: مساعدة العميل – في بعض الأحيان –، على الإفصاح، والتعبير عن انفعالاته التي يتجاهلها، أيضا التعمق في عناصر خبرته الانفعالية، ومشاركته بها الآخرين.

فنية: (الإعلاء).

الهدف منها: زيادة وعي الأفراد لخبراتهم الانفعالية بنوعيها (الإيجابية، والسلبية)؛ سعيا لتجنبها، وتعديلها، وتشكيل، وصياغة أنماط تفاعلية جديدة في العلاقة.

فنية: (الوعي بالمشاعر).

الهدف منها: إعادة اتصال العميل باحتياجاته التي تشير إليها انفعالاته؛ ليصبح لديه الحافز، والدافع؛ لتلبية احتياجاته، ورغباته.

فنية: (تحديد المشاعر).

الهدف منها: مساعدة الأشخاص على الوعي بعواطفهم، ومشاعرهم، والاعتراف بها؛ حيث إن ذلك يؤدي إلى قيامها بوظيفتها الأولية. وذلك مهم في العملية العاطفية.

المحور الثالث: العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين
Eye movement Desensitization reprocessing

تعريف العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين:

تعرف شابيرو (Shapiro, 2018)، العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين، بأنه "شكل مختصر من أشكال العلاج النفسي الذي يساعد العميل على التغلب وتخطي جدران الصدمات النفسية، والتحرر من آثارها من خلال مساعدته في عملية معالجة المواد الموجودة في اللاوعي، في حين أن الدماغ هو الذي يقوم بعملية المعالجة، ولكن العميل هو الذي يتحكم ويسيطر في ذلك" (Shapiro, 2018).

أهداف العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين:

أشار كل من (العربي، ٢٠٢١؛ السكافي، ٢٠٢١؛ ناجي، ٢٠١٥)؛ إلى أنه يوجد العديد من الأهداف التي يسعى العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين إلى تحقيقها، وهي على النحو التالي:

١- مساعدة العميل على تطوير آليات المواجهة الأكثر تكيفا، وفق خطة علاجية مكونة من ثماني خطوات، ومن خلال ثلاثة محاور تتعلق بالبعد الزمني للحدث الصادم، كالتالي: ذكريات الماضي، الاضطرابات في الوقت الحاضر، والإجراءات المفروض العمل عليها والمتعلقة بالمستقبل.

٢- مساعدة العميل على إحداث تغيير – تعديل –، الأفكار والمشاعر السلبية بأخرى إيجابية وأكثر شمولية.

٣- مساعدة العميل على التقليل من شدة الأفكار والمشاعر السلبية وأعراض الاضطرابات النفسية، والتغلب على اضطراب ما بعد الصدمة والتحرر من آثارها.

ويرى الباحثان، أن من أهداف العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين في هذه الدراسة هو مساعدة النساء المتأخرات في الإنجاب على معالجة الذكريات الصادمة والمشاعر المؤلمة والأفكار والمعتقدات السلبية والإدراك السلبي والاستجابات العاطفية المرتبطة بها، التي تكونت نتيجة صدمة تأخر الإنجاب وتقليل نفوذها وتأثيرها السلبي وإبطال تحسسهن إلى أقصى حد ممكن، والسماح لهن بإعادة معالجة المعلومات التكيفية والوصول إلى حلول تكيفية، بحيث يكون لهن القدرة على احداث استبدال المشاعر السلبية بمشاعر إيجابية وتغيير الشحنة العاطفية للتجارب والخبرات المؤلمة والإدراكات والعواطف المؤلمة من السلبية إلى الإيجابية، وتفسير الاحاسيس الجسدية بطريقة تكاملية من التغيير الجسدي – النفسي، والوصول إلى حلول تكيفية.

مبادئ العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين:

ذكر كل من (عربي وسويفي، ٢٠٢٠؛ مخلوفي وبن عبد الوهاب، ٢٠١٦)، أن العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين، يرتكز على مجموعة من المبادئ، لخصاها في النقاط التالية:

١- تمنح القدرة على تحديد المشاعر المرافقة للصدمة، والتعرف عليها ووصفها والتعبير والتحدث عنها واسترجاع الموقف بكامله، وما يحتوي من صور وأصوات ومشاعر وأحاسيس.

٢- تذكير العميل بعدم التركيز فقط على الكلمات، بل التركيز على التصورات والإدراكات والمشاعر والعواطف والأحاسيس الجسدية، بالإضافة إلى الحواس والتحفيز الثنائي ومنها حركات العين.

جـــــــدول (٢)

مراحل ممارسة العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين

المرحلة	الهدف الرئيس	المهمة الرئيسة من المرحلة
المرحلة الأولى: تاريخ العميل ووضع المخطط العلاجي	بناء تحالف وعلاقة علاجية مهنية وثيقة مع العميل، وتؤكد شابيرو على أهمية جودة التحالف والعلاقة العلاجية المهنية في العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين ووصفت تنفيذه بأنه تفاعل أساسي ورئيسي بين المعالج والعميل والطريقة	أخذ التاريخ المرضي للعميل، وبناء وصياغة خطة العمل وتصميم البرنامج العلاجي (خطة العلاج).
المرحلة الثانية: التحضير	تثقيف العميل حول أعراض اضطراباته وماذا تعني والفعاليات والأنشطة العلاجية المتوقع إجراؤها وتفسير وشرح العملية العلاجية بالعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين ومكوناتها وخطواتها وكيفية استخدامها وأوقات استخدامها.	البناء والتحضير
المرحلة الثالثة: التقييم	مساعدة العميل على تحديد الذكريات المؤلمة والمزعجة والمواقف الصادمة ومحفزاتها التي يجب معالجتها والتعامل معها	التقييم وتحديد الأهداف والاستجابات خط الأساس باستخدام سلم (SUD) ومقياس (VOC).
المرحلة الرابعة: إبطال التحسس وإعادة المعالجة	مساعدة العميل على استعادة الذكريات المؤلمة والمزعجة والمشاعر والإدراكات السلبية المرتبطة بها من الصور والكلمات والمشاهد المرعبة التي رآها أو عايشها	إبطال التحسس وإعادة المعالجة من خلال التحفيز الثنائي، والكشف عن رؤى وروابط مناسبة.
المرحلة الخامسة: التثبيت	مساعدة العميل على تطوير وتعزيز وتقوية الإدراك الإيجابي (السلوك الإيجابي) الذي صمم ليحل محل الإدراك السلبي الأصلي (السلوك السلبي) المرتبط بالذاكرة وهو عنصر حاسم وجزء مهم في العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين	تثبيت المعرفة الإيجابية مع التركيز على تعزيز وتسهيل تكامل وإعادة التنظيم المعرفي.
المرحلة السادسة: مسح الجسم	مساعدة العميل على التحقق من أي توتر جسدي متبق	مسح الجسم ذهنيا من خلال استحضار الصور المركبة والمؤلمة والمزعجة الأصلية التي مر عليها أثناء مراحل حياته ورآها أو عايشها مع استعادة الأفكار والمشاعر والانفعالات السلبية والأحاسيس الجسمية والمخاوف التي اصابته بسببها
المرحلة السابعة: الإغلاق	مساعدة العميل على أن يكون العميل في حالة من التوازن الانفعالي في نهاية الجلسة العلاجية	الإغلاق، وإعطاء العميل التعليمات المناسبة والضرورية في نهايتها
المرحلة الثامنة: إعادة التقييم	تقييم مدى نجاح العملية العلاجية	إعادة تقييم، ومراجعة استجابات المعالج للحفاظ على آثار وفعالية العلاج

واختار الباحث هذه النظرية في دراســته، لتناســب المفهوم والأبعاد مع أدوات الدراســة (مقياس الألكسيثيميا، والبرنامج العلاجي) التي استخدمها في هذه الدراسة، إضافة إلى أنها تعد من أكثر أنواع العلاج النفســـي الحديث نجاحا وفعالية في وقتنا الحالي لعلاج جميع أنواع الصدمات النفسية بمختلف أنواعها وشدتها، وعلاج الاضطرابات النفسية المختلفة، حيث بلغت نسبة فعاليتها ما بين (٧٠٪ – ٧٥ %)، بعد جلسات علاجية من (٢ – ٢٠) جلسة منتظمة، وهو ما أثبتته نتائج الدراســـات والأبحاث الواقعية والتحليلات البعدية لها، والتجارب الميدانية والعشــوائية والقائمة على التجربة ذات الشــواهد (RCTS)، والمعترف بها دوليا والإحصــائيات الواقعية. إلى جانب أن نظرية العلاج بإبطال التحســـس وإعادة المعالجة بحركات العين أقوى نظريات العلاج النفسي؛ لعلاج اضطرابات ما بعد الصدمة والتي ينتج عنها عجز التعبير عن المشاعر (الألكسيثيميا).

المحور الرابع: دمج العلاج المتمركز حول المشـــاعر والعلاج بإبطال التحســـس وإعادة المعالجة بحركات العين:

يرى الباحثان، أن عملية الدمج بين نظرية العلاج المتمركز حول المشـــاعر مع نظرية العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين، يمكن أن تؤدي إلى زيادة فعالية علاج الاضــطرابات النفســية والانفعالية، والاضــطرابات الجســدية، والعلاقات العاطفية خاصــة لدى الأزواج الذين لديهم تعلق وارتباطات قلق اتجاه العلاقة الزوجية، ويمكن أن تقلل من مســـتوى الأمراض العضوية ذات المنشأ النفسي، وتزيد الرضا عن العلاقة الزوجية، وروابط الأمان بشكل ملحوظ في علاج المشكلات الأسرية والزوجية مقارنة باستخدام كل طريقة على حدة.

وأظهرت النتائج أن عملية الدمج والجمع بين العلاج المتمركز حول المشـــاعر والعلاج بإبطال التحســـس وإعادة المعالجة بحركات العين لديه القدرة على توفير علاج قصـــير، يعالج بشــكل فعال للغاية أعراض اضــطراب ما بعد الصــدمة مع تعزيز الرضــا عن العلاقة الزوجية. حيث شــهدت المجموعة الثالثة (التجريبية) التي خضــعت للمعالجة من خلال البرنامج العلاجي القائم على الدمج انخفاضـــا أكبر في أعراض اضـــطراب ما بعد الصـــدمة وزيادة في الرضـــا الزواجي، مقارنة بالمجموعتين الأولى والثانية.

أن عملية الدمج والجمع بين العلاج المتمركز حول المشـــاعر مع العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين يساعد المعالجين في المجال النفسي والأسري بشكل سريع وفعال في علاج الاضطرابات النفسية والانفعالية، والاضطرابات الجسدية، والعمل على زيادة روابط الأمان في علاج المشكلات الأسرية والزوجية وتعزيز العلاقات العاطفية والتواصل بين الزوجين. حيث يوفر كل نهج علاجي حافزا يعزز فعالية وقوة النهج العلاجي الآخر، حيث سيخلق العلاج المتمركز حول المشاعر علاقة آمنة تعزز الشفاء من الصدمة بينما يعمل العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين على إبطال التحسس من الذكريات المؤلمة، مما يساعد على تسهيل العملية العلاجية والعلاقة الآمنة

وأشـــار نجاش وآخرون (2018)، إلى أن العديد من المعالجين بالعلاج المتمركز حول المشاعر يجدون صعوبة في معالجة بعض الحالات، التي تعاني من ذكريات صادمة ومؤلمة كبيرة وشديدة؛ لذلك تجدهم يبحثون عن معرفة متخصصة لمعالجة تلك الحالات، وبالتالي نجد أنه في مثل هذه الحالات من الأفضـــل على هؤلاء المعالجين دمج العلاج المتمركز حول المشاعر مع العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين. وبشكل أكثر توضيحا يمكن أن تصبح العزلة والحماية الذاتية وتشويه سمعة الذات لدى الحالات المصابة باضطراب ما بعد الصـدمة عائقا أمام إكمال المرحلة الأولى من مراحل العلاج المتمركز حول المشـاعر، أي مرحلة التخفيف من حدة الدوائر السلبية، ويمكن أيضا أن تكون عائقا أمام تسهيل التجارب التصـــحيحية وإعادة بناء التفاعلات في العلاقات مع الآخرين، في المرحلة الثانية من مراحل العلاج المتمركز حول المشـــاعر، التي وجد الباحثون والمعالجون أن العلاج بإبطال التحســس وإعادة المعالجة بحركات العين مفيد بشكل خاص معها (Negash et al, 2018).

ويشير الباحثان، إلى إن التطبيقات العملية في العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين تكمل العلاجات التجريبية بشكل أكثر فعالية وقوة، ومن بين هذه العلاجات التي يكاملها العلاج المتمركز حول المشـــاعر. يمكن أن تكون عملية جمع ودمج العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين مع العلاج المتمركز حول المشاعر فعالة ومفيدة بشكل فريد في الممارسة العلاجية مع الاضطرابات النفسية والانفعالية وخاصة مع الحالات التي تعاني من صـــدمات شـــديدة، أو عدم اتزان انفعالي، وبطريقة لا يمارســـها حاليا بعض المعالجين المختصين في المجال النفسي والأسري، حسب اطلاع الباحثان.

الهدف الأساسي للعلاج المدمج:

هو الوصول إلى المشاعر الأولية التي لم اتعترف بها سابقا، والعمل مع العميل عندما يكون عالقا في تفاعل المشاعر الثانوية؛ لتعزيز العلاقة العاطفية وخاصة العلاقة الحميمية بين الزوجين، وزيادة فرص التناغم والتعاطف وفهم الدعم المتبادل والسلوكيات الأخرى المؤيدة للتعلق.

يهدف هذا العلاج بحسب نجاش وآخرون إلى مساعدة الأفراد في استكشاف المشاعر العميقة التي تكمن وراء الديناميكيات المختلة، وتنشيطها وإعادة معالجتها، بالإضافة إلى تعزيز الرضا عن العلاقات العاطفية من خلال عملية تغيير دورة التفاعل السلبية والمشحونة عاطفيا. لا يشمل بروتوكول العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين القياسي، ولكنه يتضمن العديد من مميزاته في النهج المكون من ثماني مراحل، مثل التثقيف النفسي، وخلق الأمان، وإعادة المعالجة.

استراتيجية العلاج المدمج:

١- يجب على المعالج البدء بالعلاج من خلال استخدام العلاج المتمركز حول المشاعر مع التركيز على الاستثارة الثنائية في العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين، وفي الخطوة الثالثة من العلاج المتركز حول المشاعر يمكن دمج جميع مراحل العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين من المرحلة الأولى وحتى المرحلة الثامنة، وذلك لمساعدة الأفراد على الوصول إلى المشاعر الأولية المرتبطة بمشاكلهم خلال العلاج.

٢- يجب على المعالج التأكد من أن الشريك المراقب لن يقاطع شريك المعالجة أثناء مراحل العلاج.

٣- في المرحلة المبكرة من الخطوة الثانية يستطيع المعالج تقييم مدى ثقة الأفراد ببعضهم البعض، بما يكفي لمنع الدورة التفاعلية السلبية أثناء جلسات العلاج في المستقبل.

٤- يجب أن تكون احتياجات العلاقات العاطفية والارتباط بين الشريكين أولوية قصوى في جميع الأوقات، من خلال العلاج المدمج.

ويرى الباحثان أنه في حال وجد المعالج صعوبة في التقدم إلى المرحلة الثانية من العلاج المتمركز حول المشاعر بسبب التصعيد المستمر بين الشريكين، قد يكون من المفيد العودة إلى العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين؛ بهف تقليل تأثير أي ذكريات مزعجة وصادمة غير معالجة تعيق عملية العلاج المدمج الفعال.

اختار الباحثان، استخدام النهج الذي يعتمد على عملية الدمج بين نظرية العلاج المتمركز حول المشاعر مع نظرية العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين، للأسباب التالية:

١- فعال وقوي في علاج الأفراد من الاضطرابات الانفعالية، والنفسية، والاضطرابات الجسدية، والاسهام في تحقيق التوازن الانفعالي في العلاقات الإنسانية بشكل عام، والزوجية بشكل خاص.

٢- يساهم بشكل كبير في تعزيز روابط الأمان بشكل ملحوظ في علاج وحل المشاكل الأسرية والزوجية بشكل كبير مقارنة بكل طريقة على حدة.

٣- يساعد المعالج بشكل سريع وفعال في علاج الاضطرابات الانفعالية، والنفسية، والاضطرابات الجسدية، والعمل على زيادة روابط الأمان في علاج المشكلات الزوجية وتعزيز العلاقات العاطفية والتواصل بين الزوجين. حيث يوفر كل نهج علاجي حافزا يعزز فعالية وقوة النهج العلاجي الآخر.

المحور الخامس: الألكسيثيميا Alexithymia

تعريف الألكسيثيميا:

ومن خلال ما سبق عرضه، فإن الباحثان يستخلص أن تعريف الألكسيثيميا: هو سمة وجدانية ومعرفية ثابتة، تعتبر من سمات الفرد المضطربة، التي تؤدي إلى اضطراب في معالجة العمليات المعرفية، وتنظيم المشاعر، ونقص في الوعي الانفعالي، تظهر في وجود صعوبة في القدرة على تحديد المشاعر والانفعالات والتعرف عليها، والتعبير عنها لفظيا وغير لفظي، وصعوبة في القدرة على فهم الآخرين والتواصل معهم، وفي بناء الثقة والأمن والحوار في العلاقات الزوجية والأسرية، وصعوبة في القدرة على التمييز بين المشاعر والاستجابات الجسدية، وعجز في التفكير الموجه للخارج، وصعوبة في استخدام الخيال والأحلام؛ لتنظيم المشاعر المؤلمة، أو إيجاد حلول

إبداعية للمشكلات النفسية والأسرية والزوجية، بالإضافة إلى صعوبة القدرة على التعاطف مع الذات والآخرين، وفهم حقيقة تأخر الإنجاب وتقبله وفهم أسبابه النفسية

النظريات التي فسرت الألكسيثيميا:

تبين للباحث من خلال استقرائه للنظريات العديدة والمتنوعة المفسرة للألكسيثيميا، أن هناك تبايناً في تفسيرها لمفهوم الألكسيثيميا؛ وذلك بسبب تعدد وتنوع المدارس والاتجاهات في الإرشاد النفسي، كما أنها طرحت أطراً مختلفة لتفسير أسباب وأعراض الإصابة بالألكسيثيميا، ومن أبرز هذه النظريات ما يلي:

نظرية العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT):

ذكر الباحثان، أن الألكسيثيميا تنشأ في ضوء هذه النظرية نتيجة عدم مقدرة النساء المتأخرات في الانجاب على تحديد مشاعرهن وانفعالاتهن، والتعرف عليها، وفهم طبيعتها، ووصفها، وتنظيمها، والتعبير عنها، وكذلك عدم القدرة على التحكم فيها، والقدرة على صياغتها في ألفاظ، وجمل تعبر عنها مع نفسها، ومع الآخرين، وكذلك كيفية التفاعل مع الانفعالات التي تحدث خلال تجاربهن في الحياة، والتعامل معها بنمط صحيح، أيضا عدم قدرتها على إقامة علاقات انفعالية متماسكة، وآمنة مع الآخرين، واستبصارهن بانفعالاتهن، واستثمارها في فهم مشاعرهن، والتفاعل الوجداني معهم.

وتؤكد هذه النظرية على أن الألكسيثيميا ترتبط بالانفعالات السلبية المؤلمة التي تصدر أثناء تفاعل النساء المتأخرات في الإنجاب مع الزوج، التي غالبا ما تكون داخل نطاق اللاوعي الشعوري.

كما أنها تشير إلى أن البنى الانفعالية التي يشكلها الأفراد خلال تفاعلهم سويا، تعتبر نظاما أساسيا يدمج بين كل من المعلومات المعرفية الإدراكية، والمشاعر الحسية، والشعورية، والجسدية، والأفكار، والذكريات، والآمال، والتوقعات المعرفية الناتجة عن الخبرات والتجارب الانفعالية وما تخلفه من آثار في نفس الفرد، فإما أن تكون ملبية ومشبعة لحاجات الفرد، وأهدافه، وتقديره لذاته، أو محبطة لكل ذلك، بل وهدامة مما يؤدي إلى الإصابة بالألكسيثيميا.

نظرية العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR):

ذكر الباحثان، أن الألكسيثيميا تنشأ نتيجة عدم قدرة النساء المتأخرات في الإنجاب على معالجة الذكريات الصادمة والمشاعر المؤلمة والأفكار والمعتقدات السلبية والإدراك السلبي

والاستجابات العاطفية المرتبطة بها، وتقليل نفوذها وتأثيرها السلبي وإبطال تحسسه إلى أقصى حد ممكن، والسماح بإعادة معالجة المعلومات التكيفية والوصول إلى حلول تكيفية.

وتؤكد هذه النظرية أن الألكسيثيميا ترتبط بالذكريات الصادمة والمشاعر المؤلمة، والأفكار السلبية والإدراك السلبي والاستجابات العاطفية المرتبطة بها، التي تكونت نتيجة صدمة تأخر الإنجاب.

وتشير هذه النظرية إلى أن اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ناتج عن معلومات مضطربة مخزنة في الجهاز العصبي، حيث يتم تخزين هذه المعلومات في شكلها الأولي والأصلي الذي عاشه ومر به العميل؛ وذلك لأن علاج المعلومات لسبب أو لآخر قد تم إيقافه وإعاقته، حتى بعد مرور سنوات، على سبيل المثال: ضحية الاغتصاب تشعر بالخوف دائما، وهي ترى وجه مغتصبها، وتشعر بيديه على جسدها، وكأن الاعتداء حدث من جديد. ففي الواقع، تكون المعلومات عالقة وجامدة في الزمن، ومعزولة في شبكة الجهاز العصبي ومخزنة على شكل حالة معينة ومحددة، جد مضطربة، بما أن حدة الشعور قد حبست بفاعلية الذكرى داخل شبكة ترابطية ضيقة، فإن الشبكة العصبية التي كانت هذه المعلومة القديمة مخزنة بداخلها، تصبح حقا معزولة، مما يؤدي إلى الإصابة بالألكسيثيميا.

