

Fa'aliyyah Barnāmaj Nafsī Lita'zīz al-Murūnah al-Fīsiyūlūjiyyah lada al-Nisā' al-Mu'annifāt

Shireen Safar Mousa¹, Jehan Hussein Omar²

¹Department of Education and Psychology, College of Education, University of Zakho- Kurdistan Region – Iraq; Shrin.safar96@gmail.com

²Department of Education and Psychology, College of Education, University of Zakho- Kurdistan Region – Iraq; jehan.omar@uoz.edu.krd

Submitted: 07/07/2025

Revised: 15/07/2025

Accepted: 24/07/2025

Published: 08/08/2025

Abstract

This research aimed to measure the effectiveness of a psychological program in enhancing physiological resilience represented by cortisol and C-reactive protein (CRP) levels among Syrian refugee abused women in Domiz camp in Duhok governorate. The researchers used a quasi-experimental design with a single group and pre-post measurements. The research sample consisted of (20) Syrian refugee abused women selected purposively. A psychological program consisting of (16) sessions distributed over seven weeks was applied, and cortisol and CRP levels in blood were measured before and after the program implementation. Results showed a statistically significant decrease in cortisol levels from (436.30) to (289.30) with a calculated t-value of (4.01), while no significant changes were observed in CRP levels. The researchers recommend implementing similar psychological programs with longer application periods to enhance the effect on inflammatory indicators.

Keywords

Psychological program, Physiological resilience, Cortisol, C-reactive protein, Abused women.



© 2025 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY NC) license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

فعالية برنامج نفسي لتعزيز المرونة الفسيولوجية لدى النساء المعنفات

شيرين سفر موسى^١، جيهان حسين عمر^٢

^١، ^٢ قسم التربية وعلم النفس ، كلية التربية - جامعة زاخو-اقليم كردستان العراق

الملخص

هدف هذا البحث إلى قياس فعالية برنامج نفسي في تعزيز المرونة الفسيولوجية المتمثلة بمستوى الكورتيزول وبروتين C التفاعلي (CRP) لدى النساء السوريات اللاجئات المعنفات في مخيم دوميز بمحافظة دهوك. استخدمت الباحثتان المنهج شبه التجريبي بتصميم المجموعة الواحدة مع قياس قبلي وبعدي. تكونت عينة البحث من (٢٠) امرأة سورية لاجئة معنفة تم اختيارهن بطريقة قصدية. طُبق البرنامج النفسي المكون من (١٦) جلسة موزعة على سبعة أسابيع، وتم قياس مستويات الكورتيزول وبروتين C التفاعلي في الدم قبل وبعد تطبيق البرنامج. أظهرت النتائج انخفاضاً دالاً إحصائياً في مستوى الكورتيزول من (٤٣٦,٣٠) إلى (٢٨٩,٣٠) بقيمة تائية محسوبة (٤,٠١)، بينما لم تظهر تغيرات دالة في مستوى بروتين C التفاعلي. توصي الباحثتان بتطبيق برامج نفسية مماثلة مع فترات تطبيق أطول لتعزيز الأثر على المؤشرات الالتهابية.

الكلمات المفتاحية: البرنامج النفسي، المرونة الفسيولوجية، الكورتيزول، بروتين C التفاعلي، النساء المعنفات

المقدمة

يُعد العنف ضد النساء من أخطر الظواهر الاجتماعية والنفسية التي تؤثر على الصحة الجسدية والنفسية للمرأة، وتترك آثاراً عميقة تمتد لفترات طويلة من حياتها (راضية، ٢٠٢٢: ٦). وتزداد هذه المشكلة تعقيداً عندما تتعرض النساء للاجئات للعنف، حيث يضاف إلى معاناتهن الأصلية من النزوح والتهجير القسري تجارب إضافية من الإيذاء والاعتداء، مما يضاعف من حدة الضغوط النفسية والجسدية التي يواجهنها (مسار، ٢٠٢٠: ١٠٦).

