

فاعلية مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية  
في خفض الضغط والقلق والاكتئاب  
لدى النساء العاملات المتزوجات (1)

أ/ هبة حسن محمد حسن السيد  
باحث ماجستير في الصحة النفسية  
(إحصائي اجتماعي)

ا.م. د/ أحمد محمد جاد الرب أبو زيد  
استاذ مشارك الصحة النفسية والتربية الخاصة  
(استشاري الصحة النفسية)

[Drahmedab2020@gmail.com](mailto:Drahmedab2020@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-0795-278X>

#### ملخص البحث:

هدف البحث إلى التعرف على فاعلية مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في خفض الضغط والقلق والاكتئاب لدى النساء العاملات المتزوجات، وتكونت العينة من ١١ من النساء العاملات المتزوجات، تم تقسيمهم على مجموعتين: مجموعة تجريبية عددها ٥ مشاركات، ومجموعة ضابطة عددها ٦ مشاركات، وتراوحت أعمارهم بين ٣٥-٥٥ عامًا، وتم استخدام مقياس انعدام التلذذ إعداد/ أبو زيد وعبد الحميد (٢٠٢٣)، ومقياس الضغط والقلق والاكتئاب (Lovibond & Lovibond, 1996) ترجمة أبو زيد وعبد الحميد (٢٠٢٣ب)، والبرنامج العلاجي إعداد الباحثة، وتكون من ١٨ جلسة، وأشارت النتائج إلى فاعلية مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في خفض الضغط والقلق والاكتئاب النساء العاملات المتزوجات بعد تطبيق البرنامج وخلال فترة المتابعة.  
الكلمات المفتاحية: مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية- الضغط والقلق والاكتئاب - النساء العاملات المتزوجات.

## The effectiveness of Mindfulness-Based Anhedonia Reduction Approach in reducing Depression, Anxiety and Stress among married working women (2)

(1) بحث حصلت به الباحثة الأولى على درجة الماجستير في الصحة النفسية تحت إشراف الباحث الثاني.

(2) A research in which the first researcher obtained a master's degree in mental health under the supervision of the second researcher.

**Mrs. Heba Hassan Muhammad Hassan Al-Sayed**  
**Master's researcher in Mental health, social worker, (Egypt)**

**Dr. Ahmed Mohamed Gadelrab Abouzaid (Supervisor)**  
**Assistant Professor of Mental Health, Mental Health**  
**Consultant (Egypt)**

[Drahmedab2020@gmail.com](mailto:Drahmedab2020@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-0795-278X>

**Abstract:**

The aim of the research was to identify the effectiveness of the Mindfulness-Based Anhedonia Reduction Approach (MART) in reducing stress, anxiety and depression among married working women. The sample consisted of 11 married working women, who were divided into two groups: an experimental group of 5 participants, and a control group of 6 participants, and their ages ranged between 35-55 years. The anhedonia scale prepared by Abouzaid and Abdel Hamid (2023a) was used, as well as the stress, anxiety and depression scale (Lovibond & Lovibond, 1996) translated by Abouzaid and Abdel Hamid (2023b), and the treatment program prepared by the researcher, consisting of 18 sessions. The results indicated the effectiveness of the Mindfulness-Based Anhedonia Reduction Approach in reducing stress, anxiety and depression among married working women after implementing the program and during the follow-up period.

**Keywords:** Mindfulness-based anhedonia reduction approach, depression, anxiety, stress, married working women.

فاعلية مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية  
في خفض الضغط والقلق والاكتئاب  
لدى النساء العاملات المتزوجات (٣)

(٣) بحث حصلت به الباحثة الأولى على درجة الماجستير في الصحة النفسية تحت إشراف الباحث الثاني.

أ/ هبة حسن محمد حسن السيد  
باحث ماجستير في الصحة النفسية  
(إخصائي اجتماعي)

ا.م. د/أحمد محمد جادالرب أبو زيد  
استاذ مشارك الصحة النفسية والتربية الخاصة  
(استشاري الصحة النفسية)

[Drahmedab2020@gmail.com](mailto:Drahmedab2020@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0002-0795-278X>

المقدمة والإطار النظري للبحث:

تعتبر مشكلات الاكتئاب Depression والقلق Anxiety والضغط Stress من أهم مشكلات الصحة النفسية بصفة عامة والتي قد تكون منبأت بشدة وحدة اضطرابات الصحة النفسية الأخرى.

ويتعبر كل من القلق والاكتئاب ردود أفعال انفعالية تنتج مجموعة مماثلة من الأعراض، مثل النهك، ومشكلات النوم، وتوتر العضلات، والانفعالية. وفي حين أن القلق مستمر حتى في غياب أي عامل ضغط، فإن الضغط يحدث غالبًا بسبب مصدر خارجي ويمكن أن يستمر لفترة وجيزة؛ ومن بين أعراض الاكتئاب فقدان الوزن أو اكتسابه بشكل ملحوظ، وفقدان الاهتمام بالأنشطة اليومية، وأنماط النوم المتغيرة، وفقدان التركيز، ونقص الطاقة، والشعور بالذنب أو انعدام القيمة، وحتى الأفكار المستمرة حول الموت أو الانتحار؛ والقلق هو رد فعل غير واع للميول الاكتئابية، والتي قد تتحول إلى خوف شديد يؤدي إلى الهلع؛ وتشمل الأعراض الجسدية الناجمة عن الضائقة النفسية psychological distress جفاف الفم، ورعشة اليدين والشفطين، والتبول المتكرر، والنوم المضطرب. (Albikawi, 2022).