جدول (٣)

مراحل علاج الألكسيثيميا

المرحلة	مهام المرحلة
المرحلة الأولى التقليل من الضغوط	أن من المهام المرتبطة بهذه المرحلة تحقيق علاقة إيجابية مهنية هادفة بين المعالج والنساء المتأخرات في الإنجاب من خلال خلق بيئة إيجابية تتسم بالطمأنينة، والتقليل من الضغوط والصراع، والعمل على حل الأزمة الموجودة إذا لزم الأمر، والتقليل من السلوك العرضي إلى مستوى يمكن تحمله.
المرحلة الثانية التدريب والتعليم	تنطوي هذه المرحلة على مساعدة النساء المتأخرات في الإنجاب في تعلم المهارات اللازمة للأداء بفعالية وفي هذه المرحلة يستخدم المعالج الواجبات المنزلية بشكل متكرر، ما يتيح الفرصة لممارسة المهارات والسلوكيات التي تعلموها وتدربوا عليها. حيث تأتي هذه الخطوة بعد تحديد المشكلة وطبيعتها ورفع مستوى الوعي بالمشكلة.
المرحلة الثالثة الإنهاء	أثناء هذه المرحلة تُعطى النساء المتأخرات في الإنجاب الفرصة للتعامل مع القضايا التي لم يتم حلها، وعندما يتم حلها يساعد المعالج في الانتقال نحو إنهاء العملية الإرشادية، ويتم تحديد هذه المرحلة أيضا عندما تحقق أهداف العملية الإرشادية، وتحتاج عملية الإنهاء إلى تطمين النساء المتأخرات في الإنجاب إلى أنه سيكون هناك عملية للمتابعة
المرحلة الرابعة المتابعة	وتتضمن هذه المرحلة مدى تقدم أو تحسن النساء المتأخرات في الإنجاب ومدى استفادتهن من البرنامج الإرشادي المستخدم، وتعتبر المتابعة ضرورية من حيث إنها تنطوي أيضا على تحديد مدى فعالية البرنامج الإرشادي المطبق، كما أنها تسمح بتقديم إرشاد آخر إذا دعت الضرورة لذلك.

المحور السادس: النساء المتأخرات في الإنجاب:

يشـــير الباحثان إلى أن المرأة عندما يتأخر حدوث الحمل لديها تبدأ في التفكير هل هي عقيم أم لا؟ والتساؤل إن كان هناك سبب يحول دون حدوث الحمل. وفي المجتمع العربي يعتبر تأخر الإنجاب مشـــكلة تثير اهتمام أهل الزوجين، والأقارب، والأصـــدقاء، والجيران، وتجعلهم يتدخلون في حياتها الزوجية مما ينتج عنه مشـــاكل نفســـية واجتماعية تؤدي في بعض الأحيان إلى عدم اســـتقرار الأســـرة، والزواج، وقرب نهايته بالطلاق. ويصـــاحب كل ذلك شـــعور بعدم الأمان، والخوف من المســـتقبل مع احتمالات هجر الزوج لها، وزواجه من أخرى. وهذا الشـــعور الدائم بالقلق، وعدم الأمان، والغيرة الشـــديدة من النســـاء الأخريات اللائي ينجبن ربما يؤدي إلى استمرار العقم أكثر، فإذا حدث وتزوج الزوج، وأنجب، فربما تحمل الزوجة المتأخرة في الإنجاب، وذلك بســـبب تغير انفعالاتها بعد زواج زوجها، وهناك بعض النماذج لذلك، وهذه النماذج يمكن أن يكون مؤشر على أهمية العامل النفسي في حالات تأخر الإنجاب.

الآثار النفسية على المرأة متأخرة الإنجاب:

المرأة المتأخرة في الإنجاب تعاني من العديد من الآثار النفســـية الســـلبية وهي على النحو التالي:

١- تدني احترام الذات والشعور بعدم الكفاءة والقدرة على التحكم والسيطرة في المواقف.

٢- تكوين صـــــورة ذهنية عن ذاتها ومفهومها لهويتها الأنثوية، ونتيجة للرابط القوي بين الأنوثة والأمومة يمكن للمرأة المتأخرة في الانجاب أن تعيش أزمة هوية وصـــــراع بين مثالية إحســـاســـها بذاتها المثالية كامرأة وبين ذاتها الواقعية الذي تدرك من خلالها أنها غير قادرة على الإنجاب.

٣- خوفها من المســـتقبل مع احتمالات الطلاق أو هجر الزوج لها، وزواجه من أخرى؛ لأنه يريد أطفالا، أو أن تضـــعه أسرته تحت ضـــغط متكرر، وبوســـائل مختلفة يعكس رغبتهم في ضرورة أن يكون لابنهم أولاد.

٤- انتقاد ولوم كل من الزوجين الآخر بســـــبب عدم قدرتهما على الإنجاب، مما يؤدي إلى صراعات وشجار تؤثر سلبا على الاستقرار النفسي والأسري والزواجي.

٥- استنفاذ الطاقة النفسية نتيجة لتحديات المشاعر التي تواجهها المرأة المتأخرة في الإنجاب.

الدراسات السابقة:

تم عرض الدراسات التي تفيد في مجال هذه الدراسة وفق منهجية واضحة من خلال ذكر الهدف من الدراسة، وعينة الدراسة، وأدوات الدراسة، والإجراءات، وأبرز النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة، مع تعقيب عليها من حيث الهدف – المنهج المستخدم – العينات – الأدوات – النتائج – ومدى استفادة الباحثان من هذه الدراسات – وتميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة. وقد رتبت هذه الدراسات حسب تسلسلها الزمني من الأحدث إلى الأقدم.

أولا: الدراسات السابقة التي استهدفت الكشف عن فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT):

هدفت دراسة الجبالي (٢٠٢١)، إلى الكشف عن فاعلية العلاج المتمركز حول المشاعر في مهارات ما وراء الانفعال واستراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان. وكانت العينة (٣٠) أماً من جمعية بيت الحكمة في إربد. وتم تقسيمهن عشوائيا وبالتساوي على مجموعتين، تجريبية وضابطة، وطبق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية، واستخدام مقياس مهارات ما وراء الانفعال، ومقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي. وكان البرنامج العلاجي مكوناً من (١٨) جلسة، مدة الجلسة (٩٠) دقيقة، وطبق بواقع جلستين أسبوعيا، واستمر (٩) أسابيع. وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج العلاجي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر. كما أشارت نتائج الدراسة أيضا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس ما وراء الانفعال، ومقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي ككل، وعلى كل بعد من أبعاده بين القياسين البعدي والتتبعي، لدى أفراد المجموعة التي خضعت للبرنامج العلاجي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر، مما يشير إلى احتفاظ أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بأثر البرنامج العلاجي، وهذا يدل على استمرارية وثبات تأثير وأثر البرنامج العلاجي.

كما أجرى **وايسمان وآخرون (Weissman et al, 2018)**، دراسة هدفت لتحقق من استخدام العلاج المتمركز حول المشاعر للأزواج من المحاربين القدامى الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة. وكانت العينة (١٥) زوجا. وتم اختيارهم بصورة عشوائية، واستخدم مقياس اضطراب ما بعد الصدمة ومقياس الرضا عن العلاقة، والاضطراب النفسي، والاكتئاب،

وجودة الحياة. وكان البرنامج العلاجي مكوناً من (٢٦ – ٣٦) جلسة، وطبق بواقع جلستين أسبوعيا. أظهرت النتائج تحسنا كبيرا في العلاقة عن الحياة وفي انخفاض الاكتئاب وانخفاض الضغط النفسي عند شركاء المحاربين القدامى. كما أظهر قدام المحاربين انخفاضا كبيرا في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المبلغ عنها ذاتيا. توفر هذه النتائج دليلا أوليا على فائدة العلاج المتمركز حول المشاعر؛ للمساعدة في تعزيز الرضا المحسن للعلاقة، والرفاهية النفسية للمحاربين القدامى الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة وشركائهم الذين أكملوا العلاج.

بينما أجرى **هزراتي وآخرون (Hazrati et al, 2017)**، دراسة هدفت إلى التعرف على آثار العلاج المتمركز حول المشاعر، للحد من إساءة المعاملة العاطفية الزواجية وتحسين الرضا الزواجي بين المتزوجين المسنين، وكانت العينة (٥٧) زوجا من مدينة شيراز بإيران، تم تقسيمهم عشوائيا إلى مجموعتين: التجريبية (٢٩) زوجا طبق عليهم البرنامج العلاجي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر، والضابطة (٢٨) زوجا، لم يطبق عليهم البرنامج. واستخدم مقياس الاعتداء العاطفي، ومقياس الرضا الزواجي لكبار السن. وكان البرنامج العلاجي مكوناً من (١٤) جلسة علاجية، مدة كل جلسة (٩٠) دقيقة، وطبق بواقع جلستين أسبوعيا، واستمر لمدة (٧) أسابيع. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن التدخلات المستندة إلى العواطف التي ترتكز على المشاعر مفيدة في الحد من إساءة المعاملة العاطفية الزواجية، وتحسين الرضى الزواجي في أوساط الأزواج المسنين.

ثانيا: الدراسات السابقة التي استهدفت الكشف عن فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR):

أجرت **جوهري وآخرون (Guehiri et al, 2023)**، دراسة تهدف إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج بإزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين في خفض التصور السيئ للتوتر والقلق العام لدى النساء المصابات بالعقم النفسي. وكانت العينة (٥) نساء من ولاية البليدة، يعانين من عقم من أصل نفسي. واستخدم مقياس إدراك الضغط، ومقياس القلق المعمم. وكان البرنامج العلاجي مكوناً من (١٤) جلسة، مدة كل جلسة (٩٠) دقيقة، وطبق بواقع جلستين أسبوعيا، واستمر لمدة (٧) أسابيع. وأظهرت نتائج الدراسة أن العلاج بإبطال التحسس

وإعادة المعالجة بحركات العين كان فعالاً للغاية في تقليل شـــدة التوتر، والقلق العام لمجموعة الدراسة، حيث تمكنت إحدى الحالات الخمس من الحمل بعد انتهاء العلاج.

بينما أجرت **بهارة وآخرون (Bahareh et ai., 2022)**، دراســـة تهدف إلى مقارنة فعالية علاج إزالة حســـاســـية حركة العين وإعادة المعالجة على التعبير العاطفي والأعراض الجسدية بين الأسر التي ترأسها وتديرها الإناث. وكانت العينة (٣٦) حالة، تم تقسيمهم عشوائيا بالتســـاوي إلى ثلاث مجموعات: المجموعة التجريبية الأولى (١٢) أســـرة طبق عليهم البرنامج العلاجي القائم على العلاج بإزالة التحسس بحركات العين وإعادة المعالجة، المجموعة التجريبية الثانية (١٢) أســـرة طبق عليهم البرنامج العلاجي القائم على القبول والالتزام، والمجموعة الضابطة (١٢) أسرة، لكن لم يطبق عليهم البرنامج. واستخدم مقياس التعبير العاطفي ومقياس صـــحة المريض. كان البرنامج العلاجي مكوناً من (٨) جلســات، مدة كل جلســة (٩٠) دقيقة، وطبق بواقع جلسة أسبوعيا، واستمر لمدة (٨) أسابيع. وأظهرت نتائج الدراسة أن العلاج بإبطال التحســـس وإعادة المعالجة بحركات العين كان فعالاً في التعبير العاطفي، والأعراض الجســـدية بين الأسر التي ترأسها نساء. ويمكن استخدامه لتحسين مشكلات الأسر التي ترأسها نساء.

أما **دراســـة الجراح (٢٠٢١)**، فالهدف منها التعرف على فاعلية تقنية العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين في خفض اضطراب الاكتئاب الجسيم، لدى اللاجئين السوريين في الأردن. وكانت العينة (٣٠) مريضا من الذكور والإناث، ممن تتراوح أعمارهم بين (٢٥ – ٤٥) عاما، ويقيمون في محافظة إربد، ويراجعون العيادة النفسية – الهيئة الطبية الدولية في مدينة الصريح. وتم تقسيمهم عشوائيا إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية (٢٠) فردا، طبق عليهم البرنامج العلاجي، والمجموعة الضابطة (٢٠)، لم يطبق عليهم البرنامج. واستخدم مقياس أعراض الاكتئاب الجسيم. وكان البرنامج مكوناً من (٨ – ١٠) جلسات، مدة كل جلسة (٦٠) دقيقة، وطبق بواقع جلستين أسبوعيا، واستمر لمدة (٥) أسابيع. وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج العلاجي. كما أشـــارت نتائج الدراســـة فاعلية تقنية العلاج بإبطال التحســـس وإعادة المعالجة بحركات العين، في خفض اضطراب الاكتئاب الجسيم لدى عينة الدراسة، ومما يشير أيضـــا إلى احتفاظ اللاجئين الســـوريين بأثر البرنامج العلاجي، وهذا يدل على اســـتمرارية وثبات تأثير وأثر البرنامج العلاجي.

ثالثا: الدراسات السابقة التي استهدفت خفض الألكسيثيميا:

قامت **محمود (٢٠٢٣)**، بإجراء دراسة هدفت إلى التحقق من فعالية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض الألكسيثيميا لدى عينة من المراهقين المكفوفين بمعهد النور للمكفوفين. وكانت العينة (٢٠) طالبا من المراهقين والمراهقات المكفوفين بمعهد النور للمكفوفين بمحافظة قنا. وتم تقسيمهم عشوائيا إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية (١٠) طلاب طبق عليهم البرنامج العلاجي، والمجموعة الضابطة (٨) طلاب، لم يطبق عليهم البرنامج. واستخدم مقياس تورنتو للألكسيثيميا للمراهقين والراشدين. كان البرنامج العلاجي مكوناً من (٢٨) جلسة، مدة كل جلسة (٤٥ – ٧٠) دقيقة، وطبق بواقع (٢) جلستين أسبوعيا، واستمر لمدة (١٤) أسبوعاً. وأظهرت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب الطلاب في القياس القبلي والبعدي، لصالح البعدي على مقياس الألكسيثيميا لدى أفراد العينة، مما يعني فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض الألكسيثيميا.

وقام **الزهراني (٢٠٢٢)**، بإجراء دراسة هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض أعراض الألكسيثيميا لدى عينة من المكتئبين الراشدين السعوديين. وكانت العينة (٦٤) مكتئبا، ممن يراجعون العيادات النفسية بمنطقة الباحة، وللكشف عن أعراض الألكسيثيميا. وتم تقسيمهم عشوائيا بالتساوي إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية طبق عليهم البرنامج العلاجي، والمجموعة الضابطة لم يطبق عليهم البرنامج. واستخدام مقياس تورنتو للألكسيثيميا. كان البرنامج العلاجي مكوناً من (١٣) جلسة، مدة كل جلسة (١٢٠) دقيقة، وطبق بواقع جلستين أسبوعيا، واستمر لمدة (٧) أسابيع. وأشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج في خفض الألكسيثيميا، وذلك من خلال وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة، ولصالح المجموعة التجريبية، كما تبين استمرار فاعلية البرنامج في خفض أعراض الألكسيثيميا وذلك من خلال وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي والقياس التتبعي لصالح المجموعة التجريبية.

بينما أجرت **عبد العزيز (٢٠٢٢)**، دراسة هدفت إلى التحقق من فاعلية برنامجين، أحدهما قائم على العلاج المعرفي السلوكي، والثاني قائم على تدريبات الاسترخاء في تخفيف

الألكسيثيميا لدى طالبات الجامعة. وكانت العينة (٣٠) طالبة من طالبات كلية التربية بجامعة بنها. وتم تقسيمهن عشوائيا بالتساوي إلى ثلاث مجموعات: المجموعة التجريبية طبق عليهن البرنامج العلاجي القائم على العلاج المعرفي السلوكي، والمجموعة التجريبية الثانية طبق عليهن برنامج تدريبات الاسترخاء العضلي والتخيلي، والمجموعة الضابطة لم يطبق عليهن البرنامج. واستخدم مقياس تورنتو للألكسيثيميا. كان البرنامج العلاجي مكوناً من (١١) جلسة علاجية، مدة كل جلسة (٩٠) دقيقة، وطبق بواقع (٢) جلستين أسبوعيا، واستمر لمدة (٦) أسابيع. وأظهرت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج العلاجي وفاعلية برنامج تدريبات الاسترخاء.

رابعا: الدراسات السابقة التي تناولت المشكلات والاضطرابات النفسية لدى النساء المتأخرات في الإنجاب:

أجرى **كامبوس وآخرون (Campos et al., 2023)**، دراسة سعت إلى فحص مستوى الألكسيثيميا والضغوط النفسية لدى النساء اللواتي يعانين من العقم، واستهدفت الدراسة عينة من النساء الفرنسيات؛ كما سعت الدراسة إلى تقييم مستويات بعض الاضطرابات الجسمية نفسية المنشأ والتوهم المرضي والاضطرابات التحويلية، وبلغ حجم العينة (١٢٠) امرأة تم تشخيصهن بالعقم، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي المسحي، وتم جمع البيانات باستخدام مقياس تورنتو للألكسيثيميا، بالإضافة الى استخدام مقاييس الضغوط النفسية وبعض الاضطرابات النفسية، وأشارت النتائج إلى أن عينة الدراسة لديهن مستويات مرتفعة من الألكسيثيميا والضغوط النفسية وبعض الاضطرابات النفسية.

وقامت **صالحي (٢٠٢٣)**، بإجراء دراسة هدفت التعرف إلى مستوى العجز النفسي لدى عينة من النساء متأخرات الإنجاب بمدينة ورقلة في الجزائر، وفحص جوهرية الفروق في العجز النفسي حسب متغيرات السن ومدة الزواج والمهنة، واتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتم جمع البيانات باستخدام مقياس العجز النفسي، وأشارت الدراسة أن المقصود بالعجز النفسي ضعف القدرة على الأداء الوظيفي كالشعور باليأس وعدم القدرة على اتخاذ القرارات وبدء الخطط، وفقدان الطاقة الحيوية والإحساس بالإحباط، وفقدان الثقة بالنفس والنظرة السلبية للحياة وفقدان المساعدة النفسية؛ ولتحقيق أهداف الدراسة تم اختيار عينة قصدية، والتي تكونت من (١٥٠) امرأة متأخرة

الإنجاب القاصـــدات العيادات الخاصـــة للعلاج بمدينة ورقلة، وتراوحت أعمارهن بين ١٩ إلى ٤٥ عاما، وأظهرت الدراسة أن مستوى العجز النفسي لدى عينة الدراسة كان متوسطا، وعدم وجود فروق دالة إحصائيا في متوسطات العجز النفسي تبعا لمتغيرات السن ومدة الزواج والمهنة.

وأجرت **طريف (٢٠٢١)**، دراســة تهدف للكشــف عن أثر برنامج إرشــادي مبني على التحصــين ضــد التوتر لتحســين مســتوى المناعة النفســية لدى النســاء المتأخرات في الإنجاب، وتكونت عينة الدراســـة من (٢٨) ســـيدة متأخرة في الإنجاب، وتم تقســـيمهم بالتســـاوي إلى مجموعتين مجموعة ضـــابطة ومجموعة تجريبية، وتكونت كل مجموعة من (١٤) ســـيدة، وتم تطوير مقياس المناعة النفسية، وكذلك تم إعداد برنامج قائم على التحصـين ضـد التوتر، حيث تكون البرنامج من (١٤) جلســـة إرشـــادية، وأظهرت النتائج وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضـــابطة في القياس البعدي على مقياس المناعة النفســـية، وهذا يدل على فاعلية البرنامج الإرشادي، وكذلك بينت النتائج عدم وجود فروق دالة بين التطبيق البعدي والتتبعي على مقياس المناعة النفسية للمجموعة التجريبية، مما يشير إلى استمرار البرنامج الإرشادي.

رابعا: أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

حرصت الدراسة الحالية على الاستفادة من الدراسات والأبحاث السابقة من عدة نواح، وهي كما يلي:

١- التعرف على أهمية نظرية العلاج المتمركز حول المشـــاعر والعلاج بإبطال التحســـس وإعـادة المعـالجـة بحركـات العين، والتعمق في المـادة العلميـة من الجـانـب النظري والتطبيقي المتعلقة بهما.

٢- تحديد وصياغة أهداف وفروض الدراسة.

٣- الدراسة الاستطلاعية عن أفراد العينة.

٤- تكوين تصور شامل حول متغيرات الدراسة، وآخر الدراسات والأبحاث المنشورة من قبل الباحثين.

٥- بناء مشكلة الدراسة بعد الاطلاع على الدراسات والأبحاث المشابهة.

٦- اختيار المنهج المناسب للدراسة الحالية.

٧- بناء وتصميم البرنامج العلاجي ومكوناته المستخدمة في الدراسة.

٨- بناء الإطار النظري للدراسة الحالية، وتدعيمه بنتائج الدراسات والأبحاث السابقة ذات العلاقة بمتغيرات الدراسة.

٩- بناء أدوات الدراسة الحالية.

١٠-التعرف على أنواع الأساليب والمعالجات الإحصائية المناسبة، واختيارها لتحليل النتائج وتحديد المراجع التي تم الرجوع إليها للدراسة الحالية.

١١-السير في إجراءات تنفيذ الرسالة الحالية.

١٢-الاستفادة من نتائج الدراسات والأبحاث السابقة في مناقشة النتائج، وتقديم التوصيات والمقترحات البحثية.

١٣-التعرف على مدى شيوع الإصابة بأعراض الألكسيثيميا لدى النساء المتأخرات في الانجاب وكذلك الدور الذي يلعبه البرنامج العلاجي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين في دعم النساء المتأخرات في الانجاب في مواجهة مشكلاتهن النفسية والأسرية والعاطفية وعلى راسها اضطراب الألكسيثيميا كما أشارت بعض الدراسات السابقة.