تشير الأدبيات العلمية إلى أن التعرض للعنف والضغوط النفسية المزمنة يؤدي إلى تغيرات فسيولوجية معقدة في الجسم، تظهر من خلال اضطراب في وظائف الجهاز العصبي والغدد الصماء والجهاز المناعي. وتُعتبر هذه التغيرات الفسيولوجية مؤشرات مهمة لقياس مدى تأثير الضغوط النفسية على الصحة العامة للفرد، وتساعد في تقييم فعالية التدخلات العلاجية المختلفة (طارق، ٢٠٢٢: ٧).

من أبرز المؤشرات الفسيولوجية التي تتأثر بالضغوط النفسية هرمون الكورتيزول، الذي يُعرف بهرمون التوتر، ويُفرز من قشرة الغدة الكظرية استجابة لتنشيط محور الهيپوثالاموس-النخامية-الكظرية (HPA Axis). أظهرت دراسة (Cerdá-De la O, 2022) أن النساء المعنفات يعانين من اضطرابات فسيولوجية تتمثل في تغيرات في استجابة محور الهيپوثالاموس-النخامي-الكظري (HPA)، حيث يزداد مستوى الكورتيزول استجابةً للضغوط النفسية الناتجة عن التعرض للعنف الزوجي. وأوضح Chrousos (2020) في كتابه Endotext أن التعرض المستمر للإجهاد النفسي والجسدي يؤدي إلى اضطراب في توازن النظام الفسيولوجي للجسم، مما يسبب زيادة إفراز هرمونات الإجهاد مثل الكورتيزول. (Tsigos, 2020: 192). كما يُعتبر بروتين C التفاعلي (CRP) مؤشراً فسيولوجياً آخر ذا أهمية بالغة في تقييم تأثير الضغوط النفسية على الجسم. وكما يوضح (Singh and others, 2023)، فإن الإجهاد المستمر يعزز من إفراز بروتين C التفاعلي (C-reactive protein -CRP) الذي يعد من المؤشرات الحيوية للالتهابات في الجسم. في الظروف الفسيولوجية العادية، يكون مستوى CRP منخفضاً جداً، ولكن عند التعرض للإجهاد، مثل العنف المستمر، يطلق هذا البروتين إلى الدم، مما يؤدي إلى زيادة مستويات CRP ويعزز الالتهابات في الجسم (Singh and others, 2023: 152).

وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن العنف ضد المرأة يؤدي إلى أمراض نفسية وجسدية خطيرة مثل الاكتئاب، اضطرابات الحمل، العدوى بالأمراض المنقولة جنسياً، وأحياناً الانتحار (طارق، ٢٠٢٢: ٧). وتعاني النساء اللاجئات بشكل خاص من أوضاع معيشية ضاغطة تجعل احتمالية تعرضهن للعنف أعلى، حيث تضاف تحديات اللجوء والتهemis إلى بنية العنف القائمة.

في سياق اللجوء، تواجه النساء السوريات تحديات مضاعفة تشمل فقدان الأمان والاستقرار، والعيش في ظروف معيشية صعبة، والتعرض لأشكال مختلفة من العنف والتمييز. وتُعتبر مخيمات اللاجئين بيئة خصبة

لتفاقم مشكلة العنف ضد النساء، حيث تفتقر هذه البيئات إلى الحماية الكافية والخدمات المتخصصة للتعامل مع ضحايا العنف. وفي مخيم دوميز بمحافظة دهوك، تعيش آلاف النساء السوريات في ظروف قاسية تعرضهن لمخاطر متزايدة من العنف والاستغلال.

من هنا بدأت الأبحاث النفسية والبيولوجية في التركيز على أثر التدخلات النفسية في تحسين الحالة النفسية والوظائف البيولوجية، حيث ثبت أن البرامج النفسية المتخصصة يمكن أن تسهم في تقليل مستويات المؤشرات الالتهابية وتحسين الاستجابات الفسيولوجية للضغوط. (Singh and others, 2023: 153) إن فهم التأثيرات الفسيولوجية للعنف على النساء اللاجئات يُعد خطوة أساسية في تطوير تدخلات علاجية فعالة تهدف إلى تخفيف معاناتهن وتحسين صحتهم الجسدية والنفسية.