والاكتئاب هو عادة استجابة لأحداث الحياة مثل المشاكل في العلاقات أو المالية أو المرض الجسدي أو الحزن وما إلى ذلك. يمكن أن يصاب بعض الأشخاص بالاكتئاب دون سبب واضح ومعاناتهم حقيقية مثل أولئك الذين يتفاعلون مع الأحداث في حياتهم. الاكتئاب هو مرض عقلي شائع ولكنه خطير يتميز عادة بمشاعر حزينة أو قلق. (Ahmed, & Julius, 2015).

ويعرف الاكتئاب بأنه اضطراب عقلي شائع، يتميز بالحزن وفقدان الاهتمام أو المتعة، وفقدان الطاقة، والشعور بالذنب أو انخفاض تقدير الذات، واضطراب النوم أو الشهية، والشعور بالتعب، وضعف التركيز، ويمكن أن تصبح هذه المشكلات مزمنة أو متكررة، وتؤدي إلى ضعف كبير في قدرة الفرد على الاعتناء بمسؤولياته اليومية. (أبو زيد، ٢٠٢٥).

ويعرف الاكتئاب بأنه: خبرة معرفية وجدانية تظهر في أعراض الحزن والتشاؤم وعدم حب الذات ونقدها، والأفكار الانتحارية وفقدان الاهتمام والتردد، وانعدام القيمة والتهيج أو الاستثارة، وفقدان الطاقة، وتغيرات نمط النوم، والغضب، وتغيرات في الشهية وصعوبة التركيز والإرهاق، وفقدان الاهتمام بالجنس (غريب، ٢٠٠٤).

وتعرف منظمة الصحة العالمية الاضطراب الاكتئابي (المعروف أيضًا باسم الاكتئاب) بأنه اضطراب عقلي شائع، ينطوي على مزاج مكتئب أو فقدان المتعة أو الاهتمام بالأنشطة لفترات طويلة من الزمن، والاكتئاب يختلف عن التغيرات المزاجية العادية والمشاعر تجاه الحياة اليومية. يمكن أن يؤثر على جميع جوانب الحياة، بما في ذلك العلاقات مع الأسرة والأصدقاء والمجتمع. يمكن أن ينتج عن أو يؤدي إلى مشاكل في المدرسة وفي العمل. ويمكن أن يصاب أي شخص بالاكتئاب، فالأشخاص الذين تعرضوا للإساءة أو الخسائر الفادحة أو الأحداث الضاغطة الأخرى هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب، والنساء أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب من الرجال. (في: أبوزيد، ٢٠٢٥).

وتشمل النتائج السلبية المرتبطة بالاكتئاب تكرار الاكتئاب؛ وظهور اضطرابات نفسية أخرى؛ وضعف أوسع وأطول في الأداء الشخصي والاجتماعي والتعليمي والمهني. (Thapar, et al., 2022).

وتتزايد حالات الاكتئاب وغيرها من حالات الصحة العقلية على مستوى العالم وتظل تشكل تهديدًا للصحة العامة حيث تزداد اضطرابات الاكتئاب والقلق أكثر من غيرها، ويتجاوز انتشار الاكتئاب ٣٠٠ مليون شخص، والاكتئاب هو السبب الرئيس لعبء المرض غير المميت، وقد يؤثر الاكتئاب والحالات العقلية الأخرى على جميع الناس، ويعد الاكتئاب أحد التحديات الرئيسية للصحة العامة. (Ljungberg, et al., 2020).

وتوصلت نتائج بعض البحوث إلى أن النساء تتحمل عبء اكتئاب أكبر بنسبة ٥٠% ويعانين منه بشكل أكثر حدة من الرجال، وقد ارتبط هذا الانتشار المرتفع للاكتئاب بالتقلبات الهرمونية لدى الإناث، وخاصة أثناء فترة البلوغ، وقبل الحيض، وبعد الحمل، وفي سن اليأس. وقد اقترح أن التغيرات الهرمونية لدى النساء قد تكون عاملاً مسبباً لظهور الاكتئاب. وفي أبحاث الرفاهية الذاتية، ورد أن الرفاهية البشرية مرتبطة بشكل إيجابي بالزواج. ومع ذلك، قد تزيد بعض العوامل الزوجية من خطر إصابة النساء بالاكتئاب، فقد تسهم أعباء العمل المنزلي والأطفال والأقارب والضغوط الزوجية في ارتفاع معدلات الاكتئاب لدى النساء مقارنة بالرجال؛ بالإضافة إلى ذلك، فإن العوامل المتعلقة بالزوج مثل الصراع مع الزوج، والعنف الجسدي أو غير الجسدي من الشريك، وسلوكيات تعاطي المخدرات، والافتقار إلى الحميمية هي عوامل خطر للاكتئاب لدى النساء المتزوجات. علاوة على ذلك، يرتبط المستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض بالاكتئاب بين النساء الباكستانيات المتزوجات، فغالبًا ما تعيش النساء ذوات الدخل المنخفض في أسر ممتدة حيث يتعين عليهن التكيف مع العديد من العلاقات. (In: Osman, et al., 2022).

وتوصلت نتائج بحث Kiani, et al. (2021) إلى أن انتشار الاكتئاب بين النساء المصابات بالعقم أعلى من انتشاره بين عامة السكان، وخاصة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، حيث كانت قيم الانتشار المجمعة للاكتئاب بين النساء المصابات بالعقم ٤٤,٣٢% في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل وكان ٢٨,٠٣% في البلدان ذات الدخل المرتفع.