منهج وإجراءات الدراسة:

منهج الدراسة:

استخدم الباحثان المنهج شبه تجريبي، القائم على فحص أثر المتغير المستقل المتمثل ببرنامج إرشادي جمعي قائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT)، والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)، في المتغيّر التابع المتمثل بالألكسيثيميا لدى متأخرات الإنجاب بجدة، وفي المنهج شبه التجريبي لا يتم ضبط جميع المتغيرات الدخيلة بمقدار ضبطها في التصاميم التجريبية الحقيقية، ويستخدم المنهج شبه التجريبي على نطاق واسع في الدراسات النفسية والاجتماعية والتربوية (الشايع، ٢٠١٩).

واستخدم الباحثان تصميم مجموعتين متكافئتين بقياسين قبلي وبعدي، بالإضافة إلى قياس تتبعي لأفراد المجموعة التجريبية، وقامت هذه الدراسة على أساس فحص فاعلية البرنامج الإرشادي الجمعي لخفض الألكسيثيميا بجميع أبعادها، الذي تم تطبيقه على المجموعة

التجريبية، في حين لم تتلق المجموعة الضابطة أية معالجة أو برنامجاً إرشادياً، وتم مقارنة نتائج القياسين القبليين والبعديين للمجموعتين، بالإضافة الى مقارنة نتائج القياسين القبلي والبعدي لكل مجموعة على حدة، وذلك لدى المتغيّر التابع (الألكسيثيميا).

تصميم الدراسة:

اختار الباحثان تصميم الدراسة بالرموز، يوضحها الجدول (٤):

جدول (٤)

تصميم الدراسة الحالية

التعيين العشوائي	المجموعة	القياس القبلي	المعالجة	القياس البعدي	القياس التتبعي
R	Gexp	Opre-exp	X	Opost-exp	Ofollow up-exp
R	Gcon	Opre-con	محجوب	Opost-con	محجوب

الخطوات المضمنة في تنفيذ الدراسة الحالية وفق هذا التصميم	
R	العشوائية، وتعني عشوائية توزيع أفراد الدراسة على المجموعتين التجريبية والضابطة بحسب متغير الدراسة التابع (الألكسيثيميا)، باستخدام طريقة التناظر أو المزاوجة، ومن الجدير ذكره أن عشوائية الاختيار من مجتمع الدراسة لم تكن حاضرة، إذ لجأ الباحثان إلى اختيار عينة قصدية غير عشوائية من مجتمع الدراسة، تنطبق على المشاركات في الدراسة جملة من شروط الانضمام للعينة، التي سيتم تبيانها لاحقا
Gexp	المجموعة التجريبية، وهي المجموعة التي تلقت برنامجاً ارشادياً جمعياً قائماً على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR).
Gcon	المجموعة الضابطة، وهي المجموعة التي لم تتلق البرنامج الإرشادي.
Opre-exp	القياس القبلي لمتغير الدراسة التابع المتمثل بالألكسيثيميا وأبعادها لأفراد المجموعة التجريبية.
Opre-con	القياس القبلي لمتغيّر الدراسة التابع المتمثّل بالألكسيثيميا وأبعادها لأفراد المجموعة الضابطة.
X	المعالجة التجريبية والمتمثلة بتطبيق برنامج ارشادي جمعي قائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) والذي تلقته المجموعة التجريبية، بينما تم حجبه عن المجموعة الضابطة
Opost-exp	تطبيق مقياس الألكسيثيميا (القياس البعدي) لمتغير الدراسة التابع المتمثل بالألكسيثيميا وأبعادها لأفراد المجموعة التجريبية وذلك بهدف قياس الأثر الناتج عن إدخال المتغير المستقل، وهو (البرنامج الإرشادي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR).
Opost-con	تطبيق مقياس الألكسيثيميا (القياس البعدي) لمتغير الدراسة التابع المتمثل بالألكسيثيميا وأبعادها لأفراد المجموعة الضابطة.
Ofollow up-exp	بعد مرور فترة زمنية شهر (تقريبا) من انتهاء البرنامج الإرشادي قام الباحثان بتطبيق مقياس الألكسيثيميا (القياس التتبعي) لمتغير الدراسة التابع المتمثل بالألكسيثيميا وأبعادها لأفراد المجموعة التجريبية فقط، دون المجموعة الضابطة؛ وذلك بهدف معرفة مدى بقاء أثر البرنامج الإرشادي على أفراد العينة؛ لزيادة التأكد من استمرارية، ومدى فعالية البرنامج الإرشادي.

مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع النساء السعوديات في محافظة جدة المتزوجات في الوقت الراهن والمتأخرات في الإنجاب بعد مرور سنة أو أكثر على الزواج، وهؤلاء النساء لديهن صعوبة في القدرة على الحمل، ولم يحملن بعد مرور عام واحد أو أكثر من الزواج، مع الممارسة المنتظمة، والمستمرة للعلاقة الجنسية (الجماع) بين الزوجين بمعدل مرتين إلى ثلاث مرات أسبوعيا، دون استخدام وسائل منع الحمل، ودون أن يكون الزوج هو المسؤول عن ذلك، والمستفيدات من الخدمات العلاجية في المستشفيات والجهات والمراكز المتخصصة في علاج تأخر الإنجاب بمحافظة جدة.

وتتراوح أعمارهن بين (٢٠ إلى ٤٥) عاماً، ويعانين من مشكلة تأخر الإنجاب، ويراجعن العيادات، والجمعيات المتخصصة في علاج عدم الإنجاب بجدة، وهؤلاء النساء قاطنات أيضاً في جدة، وفي الحقيقة لم يتمكن الباحثان من الحصول على بيانات رسمية حول أعداد النساء السعوديات المتأخرات في الإنجاب في محافظة جدة، ورغم ذلك؛ قام الباحثان بإجراء مقابلات شخصية مع بعض المسؤولين العاملين في جمعية إنجاب الصحية بجدة، ومستشفيات الملك عبد العزيز الجامعي والحرس الوطني وباقدو وعرفان بجدة، ومركز (4D) لصحة المرأة بجدة، وقد أشاروا أن عدد النساء السعوديات المتأخرات في الإنجاب في جدة يبلغ تقريباً (٤٠٠) امرأة.

أداتا الدراسة:

استخدم الباحثان أداتين؛ لتحقيق أغراض الدراسة هما:

١- مقياس الألكسيثيميا من تطوير الباحثان.

٢- البرنامج الإرشادي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT)، والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)، من إعداد الباحثان.

أولاً: مقياس الألكسيثيميا:

تشير الألكسيثيميا إلى صعوبات في القدرة على تحديد المشاعر والانفعالات أو وصفها، أو التعبير عنها، وبالتالي صعوبة في فهم المشاعر الشخصية، ويتجاوز الأمر ذلك إلى صعوبة في فهم مشاعر الآخرين، وقد يكون لدى الأشخاص الذين يعانون من الألكسيثيميا قدرة متواضعة

على الانخراط في الخيال أو التفكير الخيالي، ويمكن أن يؤثر هذا على قدرتهم على فهم العواطف والتفاعل معها والاستجابة إليها (de la Serna, 2018; Hogeveen & Grafman, 2021; Preece & Gross, 2023).

١- تحديد أبعاد المقياس:

- أطلع الباحثان على التراث النفسي والدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تناولت موضوع الألكسيثيميا، وفي ضوء ذلك حدد الباحثان خمسة أبعاد للمقياس، إذ تضمن ذلك الأبعاد التي أشارت إليها المقاييس العربية والأجنبية السابقة، بالإضافة إلى تضمين أبعاد جديدة أشار إليها الإطار النظري، وعليه اقترح الباحثان خمسة أبعاد هي:
- **البعد الأول: صعوبة تحديد المشاعر:** يشير هذا البعد إلى عدم القدرة على تحديد المشاعر، والتعرف إلها، وتمييزها عن غيرها، بالإضافة إلى ضعف القدرة على فهم وإدراك مشاعر الآخرين؛ مما يؤدي إلى نقص التعاطف ومحدودية العلاقات الاجتماعية، وزيادة الضغوط النفسية.
- **البعد الثاني: صعوبة وصف المشاعر:** يشير هذا البعد إلى عدم القدرة على وصف المشاعر والتعبير عنها للآخرين لفظيا أو بشكلٍ غير لفظي، وضعف القدرة على التواصل مع الذات، إضافة إلى عدم القدرة على تنظيم ورعاية الذات.
- **البعد الثالث: صعوبة التفكير الموجّه إلى الخارج:** يشير هذا البعد إلى عدم القدرة على التفكير الموجه من الداخل إلى الخارج، إذ يتميز التفكير الموجه إلى الخارج بالتركيز على التفاصيل الخارجية الموجودة في الحياة اليومية بدلا من التركيز على الذات.
- **البعد الرابع: غياب الخيال والأحلام:** يشير هذا البعد إلى عدم القدرة على التخيل والحلم الذي يشير إلى الدوافع والمشاعر العاطفية؛ نظرا لضعف الجانب الوجداني مما يجعل الخيال والأحلام ليس لها محتوى عاطفي.
- **البعد الخامس: الشكاوى الجسدية من دون سببٍ عضوي:** يشير هذا البعد إلى وجود شكاوى من أمراض وآلام جسدية متعددة، وأعراض لا يكون لها في الغالب سبب عضوي أو تفسير طبي عضوي، وتؤثر في الجسم والصحة النفسية.

ثانياً: البرنامج الإرشادي الجمعي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT)، والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR):

تعريف البرنامج:

البرنامج الإرشادي هو عبارة عن مجموعة إجراءات مخططة، ومنظمة تستند إلى أسس نظرية وقواعد علمية؛ تهدف إلى تقديم الخدمات الإرشادية على المستويات الوقائية، والعلاجية، والنمائية، ويتسم بأنه دراسة للواقع، وتحديد للمشكلات، والأهداف، والحلول، وأنه ثابت نسبيا، ولكنه يتطلب مراجعة مستمرة، ويعتبر أساسا لبناء الخطط الإرشادية (عبد الله وخوجة، ٢٠١٤).

أهداف البرنامج:

أولاً: الهدف العام:

قام الباحثان ببناء وتصميم برنامج إرشادي يهدف إلى خفض الألكسيثيميا لدى النساء المتأخرات في الإنجاب، اعتمادا على مبادئ ومنطلقات الجمع بين العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)، وذلك؛ ليساهم بشكل فعال في تحسين وتعزيز صحتهن النفسية، وجودة الحياة لديهن، والتي تعد من الركائز الأساسية لرؤية المملكة (٢٠٣٠)، بالإضافة إلى إكسابهن القدرة على تحديد المشاعر، والتعرف إليها، ووصفها، والتعبير، أو التحدث عنها، وفهم الآخرين، والتمييز بين المشاعر والاستجابات الجسدية، والتفكير الموجه من الداخل إلى الخارج، وتكوين صور خيالية مقيدة، واكتساب القدرة على وصف المشاعر، والتعبير عنها بطريقة لفظية وغير لفظية إزاء الآخرين، والتواصل معهم، وبناء الثقة والأمن والحوار في العلاقات الزوجية، مما يجعلهن أكثر وعيا بمشاعرهن ومدركات لعلاقتها بتفكيرهن وانفعالهن وسلوكهن؛ حتى يصبحن أكثر توازنا وسيطرة على مشاعرهن، من خلال تطوير مهارتهن في التعبير عن المشاعر والانفعالات، والقدرة على التعاطف مع الذات والآخرين، وفهم حقيقة تأخر الإنجاب وتقبله، وتفهم أسبابه النفسية؛ وذلك لتخفيف الضغوط النفسية، والاستمتاع بالحياة.

محتوى البرنامج:

بنيت الدراسة الحالية وصممت برنامجاً علاجياً يهدف إلى خفض مستوى الألكسيثيميا لدى متأخرات الإنجاب، من خلال دمج أساليب وفنيات نظرية العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)؛ ويتكون البرنامج العلاجي من (١٤) جلسة، مدتها من (٦٠ – ٩٠ دقيقة) حسب طبيعة كل جلسة، وموضوع المناقشة، بواقع جلستين أسبوعيا. يتضمن البرنامج العلاجي مجموعة من الاستراتيجيات، والأساليب والفنيات المختارة بطريقة متكاملة، ومنظمة، ومخططة، للحد من طبيعة خفض الألكسيثيميا لدى أعضاء المجموعة التجريبية.

جدول (٥)

رقم الجلسة	عنوان وموضوع وأهداف الجلسة	زمن الجلسة
الجلسة الأولى	**العنوان: معا..... نحو جودة الحياة** **الموضوع: الجلسة الافتتاحية والتعارف وبناء الثقة والألفة والعلاقة العلاجية، وبناء المخطط الإرشادي.** **هدفت إلى:** ▪ **بناء تحالف وعلاقة إرشادية مهنية.** ▪ **أن يتعرف المشاركات على الباحثان ويتعرف الباحثان على أفراد المجموعة.** ▪ **أن يتعرف المشاركات على أسباب وجودهن في البرنامج وكيفية اختيارهن للدراسة.** ▪ **أن يعطى المشاركات نبذة مختصرة عن البرنامج وأهميته وأهدافه، والبدء في تكوين العلاقة الإرشادية المهنية، ومناقشتهن في البرنامج، ومعرفة توقعاتهن.** ▪ **أن يتعرف المشاركات على محتويات البرنامج الإرشادي بشكل عام.** ▪ **جمع المعلومات، وصياغة خطة العمل.** ▪ **أن يتم الاتفاق على القواعد الأساسية المنظمة لعمل المجموعة.** ▪ **أن يحدد الباحثان مع المشاركات مواعيد ووقت ومكان انعقاد البرنامج الإرشادي، والتأكيد عليهن بالالتزام بذلك من خلال المواظبة على الحضور في الموعد والمكان المحدد.**	٦٠ – ٩٠ دقيقة
الجلسة الثانية	**العنوان: دعونا نفهم الألكسيثيميا** **الموضوع: خفض الألكسيثيميا مفتاح نجاحك في الحياة (١).** **هدفت إلى:** ▪ **أن يعرف المشاركات مفهوم الأكسيثيميا وابعادها.** ▪ **أن يناقش الباحثان مع المشاركات مكونات الأكسيثيميا.** ▪ **أن يوضح المشاركات خصائص وأعراض الأكسيثيميا.** ▪ **أن يعدد المشاركات أنواع وأشكال الأكسيثيميا.** ▪ **أن تبين المشاركات الأكسيثيميا سمة أم حالة.**	٦٠ – ٩٠ دقيقة

رقم الجلسة	عنوان وموضوع وأهداف الجلسة	زمن الجلسة
الجلسة الثالثة	العنوان: دعونا نفهم الألكسيثيميا الموضوع: خفض الألكسيثيميا مفتاح نجاحك في الحياة (٢). هدفت إلى: ▪ أن تذكر المشاركات خصائص الذين يعانون من الألكسيثيميا. ▪ أن تبين المشاركات أسباب الألكسيثيميا. ▪ أن تعرف المشاركات العلاقة بين الألكسيثيميا والاضطرابات والمشكلات النفسية والجسدية والانفعالية. ▪ أن تحدد آثار الأكسيثيميا في عدم الإنجاب.	٦٠ – ٩٠ دقيقة
الجلسة الرابعة	العنوان: دعونا نفهم الألكسيثيميا الموضوع: خفض الأكسيثيميا مفتاح نجاحك في الحياة (٣) وجمع المعلومات. هدفت إلى: ▪ تدريب المشاركات على المشاعر الايجابية. ▪ تشجيع المشاركات على وصف حالتهن الانفعالية في أثناء التفاعل مع الآخرين. ▪ تدريب المشاركات على مهارة الاسترخاء والهدوء والاتزان الانفعالي. ▪ إبعاد المشاركات عن جو التوتر والقلق في مواقف حياتهن المختلفة.	٦٠ – ٩٠ دقيقة
الجلسة الخامسة	العنوان كوني واعية مستبصره.... تنعم بالحياة الموضوع: البناء والتحضير، زيادة إدراك المشاركات لانفعالاتهن، ووعيهن بها. هدفت إلى: ▪ تثقيف المشاركات بأعراضهن المرضية ومعانيها ▪ تهيئة المشاركات لعملية إعادة معالجة الذكريات المؤلمة والمزعجة. ▪ تدريب المشاركات على كيفية تطبيق تقنيات الاسترخاء، واستعمال المهارات التي تساعد على الضبط والتحكم، والتحمل والسيطرة على الذات. ▪ تحديد المشكلة الرئيسة التي يعانين منها المشاركات من أجل التركيز على مضمون المشكلة الداخلية الكامنة، ومحتواها، وكذلك التركيز على الاستجابات، وردود الأفعال الانفعالية الدفاعية للمشاركات.	٦٠ – ٩٠ دقيقة
الجلسة السادسة	العنوان هندسة الخبرة الانفعالية الموضوع: تدريب المشاركات على تقبل الخبرة الانفعالية، التعبير عن المشاعر بالكلمات. هدفت إلى: ▪ تحديد دائرة الانفعالات السلبية التي تسبب المشكلات في التفاعل، وتوضيح ردود الأفعال، والاستجابات السلبية التي تصدر عن المشاركات مثل: (الانسحاب، الهجمات الدفاعية). ▪ الكشف عن المشاعر السلبية، والوصول إلى الانفعالات السلبية أيضًا، ويتم التحقق من هذه الانفعالات الأولية مثل: (الخوف، الأمن، الثقة، عدم الثقة)، وأيضاً التحقق من بعض الانفعالات الثانوية. ▪ اكساب المشاركات القدرة على تحديد المشاعر والتعرف عليها.	٦٠ – ٩٠ دقيقة

رقم الجلسة	عنوان وموضوع وأهداف الجلسة	زمن الجلسة
الجلسة السابعة	العنوان: منبع الحرمان العاطفي ورباعية الأهداف الموضوع: التعرف على الخبرة الأولية، التقييم وتحديد الهدف واستجابة خط الأساس باستخدام (SUD) ومقياس (VOC). هدفت إلى: ▪ التعرف على الانفعالات السلبية وإعادة تشكيل، وصياغة، وتأطير مضمون المشكلة، والنظر إليها ضمن إطار التفاعلات المشكلة، وأيضا الانفعالات السلبية، وكذلك النظر إلى دائرة الانفعالات السلبية بأنها هي مصدر ومنبع الحرمان العاطفي، والكرب في الإرشاد سعيًا لتحقيق التنظيم الانفعالي، والعمل على تغيير المشاعر السلبية المتعلقة بها. ▪ تقوية الأنا وتبني مشاعر الراحة والأمان عند المشاركات ▪ تقديم تدريبات نفسية. ▪ تحديد الذكرى المزعجة والمواقف الصدمية ومحفزاتها. ▪ معرفة مكونات الهدف قبل البدء في عملية الإرشاد. ▪ ترقب وتوقع الإدراكات التي قد تعرقل عملية الإرشاد وتحتاج للمعالجة وتكون خط أساسي لقياس الاستجابة للعلاج. ▪ وضع استجابة أساسية قبل بدء المعالجة	٦٠ – ٩٠ دقيقة
الجلسة الثامنة	العنوان: تقبل ولا تقبل الموضوع تقييم المشاعر الأوليَّة. صحيحة أم خاطئة، التَّعرُّف على الأفكار، والمعتقدات الهدامة المرتبطة بالانفعال غير التكيفي. هدفت إلى: ▪ التعرف على الانفعالات والمشاعر الأولية المكبوتة، وأيضا التعرف على الرغبات والحاجات التي يتم إنكارها، والتعرف على الوعي بكيفية اختبار الذات مع الطرف الآخر، وبعده يبدأ العمل على دمج جميع هذه العناصر حين التواصل. ▪ دعم، وتعزيز أساليب التفاعل الجديدة بين المشاركات، والخبرات المشتركة، والتركيز على احترام الآخر وقبوله، وتقبل وجهات نظر الآخرين؛ لكي تسهل مقدرة المشاركات على التعبير عن حاجاتهن الانفعالية. ▪ اكساب المشاركات القدرة على وصف المشاعر والتعبير عنها، بشكل لفظي وغير لفظي، نحو الآخرين.	٦٠ – ٩٠ دقيقة
الجلسة التاسعة	العنوان: أنت النسخة الوحيدة والأصلية ١ الموضوع: تيسير وصول المشاركات إلى الانفعالات التكيُّفيَّة البديلة، والاحتياجات، والرغبات، تيسير تحويل الانفعالات غير التكيفية، والمعتقدات الهدامة. هدفت إلى: ▪ تيسير قدرة المشاركات على التعبير عن عملية الحاجات، والرغبات الانفعالية، والاندماج الانفعالي العاطفي الجديد مع الآخرين، وتقوية الروابط الانفعالية الصحية بينهم. ▪ تعزيز ظهور حلول جديدة لمسائل المشكلة السابقة، ومعالجة قضايا الارتباط بين المشاركات. ▪ اكساب المشاركات القدرة على تمييز التفكير الموجه من الداخل للخارج.	٦٠ – ٩٠ دقيقة
الجلسة العاشرة	العنوان: أنت النسخة الوحيدة والأصلية ٢ الموضوع: تعزيز، وتوطيد الأنماط، والمواقف الجديدة. هدفت إلى: ▪ اكساب المشاركات القدرة على تكوين صورة خيالية مفيدة. ▪ تعزيز، وتقوية الأنماط، والمواقف الجديدة في إدارة العاطفة، والانفعالات، واستحضار مشاعر أكثر تكيفًا.	٦٠ – ٩٠ دقيقة

رقم الجلسة	عنوان وموضوع وأهداف الجلسة	زمن الجلسة
الجلسة الحادية عشرة	العنوان: نقطة التحول والتغيير ١ الموضوع: إبطال التحسس والتثبيت. هدفت إلى: ▪ استعادة الذكريات المؤلمة والإدراكات السلبية المرتبطة بها. ▪ استعادة مكونات الهدف. ▪ ابطال التحسس وإعادة المعالجة. ▪ الوصول إلى الحل التكيفي بدرجة (صفر). ▪ تغذية وتقوية الإدراك الإيجابي (السلوك الإيجابي) للمشاركات. ▪ التأكد من صدق الفكرة الإيجابية. ▪ إرشاد المشاركات إلى دمج النظرة الإيجابية المرجوة للذات مع الصورة الأصلية المزعجة. ▪ استخدام الاستثارة الثنائية لتعزيز النظرة الإيجابية إلى الذات.	٦٠ – ٩٠ دقيقة
الجلسة الثانية عشرة	العنوان: نقطة التحول والتغيير ٢ الموضوع: مسح الجسم والإغلاق. هدفت إلى: ▪ التحقق من بقاء أي رواسب للتوتر الجسدي. ▪ الكشف عن مناطق التوتر أو مقاومة كانت مخفية في السابق. ▪ إخبار الباحثان عن أية اضطرابات متبقية في الإحساسات الجسمية. ▪ إعادة المعالجة لأي إحساس سلبي حتى التحسن الإيجابي. ▪ أن تكون المشاركات في حالة اتزان انفعالي في نهاية الجلسة العلاجية. ▪ أن تفهم المشاركات ما لديهن من معالجة للمعلومات. ▪ أن يكون صدق الفكرة الإيجابية يساوي (٧). ▪ أن تكون وحدة الاضطراب الذاتي يساوي (صفر). ▪ أن يكون تصويراً جسمياً خالياً من أي من اضطراب.	٦٠ – ٩٠ دقيقة
الجلسة الثالثة عشرة	العنوان: محطة الوصول١ الموضوع إعادة التقييم. هدفت إلى: ▪ تقييم مدى نجاح العملية العلاجية. ▪ تحديد أهداف جديدة للمعالجة. ▪ تدقيق من الذكرى المستهدفة الأصلية ▪ مراجعة السجل الذي تحتفظ به المشاركات، الذي سجلن عليه المراقبة الذاتية في الجلسات	٦٠ – ٩٠ دقيقة
الجلسة الرابعة عشرة	العنوان: محطة الوصول٢ الموضوع: الجلسة الختامية وإنهاء البرنامج الإرشادي والحصول على نتائج القياس البعدي. هدفت إلى: ▪ أن يلخص الباحثان جلسات البرنامج العلاجي. ▪ أن يجيب الباحثان على جميع تساؤلات واستفسارات المشاركات. ▪ معرفة النتائج التي توصلت إليها المشاركات من خلال التدريبات التي استخدمت خلال جلسات البرنامج العلاجي. ▪ التعرف على مدى التحسن الذي شعرت به المشاركات بعد الانتهاء من جلسات البرنامج العلاجي ▪ التعرف على تقييم المشاركات واقتراحاتهن نحو البرنامج العلاجي. ▪ إرشاد المشاركات إلى ضرورة الاستمرار في تنفيذ ما تم اكتسابه وتوظفيه في جميع جوانب حياتهن. ▪ القيام بتطبيق القياس البعدي للبرنامج. ▪ إنهاء جلسات البرنامج العلاجي بتقديم خطابات شكر وتقدير لجميع المشاركات.	٦٠ – ٩٠ دقيقة

متغيّرات الدراسة:

١- **المتغيّر المستقل التجريبي:** المعالجة ولها مستويان (مجموعة تجريبية، مجموعة ضابطة)، إذ خضعت المشاركات في المجموعة التجريبية إلى البرنامج الإرشادي الجمعي، القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR).