الإطار النظري

أولاً: البرامج النفسية

تطورت البرامج النفسية على مر الزمن بناءً على الفهم المتزايد للنفس البشرية وسلوكها، وهذا التطور مرتبط ارتباطاً وثيقاً بتاريخ علم النفس نفسه، الذي نشأ من الفلسفة ثم تحول إلى علم مستقل يعالج المشاكل النفسية بأساليب منهجية وعلمية. (Schultz, 2016: 3) وقد ساهمت المدارس النفسية المختلفة في إثراء محتوى وتصميم البرامج النفسية، منها المدرسة السلوكية التي ركزت على السلوك المرصود والمثيرات البيئية (الزغول والهنداوي، ٢٠١٤: ٣٧)، والتيار التحليلي على يد فرويد، الذي أدخل مفاهيم اللاوعي والصراعات النفسية العميقة (عبدالرحمن، ١٩٩٨: ٤٧).

تكمن أهمية البرنامج النفسي في أنه يساعد الأفراد على التكيف مع الضغوط النفسية بشكل أفضل، من خلال استراتيجيات مثل التكيف الموجه نحو المشكلة أو الموجه نحو العاطفة. (Lazarus, 1993: 8) كما تعمل البرامج النفسية على تحسين التقييم العقلي للمواقف المرهقة، مما يساعد الأفراد على التمييز بين ما يمكن تغييره من المواقف السلبية وما يجب تقبله، وهذا يعزز قدرتهم على اتخاذ قرارات أكثر فاعلية ويقلل من الآثار السلبية للضغوط النفسية. (Lazarus, 1993: 9)

يتمتد أثر البرامج النفسية إلى الجانب الفسيولوجي أيضاً، إذ يشكل العقل والجسد منظومة متكاملة في تفسير الألم والاستجابة له. يوضح (Kabat-Zinn (1990 أن الألم ليس مجرد إشارة جسدية، بل تجربة نفسية وإدراكية تتأثر بالعوامل الانفعالية. لذا، تساعد تقنيات مثل التأمل والوعي الذهني على تعديل إدراك الألم وتقليل التوتر الفسيولوجي من خلال تنظيم الجهاز العصبي، مما يعزز التوازن بين الصحة النفسية والجسدية (Kabat-Zinn, 1990: 22-24).

ثانياً: المرونة الفسيولوجية

تشير المرونة الفسيولوجية إلى قدرة الجسم على الحفاظ على توازن ووظائفه الجسدية والنفسية في مواجهة الضغوط والتحديات البيئية، من خلال استجابات فسيولوجية فعالة تهدف إلى حماية الصحة ومنع

التدهور الوظيفي. هذه القدرة لا تقتصر على الوقاية من اضطرابات مثل الاكتئاب أو اضطراب ما بعد الصدمة، بل تشمل أيضاً منع حدوث اختلالات وظيفية كالحمول وفقدان الدافع أو فرط اليقظة، مما يعكس كفاءة آليات التكيف الحيوي في بيئات محفوفة بالمخاطر. (Kalisch, 2015: 3)

وتعد المرونة الفسيولوجية عملية ديناميكية مستمرة، تظهر من خلال قدرة الجسم على استعادة التوازن الداخلي (Homeostasis) بعد التعرض للضغوط، عبر آليات فسيولوجية معقدة تشمل التفاعل المتكامل بين الجهاز العصبي الذاتي (ANS)، والجهاز الهرموني - ولا سيما محور HPA - والجهاز المناعي. وتعكس هذه العملية مدى كفاءة الأنظمة الحيوية الثلاثة في الاستجابة والتعافي من المؤثرات الضاغطة (يونس، ٢٠٠٧: ٢٥٠).

ثالثاً: المؤشرات الفسيولوجية للضغوط النفسية

الكورتيزول

على الرغم من أن الكورتيزول يُعرف على نطاق واسع بأنه هرمون التوتر في الجسم، إلا أن له تأثيرات متنوعة على وظائف مختلفة في جميع أنحاء الجسم. وهو الجلوكوكورتيكويد الرئيسي الذي تُفرزه طبقة المنطقة الحزمية من قشرة الغدة الكظرية. (Thau, 2023: 2) يتم إنتاج الكورتيزول من الكوليسترول في طبقة المنطقة الحزمية لقشرة الغدة الكظرية، ويرتبط إفرازه بهرمون قشر الكظر (ACTH) الذي يتم إفرازه من الغدة النخامية الأمامية استجابةً لتحفيز من هرمون تحرير الكورتيكوتروپين (CRH) الذي يفرزه الوطاء.