وفي تقرير الولايات المتحدة عام ٢٠١٩ كانت النساء أكثر عرضة من الرجال

لتجربة أعراض بسيطة أو متوسطة أو شديدة للاكتئاب. Villarroel & Terlizzi, (2020).

وفقاً لنتائج بحث حديث في مصر ووفقاً لمعايير استبيان صحة المريض -PHQ-9، بلغ معدل انتشار أعراض الاكتئاب بين الإناث المتزوجات ٣٠,٢%. وكانت المؤشرات المهمة لأعراض الاكتئاب هي تقدم أعمار الأزواج، والعيش مع أسرة ممتدة، والتعرض للعنف اللفظي بين الزوجين، وارتفاع وزن الجسم، وانخفاض مستويات الرضا الزوجي. وتعاني نحو ثلث النساء المصريات المتزوجات من أعراض الاكتئاب. وبالإضافة إلى الوزن الزائد، ساهمت بعض العوامل الاجتماعية والزوجية في زيادة تعرض النساء لأعراض الاكتئاب. (Osman, et al., 2022). وتوصلت نتائج بحث (Abdel Meguidet al. (2011) إلى أن الاكتئاب في مصر ينتشر بنسبة ١٣,٣% بين طلاب المرحلة الثانوية البنات.

وأفاد تقرير أولية للمسح الوطني لانتشار الاضطرابات النفسية في مصر، لـ ١٤٦٤٠ بالغاً تتراوح أعمارهم بين ١٨ - ٦٤ عاماً في ٥ مناطق في مصر. وتم تشخيص الاضطرابات النفسية باستخدام مقابلة التشخيص MINI-Plus. وتم تقدير الانتشار الإجمالي بنحو ١٦,٩٣% من السكان البالغين. وكانت المشكلات الرئيسية هي اضطرابات المزاج بنسبة ٦,٤٣% واضطرابات القلق بنسبة ٤,٧٥% والاضطرابات المتعددة بنسبة ٤,٧٢%. وارتبطت الاضطرابات النفسية بعوامل اجتماعية ديموغرافية، مثل كونها أنثى، وبطالة، ومطلقة؛ والمرض الجسدي، مثل أمراض القلب، وأمراض الكلى، وارتفاع ضغط الدم. (Ghanem, et al., 2009).

ويصف القلق الاستجابات المعرفية والوجدانية والسلوكية التي من شأنها أن تؤدي إلى ضعف الأداء والفشل المحتمل في موقف تقييمي (Ian & Owens, 1996). يمكن وصفها بأنها حالة غير سارة من التوتر ناجمة عن عدم الموافقة في العلاقات الشخصية (Eady, 1999).

وتم تصور اضطرابات القلق وتعريفها وعلاجها على أساس الحساسية المتزايدة للنتائج المزعجة المتصورة، بما في ذلك التهديدات الوشيكية وكذلك تلك التي لا يمكن التأكد منها ولكنها قد تحدث في المستقبل. والتجنب هو الاستراتيجية المركزية المستخدمة للتخفيف من النتائج المزعجة المتوقعة - غالباً على حساب التضحية بالمكافآت المحتملة وإعاقة الناس عن الحصول على النتائج المرجوة. وتُعرف اضطرابات القلق على أساس الخوف المفرط والمستمر والقلق و/أو تجنب التهديدات المتصورة - سواء كانت وشيكة (على سبيل المثال، التعرض للنقد بعد مشاركة المرء برأيه) أو في المستقبل (على سبيل المثال، فقدان الوظيفة). ويتم تصنيفها إلى فئات منفصلة بناءً على المصدر الأساسي للتهديد وتشمل اضطراب القلق الاجتماعي (SAD؛ الخوف من الإحراج أو التقييم السلبي في المواقف الاجتماعية/الأداء)، واضطراب الهلع (PD؛ الخوف من التعرض لنوبة هلع وعواقبها)، واضطراب القلق العام (GAD؛ القلق بشأن التهديدات المستقبلية غير المؤكدة). وتنشأ الاستجابات للتهديد المتصور من نظام تحفيزي دفاعي يعمل على حماية الكائن الحي من الخطر، وينشط إدراك التهديد توقعات متزايدة حول احتمالية وتكلفة النتائج المنفرة، وتؤدي توقعات التهديد المتضخمة إلى ضائقة ذاتية (مثل القلق والخوف)، وحالات فسيولوجية

دفاعية (مثل زيادة معدل ضربات القلب)، وسلوكيات تجنب تهدف إلى التخفيف من الخطر المتصور. (أبوزيد وعبد الحميد، ٢٠٢٣ ج).

وتوفر سلوكيات التجنب راحة مؤقتة من القلق؛ ومع ذلك، يمكنهم الحفاظ على استجابات التهديد المبالغ فيها على المدى الطويل لأن الفرد يفشل في تعلم أن الموقف يشكل خطرًا أقل مما كان متوقعًا. تفترض النماذج السلوكية المعرفية أن التعافي من اضطرابات القلق يعتمد على مواجهة الأفراد بشكل متكرر لإشارات أو سياقات ذات صلة بالتهديد وتجنبها وتعلم أن حافز التهديد لم يعد مرتبطًا بنتائج منفرة (Craske et al. 2008).