٢- **المتغير المستقل التصنيفي:** عدد محاولات الإنجاب وعدد سنوات التأخر في الإنجاب.

٣- **المتغيّر التابع:** تمثل بالدرجة الكلية للألكسيثيميا، ودرجات أبعاد صعوبة وصف المشاعر، وصعوبة تحديد المشاعر، وغياب الخيال والأحلام، وصعوبة التفكير الموجه إلى الخارج، والشكاوى الجسدية من دون سبب عضوي.

أساليب المعالجة الإحصائية:

بعد جمع البيانات تم إدخالها للحاسوب؛ لتعالج بواسطة البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS-26)، وقد استخدم المعالجات الإحصائية الآتية:

- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والوسيطات الحسابية للألكسيثيميا وأبعادها.
- حساب صدق مقياس الألكسيثيميا من خلال التحليل العاملي الاستكشافي بطريقة المكونات الأساسية (Principle Components)، وبالتدوير المائل بطريقة بروماكس (Promax).
- حساب الصدق التمييزي لمقياس الألكسيثيميا وأبعاده، من خلال استخدام اختبار الفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين (Independent Samples t-Test).
- حساب ثبات مقياس الألكسيثيميا باستخدام طريقة الاتساق الداخلي (Internal Consistency)، من خلال معادلة (كرونباخ ألفا) (Cronbach's Alpha)، والتجزئة النصفية بطريقة سبيرمان- بروان (Spearman-Brown Split-Half Reliability).
- اختبار (ت) لعينة واحدة (One Sample t-Test)؛ لتحديد مستوى الألكسيثيميا وأبعادها، وذلك من خلال مقارنة متوسطات العينة في الألكسيثيميا بقيم محكية أو متوسطات حسابية فرضية (المتوسط الحسابي للمجتمع).

- اختبار تحليل التباين الثنائي متعدد المتغيرات التابعة (Two Way MANOVA)؛ لفحص دلالة الفروقات بين متوسطات الألكسيثيميا وأبعادها، في ضوء متغيري عدد محاولات الإنجاب وعدد سنوات التأخر في الإنجاب.
- اختبار شيبيرو ويلك (Shapiro-Wilk): تم استخدام هذا الاختبار؛ لفحص اعتدالية التوزيع عند العينات الصغيرة (أقل من ٣٠ فرداً)؛ لتحديد الاختبارات الإحصائية التي يجب استخدامها؛ من حيث كونها معلمة أو غير معلميه (Parametric and Non-parametric Tests).
- اختبار دلالة الفرق بين متوسطين حسابيين مستقلين (Independent Samples t-Tests).
- اختبار دلالة الفرق بين متوسطين حسابيين مترابطين (Piared Samples t-Tests).
- اختبار تحليل التباين المصاحب متعدد المتغيرات التابعة (MANCOVA)؛ لفحص دلالة الفروقات في متوسطات القياس البعدي في ضوء القياس القبلي، ونوع المجموعة، ومتغيري عدد محاولات الإنجاب، وعدد سنوات التأخر في الإنجاب.
- معادلة حجم الأثر لروزنثال وآخرين (Rosenthal et al., 1994)، لفحص حجم تأثير المتغير المستقل المتمثل في المعالجة التجريبية (برنامج الإرشاد الجمعي المستند إلى العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)، في المتغير التابع المتمثّل بالألكسيثيميا وأبعادها.

نتائج الدراسة:

تناول الباحثان في هذا الفصل، تحليل البيانات الخاصة بالدراسة وعرض ما توصل إليه من نتائج من خلال الإجابة عن كل سؤال من أسئلة الدراسة، واختيار الفرضيات المتعلقة بها، وذلك على النحو الآتي:

النتائج الخاصة بالسؤال الرئيس:

ما فعالية برنامج إرشادي جمعي قائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)، في خفض الألكسيثيميا لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة؟، ويتفرع عن هذا السؤال الأسئلة الآتية:

أولاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الفرعي الأول:

نصَّ هذا السؤال على: ما مستوى الألكسيثيميا لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة؟، ويتعلق بهذا السؤال الفرضية الصفرية التي نصت على أن "لا يوجد فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α = ٠.٠٥)، بين متوسط الألكسيثيميا لدى عينة الدراسة من النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة والمتوسط الحسابي النظري للمجتمع.

للإجابة عن هذا السؤال؛ تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والتقديرات والنسب المئوية لفقرات مقياس الألكسيثيميا، وتم ترتيب الفقرات تنازلياً وفقاً لمتوسطاتها الحسابية، ولاختبار الفرضية الصفرية الخاصة بذلك؛ استخدم الباحثان اختبار (ت) لعينة واحدة (One Sample t-Test)، لتحديد مستوى الألكسيثيميا وأبعادها، وذلك من خلال مقارنة متوسطات العينة في الألكسيثيميا بقيم محكية أو متوسطات حسابية فرضية (المتوسط الحسابي للمجتمع)، ومن الجدير ذكره أن التحليل الإحصائي الخاص بهذا السؤال، تم على أساس عينة الصدق والثبات والبالغ حجمها (٨٩)، والجدول التالي يبين هذه النتائج.

جـــدول (٦)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والتقديرات لفقرات مقياس الألكسيثيميا لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة.

ترتيبها	الفقـــــــرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسب المئوية	التقدير
١٢	أواجه صعوبةً في الكشف عن مشاعري الداخلية حتى لصديقاتي المقربات.	٤,٣٠	٠,٩٠	٨٦,٢٩	مرتفع جداً
١٨	أجد صعوبةً في التحدث عن مشكلاتي الشخصية.	٤,٢٢	٠,٩٦	٨٤,٤٩	مرتفع جداً
١	أجد صعوبة في تحديد مشاعري بوضوح.	٤,٢١	٠,٩٤	٨٤,٢٧	مرتفع جداً
٣٢	أشعر بالتعب والإرهاق من غير سبب كاف.	٤,٢١	١,٠١	٨٤,٢٧	مرتفع جداً
٣	لدي مشاعر داخلية لا أستطيع التعرف عليها.	٤,٢٠	١,٠١	٨٤,٠٤	مرتفع
١٥	أجد صعوبة في وصف مشاعري لأهل زوجي.	٤,١٩	١,٠٦	٨٣,٨٢	مرتفع
١٠	لدي صعوبة في التعبير عن مشاعري.	٤,١٥	١,٠٩	٨٢,٩٢	مرتفع
١٣	يصعب على وصف مشاعري للآخرين.	٤,١٢	١,٠٤	٨٢,٤٧	مرتفع
٢٢	أجد صعوبةً في تكوين صورة خيالية عن حياتي المستقبلية.	٤,٠٩	١,١٠	٨١,٨٠	مرتفع
٨	عندما أشعر بالانزعاج لا أعرف فيما إذا كنت حزينة، خائفة، أو غاضبة.	٤,٠٨	١,٠١	٨١,٥٧	مرتفع

ترتيبها	الفقـــــــرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسب المئوية	التقدير
٣١	أشكو من أحد هذه الآلام: الصداع، وآلام المعدة، والصدر، والرقبة، والكتف، والتعرق، وسرعة في ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وتوتر العضلات.	٤,٠٦	١,٢٠	٨١,١٢	مرتفع
٧	أواجه صعوبة في تحديد أسباب الانفعالات التي أشعر بها.	٤,٠٤	١,١٠	٨٠,٩٠	مرتفع
٩	أعاني من صعوبة في اختيار الكلمات المناسبة لوصف مشاعري.	٤,٠٣	١,٠٢	٨٠,٦٧	مرتفع
٣٣	أشعر بأنني أريد أن أبكي أو أصرخ بدون سبب واضح.	٣,٩٩	١,١١	٧٩,٧٨	مرتفع
٢٧	تنتابني خيالات وأحلام بأنني في المستقبل سأعيش لوحدي.	٣,٩٣	١,١٦	٧٨,٦٥	مرتفع
١٤	تواجهني صعوبة في معرفة ما إذا كنت متفائلا أم متشائما.	٣,٨٩	١,١٧	٧٧,٧٥	مرتفع
٢١	أفضل تحليل المشكلات بدلا من وصفها.	٣,٨٨	٠,٧٤	٧٧,٥٣	مرتفع
١٩	أفضل الحديث مع الآخرين حول أنشطتهم اليومية بدلا من الحديث عن مشاعرهم.	٣,٨٨	١,١٩	٧٧,٥٣	مرتفع
٢٠	أفضل أن أترك الأمور تحدث بالطريقة التي هي عليها بدلًا من محاولة وصفها، وفهم سبب حدوثها.	٣,٨٥	١,١٤	٧٧,٠٨	مرتفع
١٧	يصعب علي التفكير بالمشكلات الشخصية التي أواجهها.	٣,٧٨	١,٢٠	٧٥,٥١	مرتفع
٣٤	أعاني من آلام في جسدي عند استيقاظي من النوم في الصباح.	٣,٧٤	١,١٢	٧٤,٨٣	مرتفع
٢٥	أقضي الكثير من الوقت في أحلام اليقظة عندما لا أجد أي شيء آخر لأعمله.	٣,٦٧	١,١٦	٧٣,٤٨	مرتفع
٣٠	أعاني من آلام جسدية، ومشكلات صحية بدون سبب مرضي واضح.	٣,٦٧	١,٢٠	٧٣,٤٨	مرتفع
٢٨	أعاني من صعوبة في تذكر أحلامي بعد استيقاظي من النوم.	٣,٦٣	١,١٢	٧٢,٥٨	مرتفع
٢٣	يصعب علي أن أستمر في أحلام اليقظة.	٣,٥٥	١,١٢	٧١,٠١	مرتفع
٣٥	أشعر بضيق النفس في أغلب الأوقات.	٣,٥٣	١,١٨	٧٠,٥٦	مرتفع
٢	لدي أحاسيس جسدية لا يفهمها حتى الأطباء.	٣,٤٩	١,١٨	٦٩,٨٩	مرتفع
٢٤	تعتبر أحلام اليقظة مضيعة للوقت.	٣,٤٨	١,٠٨	٦٩,٦٦	مرتفع
٤	يصعب علي التواصل مع الآخرين.	٣,٤٥	١,٣١	٦٨,٩٩	مرتفع
٢٩	أعاني من تكرار الأحلام المزعجة (الكوابيس) أثناء نومي.	٣,٤٢	١,٣٨	٦٨,٣١	مرتفع
١٦	أهتم كثيرا بتقييم الآخرين لأفكاري.	٣,٤٢	١,٢٢	٦٨,٣١	مرتفع
٦	لدي صعوبة في فهم وإدراك مشاعر الآخرين.	٣,٣٨	١,١٤	٦٧,٦٤	متوسط
٥	تواجهني صعوبة في تكوين صداقات مع الآخرين.	٣,٢٨	١,٣٧	٦٥,٦٢	متوسط
٢٦	في الفترة الأخيرة لم أعد أحلم أثناء النوم.	٣,٢٧	١,٢٥	٦٥,٣٩	متوسط
١١	يطلب مني الآخرون التعبير عن مشاعري بمزيد من التفصيل.	٣,٢٥	١,٢٥	٦٤,٩٤	متوسط

يتضح من نتائج الجدول السابق، أن معظم فقرات مقياس الألكسيثيميا كانت تقديراتها مرتفعة، وتراوحت التقديرات بين مرتفعة جداً ومتوسطة، وكانت أعلى الفقرات متوسطاً حسابياً الفقرة رقم (١٢) التي نصت على "أواجه صعوبةً في الكشف عن مشاعري الداخلية حتى لصديقاتي المقربات". والذي بلغ (٤.٣٠) وبانحراف معياري قدره (٠.٩٠) وبنسبة مئوية (٨٦٪)، وكان تقديرها مرتفعاً جداً، أما أدنى تقديراً فجاءت الفقرة رقم (١١)، التي نصت على "يطلب مني الآخرون التعبير عن مشاعري بمزيد من التفصيل". وكان متوسطها الحسابي (٣.٢٥) وبانحراف معياري قدره (١.٢٥) وبنسبة مئوية (٦٥٪)، وكان تقديرها متوسطاً.

ولمعرفة مستوى الألكسيثيميا وأبعادها لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة؛ تم استخدام اختبار (ت) لعينة واحدة (One Sample T-Test)؛ إذ يستخدم هذا الاختبار للمقارنة بين متوسط العينة ومتوسط المجتمع النظري أو الفرضي، وذلك عند القيمتين المحكيتين (٢.٦١) و(٣.٤٠)، كونهما تمثلان أطراف التقدير المتوسط في نظام تصحيح ليكرت الخماسي (انظر جدول ١٠)، وتمت مقارنة متوسطات العينة في الألكسيثيميا وأبعادها مع هاتين القيمتين المحكيتين، والجدول التالي يبين ذلك.

جـــــدول (٧)

نتائج اختبار ت لعينة واحدة للفرق بين متوسطات العينة ومتوسط المجتمع للألكسيثيميا لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة الجدة.

أبعاد الألكسيثيميا	العينـــة		القيمة المحكية = ٢.٦١	مستوى الدلالة	القيمة المحكية = ٣.٤٠	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت		قيمة ت	
صعوبة تحديد المشاعر	٣,٧٧	٠,٧٨	١٣,٩٦	٠,٠٠١**	٤,٤٤	٠,٠٠١**
صعوبة وصف المشاعر	٣,٩٩	٠,٧٦	١٧,١٧	٠,٠٠١**	٧,٣٥	٠,٠٠١**
صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج	٣,٨٤	٠,٦٦	١٧,٥٠	٠,٠٠١**	٦,٢٣	٠,٠٠١**
غياب الخيال والأحلام	٣,٦٣	٠,٦٥	١٤,٨٩	٠,٠٠١**	٣,٣٧	٠,٠٠١**
الشكاوى الجسدية من دون سببٍ عضوي	٣,٨٧	٠,٨٢	١٤,٤٨	٠,٠٠١**	٥,٣٨	٠,٠٠١**
الدرجة الكلية للألكسيثيميا	٣,٨١	٠,٦٤	١٧,٨٣	٠,٠٠١**	٦,١٠	٠,٠٠١**

**دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α = ٠.٠٠١).

بلغ متوسط العينة في الدرجة الكلية للألكسيثيميا لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة (٣.٨١) وبانحراف معياري (٠.٦٤)، وعند مقارنة متوسط الدرجة الكلية مع القيمة المحكية (٢.٦١) جاءت قيمة (ت) المحسوبة موجبة ودالة إحصائياً (ت = ١٧.٨٣، α < ٠.٠٠١)، وهذا يعني أن متوسط العينة في الدرجة الكلية للألكسيثيميا أعلى من القيمة المحكية (٢.٦١) بشكل دال إحصائياً، وعند مقارنة متوسط الألكسيثيميا مع القيمة المحكية (٣.٤٠) جاءت قيمة (ت) المحسوبة موجبة ودالة إحصائياً (ت = ٦.١٠، α < ٠.٠٠١)، وهذا يعني أن متوسط العينة في الدرجة الكلية للألكسيثيميا أعلى من القيمة المحكية (٣.٤٠). بشكل دال إحصائياً، وعليه فإن الدرجة الكلية للألكسيثيميا جاء تقديرها مرتفعاً لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة.

وبلغ متوسط العينة في بُعد صعوبة تحديد المشاعر لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة (٣.٧٧) وبانحراف معياري (٠.٧٨)، وعند مقارنة متوسط هذا البُعد مع القيمة المحكية (٢.٦١) جاءت قيمة (ت) المحسوبة موجبة ودالة إحصائياً (ت = ١٣.٩٦، α < ٠.٠٠١)، وهذا يعني أن متوسط العينة في بُعد صعوبة تحديد المشاعر أعلى من القيمة المحكية (٢.٦١) بشكل دال إحصائياً، وعند مقارنة متوسط بُعد صعوبة تحديد المشاعر مع القيمة المحكية (٣.٤٠) جاءت قيمة (ت) المحسوبة موجبة ودالة إحصائياً (ت = ٤.٤٤، α < ٠.٠٠١)، وهذا يعني أن متوسط العينة في بُعد صعوبة تحديد المشاعر أعلى من القيمة المحكية (٣.٤٠) بشكل دال إحصائياً، وعليه فإن بُعد صعوبة تحديد المشاعر جاء تقديره مرتفعاً لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة.

وبلغ متوسط العينة في بُعد صعوبة وصف المشاعر لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة (٣.٩٩) وبانحراف معياري (٠.٧٦)، وعند مقارنة متوسط هذا البُعد مع القيمة المحكية (٢.٦١) جاءت قيمة (ت) المحسوبة موجبة ودالة إحصائياً (ت = ١٧.١٧، α < ٠.٠٠١)، وهذا يعني أن متوسط العينة في بُعد صعوبة وصف المشاعر أعلى من القيمة المحكية (٢.٦١) بشكل دال إحصائياً، وعند مقارنة متوسط بُعد صعوبة وصف المشاعر مع القيمة المحكية (٣.٤٠) جاءت قيمة (ت) المحسوبة موجبة ودالة إحصائياً (ت = ٧.٣٥، α <

٠.٠٠١)، وهذا يعني أن متوسط العينة في بُعد صعوبة وصف المشاعر أعلى من القيمة المحكية (٣.٤٠) بشكل دال إحصائياً، وعليه فإن بُعد صعوبة وصف المشاعر جاء تقديره مرتفعاً لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة.

وبلغ متوسط العينة في بُعد صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة (٣.٨٤) وبانحراف معياري (٠.٦٦)، وعند مقارنة متوسط هذا البُعد مع القيمة المحكية (٢.٦١) جاءت قيمة (ت) المحسوبة موجبة ودالة إحصائياً (ت = ١٧.٥٠، α > ٠.٠٠١)، وهذا يعني أن متوسط العينة في بُعد صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج أعلى من القيمة المحكية (٢.٦١) بشكل دال إحصائياً، وعند مقارنة متوسط بُعد صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج مع القيمة المحكية (٣.٤٠) جاءت قيمة (ت) المحسوبة موجبة ودالة إحصائياً (ت = ٦.٢٣، α > ٠.٠٠١)، وهذا يعني أن متوسط العينة في بُعد صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج أكبر من القيمة المحكية (٣.٤٠) بشكل دال إحصائياً، وعليه فإن بُعد صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج جاء تقديره مرتفعاً لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة.

وبلغ متوسط العينة في بُعد غياب الخيال والأحلام لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة (٣.٦٣) وبانحراف معياري (٠.٦٥)، وعند مقارنة متوسط هذا البُعد مع القيمة المحكية (٢.٦١) جاءت قيمة (ت) المحسوبة موجبة ودالة إحصائياً (ت = ١٤.٨٩، α > ٠.٠٠١)، وهذا يعني أن متوسط العينة في بُعد غياب الخيال والأحلام أعلى من القيمة المحكية (٢.٦١) بشكل دال إحصائياً، وعند مقارنة متوسط بُعد غياب الخيال والأحلام مع القيمة المحكية (٣.٤٠) جاءت قيمة (ت) المحسوبة موجبة ودالة إحصائياً (ت = ٣.٣٧، α > ٠.٠٠١)، وهذا يعني أن متوسط العينة في بُعد غياب الخيال والأحلام أكبر من القيمة المحكية (٣.٤٠) بشكل دال إحصائياً، وعليه فإن بُعد غياب الخيال والأحلام جاء تقديره مرتفعاً لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة.