يؤثر الكورتيزول على أجهزة متعددة في الجسم بسبب وجود مستقبلاته في معظم الأنسجة، مما يجعله يشارك في تنظيم استجابة الجسم للتوتر، المناعة، استقلاب الجلوكوز والبروتين، وعمليات أخرى تتعلق بالنمو والشفاء. (Thau, 2023: 2) يساهم الكورتيزول في تقليل نشاط الجهاز المناعي، حيث يعمل على تثبيط الاستجابة المناعية المفرطة ومنع الخلايا المناعية من مهاجمة أنسجة الجسم، مما يؤدي إلى تقليل الالتهابات والحد من التفاعلات المناعية ضد الكائنات الممرضة (ياسين، ٢٠١٤: ٢١٤).

بروتين C التفاعلي (CRP)

بروتين C التفاعلي هو أحد أبرز المؤشرات الحيوية المرتبطة بالاستجابة الالتهابية، يُنتجه الكبد كرد فعل على الالتهاب أو العدوى. يُستخدم كمؤشر حساس للكشف عن الالتهابات الحادة والمزمنة وتقييم شدة الأمراض، خاصةً القلبية والوعائية. (WHO, 2014: 1) ويُعد أول بروتين طور حاد تم اكتشافه، وسُمي بهذا الاسم لقدرة هذا البروتين على الترسيب مع C-polysaccharide في *Streptococcus pneumoniae*. ينتج بروتين C التفاعلي (CRP) بشكل رئيسي في الكبد، وكمية البروتين في الدم تعتمد على إنتاج الكبد. يتم تحفيز إنتاجه بطريقة فسيولوجية بواسطة مواد التهابية مثل IL-6 و IL-1 و TNF- α ، خاصة عند حدوث التهاب أو إصابة أو عدوى أو إجهاد ضار. (Casas, 2008: 297) يبقى في الدم حوالي ١٩ ساعة، وهذه المدة

متشابهة عند جميع الناس.

رابعاً: العنف ضد المرأة وتأثيره على المؤشرات الفسيولوجية

يعدّ العنف ضد النساء والفتيات من أبرز المعوقات أمام مساهمة المرأة إيجابية في حياة أسرتها ومجتمعها في مختلف المجالات التربوية والاقتصادية والاجتماعية والسياسية والثقافية، علاوة على كلفته المادية وآثاره النفسية على المرأة وعلى أفراد أسرتها وخاصة الأطفال منهم (شواش، ٢٠١٥: ٧). ويمتد هذا العنف ليشمل كل فعل يُمثل تدخلاً خطيراً في حرية المرأة وحرمانها من التفكير والرأي والتقرير والسلوك، حيث لا يقتصر على الإيذاء الجسدي فقط، بل يشمل أيضاً الأذى المعنوي والنفسي (فياض، ٢٠١٧: ٢). أظهرت دراسة Pico-Alfonso and others (2004) أن النساء المعنفات أظهرن أعراضاً أشد من الاكتئاب والقلق واضطراب ما بعد الصدمة، ومستويات أعلى من الكورتيزول المسائي و DHEA الصباحي والمسائي. كما تبين أن العنف من الشريك كان العامل الرئيس في هذه التغيرات الهرمونية حتى بعد ضبط المتغيرات الأخرى، ولم تكن الحالة النفسية وسيطاً في هذه العلاقة. كما أوضحت دراسة Newton and others (2011) أن النساء ذوات التاريخ الطويل مع العنف من الشريك الحميم (بمعدل مرور ١٠ سنوات منذ آخر حادثة) أظهرن أنماطاً متفاوتة من الاستجابة الالتهابية، مما يعكس أن الإجهاد المزمن أو الصادم قد ينظم مكونات الاستجابة الالتهابية بشكل مختلف ويخضع لآليات تعويضية متباينة.

منهجية البحث

منهج البحث

استخدمت الباحثتان المنهج شبه التجريبي لملائته لطبيعة متغيرات البحث الحالي، التي تستلزم استقصاء العلاقة بين المتغيرات من جهة، ومعرفة أثر البرنامج النفسي في المؤشرات الفسيولوجية من جهة أخرى.