وتعد اضطرابات القلق أكثر مشاكل الصحة العقلية شيوعًا في الولايات المتحدة، حيث تؤثر على ما يقرب من ١٨٪ من البالغين في عموم السكان سنويًا، ٢٩٪ من البالغين في مرحلة ما من حياتهم. والقلق في حد ذاته هو رد فعل بشري تكيفي وشامل للمواقف العصيبة. ويتم تحديد متى يصل القلق إلى مستوى التدخل السريري في الأنشطة اليومية أو مستوى تشخيص اضطراب القلق بناءً على (١) الشدة (مستوى الضيق الذي يعاني منه الشخص) و (٢) التردد / المدة (ما إذا كان القلق يحدث كثيرًا ويستمر لفترة أطول مما هو متوقع في ظل الظروف). ولتشخيص اضطراب القلق وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الخامسة (DSM-5)، يلزم وجود ملف أعراض محدد مرتبط بضيق أو ضعف كبير. ٢. لذلك، من المهم سريريًا أن تكون قادرًا على قياس شدة وتكرار أعراض القلق بشكل موثوق خلال فترة زمنية محددة، وقياس كيفية تغير ذلك بمرور الوقت. (Baker, et al., 2019).

وتتجلى أعراض القلق في المجالات الجسدية والوجدانية والمعرفية والسلوكية. وتعكس الأعراض الجسدية للقلق عادةً الإثارة اللاإرادية، مثل ضيق التنفس وضيق الصدر وتسارع ضربات القلب واضطراب المعدة والدوار والارتعاش والخدر/الوخز. وتتراوح الأعراض الوجدانية للقلق من الشعور بالعصبية والتوتر إلى الرعب والهلع. وتشمل الأعراض المعرفية للقلق والقلق والخوف وصعوبة التركيز والأفكار السلبية بشأن التهديد المحتمل. وتهدف الأعراض السلوكية للقلق عادةً إلى تقليل أو منع التهديد أو الضيق المتصور من خلال سلوكيات التجنب والهروب والبحث عن الأمان؛ غالبًا ما تؤدي الأعراض السلوكية والمعرفية للقلق إلى ضعف الأداء في المنزل أو العمل أو في المواقف الاجتماعية. (أبوزيد، وعبد الحميد، ٢٠٢٣ د).

ولقد أظهرت نتائج البحوث أن النساء باستمرار أكثر عرضة من الرجال لتلبية معايير تشخيص اضطراب القلق خلال حياتهن. وقد أظهرت الأبحاث السابقة أن وجود اضطراب القلق يمنح مخاطر كبيرة للتطور اللاحق لاضطرابات نفسية أخرى بما في ذلك اضطراب قلق آخر والاكتئاب الشديد. (Jalnapurkar, et al., 2018).

وأظهرت نتائج بحث كل من (Fawzy, and Hamed (2017) أن القلق والاكتئاب والضغط أعلى لدى الإناث في مصر.

واستخدم (Selye (١٩٥٦) مصطلح "الضغط stress" لوصف الاستجابة غير المحددة للكائنات الحية للمثيرات الضارة. وقد وضع "سيللي" ثلاث مراحل للضغط، أوهلها مرحلة الإنذار بالخطر: وفي هذه المرحلة تؤدي الضغوط النفسية إلى تنشيط ميكانزمات الدفاع في الجسم، وتكون تأثيرات الضغوط تحت السيطرة، وإذا زاد

مستوى الضغوط النفسية ينتقل الجسم إلى مرحلة المقاومة، حيث يزيد الجسم من تنشيط مختلف آليات الدفاع الكيميائية والحيوية والنفسية والسلوكية، وإذا استمر تأثير الضغوط النفسية نصل إلى مرحلة الاستنزاف وفي هذه المرحلة تؤدي الضغوط النفسية إلى إنهاك آليات الدفاع من الاستخدام المستمر لها.

ويعتبر الضغط النفسي من العوامل النفسية الاجتماعية التي تؤثر على الصحة الجسمية والنفسية للأفراد، فعندما يلاقي الفرد موقف ضاعفا فإنه يحاول أن يراقب ويتحكم فيه عن طريق مختلف الاستجابات التي من شأنها أن تؤثر على هذا الحدث الضاعف وتخفف من شدته، وتكون استراتيجيات المقاومة التي وترتبط بتقديره المعرفي لمصدر الضغوط ولا يتوقف الضغط على الموقف الخارجي بقدر ما يتوقف على طبيعة التفاسير والمعاني التي يعطيها الفرد لهذا الموقف. (عسكر، ٢٠٠٠).

والتعرض المتكرر للمواقف الضاعفة والتي تتمثل في المثيرات الداخلية والخارجية التي يتعرض لها الفرد بصورة مستمرة، وبدرجة متفاوتة من الشدة تفوق مصادره وإمكاناته الخاصة وقدرته التوافقية يترتب عليها تأثيرات سلبية في حياته، وهذه التأثيرات تجعله عاجزا عن اتخاذ القرارات وعن التفاعل مع الآخرين. (محمد، ١٩٩٩).

وتوصلت نتائج بحث (Riyad, et al. (2019 إلى ارتفاع الضغط والقلق والاكنتاب لدى الصحفيين المصريين. وتوصلت نتائج بحث (Al-Sayed, et al. (2016 أن الضغط والقلق والاكنتاب من الأمراض الشائعة بين طلاب الطب في مصر، وترتبط بالأرق. وتوصلت نتائج بحث (Ahmed, et al. (2017 إلى انتشار الضغوط المهنية والقلق والاكنتاب بين المعلمين (١٠٠٪، ٦٧,٥٪، ٢٣,٢٪) على التوالي. وكانت درجات الضغوط المهنية والقلق والاكنتاب أعلى بشكل ملحوظ بين المعلمين الذين تزيد أعمارهم عن ٤٠ عامًا، والمعلمات.