وبلغ متوسط العينة في بُعد الشكاوى الجسدية من دون سبب عضوي لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة (٣.٨٧) وبانحراف معياري (٠.٨٢)، وعند مقارنة متوسط هذا البُعد مع القيمة المحكية (٢.٦١) جاءت قيمة (ت) المحسوبة موجبة ودالة إحصائياً (ت =

١٤.٤٨، α < ٠.٠٠١)، وهذا يعني أن متوسط العينة في بُعد الشكاوى الجسدية من دون سبب عضوي أعلى من القيمة المحكية (٢.٦١) بشكل دال إحصائياً، وعند مقارنة متوسط بُعد الشكاوى الجسدية من دون سبب عضوي مع القيمة المحكية (٣.٤٠) جاءت قيمة (ت) المحسوبة موجبة ودالة إحصائياً (ت = ٥.٣٨، α < ٠.٠٠١)، وهذا يعني أن متوسط العينة في بُعد الشكاوى الجسدية من دون سبب عضوي أكبر من القيمة المحكية (٣.٤٠) بشكل دال إحصائياً، وعليه فإن بُعد الشكاوى الجسدية من دون سبب عضوي جاء تقديره مرتفعاً لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة.

يتضح من النتائج أن النساء السعوديات متأخرات الإنجاب منغمسات في عوالمهن وصراعاتهن وآلامهن الداخلية؛ إذ يصعب عليهن التعبير عن مشاعرهن ومشكلاتهن الشخصية، وتتداخل لديهن الكثير من الأحاسيس والمشاعر مما يؤدي إلى صعوبة تمييزها وتوصيفها، مما يجعلهن عرضة للإرهاق والتعب، ولا يستطعن تحديد الأسباب الموضوعية خلف ذلك، بسبب دوامة المشاعر والألم الداخلي وضعف الوعي الذاتي، مما يجعلهن يشعرن بالضيق والارتباك.

وتتراكم صعوباتهن حينما يحاولن التواصل مع الآخرين، إذ يجدن صعوبة في فهم ما يجري داخلهن وما يشعرن به، وبالتالي لا يستطعن تحديد مشاعرهن بدقة، ولا يمكنهن وصفها بوضوح للآخرين، ومع تلك الأعباء والضغوط النفسية، يعانين من آلام جسدية لا يمكن تفسيرها بسهولة، لذا تعيش النساء السعوديات متأخرات الإنجاب رحلة شاقة؛ بسبب صعوبة فهم مشاعرهن الداخلية؛ لذا نجد بعضهن يعانين من عدم القدرة على التحدث بوضوح عن مشكلاتهن الشخصية، وبسبب التأخر بالإنجاب؛ تزداد صعوبات هؤلاء النساء في رسم مستقبل أسري مستقر ومشرق، مع الشعور الدائم بالتهديد وعدم الأمان.

وقد يتلاشى الأمل لدى بعضهن، عندما يستحيل الإنجاب دون أسباب معروفة؛ ونظراً لهذه الصراعات تتراكم الأعراض الجسدية نفسية المنشأ، وتتكرر الأحلام المزعجة وتظهر الكوابيس، مما يؤثر على نومهن وجودة أحلامهن، وبسبب هذه الصعوبات يبقى التواصل مع الآخرين مهمة شاقة، حيث يجدن صعوبة في التفاهم والتعبير عن مشاعرهن، وتكون أحلام اليقظة مصدرا للقلق والتوتر بدلا من كونها هروبا من الواقع.

إن مجمل هذه التعقيدات النفسية والاجتماعية والعاطفية لدى النساء متأخرات الإنجاب؛ أدى إلى ارتفاع مستوى الألكسيثيميا بجميع أبعادها؛ وإذا أخذنا العوامل الثقافية بعين الاعتبار؛ فيبدو أن السياق الثقافي السعودي لا يشجع تعبير الأفراد لا سيما النساء عن مشاعرهن وآلامهن فتبقى حبيسة دونما تفريغ، ويفرض هذا المجتمع قيوداً اجتماعية على التعبير لدى النساء متأخرات الإنجاب، بل قد يتعدى ذلك إلى وصم هؤلاء النساء بوصمات سلبية، مما يؤثر في المكانة الاجتماعية لهؤلاء النساء وتقديرهن لذواتهن، إذ إن المجتمع يتوقع أن تلعب المرأة الأدوار المتعلقة بالأمومة، وفي حال تأخر الإنجاب يتعطل هذا الدور، وفي حال غياب التنفيس الانفعالي والقدرة على التمييز بين المشاعر، تحدث ارتدادات نفسية وجسدية تتجلى بالمشاعر السلبية والضغوط النفسية وآلام جسدية دون أسباب طبية واضحة.

ومع مرور الوقت ومضي السنوات، وتأخر الإنجاب تزداد رغبة النساء بإشباع الحاجة للأمومة، وبالتالي الاستمتاع بحياتهن مع أطفالهن، وتحقيق الاستقرار الأسري والزواجي، وتزداد مخاوف هؤلاء النساء كلما تقدمن بالعمر واقتربن من سن اليأس، وتضاؤل فرص الإنجاب، أو إنجاب أطفال في سن متأخر، وعدم القدرة على رعايتهم، ويحاصر هؤلاء النساء توقعات شريك الحياة والأهل والأقارب والمجتمع، كل هذا يجعل النساء متأخرات الإنجاب يعانين من صراعات تتجلى بالألكسيثيميا بأبعادها المختلفة.

ثانياً: النتائج المتعلّقة بالسُّؤال الفرعي الثاني:

نص هذا السؤال على: هل يختلف مستوى الألكسيثيميا باختلاف متغيري عدد محاولات الإنجاب وعدد سنوات التأخر في الإنجاب لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة؟، ويتعلق بهذا السؤال الفرضية الصفرية التي نصّت على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = ٠.٠٥)، في متوسطات الألكسيثيميا وأبعادها لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة تبعاً لمتغيري عدد محاولات الإنجاب وعدد سنوات التأخر في الإنجاب".

للإجابة عن هذا السؤال قام الباحثان بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للألكسيثيميا وأبعادها، تبعاً لمتغيري عدد محاولات الإنجاب وعدد سنوات التأخر في الإنجاب، والجدول الآتي يوضح النتائج الخاصة بذلك.

جـــــدول (٨):

المتوسطات والانحرافات المعيارية للألكسيثيميا وأبعادها تبعاً لمتغيري عدد محاولات الإنجاب وعدد سنوات التأخر في الإنجاب لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة.

الأبعـــاد	المتغيرات المستقلة ومستوياتها	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
عدد محاولات الإنجاب				
صعوبة تحديد المشاعر	أقل من ٤ محاولات	٤٧	٣,٦٦	٠,٨٣
	٤-٧ محاولات	٢٥	٣,٩٣	٠,٧٢
	أكثر من ٧ محاولات	١٧	٣,٨٤	٠,٧٤
صعوبة وصف المشاعر	أقل من ٤ محاولات	٤٧	٣,٨٤	٠,٧٧
	٤-٧ محاولات	٢٥	٤,١٨	٠,٧٢
	أكثر من ٧ محاولات	١٧	٤,١٤	٠,٧٣
صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج	أقل من ٤ محاولات	٤٧	٣,٦٩	٠,٧٣
	٤-٧ محاولات	٢٥	٣,٩٥	٠,٥٠
	أكثر من ٧ محاولات	١٧	٤,٠٩	٠,٦١
غياب الخيال والأحلام	أقل من ٤ محاولات	٤٧	٣,٤٩	٠,٦٤
	٤-٧ محاولات	٢٥	٣,٧٧	٠,٦٤
	أكثر من ٧ محاولات	١٧	٣,٨٣	٠,٦٣
الشكاوى الجسدية من دون سببٍ عضوي	أقل من ٤ محاولات	٤٧	٣,٧٤	٠,٩٣
	٤-٧ محاولات	٢٥	٤,١٠	٠,٦٨
	أكثر من ٧ محاولات	١٧	٣,٨٥	٠,٦١
الدرجة الكلية للألكسيثيميا	أقل من ٤ محاولات	٤٧	٣,٦٨	٠,٦٩
	٤-٧ محاولات	٢٥	٣,٩٧	٠,٥٤
	أكثر من ٧ محاولات	١٧	٣,٩٤	٠,٥٥
عدد سنوات التأخر في الإنجاب				
صعوبة تحديد المشاعر	أقل من ٥ سنوات	١٩	٣,٩٧	٠,٨٥
	٥-٩ سنوات	٣٩	٣,٥٩	٠,٨٥
	١٠-١٤ سنة	٢١	٣,٩١	٠,٦٢
	أكثر من ١٤ سنة	١٠	٣,٧٨	٠,٥٧
صعوبة وصف المشاعر	أقل من ٥ سنوات	١٩	٤,١٩	٠,٧٨
	٥-٩ سنوات	٣٩	٣,٨٥	٠,٨٤
	١٠-١٤ سنة	٢١	٤,١٤	٠,٦٤
	أكثر من ١٤ سنة	١٠	٣,٨٦	٠,٥٦
صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج	أقل من ٥ سنوات	١٩	٣,٩٨	٠,٧٧
	٥-٩ سنوات	٣٩	٣,٧١	٠,٧٠
	١٠-١٤ سنة	٢١	٣,٨٩	٠,٥٥
	أكثر من ١٤ سنة	١٠	٣,٩٧	٠,٤٩
غياب الخيال والأحلام	أقل من ٥ سنوات	١٩	٣,٧٤	٠,٧١
	٥-٩ سنوات	٣٩	٣,٤٩	٠,٦٦
	١٠-١٤ سنة	٢١	٣,٧٩	٠,٦٢
	أكثر من ١٤ سنة	١٠	٣,٦٣	٠,٤٩
الشكاوى الجسدية من دون سببٍ عضوي	أقل من ٥ سنوات	١٩	٣,٧٢	٠,٩٤
	٥-٩ سنوات	٣٩	٣,٨٩	٠,٨٥
	١٠-١٤ سنة	٢١	٣,٩٥	٠,٦٨
	أكثر من ١٤ سنة	١٠	٣,٨٧	٠,٧٩
الدرجة الكلية للألكسيثيميا	أقل من ٥ سنوات	١٩	٣,٩٢	٠,٧٢
	٥-٩ سنوات	٣٩	٣,٦٩	٠,٧٠
	١٠-١٤ سنة	٢١	٣,٩٣	٠,٤٩
	أكثر من ١٤ سنة	١٠	٣,٨١	٠,٤٤

يتضح من النتائج السابقة، وجود فروق ظاهرية بين متوسطات درجات الألكسيثيميا وأبعادها بحسب متغيري عدد محاولات الإنجاب وعدد سنوات التأخر في الإنجاب، لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة، ولفحص دلالة أو جوهرية هذه الفروق استخدم الباحثان اختباري (ويلكس لامدا) وتحليل التباين الثاني المتعدد (MANOVA)؛ وذلك لوجود أكثر من متغير تابع واحد (الألكسيثيميا وأبعادها)؛ وذلك في ضوء متغيري عدد محاولات الإنجاب وعدد سنوات التأخر في الإنجاب، والجدول الآتي يوضح النتائج الخاصة بذلك.

جـــــدول (٩)

نتائج اختبار (ويلكس لامدا) لفحص تأثير عدد محاولات الإنجاب وعدد سنوات التأخر في الإنجاب في الألكسيثيميا وأبعادها لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة.

المتغيّر المستقل	Wilks' Lambda	قيمة ف	مستوى الدلالة
عدد محاولات الإنجاب	٠,٨٥٩	١,٢٥	٠,٢٦٦
عدد سنوات التأخر في الإنجاب	٠,٨٢٤	١,٠٦	٠,٣٩٥

بحسب النتائج الظاهرة في الجدول السابق؛ يتبين أن متغيري عدد محاولات الإنجاب وعدد سنوات التأخر في الإنجاب، لا يؤثران في الألكسيثيميا وأبعادها لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة، فكانت قيمة (ف) المناظرة لمتغير عدد محاولات الإنجاب (ف = ١.٢٥، α > ٠.٠٥)، وبلغت قيمة (ولكس لامدا) لمتغير عدد محاولات الإنجاب (٠.٨٥٩)، وبلغت قيمة (ف) المناظرة لمتغير عدد سنوات التأخر في الإنجاب (ف = ١.٠٦، α > ٠.٠٥)، وبلغت قيمة ولكس لامدا لمتغير عدد سنوات التأخر في الإنجاب (٠.٨٢٤)؛ ونظراً لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الألكسيثيميا وأبعادها تبعاً لمتغيري عدد محاولات الإنجاب وعدد سنوات التأخر في الإنجاب، لم يتم استكمال التحليل الخاص باختبار تحليل التباين الثاني المتعدد (MANOVA).

ثالثاً: النتائج المتعلّقة بالسُّؤال الفرعي الثالث:

نصّ هذا السؤال على: هل يوجد فرق بين متوسطي الألكسيثيميا لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة في المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي؟ ويتعلّق بهذا

السؤال الفرضية الصفرية التي نصّت على " لا يوجد فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α = ٠.٠٥) بين متوسطي القياسيْن القبلي والبعدي للألكسيثيميا لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة في المجموعة التجريبية".

قبل الإجابة عن هذا السؤال، ولتحديد الاختبارات الإحصائية التي يجب أن تستخدم كون عينة الدراسة صغيرة (ن = ١٥)، وبناء على ما أورده فيلد (Field, 2013)؛ عمد الباحثان بداية إلى فحص مدى اعتدالية توزيع الاستجابات على الألكسيثيميا وأبعادها للقياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية من أجل اختيار الأساليب الإحصائية المناسبة، والجدول الآتي يبين نتائج اختبار شبيرو ويلك (Shapiro - Wilk) وهذا الاختبار يستخدم لفحص اعتدالية التوزيع عند العينات الصغيرة.

جـــــدول (١٠)

فحص اعتدالية التوزيع للاستجابات على الألكسيثيميا وأبعادها

لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة في المجموعة التجريبية للقياسين القبلي والبعدي (ن =١٥).

نوع القياس	أبعاد الألكسيثيميا	اختبار شبيرو ويلك		
		قيمة الإحصائي	درجات الحرية	مستوى الدلالة
القياس القبلي	صعوبة تحديد المشاعر	٠,٩٦٥	١٥	٠,٧٨٠
	صعوبة وصف المشاعر	٠,٩١٧	١٥	٠,١٧٣
	صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج	٠,٩٣٨	١٥	٠,٣٦٣
	غياب الخيال والأحلام	٠,٨٨٥	١٥	٠,٠٥٦
	الشكاوى الجسدية من دون سببٍ عضوي	٠,٩٥٧	١٥	٠,٦٣٨
	الدرجة الكلية للألكسيثيميا	٠,٩٠٢	١٥	٠,١٠٤
القياس البعدي	صعوبة تحديد المشاعر	٠,٨٨٧	١٥	٠,٠٦٠
	صعوبة وصف المشاعر	٠,٩٦٢	١٥	٠,٧٣١
	صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج	٠,٩٢٢	١٥	٠,٢٠٤
	غياب الخيال والأحلام	٠,٩٧٤	١٥	٠,٩١٣
	الشكاوى الجسدية من دون سببٍ عضوي	٠,٩٦٨	١٥	٠,٨٢٠
	الدرجة الكلية للألكسيثيميا	٠,٨٨٥	١٥	٠,٠٥٦

يوضــح الجدول الســابق أن توزيع الاســتجابات على متغير الألكســيثيميا وأبعادها يتبع التوزيع الطبيعي؛ إذ جاءت جميع قيم الاحصــائي لاختبار (شــيبيرو ويلك) غير دالة إحصــائياً؛ لذا يمكن استخدام الأساليب الإحصائية المعلميه في هذه الحالة (Field, 2013)، وللإجابة عن الســـؤال الفرعي الثالث؛ قام الباحثان بإجراء المقارنة بين متوســـطي المجموعة التجريبية (ن = ١٥) في كل من القياســـين القبلي والبعدي في متغيّر الألكســـيثيميا وأبعادها، ولتحقيق ذلك قام الباحثان بحســاب المتوســطات الحســابية والانحرافات المعيارية لمتغير الألكســيثيميا وأبعادها، والجدول الآتي يوضح النتائج الخاصة بذلك.

جـــــدول (١١)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لمتغيّر الألكسيثيميا وأبعادها للنساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة (ن = ١٥).

أبعاد الألكسيثيميا/ المتغير التابع	القيـاس القبلـي		القيـاس البعـــدي	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
صعوبة تحديد المشاعر	٤,٢١	٠,٥١	١,٦٠	٠,٣١
صعوبة وصف المشاعر	٤,٤٣	٠,٤٢	١,٥٩	٠,٣٢
صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج	٤,٣٤	٠,٤٢	١,٨٨	٠,٣٣
غياب الخيال والأحلام	٤,١٢	٠,٥٤	١,٩٦	٠,٢٩
الشكاوى الجسدية من دون سببٍ عضوي	٣,٩٧	٠,٧٢	١,٨٧	٠,٥٢
الدرجة الكلية للألكسيثيميا	٤,٢١	٠,٣٧	١,٧٧	٠,١٧

بحسب النتائج الموضحة أعلاه، تبين وجود فروقات ظاهرة بين القياسين القبلي والبعدي في جميع أبعاد الألكسيثيميا ودرجتها الكلية بين النساء المتأخرات في الإنجاب في محافظة جدة في المجموعة التجريبية، وللكشـف عن دلالة هذه الفروقات قام الباحثان باسـتخدام اختبار دلالة الفروق بين متوســـطين حســـابيين مترابطين (Paired Samples t-Test)، وتم اللجوء إلى اسـتخدام هذا الاختبار كون البيانات تتبع التوزيع الطبيعي كما تم إيضـاحه سـابقاً، ومن الجدير ذكره أن الباحثان قام بحســـاب حجم الأثر للمعالجة التجريبية، والخيار الخاص بحســـاب حجم الأثر لاختبار (Paired Samples t-Test) غير متاح في برنامج (SPSS-26)، لذا لجأ الباحثان إلى حسابه يدوياً باستخدام المعادلة التي وضعها روزنثال وآخرون (Rosenthal et al., 1994)، إذ إن حجم الأثر وفقاً لهذه المعادلة هو:

$$\text{Effect size for Paired Sample t-Test} = \text{Mean}_D / \text{SD}_D$$

أي قسمة المتوسط الحسابي للفروق على الانحراف المعياري لهذه الفروق، كما قام الباحثان بحساب نسبة الكسب المعدل لبلاك (Blake's Modified Gain Ratio)، وذلك من خلال المعادلة:

Blake's Modified Gain Ratio = (posttest – pretest/*D*max – pretest) + (posttest – pretest/*D*max).

أي أن نسبة الكسب المعدل = (متوسط القياس البعدي – متوسط القياس القبلي/ أعلى قيمة في المقياس – متوسط القياس القبلي) + (متوسط القياس البعدي – متوسط القياس القبلي/ أعلى قيمة في المقياس)، ويعتبر الاكتساب دال إحصائياً إذا تجاوزت نسبة الكسب المعدل القيمة (١.٢) (Bell & Waters, 2018).

جـــــدول (١٢)

نتائج اختبار الفرق بين متوسطين حسابيين مترابطين (Paired Samples t-Test) للقياسين القبلي والبعدي للألكسيثيميا للمجموعة التجريبية للنساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة (ن = ١٥)

أبعاد الألكسيثيميا/ المتغير التابع	المتوسط الحسابي للفروق	الانحراف المعياري للفروق	قيمة ت المحسوبة	درجات الحرية	مستوى الدلالة	حجم الأثر	نسبة الكسب المعدّل
صعوبة تحديد المشاعر	٢,٦٢	٠,٥٣	١٨,٩٩	١٤	**٠,٠٠١	٤,٩٤	٣,٨٣
صعوبة وصف المشاعر	٢,٨٤	٠,٥٤	٢٠,٣٧	١٤	**٠,٠٠١	٥,٢٦	٥,٥٥
صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج	٢,٤٧	٠,٦١	١٥,٥٤	١٤	**٠,٠٠١	٤,٠٥	٤,٢٢
غياب الخيال والأحلام	٢,١٦	٠,٥٤	١٥,٦١	١٤	**٠,٠٠١	٤,٠٠	٢,٨٩
الشكاوى الجسدية من دون سببٍ عضوي	٢,٠٩	٠,٩٧	٨,٣١	١٤	**٠,٠٠١	٢,١٥	٢,٤٦
الدرجة الكلية للألكسيثيميا	٢,٤٤	٠,٤٤	٢١,٧٠	١٤	**٠,٠٠١	٥,٥٥	٣,٥٨

** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α = ٠.٠٠١).

يتضح من نتائج الجدولين السابقين أن الفروقات بين متوسطي القياسين القبلي والبعدي للمشاركات في المجموعة التجريبية في الألكسيثيميا وأبعادها كانت ذات دلالة إحصائية، إذ كان المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للألكسيثيميا للمجموعة التجريبية في القياس القبلي (٤.٢١)

وبانحراف معياري (٠.٣٧)، وبلغ بعد التعرض للبرنامج الإرشادي – أي في القياس البعدي –، (١.٧٧) وبانحراف معياري (٠.١٧)، وكانت قيمة (ت = ٢١.٧٠، α > ٠.٠٠١)، أي أن الفروقات كانت لصالح القياس القبلي، وهذا بدوره يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي الجمعي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) في خفض الألكسيثيميا لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة، وبلغ حجم الأثر للمعالجة التجريبية للدرجة الكلية للألكسيثيميا (٥.٥٥)، ويعتبر هذا الأثر ضخم الحجم بحسب كلابا (Klappa, 2024)، واتضح أن نسبة الكسب المعدل لبلاك قد بلغت (٣.٥٨) وهي أكبر من القيمة المحكية (١.٢)، أي أن الاكتساب (الانخفاض) دال إحصائياً.