التصميم شبه التجريبي

اعتمدت الباحثتان في هذه الدراسة المنهج شبه التجريبي لدراسة الظاهرة القائمة، وهي ارتفاع مستوى الكورتيزول وبروتين C التفاعلي لدى النساء المعنفات. ولم تقتصر الدراسة على الوصف فقط، بل قامت الباحثتان بإدخال تغيير مقصود عبر تطبيق برنامج نفسي مصمم خصيصاً لتحسين المؤشرات الفسيولوجية. تم تنفيذ الدراسة من خلال إخضاع المجموعة التجريبية لقياس قبلي، ثم تطبيق البرنامج النفسي، تلا ذلك إجراء القياس البعدي على ذات المجموعة. ويهدف هذا التصميم إلى اختبار أثر المتغير المستقل (البرنامج النفسي) على المتغيرين التابعين (مستوى الكورتيزول وبروتين C التفاعلي).

مجتمع البحث

تضمّن مجتمع البحث النساء اللاجئات المعنفات اللواتي يعشنّ في أحد مخيمات اللاجئين في محافظة دهوك بإقليم كردستان - العراق، وقد اختارت الباحثتان مخيم دوميز لتنفيذ البحث بعد الحصول على الموافقات الرسمية من محافظة دهوك ومديرية الهجرة والمهجرين ومنظمة (BCF).

عينة البحث

تم تحديد مخيم دوميز ١ للاجئين السوريين أنموذجاً، إذ يضم المخيم عدداً كبيراً من النساء السوريات اللواتي تعرضن للعنف والتهجير من مناطقهنّ الأصلية بسبب الحرب والنزاعات، مما جعله مناسباً لطبيعة البحث الحالي. تكونت عينة البحث من (٢٠) امرأة لاجئة معتقة من مخيم دوميز ١، تم اختيارهنّ بناءً على استيفائهنّ شروط المشاركة بالجلسات وإبدائهنّ الموافقة على الاستجابة لمتطلبات البحث.

ولأجل الحصول على عينة التطبيق النهائي للبرنامج النفسي، تم تطبيق المقاييس المطلوبة على (٣٧) امرأة لاجئة معتقة، ومن هذه العينة الأولية، اختارت الباحثتان (٢١) مشاركة، إلا أن إحدى المشاركات رفضت الدخول إلى البرنامج لأسبابها الخاصة، مما جعل العينة النهائية تتكون من (٢٠) امرأة.

أدوات البحث

لقياس مستوى المؤشرات الفسيولوجية لدى المشاركات، اعتمدت الباحثتان على مؤشرين بيولوجيين أساسيين يُمثلان استجابة الجهاز الفسيولوجي للضغوط النفسية، وهما: مستوى هرمون الكورتيزول ومستوى بروتين C التفاعلي (CRP). تم جمع عينات دم من جميع المشاركات في مرحلتين، الأولى قبل تطبيق البرنامج النفسي (القياس القبلي)، والثانية بعد انتهاء البرنامج (القياس البعدي).

البرنامج النفسي

تم تصميم برنامج نفسي متكامل يهدف إلى تحسين المؤشرات الفسيولوجية وتعزيز القدرة على التعامل مع الضغوط النفسية. تضمن محتوى البرنامج مجموعة من التمارين النفسية والأنشطة العملية مثل: تمارين الاسترخاء والتأمل، تقنيات التفكير الإيجابي، واستراتيجيات حل المشكلات. امتدت مدة البرنامج إلى سبعة أسابيع، بواقع جلستين إلى ثلاث جلسات أسبوعياً، وتستغرق كل جلسة نحو ساعة. بلغ عدد الجلسات الكلي (١٦) جلسة.

الوسائل الإحصائية

تم استخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) لمعالجة البيانات إحصائياً. استخدمت الباحثتان الوسائل الإحصائية التالية:

١. الاختبار التائي لعينتين مترابطتين: لفحص الفرق بين القياسين القبلي والبعدي في مستوى الكورتيزول
٢. اختبار ويلكوكسن اللامعلمي للعينتين مترابطتين: لفحص الفرق في مستوى بروتين C التفاعلي

عرض نتائج البحث ومناقشتها:

الفرضية الأولى: هل يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين القياسين القبلي والبعدي في مستوى الكورتيزول لدى أفراد عينة البحث؟

للتحقق من هذه الفرضية استخرجت الباحثتان المتوسط الحسابي لأفراد العينة في القياسين، ثم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للفرق بينهما، وبعدها طبقنا الاختبار التائي لعينتين مترابطتين وأدرجت النتائج في الجدول (1).