وتوصلت نتائج بحث عويس (٢٠١٦) أن الضغط النفسي الأكثر شيوعا لدى الزوجة العاملة تمثل في الضغوط النفسية الداخلية وضغط الحياة العائلية والأسرية. وهدف بحث مولاي (٢٠٢٢) إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية وعلاقتها بالاضطرابات النفسية الجسدية لدى النساء العاملات المتزوجات، وقد بلغت عينة الدراسة ١٣٠ مشاركة، وتم التوصل إلى: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية والاضطرابات النفسية الجسدية، تعاني النساء العاملات المتزوجات العاملات في مستشفى محمد بوضياف ومدارس التربية حي سونغاز من مستويات متوسطة من الضغوط النفسية والاضطرابات النفسية الجسدية.

وفي بحث عن ضغوط العمل لدى الرجال والنساء تبين أن ضغوط العمل تؤدي إلى الإصابة بالاكنتاب والقلق القابلين للتشخيص لدى الرجال والنساء والعاملين الأصحاء سابقاً. (Melchior, et al., 2007).

وأفادت نتائج بحث (Li, et al. (2016 -على عينة من النساء في الصين- أن ضغوط العمل ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالأعراض الجسدية لدى النساء العاملات الصينيات، حيث أفادت ٥٢,٦٪ من المشاركات بارتفاع مستويات ضغوط العمل من حيث الجهد العالي المتزامن والمكافأة المنخفضة.

وأفادت نتائج بحث كل من Bauld and Brown (2009) أن ارتفاع الضغط والقلق والاكتئاب لدى النساء يؤثر سلبًا على اتجاهاتهن نحو انقطاع الطمث.

وأفادت نتائج بحث Matud, et al. (2015) أن النساء يعانين من ضغط نفسية أكثر من الرجال. وعلى الرغم من أن الضغط النفسي في مجموعتي النساء والرجال لها بعض الارتباطات المشتركة مثل المزيد من التوتر، والمزيد من التعامل الانفعالي والأقل عقلانية، وقلة الدعم الاجتماعي، إلا أننا نجد بعض الاختلافات بين النوعين. كان عدم الرضا عن دور العمل مرتبطًا بالضييق لدى الرجال أكثر من النساء. بالإضافة إلى ذلك، ارتبط ضائقة النساء بمزيد من الوقت اليومي المخصص لرعاية الأطفال وأقل للأنشطة التي يستمتعون بها، وارتبط ضائقة الرجال بمزيد من الوقت المخصص للأعمال المنزلية وأقل للتمارين البدنية. فالأدوار الاجتماعية المنسوبة تقليديًا إلى النساء والرجال - والاختلافات في استخدام الوقت التي تنطوي عليها مثل هذه الأدوار - ذات صلة بالاختلافات بين الجنسين في الضائقة النفسية.

ونظرًا للعلاقة المتبادلة بين الضغط والقلق والاكتئاب وتأثيرهم السلبي على الأداء عمل الباحثون على علاجهم بأساليب متنوعة، فتوصل Marchand (2012) إلى فاعلية العلاج القائم على خفض الضغوط والعلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية وتأمل "زين" في خفض الضغط والقلق والاكتئاب.

وراجع كل من Han and Kim (2022) البحوث التي استخدمت العلاج بالقبول والالتزام عبر الإنترنت لعلاج أعراض الاكتئاب والقلق والتوتر والضغط النفسي وتحسين جودة الحياة، وكان التدخل فعال لدى الرجال والنساء في خفض القلق والاكتئاب والضغط وتحسين جودة الحياة.

واستخدم Li, et al. (2020) العلاج المعرفي السلوكي في خفض القلق والاكتئاب والضغط لدى المصابين بكوفيد-19، وكان التدخل فعال، حيث أشارت نتائج البحث إلى مرضى كوفيد-19 يعانون من مستويات عالية من القلق والاكتئاب والضغط، وأن العلاج السلوكي المعرفي فعال مع المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة وأولئك الذين لديهم إقامات أطول في المستشفى.

وتعتبر المداخل العلاجية القائمة على اليقظة العقلية مداخل حديثة ومعاصرة وتنتمي إلى الموجة الثالثة من العلاج النفسي؛ ويعتبر مدخل "خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية" مدخل حديث في مجال العلاجات القائمة على اليقظة العقلية، ويعرف مدخل "خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة Mindfulness Based Anhedonia Reduction (MBAR) Therapy: بأنه مدخل علاجي قائم على الأدلة يشمل مجموعة من ممارسات اليقظة العقلية القائمة على انعدام التلذذ، ويهدف إلى خفض انعدام التلذذ، لدى الأفراد المضطربين، أو لتحسين كفاءة الفرد للاستمتاع والتلذذ. وهو مدخل تكون فيه تقنية اليقظة العقلية تقنية أساسية، مع التركيز على التقنيات المشتقة من المداخل العلاجية لتنفيذ ممارسات اليقظة العقلية، وليست كتقنيات عامة في حد ذاتها. (Abouzaid & Abdelhamid, 2024).

ويعد مدخل خفض انعدام التلذذ من المداخل العلاجية التي تنتمي إلى العلاج المعرفي السلوكي، وهو مدخل يعتمد على خفض انعدام التلذذ أو تحسين الشعور بالمتعة من خلال اليقظة العقلية، وهو مدخل علاجي بسيط يمكن تطبيقه بسهولة، من

خلال تطوير الدافعية أو الرغبة في المتعة وتطوير سلوك البحث عن التجارب والموضوعات الممتعة، وكذلك معايشة التجربة الممتعة. (أبو زيد، ٢٠٢٤).