كما أن الفروقات بين متوسطي القياسين القبلي والبعدي للمشاركات في المجموعة التجريبية في بُعد صعوبة تحديد المشاعر كانت ذات دلالة إحصائية، إذ كان المتوسط الحسابي لبُعد صعوبة تحديد المشاعر للمجموعة التجريبية في القياس القبلي (٤.٢١) وبانحراف معياري (٠.٥١)، وبلغ بعد التعرض للبرنامج الإرشادي أي في القياس البعدي (١.٦٠) وبانحراف معياري (٠.٣١)، وكانت قيمة (ت = ١٨.٩٩، α > ٠.٠٠١)، أي أن الفروقات كانت لصالح القياس القبلي، وهذا بدوره يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي الجمعي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)، في خفض مستوى صعوبة تحديد المشاعر لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة، وبلغ حجم الأثر للمعالجة التجريبية في بُعد صعوبة تحديد المشاعر (٤.٩٤) ويعتبر هذا الأثر ضخم الحجم بحسب كلابا (Klappa, 2024)، واتضح أن نسبة الكسب المعدل لبلاك قد بلغت (٣.٨٣) وهي أكبر من القيمة المحكية (١.٢)، أي أن الاكتساب (الانخفاض) دال إحصائياً.

وكانت الفروقات بين متوسطي القياسين القبلي والبعدي للمشاركات في المجموعة التجريبية في بُعد صعوبة وصف المشاعر ذات دلالة إحصائية، إذ كان المتوسط الحسابي لبُعد صعوبة وصف المشاعر للمجموعة التجريبية في القياس القبلي (٤.٤٣) وبانحراف معياري (٠.٤٢)، وبلغ بعد التعرض للبرنامج الإرشادي – أي في القياس البعدي –، (١.٥٩) وبانحراف

معياري (٠.٣٢) وكانت قيمة (ت = ٢٠.٣٧، α < ٠.٠٠١)، أي أن الفروقات كانت لصالح القياس القبلي، وهذا بدوره يشير إلى فعالية البرنامج الإرشادي الجمعي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)، في خفض مستوى صعوبة وصف المشاعر لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة، وبلغ حجم الأثر للمعالجة التجريبية في بُعد صعوبة وصف المشاعر (٥.٢٦) ويعتبر هذا الأثر ضخم الحجم بحسب كلابا (Klappa, 2024)، واتضح أن نسبة الكسب المعدل لبلاك قد بلغت (٥.٥٥) وهي أكبر من القيمة المحكية (١.٢)، أي أن الاكتساب (الانخفاض) دال إحصائياً.

كما أن الفروقات بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمشاركات في المجموعة التجريبية في بُعد صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج كانت ذات دلالة إحصائية، إذ كان المتوسط الحسابي لبُعد صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج للمجموعة التجريبية في القياس القبلي (٤.٣٤) وبانحراف معياري (٠.٤٢)، وبلغ بعد التعرض للبرنامج الإرشادي أي في القياس البعدي (١.٨٨) وبانحراف معياري (٠.٣٣) وكانت قيمة (ت = ١٥.٥٤، α < ٠.٠٠١)، أي أن الفروقات كانت لصالح القياس القبلي، وهذا بدوره يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي الجمعي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)، في خفض مستوى صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة، وبلغ حجم الأثر للمعالجة التجريبية في بُعد صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج (٤.٠٥) ويعتبر هذا الأثر ضخم الحجم بحسب كلابا (Klappa, 2024)، واتضح أن نسبة الكسب المعدل لبلاك قد بلغت (٤.٢٢) وهي أكبر من القيمة المحكية (١.٢)، أي أن الاكتساب (الانخفاض) دال إحصائياً.

كما كانت الفروقات بين متوسطي القياسين القبلي والبعدي للمشاركات في المجموعة التجريبية في بُعد غياب الخيال والأحلام ذات دلالة إحصائية، إذ كان المتوسط الحسابي لبُعد غياب الخيال والأحلام للمجموعة التجريبية في القياس القبلي (٤.١٢) وبانحراف معياري (٠.٥٤)، وبلغ بعد التعرض للبرنامج الإرشادي أي في القياس البعدي (١.٩٦) وبانحراف

معياري (٠.٢٩) وكانت قيمة (ت = ١٥.٦١، α > ٠.٠٠١)، أي أن الفروقات كانت لصـــالح القياس القبلي، وهذا بدوره يشـــير إلى فاعلية البرنامج الإرشـــادي الجمعي القائم على العلاج المتمركز حول المشـــاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحســـس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)، في زيادة حضور الخيال والأحلام لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة، وبلغ حجم الأثر للمعالجة التجريبية في بُعد غياب الخيال والأحلام (٤.٠٠) ويعتبر هذا الأثر ضخم الحجم بحسب كلابا (Klappa, 2024)، واتضح أن نسبة الكسب المعدل لبلاك قد بلغت (٢.٨٩) وهي أكبر من القيمة المحكية (١.٢)، أي أن الاكتساب (الانخفاض) دال إحصائياً.

كما أن الفروقات بين متوســطي القياســين القبلي والبعدي للمشــاركات في المجموعة التجريبية في بُعد الشكاوى الجسدية من دون سبب عضوي كانت ذات دلالة إحصائية، إذ كان المتوسط الحسابي لبُعد الشكاوى الجسدية من دون سبب عضوي للمجموعة التجريبية في القياس القبلي (٣.٩٧) وبانحراف معياري (٠.٧٢)، وبلغ بعد التعرض للبرنامج الإرشـــادي أي في القياس البعدي (١.٨٧) وبانحراف معياري (٠.٥٢) وكانت قيمة (ت = ٨.٣١، α > ٠.٠٠١)، أي أن الفروقات كانت لصـالح القياس القبلي، وهذا بدوره يشـير إلى فاعلية البرنامج الإرشـادي الجمعي القائم على العلاج المتمركز حول المشـاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحســس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)، في خفض الشكاوى الجسدية من دون سبب عضوي لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة، وبلغ حجم الأثر للمعالجة التجريبية في بُعد الشكاوى الجســدية من دون ســبب عضــوي (٢.١٥) ويعتبر هذا الأثر ضــخم الحجم بحســب كلابا (Klappa, 2024)، واتضـح أن نسـبة الكسـب المعدل لبلاك قد بلغت (٢.٤٦) وهي أكبر من القيمة المحكية (١.٢)، أي أن الاكتساب (الانخفاض) دال إحصائياً.

رابعاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الفرعي الرابع:

نصّ هذا السؤال على: هل يوجد فرق بين متوسطي الألكسيثيميا لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة في المجموعة التجريبية بين القياســين البعدي والتتبعي بعد انقضــاء شهر على تطبيق البرنامج الإرشادي؟"، ويتعلّق بهذا السؤال الفرضية الصفرية التي نصّت على

" لا يوجد فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (٠.٠٥ = α) بين متوسطي القياسيْن البعدي والتتبعي للألكسيثيميا لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة في المجموعة التجريبية بعد انقضاء شهر على تطبيق البرنامج الإرشادي".

قبل الإجابة عن هذا السؤال، ولتحديد الاختبارات الإحصائية التي يجب أن تستخدم كون عينة الدراسة صغيرة (ن = ١٥)، وبناءً على ما أورده فيلد (Field, 2013)؛ عمد الباحثان بداية إلى فحص مدى اعتدالية توزيع الاستجابات على الألكسيثيميا وأبعادها للقياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية من أجل اختيار الأساليب الإحصائية المناسبة، والجدول الآتي يبين نتائج اختبار شيبيرو ويلك (Shapiro - Wilk) وهذا الاختبار يستخدم لفحص اعتدالية التوزيع عند العينات الصغيرة.

جـــدول (١٣)

فحص اعتدالية التوزيع للاستجابات على الألكسيثيميا وأبعادها لدى النساء متأخرات الإنجا ب في محافظة جدة في المجموعة التجريبية للقياسين البعدي والتتبعي (ن =١٥).

نوع القياس	أبعاد الألكسيثيميا	اختبار شيبيرو ويلك		
		قيمة الإحصائي	درجات الحرية	مستوى الدلالة
القياس البعدي	صعوبة تحديد المشاعر	٠,٨٨٧	١٥	٠,٠٦٠
	صعوبة وصف المشاعر	٠,٩٦٢	١٥	٠,٧٣١
	صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج	٠,٩٢٢	١٥	٠,٢٠٤
	غياب الخيال والأحلام	٠,٩٧٤	١٥	٠,٩١٣
	الشكاوى الجسدية من دون سببٍ عضوي	٠,٩٦٨	١٥	٠,٨٢٠
	الدرجة الكلية للألكسيثيميا	٠,٨٨٥	١٥	٠,٠٥٦
القياس التتبعي	صعوبة تحديد المشاعر	٠,٨٩٩	١٥	٠,٠٩٢
	صعوبة وصف المشاعر	٠,٩٤٥	١٥	٠,٤٥٦
	صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج	٠,٩٥٣	١٥	٠,٥٦٥
	غياب الخيال والأحلام	٠,٩٤٩	١٥	٠,٥١١
	الشكاوى الجسدية من دون سببٍ عضوي	٠,٩٤٢	١٥	٠,٤٠٢
	الدرجة الكلية للألكسيثيميا	٠,٩١١	١٥	٠,١١٣

يوّضح الجدول السابق أن توزيع الاستجابات على متغير الألكسيثيميا وأبعادها تتبع التوزيع الطبيعي؛ إذ جاءت جميع قيم الإحصائي لاختبار شيبيرو ويلك غير دالة إحصائياً؛ لذا يمكن استخدام الأساليب الإحصائية المعلميه في هذه الحالة (Field, 2013)، وللإجابة عن السؤال الفرعي الرابع؛ قام الباحثان بإجراء المقارنة بين متوسطي المجموعة التجريبية (ن = ١٥) في كل من القياسين البعدي والتتبعي في متغير الألكسيثيميا وأبعادها، ولتحقيق ذلك قام الباحثان بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغيّر الألكسيثيميا وأبعادها؛ والجدول الآتي يوضح النتائج الخاصة بذلك.

جـــــدول (١٤)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية لمتغيّر الألكسيثيميا وأبعادها للنساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة (ن = ١٥).

أبعاد الألكسيثيميا/ المتغير التابع	القياس البعدي		القياس التتبعي	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
صعوبة تحديد المشاعر	١,٦٠	٠,٣١	١,٦٣	٠,٣٠
صعوبة وصف المشاعر	١,٥٩	٠,٣٢	١,٦١	٠,٣٣
صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج	١,٨٨	٠,٣٣	١,٨٢	٠,٣١
غياب الخيال والأحلام	١,٩٦	٠,٢٩	١,٩٠	٠,٢٦
الشكاوى الجسدية من دون سببٍ عضوي	١,٨٧	٠,٥٢	١,٨٩	٠,٤٩
الدرجة الكلية للألكسيثيميا	١,٧٧	٠,١٧	١,٧٦	٠,١٦

بحسب النتائج الموضحة أعلاه، تبين وجود فروقات ظاهرة بين القياسين البعدي والتتبعي في جميع أبعاد الألكسيثيميا ودرجتها الكلية بين النساء المتأخرات في الإنجاب في محافظة جدة في المجموعة التجريبية، وللكشف عن دلالة هذه الفروقات قام الباحثان باستخدام اختبار دلالة الفروق بين متوسطين حسابيين مترابطين (Paired Samples t-Test)، وتم اللجوء الى استخدام هذا الاختبار كون البيانات تتبع التوزيع الطبيعي كما تم إيضاحه سابقاً، والجدول الآتي يوضح النتائج الخاصة بذلك.

جـــدول (١٥)

نتائج اختبار الفرق بين متوسطين حسابيّين مترابطيّن (Paired Samples t-Test) للقياسين البعدي والتتبعي للألكسيثيميا للمجموعة التجريبية للنساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة (ن = ١٥)

أبعاد الألكسيثيميا/ المتغير التابع	المتوسط الحسابي للفروق	الانحراف المعياري للفروق	قيمة ت المحسوبة	درجات الحرية	مستوى الدلالة
صعوبة تحديد المشاعر	٠,٠٣-	٠,٠٥	١,٨٧-	١٤	٠,٠٨٢
صعوبة وصف المشاعر	٠,٠٢-	٠,٠٥	١,٤٧-	١٤	٠,١٦٤
صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج	٠,٠٦	٠,١٢	١,٧٨	١٤	٠,٠٩٦
غياب الخيال والأحلام	٠,٠٦	٠,١٦	١,٣٩	١٤	٠,١٨٧
الشكاوى الجسدية من دون سببٍ عضوي	٠,٠٢-	٠,٠٩	١,٠٠-	١٤	٠,٣٣٤
الدرجة الكلية للألكسيثيميا	٠,٠١	٠,٠٦	٠,٥٧٢	١٤	٠,٥٧٦

يتضح من نتائج الجدولين السابقين أن الفروقات بين متوسطي القياسين البعدي والتتبعي للمشاركات في المجموعة التجريبية في الألكسيثيميا وأبعادها لم تكن ذات دلالة إحصائية، إذ كان المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للألكسيثيميا للمجموعة التجريبية في القياس البعدي (١.٧٧) وبانحراف معياري (٠.١٧)، وبلغ في القياس التتبعي وبعد انقضاء شهر من تطبيق البرنامج الإرشادي (١.٧٦) وبانحراف معياري (٠.١٦) وكانت قيمة (ت = ٠.٥٧٢، α > ٠.٠٥)، وهذا بدوره يشير إلى احتفاظ المشاركات في المجموعة التجريبية بفاعلية البرنامج الإرشادي الجمعي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) في خفض الألكسيثيميا لديهن، وهذا بدوره يشير إلى استمرار تأثير البرنامج الإرشادي في خفض الألكسيثيميا لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة.

كما أن الفروقات بين متوسطي القياسين البعدي والتتبعي للمشاركات في المجموعة التجريبية في بُعد صعوبة تحديد المشاعر لم تكن ذات دلالة إحصائية، إذ كان المتوسط الحسابي لبُعد صعوبة تحديد المشاعر للمجموعة التجريبية في القياس البعدي (١.٦٠) وبانحراف معياري (٠.٣١) وبلغ في القياس التتبعي وبعد انقضاء شهر من تطبيق البرنامج الإرشادي (١.٦٣) وبانحراف معياري (٠.٣٠) وكانت قيمة (ت = -١.٨٧، α > ٠.٠٥)، وهذا بدوره يشير إلى احتفاظ المشاركات في المجموعة التجريبية بفاعلية البرنامج الإرشادي الجمعي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة

المعالجة بحركات العين (EMDR) في خفض صعوبة تحديد المشاعر لديهن، وهذا بدوره يشير إلى استمرار تأثير البرنامج الإرشادي في خفض صعوبة تحديد المشاعر لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة.

كما أن الفروقات بين متوســـطي القياســـين البعدي والتتبعي للمشـــاركات في المجموعة التجريبية في بُعد صعوبة وصف المشاعر لم تكن ذات دلالة إحصائية، إذ كان المتوسط الحسابي لبُعد صـعوبة وصـف المشـاعر للمجموعة التجريبية في القياس البعدي (١.٥٩) وبانحراف معياري (٠.٣٢) وبلغ في القياس التتبعي وبعد انقضـــاء شـــهر من تطبيق البرنامج الإرشـــادي (١.٦١) وبانحراف معياري (٠.٣٣) وكانت قيمة (ت = -١.٤٧، α > ٠.٠٥)، وهذا بدوره يشـــير إلى احتفاظ المشـــاركات في المجموعة التجريبية بفاعلية البرنامج الإرشـــادي الجمعي القائم على العلاج المتمركز حول المشـــاعر (EFT) والعلاج بإبطـال التحســـس وإعادة المعالجـة بحركـات العين (EMDR) في خفض صعوبة وصف المشاعر لديهن، وهذا بدوره يشير إلى استمرار تأثير البرنامج الإرشادي في خفض صعوبة وصف المشاعر لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة.

كما أن الفروقات بين متوســطي القياســين البعدي والتتبعي للمشــاركات في المجموعة التجريبية في بُعد صـــعوبة التفكير الموجه إلى الخارج لم تكن ذات دلالة إحصـــائية، إذ كان المتوســـط الحســـابي لبُعد صـــعوبة التفكير الموجه إلى الخارج للمجموعة التجريبية في القياس البعدي (١.٨٨) وبانحراف معياري (٠.٣٣)، وبلغ في القياس التتبعي وبعد انقضـــاء شـــهر من تطبيق البرنامج الإرشـــادي (١.٨٢) وبانحراف معياري (٠.٣١) وكانت قيمة (ت = ١.٧٨، α > ٠.٠٥)، وهذا بدوره يشـــير إلى احتفاظ المشـــاركات في المجموعة التجريبية بفاعلية البرنامج الإرشادي الجمعي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) في خفض صـــعوبة التفكير الموجه إلى الخارج لديهن، وهذا بدوره يشير إلى استمرار تأثير البرنامج الإرشادي في خفض صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة.

كما أن الفروقات بين متوســطي القياســين البعدي والتتبعي للمشــاركات في المجموعة التجريبية في بُعد غياب الخيال والأحلام لم تكن ذات دلالة إحصـائية، إذ كان المتوسـط الحسـابي لبُعد غياب الخيال والأحلام للمجموعة التجريبية في القياس البعدي (١.٩٦) وبانحراف معياري (٠.٢٩)، وبلغ في القياس التتبعي وبعد انقضـــاء شـــهر من تطبيق البرنامج الإرشـــادي (١.٩٠)

وبانحراف معياري (٠.٢٦) وكانت قيمة (ت = ١.٣٩، α > ٠.٠٥)، وهذا بدوره يشير إلى احتفاظ المشاركات في المجموعة التجريبية بفاعلية البرنامج الإرشادي الجمعي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT)، والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) في خفض غياب الخيال والأحلام لديهن، وهذا بدوره يشير إلى استمرار تأثير البرنامج الإرشادي في خفض غياب الخيال والأحلام لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة.

كما أن الفروقات بين متوسطي القياسين البعدي والتتبعي للمشاركات في المجموعة التجريبية في بُعد الشكاوى الجسدية من دون سبب عضوي لم تكن ذات دلالة إحصائية، إذ كان المتوسط الحسابي لبُعد الشكاوى الجسدية من دون سبب عضوي للمجموعة التجريبية في القياس البعدي (١.٨٧) وبانحراف معياري (٠.٥٢)، وبلغ في القياس التتبعي وبعد انقضاء شهر من تطبيق البرنامج الإرشادي (١.٨٩) وبانحراف معياري (٠.٤٩) وكانت قيمة (ت = -١.٠٠٠، α > ٠.٠٥)، وهذا بدوره يشير إلى احتفاظ المشاركات في المجموعة التجريبية بفاعلية البرنامج الإرشادي الجمعي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) في خفض الشكاوى الجسدية من دون سبب عضوي لديهن، وهذا بدوره يشير إلى استمرار تأثير البرنامج الإرشادي في خفض الشكاوى الجسدية من دون سبب عضوي لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة.

خامساً: النتائج المتعلقة بالسؤال الفرعي الخامس

نصّ هذا السؤال على: هل توجد فروق بين متوسطات الألكسيثيميا وأبعادها لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة في القياس البعدي تبعاً لنوع المجموعة وعدد محاولات الإنجاب وعدد سنوات التأخر في الإنجاب؟، ويتعلّق بهذا السؤال الفرضية الصفرية التي نصّت على: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = ٠.٠٥) بين متوسطات الألكسيثيميا وأبعادها لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة في القياس البعدي تبعاً لنوع المجموعة وعدد محاولات الإنجاب وعدد سنوات التأخر في الإنجاب".

وللإجابة عن هذا السؤال؛ قام الباحثان بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقياس البعدي للألكسيثيميا وأبعادها بحسب متغيرات نوع المجموعة وعدد محاولات الإنجاب وعدد سنوات التأخر في الإنجاب للنساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة، والنتائج الخاصة بذلك يوضحها الجدول الآتي.

جدول (١٦)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقياس البعدي للألكسيثميا وأبعادها تبعاً لنوع المجموعة وعدد محاولات الإنجاب وعدد سنوات التأخر في الإنجاب للنساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة.