جدول (1) القيمة التائية لعينتين مترابطتين في مستوى الكورتيزول لدى أفراد عينة البحث

الدلالة	القيمة التائية		الانحراف المعياري للفرق	المتوسط الحسابي للفرق	العدد	المتوسط الحسابي	قياس مستوى الكورتيزول
	الجدولية	المحسوبة					
دال لصالح التطبيق البعدي	٢,٠٩					436.30	القبلي
	(٠,٠٥)	4.01	163.56	147.0	٢٠	289.30	البعدي
	(١٩)						

يتضح من الجدول (١) أن القيمة التائية المحسوبة بلغت (٤,٠١) وهي أكبر من القيمة التائية الجدولية البالغة (٢,٠٩) عند مستوى (٠,٠٥) ودرجة حرية (١٩) وبذلك ترفض الفرضية الصفرية وتقبل البديلة، بمعنى هناك فرق بين التطبيقين ولصالح التطبيق البعدي، وهذا يعني أن فعالية البرنامج قللت من مستوى الكورتيزول لدى عينة البحث لأن المتوسط الحسابي للتطبيق البعدي قل وبلغ (289.30).

وتعزو الباحثتان سبب انخفاض مستوى الكورتيزول لدى النساء السوريات اللاجئات بعد تطبيق البرنامج إلى أن البرنامج ساعدهن على تقليل التوتر النفسي والضغط التي كن يعشنها. فقد تعلمن خلال الجلسات أساليب للتهديئة النفسية، مثل تمارين الاسترخاء، والتنفس العميق، والتفكير الإيجابي، مما خفف من مشاعر الخوف والقلق لديهن. كما أن الدعم المعنوي الذي وجدته ضمن المجموعة، وشعورهن بأنهن لسن وحدهن، ساهم في تقليل الإحساس بالعجز واليأس. كل هذه العوامل ساعدت على تهديئة استجاباتهن الفسيولوجية للضغط النفسي، مما انعكس في انخفاض نشاط محور (HPA الهيوثالاموس-النخامية-الكظرية)، وبالتالي انخفاض إفراز الكورتيزول وتحسن مؤشراتهن النفسية والجسدية بشكل عام.

الفرضية الثانية: هل يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين القياسين القبلي والبعدي في مستوى CRP لدى أفراد عينة البحث؟

للتحقق من هذه الفرضية وبما أن البيانات غير موزعة توزيعاً طبيعياً فقد استخرجت الباحثان مجموع الرتب ومتوسط الرتب للبيانات ثم طبقتا اختبار ويلكوكسن وأدرجت النتائج في الجدول (2).

جدول (2) قيمة اختبار ويلكوكسن للقياس القبلي والبعدي في CRP

الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة ويلكوكسن		القيمة الزائفة	
				المحسوبة	الجدولية	المحسوبة	الجدولية
الرتب السالبة	10	10	100	٥٢	١٠٠	١,٩٦	(٠,٠٥)
الرتب الموجبة	10	11	110	(٢٠)	(٢٠)	٠,١٨	(٢٠)
الكلي	20						

يتضح من الجدول (٢) أن قيمة ويلكوكسن المحسوبة بلغت (١٠٠) وهي أكبر من القيمة الجدولية لاختبار ويلكوكسن البالغة (٥٢) عند مستوى دلالة (٠,٠٥) ودرجة الحرية (٢٠) وبذلك تقبل الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي ويؤكد ذلك القيمة الزائفة المحسوبة البالغة (٠,١٨) وهي أصغر من القيمة الزائفة الجدولية البالغة (١,٩٦)، بمعنى أن أسلوب هذا البرنامج ليس له تأثير في مستوى CRP عند أفراد العينة.