وتم اختيار مدخل خفض انعدام التلذذ في البحث الحالي، لأنه ينظر إلى انعدام التلذذ كعملية عابرة للتشخيص، وبالتالي يستهدف انعدام التلذذ في الضغط والقلق والاكتئاب لدى عينة البحث. ففقدان المتعة - فقدان الاهتمام بالسعي و/أو انخفاض الاستجابة للنتائج المجزية - قد يعمل كحاجز للتعافي من القلق والذي يؤثر سلبيًا على الإكلينيكية، ويعترف بفقدان المتعة، بشكل متزايد كأحد الأعراض البارزة لدى العديد من الأفراد الذين يعانون من القلق المرتفع. (Taylor, et al., 2022).

وقد نشأت العلامات الأولية التي تشير إلى وجود انعدام المتعة في اضطرابات القلق من النموذج الثلاثي للاضطرابات الانفعالية (Clark & Watson 1991). ففي البداية، افترض الباحثون أن انعدام المتعة، وهو أحد الأعراض السريرية التي تتحدد بانخفاض الاهتمام بممارسة و/أو الاستجابة للأنشطة الممتعة أو ذات المعنى، يميز الاكتئاب عن اضطرابات القلق. وقد أشارت الاختبارات المبكرة لهذا الإطار إلى أن الاضطراب الوجداني الموسمي كان الاستثناء من القاعدة — حيث أظهر ارتباطات مع انعدام المتعة مماثلة لتلك التي لوحظت في الاكتئاب (Brown et al. 1998). ومنذ ذلك الحين، أثبتت الأدلة المتراكمة وجود صلة بين القلق وانعدام المتعة عبر عينات مختلفة (على سبيل المثال، سريرية وغير سريرية) وطرق تقييم مختلفة. ويأتي الكثير من هذه الأدلة من استطلاعات الرأي التي تقيس المزاج أو الشخصية (على سبيل المثال، نظام التنشيط السلوكي؛ والعاطفية الإيجابية)، والوجدان الإيجابي (PA؛ أي تواتر وشدة تجربة المشاعر الإيجابية ذات القيمة)، أو الأعراض السريرية لانعدام المتعة (أي المتعة المرتبطة بأنشطة محددة). من بين اضطرابات القلق، يُظهر اضطراب القلق الاجتماعي الارتباطات الأكثر موثوقية مع انعدام المتعة - في دراسات تتراوح من استطلاعات المشاعر الإيجابية الشبيهة بالسماوات (Naragon-Gainey et al. 2009) إلى النشاط البدني اليومي (Kashdan & Steger 2006)، وتم تأكيد ذلك من خلال التحليل التلوي، على الرغم من أن أعراض الاكتئاب تتزامن غالبًا مع القلق، إلا أن هذا لا يفسر تمامًا الارتباط بين القلق الاجتماعي وانخفاض النشاط البدني (Kashdan 2007). ومع ذلك، فإن الاعتلال المشترك للاكتئاب أكثر شيوعًا في المجموعة الفرعية من الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي الذي يتميز بانخفاض الوجدان الإيجابي (Tung & Brown 2020).

وانعدام التلذذ هو سمة أساسية لنوبة الاكتئاب الكبرى وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) وهو معيار تشخيصي رئيس للنوع الفرعي للاكتئاب (APA، ٢٠١٣).

وفي نتائج بحث (Winer, et al. 2017)، في الدراسة الأولى، كانت أعراض القلق والاكتئاب مرتبطة بشكل إيجابي فقط في الأفراد الذين تخلوا عن المتعة المحتملة بسبب تجنبهم المرتبط بالقلق؛ في الدراسة الثانية، ساعد التأثير غير المباشر لانعدام المتعة في تفسير كيف أن أعراض القلق تنقل المخاطر إلى أعراض الاكتئاب؛ وفي الدراسة الثالثة، أدى القلق إلى انعدام المتعة ثم الاكتئاب بمرور الوقت، وأدى انعدام المتعة إلى القلق ثم الاكتئاب في كل من الشهر الخامس والحادي عشر. فقد يتطور

القلق إلى اكتئاب من خلال فقدان المتعة، بحيث يبدأ الأفراد القلقون في فقدان المتعة في الأنشطة المثيرة للقلق، مما يؤدي إلى تطور أعراض اكتئابية أخرى. وسلطت نتائج العديد من البحوث على وجود أدلة على مساهمة الضغط البيئي في انعدام التلذذ (فقدان السرور و/أو الدافع). (Stanton, et al., 2019). وتشير الأدلة إلى أن الضغط المزمن يسهم في ظهور انعدام التلذذ وتعمل مدخل العلاج النفسي لانعدام التلذذ في نفس الوقت على تقليل الضغط المدرك. (Phillips, et al., 2023).

ويبدو من مما سبق أن هناك علاقة متبادلة بين الضغط والقلق والاكتئاب، ووجود اعتلال مشترك بينهما، وأن انعدام التلذذ عامل بينهما، لذلك من المفترض أن مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية مدخل مناسب لخفض الضغط والقلق والاكتئاب.