المتغير المستقل ومستوياته		الإحصاءات الوصفية	صعوبة تحديد المشاعر	صعوبة وصف المشاعر	صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج	غياب الخيال والأحلام	الشكاوى الجسدية من دون سبب عضوي	الدرجة الكلية للألكسيثميا
نوع المجموعة	المجموعة الضابطة	المتوسط الحسابي	٤,٠٩	٤,٣٩	٤,١٠	٣,٧٨	٤,٢١	٤,١٠
		الانحراف المعياري	٠,٤٦	٠,٣٥	٠,٤٣	٠,٦٢	٠,٣٨	٠,٣٥
	المجموعة التجريبية	المتوسط الحسابي	١,٦٠	١,٥٩	١,٨٨	١,٩٦	١,٨٧	١,٧٧
		الانحراف المعياري	٠,٣١	٠,٣٢	٠,٣٣	٠,٢٩	٠,٥٢	٠,١٧
عدد محاولات الإنجاب	أقل من ٤ محاولات	المتوسط الحسابي	٣,٤٢	٣,٥٦	٣,٥٤	٣,١٠	٣,٥٦	٣,٤٢
		الانحراف المعياري	١,١٤	١,١٦	١,٠٥	٠,٩٧	١,٠٨	١,٠٤
	٤-٧ محاولات	المتوسط الحسابي	٢,٩٥	٣,١٨	٣,٠٦	٣,٠٨	٣,١٥	٣,٠٨
		الانحراف المعياري	١,٤٠	١,٥٩	١,٢٠	١,١٥	١,٣٢	١,٣٠
	أكثر من ٧ محاولات	المتوسط الحسابي	١,٥٦	١,٥٢	١,٨١	٢,٠٠	١,٨٣	١,٧٤
		الانحراف المعياري	٠,٣٩	٠,٤٥	٠,٤١	٠,٢٩	٠,٧٠	٠,٢٢
عدد سنوات التأخر في الإنجاب	أقل من ٥ سنوات	المتوسط الحسابي	٢,٧٣	٢,٨٤	٢,٥٩	٢,٦٣	٢,٧٩	٢,٧١
		الانحراف المعياري	١,٣٣	١,٥٠	١,٢٣	١,٢٣	١,٢٥	١,٢٧
	٥-٩ سنوات	المتوسط الحسابي	٣,٢٤	٣,٥٠	٣,٣٩	٣,١٥	٣,٤٤	٣,٣٣
		الانحراف المعياري	١,٢٨	١,٣٧	١,٢١	١,٠٠	١,٢٦	١,١٧
	١٠-١٤ سنة	المتوسط الحسابي	٢,٨٤	٢,٩٣	٣,٠٨	٢,٩٥	٣,١٧	٢,٩٨
		الانحراف المعياري	١,٤٦	١,٥٦	١,١٩	١,٠٩	١,٢٧	١,٢٩
	أكثر من ١٤ سنة	المتوسط الحسابي	١,٥٤	١,٤٧	٢,٠٦	٢,١٣	١,٦٧	١,٧٧
		الانحراف المعياري	٠,٤٠	٠,٥٩	٠,٤٢	٠,٢٢	٠,٦٠	٠,٢٦

بحسب النتائج الموضحة أعلاه، تبين وجود فروقات ظاهرة في متوسطات القياس البعدي للألكسيثيميا وأبعادها بحسب متغيرات نوع المجموعة، وعدد محاولات الإنجاب، وعدد سنوات التأخر في الإنجاب للنساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة، وللكشف عن دلالة هذه الفروقات قام الباحثان باستخدام اختبار تحليل التباين الثلاثي المصاحب متعدد المتغيرات التابعة

(Three-Way MANCOVA)، كما تم استخدام هذا الاختبار لعزل تأثير القياس القبلي عن القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية لمتغير الألكسيثيميا لدى النساء متأخرات الإنجاب، ومن الجدير ذكره أن الباحثان قام بحساب حجم الأثر للمعالجة التجريبية، وهو خيار متاح في برنامج (SPSS-26) عند استخدام اختبار تحليل التباين المصاحب.

جـــدول (١٧)

نتائج اختبار تحليل التباين الثلاثي المصاحب لدلالة الفروق بين متوسطات القياس البعدي للألكسيثميا وأبعادها تبعاً لنوع المجموعة وعدد محاولات الإنجاب وعدد سنوات التأخر في الإنجاب للنساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة (ن = ٣٠)

مصدر التباين/ المتغيرات المستقلة	أبعاد الألكسيثيميا/ المتغيرات التابعة	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	مربع إيتا/ حجم الأثر
نوع المجموعة	صعوبة تحديد المشاعر	٣٢,٩٢	١	٣٢,٩٢	٢٣٣,٧٩	٠,٠٠١**	٠,٩١٤
	صعوبة وصف المشاعر	٤١,٥٠	١	٤١,٥٠	٣٣٣	٠,٠٠١**	٠,٩٣٨
	صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج	٢٤,٩٤	١	٢٤,٩٤	١٨٥,٧٤	٠,٠٠١**	٠,٨٩٤
	غياب الخيال والأحلام	٢٠,٠٤	١	٢٠,٠٤	٩٨,٨٣	٠,٠٠١**	٠,٨١٨
	الشكاوى الجسدية من دون سببٍ عضوي	٢٨,٩٥	١	٢٨,٩٥	١١٩,٢٣	٠,٠٠١**	٠,٨٤٤
	الدرجة الكلية للألكسيثيميا	٢٩,١٨	١	٢٩,١٨	٤٠٧,٠٨	٠,٠٠١**	٠,٩٤٩
عدد محالات الإنجاب	صعوبة تحديد المشاعر	٠,٣٢	٢	٠,١٦	١,١٣	٠,٣٤٠	٠,٠٩٣
	صعوبة وصف المشاعر	٠,٠٨	٢	٠,٠٤	٠,٣٥	٠,٧١	٠,٠٣١
	صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج	٠,٤٩	٢	٠,٢٤	١,٨١	٠,١٨٧	٠,١٤١
	غياب الخيال والأحلام	٠,٢١	٢	٠,١١	٠,٥٣	٠,٥٩٧	٠,٠٤٦
	الشكاوى الجسدية من دون سببٍ عضوي	٠,٠٩	٢	٠,٠٤	٠,١٨	٠,٨٣٧	٠,٠١٦
	الدرجة الكلية للألكسيثيميا	٠,٠٧	٢	٠,٠٣	٠,٤٧	٠,٦٣١	٠,٠٤١
عدد سنوات التأخر في الإنجاب	صعوبة تحديد المشاعر	٠,٠٦	٣	٠,٠٢	٠,١٤	٠,٩٣٨	٠,٠١٨
	صعوبة وصف المشاعر	٠,٠٨	٣	٠,٠٣	٠,٢١	٠,٨٩٢	٠,٠٢٧
	صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج	٠,٩١	٣	٠,٣٠	٢,٢٥	٠,١١١	٠,٢٣٥
	غياب الخيال والأحلام	٠,٤١	٣	٠,١٤	٠,٦٨	٠,٥٧٦	٠,٠٨٤
	الشكاوى الجسدية من دون سببٍ عضوي	٠,٣٩	٣	٠,١٣	٠,٥٤	٠,٦٦	٠,٠٦٩
	الدرجة الكلية للألكسيثيميا	٠,٠٨	٣	٠,٠٣	٠,٣٧	٠,٧٧٤	٠,٠٤٨
القياس القبلي	صعوبة تحديد المشاعر	١,١٨	١	١,١٨	٨,٣٤	٠,٠٠٩**	٠,٢٥٧
	صعوبة وصف المشاعر	٠,١٤	١	٠,١٤	١,١٥	٠,٢٩٦	٠,٠٥٠
	صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج	٠,٣٩	١	٠,٣٩	٢,٨٧	٠,١٠٤	٠,١١٦
	غياب الخيال والأحلام	١,١٤	١	١,١٤	٥,٦٢	٠,٠٢٧*	٠,٢٠٤
	الشكاوى الجسدية من دون سببٍ عضوي	٠,٠٢	١	٠,٠٢	٠,١٠	٠,٧٥٥	٠,٠٠٥
	الدرجة الكلية للألكسيثيميا	٠,٤٢	١	٠,٤٢	٥,٨٤	٠,٠٢٤*	٠,٢١٠

** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α = ٠,٠٠١)، * دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α = ٠,٠٠٥).

يتضح من نتائج الجدول السابق، أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية في الألكسيثيميا وأبعادها للنساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة، ولصالح المشاركات في المجموعة التجريبية إذ بلغت قيمة (ف = ٤٠٧.٠٨، α > ٠.٠٠١) للدرجة الكلية في الألكسيثيميا، وهذا يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي الجمعي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) في خفض مستوى الألكسيثيميا للمشاركات في المجموعة التجريبية مقارنةً بالمشاركات في المجموعة الضابطة، وبلغ حجم الأثر للمعالجة التجريبية (٠.٩٥)، ويعتبر هذا الأثر كبير الحجم بحسب ثالهايمر وكوك (Thalheimer & Cook, 2002).

كما يتضح أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية في بُعد صعوبة تحديد المشاعر ولصالح المجموعة التجريبية إذ بلغت قيمة (ف = ٢٣٣.٧٩، α > ٠.٠٠١)، وهذا يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي الجمعي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)، في خفض مستوى صعوبة تحديد المشاعر للمشاركات في المجموعة التجريبية مقارنة بالمشاركات في المجموعة الضابطة، وبلغ حجم الأثر للمعالجة التجريبية (٠.٩١) ويعتبر هذا الأثر كبير الحجم.

كما يتضح أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية في بُعد صعوبة وصف المشاعر ولصالح المجموعة التجريبية إذ بلغت قيمة (ف = ٣٣٣، α > ٠.٠٠١)، وهذا يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي الجمعي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)، في خفض مستوى صعوبة وصف المشاعر للمشاركات في المجموعة التجريبية مقارنةً بالمشاركات في المجموعة الضابطة، وبلغ حجم الأثر للمعالجة التجريبية (٠.٩٤) ويعتبر هذا الأثر كبير الحجم.

ويتضح أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية في بُعد صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج ولصالح المجموعة التجريبية إذ

بلغت قيمة (ف = ١٨٥.٧٤، α < ٠.٠٠١) وهذا يشير الى فاعلية البرنامج الإرشادي الجمعي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) في خفض مستوى صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج للمشاركات في المجموعة التجريبية مقارنة بالمشاركات في المجموعة الضابطة، وبلغ حجم الأثر للمعالجة التجريبية (٠.٨٩) ويعتبر هذا الأثر كبير الحجم.

كما يتضح أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية في بُعد غياب الخيال والأحلام ولصالح المجموعة التجريبية إذ بلغت قيمة (ف = ٩٨.٨٣، α < ٠.٠٠١) وهذا يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي الجمعي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) في خفض مستوى غياب الخيال والأحلام للمشاركات في المجموعة التجريبية مقارنة بالمشاركات في المجموعة الضابطة، وبلغ حجم الأثر للمعالجة التجريبية (٠.٨٢) ويعتبر هذا الأثر كبير الحجم.

ويتضح أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية في بُعد الشكاوى الجسدية من دون سبب عضوي، ولصالح المجموعة التجريبية إذ بلغت قيمة (ف = ١١٩.٢٣، α < ٠.٠٠١)، وهذا يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي الجمعي القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)، في خفض مستوى الشكاوى الجسدية من دون سبب عضوي للمشاركات في المجموعة التجريبية مقارنة بالمشاركات في المجموعة الضابطة، وبلغ حجم الأثر للمعالجة التجريبية (٠.٨٤) ويعتبر هذا الأثر كبير الحجم.

كما يتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات القياس البعدي في الألكسيثيميا وأبعادها تبعاً لمتغير عدد محاولات الإنجاب؛ إذ بلغ الإحصائي للدرجة الكلية للألكسيثيميا (ف = ٠.٤٧، α > ٠.٠٥)، وبلغ لبُعد صعوبة تحديد المشاعر (ف = ١.١٣، α > ٠.٠٥)، وبلغ لبُعد صعوبة وصف المشاعر (ف = ٠.٣٥، α > ٠.٠٥)، وبلغ لبُعد صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج (ف = ١.٨١، α > ٠.٠٥)، وبلغ لبُعد غياب الخيال والأحلام (ف = ٠.٥٣، α > ٠.٠٥)، وبلغ لبُعد الشكاوى الجسدية من دون سببٍ عضوي (ف = ٠.١٨، α > ٠.٠٥).

ويتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات القياس البعدي في الألكسيثيميا وأبعادها تبعاً لمتغير عدد سنوات التأخر في الإنجاب؛ إذ بلغ الإحصائي للدرجة الكلية للألكسيثيميا (ف = ٠.٣٧، α > ٠.٠٥)، وبلغ لبُعد صعوبة تحديد المشاعر (ف = ٠.١٤، α > ٠.٠٥)، وبلغ لبُعد صعوبة وصف المشاعر (ف = ٠.٢١، α > ٠.٠٥)، وبلغ لبُعد صعوبة التفكير الموجه إلى الخارج (ف = ٢.٢٥، α > ٠.٠٥)، وبلغ لبُعد غياب الخيال والأحلام (ف = ٠.٦٨، α > ٠.٠٥)، وبلغ لبُعد الشكاوى الجسدية من دون سببٍ عضوي (ف = ٠.٥٤، α > ٠.٠٥).

وتظهر النتائج أعلاه أن القياس القبلي للدرجة الكلية في الألكسيثيميا كان له تأثير دالاً إحصائياً في القياس البعدي للدرجة الكلية في الألكسيثيميا إذ بلغت قيمة (ف = ٥.٨٤، α > ٠.٠٥)، وهذا يشير إلى أن خبرة القياس القبلي كان لها دور في الاستجابة على القياس البعدي، كما أن القياس القبلي للدرجة الكلية في الألكسيثيميا كان له تأثير دالاً إحصائياً في القياس البعدي لبُعد صعوبة تحديد المشاعر إذ بلغت قيمة (ف = ٨.٣٤، α > ٠.٠١)، وهذا يشير إلى أن خبرة القياس القبلي كان لها دور في الاستجابة على القياس البعدي في بُعد صعوبة تحديد المشاعر، كما أن القياس القبلي للدرجة الكلية في الألكسيثيميا كان له تأثير دالاً إحصائياً في القياس البعدي لبُعد غياب الخيال والأحلام إذ بلغت قيمة (ف = ٥.٦٢، α > ٠.٠٥)، وهذا يشير الى ان خبرة القياس القبلي كان لها دور في الاستجابة على القياس البعدي في بُعد غياب الخيال والأحلام، أما باقي أبعاد الأكسيثيميا في القياس البعدي؛ فلم يؤثر فيها القياس القبلي.

ولعزل تأثير القياس القبلي عن القياس البعدي في الدرجة الكلية للألكسيثيميا وبُعدي صعوبة تحديد المشاعر وغياب الخيال والأحلام؛ قام الباحثان بحساب المتوسطات الحسابية المعدلة للقياس البعدي لأفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية، والجدول الآتي يوضح النتائج الخاصة بذلك.

جدول (١٨)

المتوسطات الحسابية المعدّلة للقياس البعدي للدرجة الكلية للألكسيثيميا وبُعدي صعوبة تحديد المشاعر وغياب الخيال والأحلام للنساء متأخرات الإنجاب للمجموعتين الضابطة والتجريبية.

المتغيرات التابعة/ أبعاد الألكسيثيميا	المجموعة الضابطة (ن = ١٥)		المجموعة التجريبية (ن = ١٥)	
	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري
صعوبة تحديد المشاعر	٤,٠٨	٠,١٢٣	١,٦٠	٠,١٠٣
غياب الخيال والأحلام	٣,٨٧	٠,١٤٧	١,٩٣	٠,١٢٣
الدرجة الكلية للألكسيثيميا	٤,٠٩	٠,٠٨٨	١,٧٧	٠,٠٧٣

يتضح من نتائج الجدول السابق، أن المتوسط الحسابي المعدّل للدرجة الكلية للألكسيثيميا للمجموعة الضابطة بلغ (٤.٠٩) وبخطأ معياري (٠.٠٨٨)، وفي المقابل بلغ في المجموعة التجريبية (١.٧٧) وبخطأ معياري (٠.٠٧٣)، كما يتضح أن المتوسط الحسابي المعدل لبُعد صعوبة تحديد المشاعر للمجموعة الضابطة بلغ (٤.٠٨) وبخطأ معياري (٠.١٢٣)، وفي المقابل بلغ في المجموعة التجريبية (١.٦٠) وبخطأ معياري (٠.١٠٣)، ويتضح أن المتوسط الحسابي المعدل لبُعد غياب الخيال والأحلام للمجموعة الضابطة بلغ (٣.٨٧) وبخطأ معياري (٠.١٤٧)، وفي المقابل بلغ في المجموعة التجريبية (١.٩٣) وبخطأ معياري (٠.١٢٣).

توصيات الدراسة:

في ضوء ما خلصت إليه نتائج الدراسة، يقدم الباحثان التوصيات التالية:

لوزارة الصحة، ووزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية:

- توعية المسؤولين بأهمية التدخلات النفسية للنساء المتأخرات في الإنجاب، بالإضافة إلى التدخلات الطبية؛ ليساهم بفعالية في تحسين، وتعزيز صحتهن النفسية، وجودة الحياة، وهو أحد الركائز الأساسية لرؤية المملكة (٢٠٣٠).
- تعميم البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية لخفض الألكسيثيميا؛ ليشمل عينة أكبر، ويتم تعميمه على مستوى وزارة الصحة، ووزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية؛ ليشمل النساء متأخرات الإنجاب اللائي لم يتم تضمينهن في البرنامج العلاجي.

للمستشفيات المتخصصة، والمؤسسات، والجمعيات، والمراكز الخاصة بالإرشاد النفسيّ:

- إمداد الاخصائيين والمرشدين النفسيين والاجتماعيين، الذين يعملون مع هذه الفئات ببرامج إرشادية متعددة ومتنوعة الجوانب الوقائية، والنمائية، والعلاجية؛ لتحقيق وتعزيز الصحة النفسية.
- عقد دورات وبرامج تدريبية للعاملين في هذه الجهات، حول نظرية العلاج المتمركز حول المشاعر ونظرية العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين، وكيفية الجمع والدمج بين النظريتين في الممارسة العلاجية.

للمرشدين النفسيين، والعاملين في مجال الإرشاد النفسيّ:

- توجيه وإرشاد المتأخرات في الإنجاب للتعامل مع مشكلة تأخر الإنجاب بشكل صحيح.
- تطوير وتقديم برامج الخدمات الإرشادية، والعلاجية في مجال متغيرات الدراسة، وموجهة للنساء المتأخرات في الإنجاب.
- تصميم وبناء برنامج إرشادي قائم على العلاج المتمركز حول المشاعر والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين؛ يتناول متغيرات أخرى، وآثاره النفسية، والفسيولوجية.
- إعداد وتأهيل المرشدين النفسيين، والعاملين في مجال الإرشاد النفسي على العلاج القائم على العلاج المتمركز حول المشاعر والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين، لحداثته وفعاليته العالية في علاج الأفراد من الاضطرابات الانفعالية، والنفسية، والاضطرابات الجسدية، وخفض مستوى الأمراض العضوية، وعدم الاتزان الانفعالي في شتى مناحي العلاقات الإنسانية.

للعاملين في مجال الطب النفسي، وطب النساء والولادة، وعلاج العقم:

- تنمية المواقف الإيجابية لدى النساء متأخرات الإنجاب، وزيادة الوعي، والإدراك العاطفي، والتعرف على المشاعر، والتعبير عنها، وتحسين مهارات تنظيم المشاعر، وتعديل معتقدات النساء متأخرات الإنجاب حول حالتهن، يمكن أن يؤدي هذا الموقف إلى مزيد من التكيف، وتقليل التوتر، والضغط النفسي في علاقاتهن الزوجية، ويحسن جودة الحياة.
- مراعاة الاضطرابات النفسية المختلفة التي تعاني منها، النساء متأخرات الإنجاب وتمر فيها؛ بسبب تأخر الإنجاب.
- تصحيح الوعي والإدراك السلبي لدى النساء متأخرات الإنجاب حول مشكلة التأخر في الإنجاب، ومساعدتهن على تقبل الحياة دون قيد، أو شرط، بالإضافة إلى إكسابهن طرق، وأساليب التعامل معه، والتعبير عن المشاعر بشكل يحقق لهن جودة الحياة.

مقترحات الدراسة:

تعد نظرية العلاج المتمركز حول المشاعر ونظرية العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين من النظريات الإرشادية التي تتطلب المزيد من البحث والدراسة خاصة في المجتمع السعودي، ويعد مفهوم الألكسيثيميا أحد المفاهيم التي تحتاج المزيد من البحث والدراسة، وجميع متغيرات الدراسة الحالية قد تحتاج إلى تطبيقها ودراستها على عينات مختلفة داخل المجتمع السعودي، بالإضافة إلى أن فئة متأخرات الإنجاب يحتجن إلى توسيع قاعدة التدخلات الإرشادية والعلاجية التي تلائم حاجتهن الإرشادية والنفسية، بالإضافة إلى أن النتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة تبقى في الحدود المكانية والزمانية والبشرية وأدوات جمع البيانات التي تم استخدامها؛ لذلك في ضوء ما سبق والظروف التي أحاطت بالدراسة الحالية، فيمكن اقتراح الآتي:

- إجراء مزيد من الدراسات شبه التجريبية، حول الأزواج متأخري الانجاب تبحث الواقع والاحتياجات الخاصة بهن.
- إجراء مزيد من الدراسات والبرامج الإرشادية، القائمة على العلاج المتمركز حول المشاعر والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين، في مختلف المجالات النفسية والأسرية.
- بناء وتطبيق برامج علاج زواجي، على أن يتم ضم أزواج النساء متأخرات الإنجاب للجلسات العلاجية؛ لتعزيز التفاهم والتعاطف والتوافق الزواجي.
- إجراء دراسات إضافية تتبع المنهج النوعي، عبر المقابلات شبه المقننة؛ لتحقيق فهم أفضل لتأثير الألكسيثيميا على العواطف والعلاقات الاجتماعية، لدى النساء متأخرات الإنجاب في محافظة جدة.
- إجراء دراسات إضافية تتبع المنهج الكمي، تستخدم أسلوب نمذجة العلاقات البنائية أو تحليل المسارات؛ للكشف عن ارتباط الألكسيثيميا بمتغيرات نفسية أخرى كالقلق والاكتئاب والصلابة النفسية والتفاؤل وغيره.
- توسيع نطاق الدراسة التجريبية على سيدات أخريات من متأخرات الإنجاب، في مناطق مختلفة في المملكة العربية السعودية؛ لخفض الألكسيثيميا والصعوبات الانفعالية الأخرى.

- إجراء دراسات ميدانية نوعية، لاستكشاف العوامل الثقافية والاجتماعية التي قد تؤثر على تجربة النساء متأخرات الإنجاب، ومعرفة طبيعة التحديات والصعوبات التي يواجهنها.
- تصميم وتطبيق برامج إرشادية لتوظيف فنيات العلاج المتمركز حول المشاعر (EFT) وإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) في مجال علاج اضطرابات انفعالية أخرى كاضطرابات المزاج، واضطرابات القلق، واضطرابات النوم، واضطرابات الطعام، واضطرابات الهوية، أو اضطرابات الشخصية، أو الاضطرابات الجسدية نفسية المنشأ وغيرها.
- إجراء دراسات تجريبية؛ لتحسين جودة الحياة لدى النساء متأخرات الإنجاب.
- إجراء دراسة بعنوان: فعالية برنامج إرشاد قائم على العلاج المتمركز حول المشاعر والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين؛ لخفض الألكسيثيميا لدى متأخري الإنجاب.
- إجراء دراسات إكلينيكية متعمقة حول الألكسيثيميا؛ للوقوف على الأسباب التي تسهم في حدوثها.