وتعزو الباحثان سبب عدم وجود فرق في مستوى CRP لدى النساء السوريات اللاجئات بعد تطبيق البرنامج إلى أن هذا المؤشر الفسيولوجي يحتاج إلى وقت أطول وجهود أكبر حتى يظهر عليه تحسن واضح. كما أن مستوى CRP يتأثر بعوامل صحية وجسدية أخرى، مثل الأمراض المزمنة أو الالتهابات، التي قد تكون موجودة لدى بعض المشاركات، ولا يمكن للبرنامج النفسي وحده أن يعالجها بشكل كامل. لذلك، من الممكن أن يكون البرنامج قد ساعد على تحسين حالتهم النفسية، لكنه لم يكن كافياً لتقليل مستوى CRP في فترة قصيرة. وهذا يفسر سبب عدم ظهور تغيرات ملحوظة في هذا المؤشر خلال الدراسة.

الاستنتاجات

بناءً على نتائج البحث الحالي، يمكن استخلاص الاستنتاجات التالية:

1. فعالية البرنامج النفسي في تقليل مستوى الكورتيزول: أظهرت النتائج فعالية البرنامج النفسي المطبق في تقليل مستوى هرمون الكورتيزول بشكل دال إحصائياً لدى النساء السوريات اللاجئات المعنفات، مما يشير إلى تحسن في استجابة الجسم الفسيولوجية للضغوط النفسية.
2. عدم تأثير البرنامج على مستوى بروتين C التفاعلي: لم تظهر النتائج تأثيراً دالاً إحصائياً للبرنامج النفسي على مستوى بروتين C التفاعلي، مما يشير إلى أن هذا المؤشر النهائي قد يحتاج إلى فترة زمنية أطول أو تدخلات إضافية لإظهار تحسن ملحوظ.
3. أهمية التدخلات النفسية للنساء المعنفات: تؤكد النتائج على أهمية تطوير وتطبيق برامج نفسية متخصصة للنساء المعنفات في بيئات اللجوء، حيث تساهم هذه البرامج في تحسين بعض المؤشرات الفسيولوجية المرتبطة بالضغوط النفسية.
4. الحاجة إلى نهج متكامل: تشير النتائج المختلطة إلى أن التعامل مع المؤشرات الفسيولوجية للضغوط النفسية يتطلب نهجاً متكاملاً يجمع بين التدخلات النفسية والطبية والاجتماعية.
5. تأثير متباين للبرنامج على المؤشرات الفسيولوجية: تبين أن المؤشرات الفسيولوجية المختلفة تستجيب بطرق متفاوتة للتدخلات النفسية، حيث أظهر الكورتيزول استجابة سريعة بينما احتاج بروتين C التفاعلي إلى فترة أطول.

التوصيات

استناداً إلى نتائج البحث الحالي، توصي الباحثتان بما يلي:

1. توسيع نطاق تطبيق البرامج النفسية: تطبيق برامج نفسية مماثلة على نطاق أوسع في مخيمات اللاجئين لتعزيز الصحة النفسية والفسيولوجية للنساء المعنفات.
2. زيادة مدة البرامج النفسية: تطوير برامج نفسية ذات مدة أطول وجلسات أكثر تكراراً لتحقيق تأثير أكبر على المؤشرات الفسيولوجية، خاصة المؤشرات النهائية مثل بروتين C التفاعلي.
3. الدمج بين التدخلات النفسية والطبية: تطوير برامج متكاملة تجمع بين التدخلات النفسية والرعاية الطبية المتخصصة للتعامل مع الآثار الفسيولوجية للعنف والضغوط النفسية.
4. التدريب المتخصص: توفير برامج تدريبية متخصصة للعاملين في مجال الصحة النفسية في مخيمات اللاجئين حول كيفية تطبيق البرامج النفسية للنساء المعنفات.
5. المتابعة طويلة المدى: إجراء دراسات متابعة طويلة المدى لتقييم الأثر المستمر للبرامج النفسية على المؤشرات الفسيولوجية والصحة العامة للنساء المعنفات.