وتم التحقق من المدخل العلاجي "خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية" في البحث الذي أجراه كل من Abouzaid, and Abdelhamid (٢٠٢٤) بعنوان: فعالية علاج خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في خفض اضطراب الاكتئاب الرئيس لدى طلاب الجامعة، وكان التدخل فعال في خفض الاكتئاب الرئيس. وفي البحث الذي أجراه كل من عبد الطيف وأبوزيد (٢٠٢٤) هدف البحث الحالي إلى التعرف على فاعلية مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في تحسين الرفاهية النفسية لدى معلمات رياض الأطفال، وتكونت العينة من ١٣ معلمة بمرحلة رياض الأطفال بمحافظة الشرقية، في المدى العمري من ٢٥-٤٣ سنة، وتم توزيعهن على مجموعة تجريبية (٧ معلمات) ومجموعة ضابطة (٦ معلمات)، وتم استخدام قائمة انعدام التلذذ (أبوزيد وعبد الحميد، ٢٠٢٣)، ومقياس رايف للرفاهية النفسية (١٨ عبارة) ترجمة الباحثة، وبرنامج خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية (تعديل الباحثة)، وتم التوصل إلى فاعلية مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في تحسين الرفاهية النفسية لدى معلمات رياض الأطفال. وتمت التوصية باستخدام مدخل خفض انعدام التلذذ في تحسين وتعزيز المتغيرات الإيجابية وخفض المشكلات والاضطرابات النفسية.

وهدف بحث كل من عبد الحميد وأبوزيد (٢٠٢٥) إلى التعرف على فاعلية مدخل "خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية" في خفض الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة "دراسة حالة"، وتكونت العينة من طالبتين بمرحلة الدراسات العليا، من كلية التربية جامعة سوهاج، تراوحت أعمارهم بين ٢٩-٣٠ سنة، واستخدم البحث الحالي منهج تصميم الحالة الواحدة الذي يعتمد على مرحلة الأساس ومرحلة التدخل والمتابعة، وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب الصورة الثانية ترجمة غريب (٢٠٠٠)، ومقياس انعدام التلذذ إعداد Abouzaid and Abdelhamid, (2023)، والبرنامج العلاجي إعداد الباحثان الذي تكون من مرحلتين المرحلة الأولى عبارة عن ٨ جلسات تمهيدية للتشخيص المشكلة ومقياس بيانات خط الأساس، ثم المرحلة الثانية وتكونت من ١٨ جلسة، تم التطبيق بشكل فردي كل حالة على حدى، وأشارت النتائج التي اعتمدت على التحليل البصري فاعلية برنامج "خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية" في خفض الأعراض الاكتئابية وانعدام التلذذ لدى

الحالتين بعد التدخل وخلال فترة المتابعة (بعد توقف التدخل بشهرين)، كما أشارت النتائج الإحصائية باستخدام اختبار Non-Overlap Analysis of All Pairs إلى أن فاعلية البرنامج تراوحت من متوسطة إلى فعالة للغاية.  
**مشكلة البحث:**

نبعت مشكلة البحث الحالي من خلال إحساس الباحثة من معاناة النساء العاملات من العديد من المشكلات النفسية، حيث تكررت شكاوهن من بعض أعراض الاكتئاب والقلق وكثرة الضغوط المحيط بهن.

وتبين من عرض خلفية البحث أن القلق والاكتئاب والضغط من أكثر المشكلات التي تعاني منها النساء العاملات، وأن مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية مدخل علاجي سهل التطبيق ويركز على موارد متاحة، ويعتمد على ممارسات في حدود الإمكانيات المتاحة، وأنه يستهدف انعدام التلذذ كعملية عابرة للتشخيص ضمن العديد من المشكلات والاضطرابات النفسية، كما أنه يعمل كتدخل وقائي وعلاجي، فهو يعمل على خفض المشكلات والاضطرابات النفسية، ويطور القدرة على الرغبة والبحث عن التجربة الممتعة ومعايشتها في ظل الظروف الصاغطة، كما يعمل كتدخل وقائي حيث يعمل كحاجز عن التعرض للمواقف والخبرات غير المواتية التي تجعل الإنسان عرضة للاضطراب النفسي.

وتتلخص مشكلة البحث الحالي في السؤال التالي: ما فاعلية مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في خفض الضغط والقلق والاكتئاب لدى النساء العاملات المتزوجات؟  
**أهداف البحث:**

- التعرف على فاعلية مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في خفض الضغط والقلق والاكتئاب لدى النساء العاملات المتزوجات.
- التعرف على مدى استمرارية خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في خفض الضغط والقلق والاكتئاب لدى النساء العاملات المتزوجات بعد فترة المتابعة.

**أهمية البحث:** تنبع أهمية البحث الحالي من الأهمية النظرية والتطبيقية التي تتضح في النقاط التالية:

- أهمية مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية باعتباره توجه علاجي جديد يعتمد على ممارسات اليقظة العقلية والتي لها دور كبير حماية الفرد من الوقوع في برائن المرض النفسي حيث تعمل كعامل وقائي ضد الإصابة بالاضطرابات والأمراض النفسية وحاجز حصين ضد ضغوط وأزمات الحياة وتجاربها السلبية.
- يمكن أن تسهم نتائج هذه الدراسة في فتح آفاق جديدة أمام الباحثين لاستخدام خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية كمدخل عابر للتشخيص في تخفيف حدة الاضطرابات النفسية المختلفة.
- تعد نتائج البحث الحالي دليلاً تجريبياً لفاعلية مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في خفض الضغط والقلق والاكتئاب لدى النساء العاملات

المتزوجات مما يفيد مراكز الإرشاد والعلاج النفسي في استخدامه في الحالات المختلفة.