مراجع الدراسة

أولاً: المراجع العربية

أبو أزريق، محمد. (٢٠١٦). مستوى الغضب والذكاء العاطفي لدى المراهقين وفاعلية برنامج مرتكز على الانفعالات في تنمية مهارات الذكاء العاطفي وإدارة الغضب رسالة دكتوراه غير منشورة]. الجامعة الأردنية.

أحمد، حنان. (٢٠١٥). الضغوط الحياتية المرتبطة بتأخر الانجاب لدة الزوجات والتخفيف منها ببرنامج مقترح من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية. مجلة الخدمة الاجتماعية، ٤(٥٧)، ١٣٥ – ٥٧.

آل عبده، صباح. (٢٠٢٢). نقص التعبير عن المشاعر (الألكسيثيميا) والحساسية الانفعالية كمنبئات باضطراب الشخصية التجنبية لدى المطلقات في مدينة الرياض [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة أم القرى.

آيت، نعينة. (٢٠١٩). علاج سلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين، العلاج الإدماج الجديد للاضطرابات النفسية. مجلة دراسات نفسية وتربوية، ٨(١٥)، ١٧١ – ١٩٢.

بدير، كريمان. (٢٠١٩). سيكولوجية المشاعر وتنمية الوجدان. عالم الكتب.

بني عبده، أحمد. (٢٠٢١). أنماط الاتصال الأسري وعلاقتها بالألكسيثيميا لدى طلبة جامعة اليرموك [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة اليرموك.

الجبالي، روقيه. (٢٠٢١). فاعلية العلاج المتمركز على الانفعالات في مهارات ما وراء الانفعال واستراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان [رسالة دكتوراه غير منشورة].جامعة اليرموك.

الجراح، هبة. (٢٠٢١). فعالية تقنية إبطال الحساسية وإعادة المعالجة عبر حركة العينين(EMDR) في خفض اضطراب الإكتئاب الجسيم لدى اللاجئين السوريين [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة اليرموك.

جريش، إيمان. (٢٠١٧). الأعراض الكتئابية وعلاقتها بالألكسيثيميا والمخططات المعرفية اللاتكيفية لدى طالبات الجامعة. مجلة الدراسات التربوية والنفسية، (٩٦)، ١٤٤ – ٢٢٩.

جمال، حسن. (٢٠٢٢، فبراير ٢٧). مساع لتصنيف تأخر الانجاب كمرض نسبتها ١٨٪ في السعودية. صحيفة عكاظ. https://www.okaz.com.sa/news/local/2098405

جمل الليل، محمد جعفر. (٢٠٢٠). مقدمة في الإرشاد النفسي الجماعي. (ط.٢)، مركز النشر العلمي بجامعة الملك عبد العزيز.

حسن، حاتم. (٢٠٢٢، سبتمبر ١٧). أسباب وأعراض العقم النفسي عند النساء بحسب طبيب متخصص. مجلة سيدتي. https://2u.pw/fQZTSJx

حنوش، سلمى (٢٠١١). فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى العلاج المتمركز حول الانفعالات في إثراء العلاقة الزوجية وتحسين تقدير الذات لدى المتزوجين [رسالة دكتوراه غير منشورة] . جامعة عمان العربية.

خطاطبة، يحيى. (٢٠١٣). أثر برنامج إرشادي متركز على الانفعالات في خفض الأرق وتحسين مفهوم الذات [رسالة دكتوراه غير منشورة]. الجامعة الأردنية.

رحّال، سامية. (٢٠٢١). فعالية تقنية EMDR في التخفيف من حدة أعراض الصدمة النفسية عند المراهق الفاقد لوالديه. مجلة روافد للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية، ٥(٢)، ٦٢٨- ٦٥٩.

زهران، حامد عبدالسلام. (٢٠٠٥). التوجيه والإرشاد النفسي. (ط.٤)، عالم الكتب.

الزهراني، عبد الله. (٢٠٢٢). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض أعراض الألكسيثيميا لدى عينة من المكتئبين الراشدين السعوديين. مجلة الفنون والأدب وعلوم الانسانيات والاجتماع، ١(٨٣)، ٩٦ – ١٢٤.

الزيادات، مريم والشريفين، أحمد. (٢٠١٩). الألكسيثيميا والاضطرابات النفسية الجسمية لدى المراهقين العايديين والأيتام: دراسة مقارنة. المجلة التربوية، ٣٤(١٣٣). ٣٠٩ – ٣٥٧.

السكافي، فاتن. (٢٠٢١). إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عبر حركة العينين EMDR: نظرة عامة على تطورها وآليات عملها. مجلة الميدان للدراسات الرياضية والاجتماعية والإنسانية، ٤(٣)، ١ – ١٣.

الشايع، فهد بن سليمان (٢٠١٩). التصميم التجريبي المحددات والمهددات. https://ecsme.ksu.edu.sa/sites/ecsme.ksu.edu.sa/files/attach/157.pdf

صالحي، مليكة. (٢٠٢٣). العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الانجاب دراسة ميدانية بمدينة ورقلة. [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

طريف، سندس عمر. (٢٠٢١). فاعلية برنامج إرشادي مبني على التحصين ضد التوتر لتحسين مستوى المناعة النفسية لدى عينة من النساء المتأخرات في الانجاب في الأردن .مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، ٢٩(٢)، ٣٨٦ – ٤٠٥.

الطوس، سيسون. (٢٠١٦). تحسين المهارات الوالدية والحياة لدى النساء الأرامل وفق برنامج إرشاد جمعي معتمد على العلاج المركز على الانفعالات [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الهاشمية.

عبد العزيز، امل (٢٠٢٢) فاعلية برنامجي العلاج المعرفي السلوكي والاسترخاء في تخفيف الألكسيثيميا لدى طالبات الجامعة. مجلة الدراسات العربية في التربية وعلم النفس، ٣١ (٣) ٢١٥ – ٢٥٢.

عبد الله، هشام وخوجة، خديجة. (٢٠١٤). الإرشاد النفسي الجماعي الأسس – النظريات – البرامج. مكتبة الخوارزم العلمية للنشر والتوزيع.

عبيب، غنية. (٢٠٢٢). التأصيل النظري لمفهوم الالكسيثيميا. مجلة الحكمة للدراسات الفلسفية، (١)، ٧٣٨ – ٧٥٧.

العربي، عبدون. (٢٠٢١). المقاربة العلاجية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة (برتوكول إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العينين). مجلة الساورة للدراسات الإنسانية والاجتماعية، ٧(٢)، ٢٧٢ – ٢٩٨.

عربي، محمد وسويفي، أسامة. (٢٠٢٠). فعالية تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين في تخفيض السلوك العدواني لدى المحبوسين– دراسة عيادية لأربع حالات [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة يحي فارس المدية.

علي، ريان. (٢٠١٧). الضغوط النفسية وعلاقتها بالأمن النفسي لدى الأزواج الذين يعانون من تأخر الإنجاب: دراسة ميدانية بعيادات ومراكز الخصوبة وعلاج تأخر الإنجاب بولاية الخرطوم [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة إفريقيا العالمية.

العنزي، أنور السموحي. (٢٠٢٠). فاعلية العلاج المرتكز على الانفعالات والعلاج الآدلري في خفض مستوى الألكسيثيميا لدى اللاجئات السوريات اللواتي تعرضن للعنف [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة اليرموك.

العيدان، مهند عبد المحسن. (٢٠١٩). الفرق في الإلكسثيميا (alexithymia) بين المدمنين وغير المدمنين. المجلة العربية للعلوم ونشر الأبحاث، ٣(٩)، ١٠٩-١٣١.

العيدان، مهند. (٢٠١٩) الالكسيثيميا "Alexithymia" وعلاقتها بالاكتئاب والقلق والتوتر. المجلة التربوية الدولية المتخصصة، ٨(٦). ١٤ – ٢٥.

العيدان، مهند. (٢٠٢١) الالكسيثيميا وعلاقتها بمفهوم الذات لدى السجناء مرتكبي جرائم العنف والجرائم. مجلة العلوم التربوية والنفسية، (٢٢). ٤٠٧ – ٤٣٤.

فاخوري، ربى عيسى. (٢٠١٢). بناء برنامج مرتكز على الانفعالات وقياس فعاليته في معالجة اضطراب الشراهة لدى عينة أردنية [رسالة دكتوراه غير منشورة]. الجامعة الأردنية.

الفقي، آمال. (٢٠١٩). الفروق في الألكسيثيميا والعدوان لدى عينة من المراهقين. مجلة كلية التربية، ٣٠(١١٧). ٥٦٩ – ٦٠٢.

الفقي، بشار. (٢٠٢٣). نمذجة العلاقات السببية بين النوموفوبيا واليقظة العقلية والألكسيثيميا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ٣٣(١٢٠)، ١ – ٧٢.

قدور، نويبات. (٢٠٢٣). إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين :EMDR علاج للمعلومة – علاج للمشاعر. مجلة دراسات نفسية وتربوية، ١٦(١)، ١ – ١١.

كرادشة، منير. (٢٠٢١). الآثار الاجتماعية والاقتصادية لتأخر الأمومة البيولوجية في سلطنة عمان: دراسة كمية تحليلية. مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، ٤٧(١٨٠)، ١٩ – ٦٣.

المبيضين، آيات. (٢٠٢٠). فعالية برنامج إرشادي مستند إلى العلاج الوجودي في تنمية التسامح وخفض الفراغ الوجودي لدى النساء المتأخرات في الإنجاب [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة مؤتة.

المحادين، دعاء. (٢٠١٥). فعالية برنامج إرشادي مستند إلى العلاج المرتكز على الانفعالات في تحسين نوعية الحياة والتعامل مع الضغوط النفسية لدى الناجيات من سرطان الثدي في الأردن [رسالة دكتوراه غير منشورة]. الجامعة الأردنية.

المحضار، أريج. (٢٠٢٣). مراجعة منهجية لدراسات العلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة من خلال حركة العينين (EMDR) لاضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. مجلة العلوم التربوية والنفسية، ٧(٥)، ١٠٨ – ١٣٢.

محمود، سناء. (٢٠٢٣). فعالية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض الألكسيثيميا لدى عينة من المراهقين المكفوفين [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة جنوب الوادي.

مخلوفي، هاجر، وبن عبد الوهاب، ديهية. (٢٠١٦). فعالية برنامج علاجي مبني على تقنية EMDR في علاج الإدمان على المخدرات [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة خلدون.

مرسي، آلاء. (٢٠٢٣). العلاقة بين الألكسيثيميا والتنظيم الانفعالي لدى فئات إكلينيكية مختلفة [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة المنيا.

مكي، هبة. (٢٠١٣). فعالية برنامج إرشادي في خفض الألكسيثيميا لدى الأطفال المحرومين من الرعايا الوالدية. مجلة كلية التربية بور سعيد، ١(١٤)، ٦٣٢ – ٦٦٤.

منظمة الصحة العالمية [WHO]. (٢٠٢٣). شخص واحد من كل ستة أشخاص مصاب بالعقم. منظمة الصحة العالمية.

المهدي، حسن. (٢٠٢٣، فبراير ٢٧). الجوانب النفسية للعقيم. مجلة العربي. العدد (٥٥٦).

ناجي، يسمينة. (٢٠١٥). مساهمة تقنية الـــEMDR في التخفيف من حدة الصدمات النفسية دراسة حالة [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة محمد خضير بالجزائر.

النوايسة، فاطمة. (٢٠٢٢). مستوى الكدر الزواجي لدى عينة من المتزوجات المتأخرات عن الانجاب في محافظة الكرك وعلاقته بالتواصل الزواجي والاغتراب الزواجي [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة مؤتة.

ياسين، حمدي ومكاوي، لمياء. (٢٠٢٠). الكفاءة الذاتية المدركة للأمهات وأعراض الألكسيثيميا لأطفالهن الذواتين. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ٣٠(١٠٩). ١- ٤٠.

ثانياً: المراجع الأجنبية

Aghighi, A., Foroughi, M., Danes mandi, S., & Abbasi, M. (2021). The role of alexithymia and sexual self-esteem in the prediction of marital stress and adjustment in infertile women. *Practice in Clinical Psychology*, *9*(1), 19-26.

Antequera-Jurado, R., Moreno-Rosset, C., & Ramirez-Ucles, I. (2023). The specific psychosocial modulator factors of emotional adjustment in infertile individuals compared to fertile people. Current Psychology, 1-9. https://doi.org/10.1007/s12144-023-04436-0.

Bahareh, H. Afsaneh, K. Javanshir, A. (2022). Effectiveness of Desensitizing Treatment with Eye Movements and Reprocessing and Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Expression and Somatic Symptoms. Razavi International Journal of Medicine, 10(1), 102 – 107.

Basirat, Z., Faramarzi, M., Esmaelzadeh, S., Firoozjai, S. A., Mahouti, T., & Geraili, Z. (2019). Stress, depression, sexual function, and alexithymia in infertile females with and without polycystic ovary syndrome: a case-control study. International journal of fertility & sterility, 13(3), 216-220.

Bayoumi, R. R., Koert, E., Boivin, J., Viswanath, K., & McConnell, M. (2021). Quality of life of Sudanese patients attending a fertility clinic: a mixed methods study. Health Psychology and Behavioral Medicine, 9(1), 1006-1030. doi: 10.1080/21642850.2021.2007773.

Bell, J., & Waters, S. (2018). Ebook: doing your research project: a guide for first-time researchers. McGraw-hill education (UK).

Campos, A. D., Huelva, P. A., Astorga, A. A., Corgo, S. R., Vicente, E. P., Pey, M. A., ... & Martín, A. M. (2023). Female infertility, Alexithymia and Stress. European Psychiatry, 66(S1), S648-S648.

Cerutti, R., Spensieri, V., Presaghi, F., Renzi, A., Palumbo, N., Simone, A., & Di Trani, M. (2020). Alexithymic traits and somatic symptoms in children and adolescents: a screening approach to explore the mediation role of depression. Psychiatric Quarterly, 91(2), 521-532.

de la Serna, J. M. (2018). Alexithymia, A World Without Emotions. Babelcube Inc.

Field, A. (2013). Discovering statistics using IBM SPSS statistics. sage.

Field, A. P. (2000). Discovering statistics using SPSS for Windows: Advanced techniques for the beginner. Sage.

Goldman, R. N., & Greenberg, L. (2013). Working with identity and self-soothing in emotion-focused therapy for couples. Family Process, 52(1), 62-82.

Gourounti, K., & Giannikaki, M. (2018). Alexithymia, stress and depression in infertile women: A case control study. Folia Medica, 60(4), 594-600.

Greenberg, L. & Feuerstein, H .(2019). Emotion focused Therapy and the Client Centered and Focusing oriented approach: Interview Les Greenberg and Feuerstein. http://www.focusing.

Greenberg, L. S .(2018), Emotion-Focused Therapy A Clinical Synthesis Focus. The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry, (3),1-11.

Guehiri, H., Ait Guenissaid, N., Matari, O. (2023). The Effectiveness Of Desensitization Treatment And Reprocessing Through Eye Movements In Alleviating Symptoms Of Perceived Stress And Generalized Anxiety In A Group Of Women With Psychosomatic Disorder Infertility Of Psychological Origin -As A Model. Journal of Positive School Psychology, 2023, Vol.7, No.5, 848-859

Hamzeh gardeshi, Z., Kalantari, F., Bakouei, F., Moradi, S., Peyvandi, S., Shahidi, M., & Feizi, A. (2022). Investigation of social capital and its relationship with emotional adjustment in infertile couples: A cross-sectional study. International Journal of Reproductive BioMedicine, 20(2), 91-100.

Hazrati, M., Hamid, T. A., Ibrahim, R., Hassan, S. A., Sharif, F., & Bagheri, Z. (2017). The effect of emotional focused intervention on spousal emotional abuse and marital satisfaction among elderly married couples: A randomized controlled trial. International Journal of Community Based Nursing and Midwifery, 5(4), 329-341.

Hogeveen, J., & Grafman, J. (2021). Alexithymia. Handbook of clinical neurology, 183, 47-62.

Holowaty, K. A. M., & Paivio, S. C. (2012). Characteristics of client-identified helpful events in emotion-focused therapy for child abuse trauma. Psychotherapy research, 22(1), 56-66.

Johnson, S. (2012). Predictors of Success in Emotionally Focused Marital Therapy. Journal of Marital and Family Therapy, 23(2), 135-152.

Juric Vukelic, D., Kusevic, Z., & Horvatic, J. (2018). Alexithymia and Psychological Distress among Women Undergoing In Vitro Fertilization. Psychiatria Danubina, 30(1), 53-62.

Klappa, P. (2024, January 8). Cohen's d effect size paired t test [Video file]. Retrieved from https://www.youtube.com/watch?v=K6GRHelAOYw.

Koparal, B., Gurlek, B., Hocaoglu, C., & Polat, S. (2021). Levels of anxiety sensitivity, somatosensory amplification and alexithymia in patients with unexplained infertility. International Journal of Clinical Practice, 75(11), e14761. https://doi.org/10.22541/au.162408243.10373061/v1.

Leavy, P. (2022). Research design: Quantitative, qualitative, mixed methods, arts-based, and community-based participatory research approaches. Guilford Publications.

Linder, J. N., Niño, A., Negash, S., & Espinoza, S. (2022). Thematic analysis of therapists' experiences integrating EMDR and EFT in couple therapy: Theoretical and clinical complementarity, and benefits to client couples. Journal of Marital and Family Therapy, 48(3), 777-797.

Mattila, A. K., Poutanen, O., Koivisto, A. M., Salokangas, R. K., & Joukamaa, M. (2007). Alexithymia and life satisfaction in primary healthcare patients. Psychosomatics, 48(6), 523-529.

McGillivray, L. (2015). Alexithymia in a psychiatric population: Stability and relationship with therapeutic outcome. Edith Cowan University. Retrieved from https://ro.ecu.edu.au/theses/1668

Muzi, S. (2020). A narrative review on alexithymia in adolescents with previous adverse experiences placed for adoption, in foster care, or institutions. Prevalence, gender differences, and relations with internalizing and externalizing symptoms. Mediterranean Journal of Clinical Psychology, 8(2).1-25 .

Palmer, G., & Efron, D. (2007). Emotionally focused family therapy: Developing the model. Journal of Systemic Therapies, 26(4), 17-24.

Preece, D. A., & Gross, J. J. (2023). Conceptualizing alexithymia. Personality and Individual Differences, 215, 112375.

Renzi, A., Fedele, F., & Di Trani, M. (2020). Assisted Reproductive Treatments, Quality of Life, and Alexithymia in Couples. Journal of Clinical Medicine, 9(1), 120. doi: 10.3390/jcm9010120

Renzi, A., Mariani, R., Di Trani, M., & Tambelli, R. (2020). Giving words to emotions: the use of linguistic analysis to explore the role of alexithymia in an expressive writing intervention. Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome, 23(2).

Rosenthal, R., Cooper, H., & Hedges, L. (1994). Parametric measures of effect size. The handbook of research synthesis, 621(2), 231-244.

Sallem, A., Essoussi, H., Ben Mustapha, H., Zaouali, M., & Ajina, M. (2019). Impact of psychological stress on the outcomes of assisted reproduction in Tunisian infertile women. Middle East Fertility Society Journal, 24(1), 15.

Shapiro, F. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures (3rd ed). Guilford Press.

Shapiro, F. (2014). The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. The Permanente Journal, 18(1), 71.

Sharma, A., & Shrivastava, D. (2016). Psychological Problems Related to Infertility. Journal of Reproductive Health and Medicine, 2(1), 9-13.

Singh, V., Rajpal, G., Majumdar, S., Mandal, S., & Sahu, R. (2023). Awareness, knowledge, and psycho-emotional aspect of infertility among women seeking fertility assistance at a tertiary care hospital in Chhattisgarh, a cross-sectional study. Journal of Education and Health Promotion, 12.

Stewart, M .(2015), Emotionally Focused Group work, Annandale: Institute for Emotionally Focused Therapy. Michele Stewart.

Tang, W., Xu, D., & Xu, J. (2020). The mediating role of alexithymia between earthquake exposure and psychopathology among adolescents 8.5 years after the Wenchuan earthquake. Personality and Individual Differences, 159, 109881.

Thalheimer, W., & Cook, S. (2002). How to calculate effect sizes from published research: A simplified methodology. Work-Learning Research, 1(9).

Timulak, L. (2014). Witnessing clients' emotional transformation: An emotion-focused therapist's experience of providing therapy. Journal of clinical psychology, 70(8), 741-752.

Vafa, M. A., Farzadi, L., & Taheri, M. M. (2020). The Comparison of Alexithymia, Worry, and Perceived Stress in Fertile and Infertile Women of Tabriz. Crescent Journal of Medical and Biological Sciences, 7(1).130-133 .

Volpini, E., Facchinetti, A., Pasin, M. E., Pimentel, M., Menegazzo, F., & Luisi, S. (2018). Alexithymia, infertility-related stress and quality of life in women undergoing an assisted reproductive treatment. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 225, 154-158.

Weissman, N., Batten, S. V., Rheem, K. D., Wiebe, S. A., Pasillas, R. M., Potts, W., ... & Dixon, L. B. (2018). The effectiveness of emotionally focused couples therapy with veterans with PTSD: A pilot study. Journal of Couple & Relationship Therapy, 17(1), 25-41.

Yildiz, S. E. V. L. E. R., Ugur, K., Sandogan, E., Yagin, F., & Akkus, M. U. S. T. A. F. A. (2020). Evaluation of temperament/personality traits, alexithymia, psychiatric symptoms, and quality of life in female patients diagnosed with infertility. Cukurova Medical Journal, 45(3).1099-1107 .

Zareh Zardini, S., Jafari, A., & Ghamari, M. (2021). Prediction of marital burnout based on feelings of loneliness and emotional divorce in infertile women. Journal of Research and Health, 11(5), 323-332.