٦. تطوير مؤشرات فسيولوجية متعددة: استخدام مجموعة أوسع من المؤشرات الفسيولوجية لتقييم فعالية البرامج النفسية بشكل أكثر شمولية.
- المقترحات للدراسات المستقبلية**
١. إجراء دراسات مقارنة: تطبيق دراسات تجريبية تتضمن مجموعة ضابطة لتعزيز موثوقية النتائج حول فعالية البرامج النفسية.
 ٢. توسيع المؤشرات الفسيولوجية: دراسة تأثير البرامج النفسية على مؤشرات فسيولوجية أخرى مثل ضغط الدم، ومعدل ضربات القلب، ومستويات السيبتوكينات الالتهابية.
 ٣. دراسة العوامل المؤثرة: البحث في العوامل التي تؤثر على استجابة النساء المعنفات للبرامج النفسية، مثل شدة العنف، والمدة الزمنية منذ التعرض للعنف.
 ٤. تطوير برامج مخصصة: تطوير برامج نفسية مخصصة لفئات مختلفة من النساء المعنفات بناءً على احتياجاتهن الخاصة والمؤشرات الفسيولوجية المحددة.
 ٥. الدراسات متعددة الثقافات: إجراء دراسات مماثلة في بيئات ثقافية مختلفة لفهم تأثير العوامل الثقافية على فعالية البرامج النفسية.
 ٦. دراسة التكلفة والفائدة: إجراء تحليل اقتصادي لتكلفة تطبيق البرامج النفسية مقابل الفوائد الصحية والاجتماعية المحققة.
 ٧. التدخلات التكنولوجية: دراسة فعالية استخدام التكنولوجيا الحديثة (التطبيقات الذكية، العلاج عن بُعد) في تقديم البرامج النفسية للنساء المعنفات

والمراجع

أولاً: المراجع العربية

- راضية، أحمد (٢٠٢٢). العنف ضد المرأة: دراسة سوسولوجية. مجلة العلوم الاجتماعية، ١٨(٢)، ١-٢٠.
- الزغول، عماد عبد الرحيم والهنداوي، علي فالخ (٢٠١٤). مدخل إلى علم النفس. عمان: دار الكتاب الجامعي.
- شواش، هشام (٢٠١٥). العنف ضد المرأة: الوقاية والعلاج. تونس: دار سحر للنشر.
- طارق، محمد أحمد (٢٠٢٢). الآثار الصحية للعنف ضد المرأة. مجلة الصحة العامة، ١٥(٤)، ١-١٥.
- عبدالرحمن، محمد السيد (١٩٩٨). نظريات الشخصية. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- فياض، نايف (٢٠١٧). العنف ضد المرأة: رؤية تحليلية. بيروت: دار الفكر العربي.
- مسمار، منى سالم (٢٠٢٠). الآثار النفسية للعنف ضد المرأة. مجلة الصحة النفسية، ٢٥(٤)، ١٠٠-١٢٠.
- ياسين، عبد الرحمن محمد (٢٠١٤). الهرمونات والسلوك الإنساني. بغداد: دار الشؤون الثقافية العامة.
- يونس، سليمان عبد الواحد (٢٠٠٧). المرجع في علم النفس الفسيولوجي. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Casas, J. P. (2008). C-reactive protein and coronary heart disease. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 45(3), 297-320.
- Cerdá-De la O, E. (2022). Physiological responses to intimate partner violence in women. *Journal of Traumatic Stress*, 35(2), 456-468.
- Chrousos, G. P. (2020). Stress and the endocrine system. In *Endotext*. MDText.com, Inc.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte Press.
- Kalisch, R. (2015). The resilient brain and the guardians of well-being. *Biological Psychiatry*, 78(1), 1-9.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247.
- Newton, T. L., & others (2011). Markers of inflammation in midlife women with intimate partner violence histories. *Journal of Women's Health*, 20(12), 1871-1880.
- Pico-Alfonso, M. A., & others (2004). Changes in cortisol and dehydroepiandrosterone in women victims of physical and psychological intimate partner violence. *Biological Psychiatry*, 56(4), 233-240.
- Schultz, D. P. (2016). *A history of modern psychology*. Boston: Cengage Learning.
- Singh, A., & others (2023). Inflammatory biomarkers in chronic stress and trauma. *Journal of Psychosomatic Research*, 167, 151-165.
- Thau, L. (2023). Physiology, cortisol. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Tsigos, C. (2020). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 865-871.
- WHO (2014). *C-reactive protein concentrations as a marker of inflammation or infection for interpreting biomarkers of micronutrient status*. Geneva: World Health Organization.