**مصطلحات البحث: اقتصر البحث على المصطلحات التالية:**

### **انعدام التلذذ Anhedonia:**

يعرف بأنه انخفاض المتعة (التلذذ) استجابة للمنبهات الممتعة، والتي تظهر في ثلاثة مستويات هي: الرغبة، والجهد، والتجربة. ويتكون انعدام التلذذ من أربع مجالات فرعية هي:

- انعدام التلذذ المعرفي Cognitive Anhedonia: ويعرف بأنه: عدم قدرة الفرد على الاستمتاع بقدراته المعرفية، أثناء ممارسة المهام والأنشطة في الحياة اليومية؛ والتي تقاس من خلال عدم الرغبة في النشاط الممتع، أو بذل جهد للحصول عليه، أو معايشة التجربة الممتعة كما ينبغي.

- انعدام التلذذ الانفعالي Emotional Anhedonia: ويعرف بأنه: عدم قدرة الفرد على الاستمتاع الانفعالي أثناء ممارسة المهام والأنشطة في الحياة اليومية؛ والتي تقاس من خلال عدم الرغبة في النشاط الممتع، أو بذل جهد للحصول عليه، أو معايشة التجربة الممتعة كما ينبغي.

- انعدام التلذذ الاجتماعي Social Anhedonia: ويعرف بأنه: عدم قدرة الفرد على الاستمتاع الاجتماعي أثناء ممارسة المهام والأنشطة في الحياة اليومية؛ والتي تقاس من خلال عدم الرغبة في النشاط الممتع، أو بذل جهد للحصول عليه، أو معايشة التجربة الممتعة كما ينبغي، على سبيل المثال رفض المشاركة الاجتماعية مع الآخرين، أو التمتع بالاندماج مع الأقران.

- انعدام التلذذ الجسدي Physical Anhedonia: يعرف بأنه عدم قدرة الفرد على الاستمتاع الجسدي أثناء ممارسة المهام والأنشطة في الحياة اليومية؛ والتي تقاس من خلال عدم الرغبة في النشاط الممتع، أو بذل جهد للحصول عليه، أو معايشة التجربة الممتعة كما ينبغي، على سبيل الاستمتاع بتذوق فاكهة معينة أو رغبته فيها، أو الحرص على شرائها. (Abouzaid & Abdelhamid (2023)). ويقاس انعدام التلذذ إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها النساء العاملات المتزوجات على المقياس المستخدم في البحث الحالي.

### **مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية Mindfulness Based**

### **:Anhedonia Reduction Therapy (MBAR)**

يعرف بأنه: مدخل علاجي عابر للتشخيص قائم على الأدلة يشمل مجموعة من ممارسات اليقظة العقلية القائمة على خفض انعدام التلذذ، ويهدف إلى تنمية الشعور بالاستمتاع لتحسين كفاءة الفرد للاستمتاع والتلذذ والشعور بالمتعة، وهو مدخل تكون فيه تقنية اليقظة العقلية تقنية أساسية، مع التركيز على التقنيات المشتقة من المداخل العلاجية لتنفيذ ممارسات اليقظة العقلية، وليست كتقنيات عامة في حد ذاتها. (أبو زيد، وعبدالحמיד، ٢٠٢٥).

## الاكتئاب Depression:

يعرف الاكتئاب بأنه: خبرة معرفية وجدانية تظهر في أعراض الحزن والتشاؤم وعدم حب الذات ونقدها، والأفكار الانتحارية وفقدان الاهتمام والتردد، وانعدام القيمة والتهيج أو الاستثارة، وفقدان الطاقة، وتغيرات نمط النوم، والغضب، وتغيرات في الشهية وصعوبة التركيز والإرهاق، وفقدان الاهتمام بالجنس (غريب، ٢٠٠٤، ٢٥). ويقاس إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها المشاركة على المقياس المستخدم في البحث الحالي.

## القلق Anxiety:

يعرف القلق بأنه: حالة نفسية تظهر في صورة أعراض جسدية ونفسية ومعرفية تتفاعل مع بعضها، لخلق شعور غير سار يتصف بالرهبة والخوف والتوتر (Beck et al., 1988). ويقاس إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها المشاركة على المقياس المستخدم في البحث الحالي.

## الضغط stress

يحدد النموذج التفاعلي الضغط باعتباره ناتجاً عن تقدير أن متطلبات بيئية معينة على وشك أن تفرض ضغوطاً على الموارد الفردية، وبالتالي تهدد رفاهة الفرد (Holroyd & Lazarus, 1982). يحدث الضغط النفسي عندما يدرك الفرد أن المطالب البيئية تفرض ضغوطاً على قدرته على التكيف أو تتجاوزها. ويقاس إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها المشاركة على المقياس المستخدم في البحث الحالي.

## محددات البحث:

تم البحث الحالي وفق المحددات التالية: **محددات موضوعية:** اقتصر البحث الحالي على تناول متغيرات: مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية والضغط والقلق والاكتئاب، **محددات بشرية:** تم تطبيق أدوات البحث على عينة من النساء العاملات المتزوجات، **محددات مكانية:** تم تطبيق البحث في القاهرة، **الحدود الزمنية:** تم تطبيق البحث في الفصل الدراسي الأول للعام الدراسي ٢٠٢٤/٢٠٢٥ م.

## فروض البحث:

١. توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس انعدام التلذذ بعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي.
٢. توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي، على مقياس انعدام التلذذ بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.
٣. لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس انعدام التلذذ بعد شهر من توقف تطبيق البرنامج.

٤. توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس الضغط والقلق والاكتئاب بعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي.
٥. توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي، على مقياس الضغط والقلق والاكتئاب بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.
٦. لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس الضغط والقلق والاكتئاب بعد شهر من توقف تطبيق البرنامج.

#### إجراءات ومنهجية البحث:

##### منهج البحث:

اعتمد البحث الحالي على المنهج التجريبي للتعرف على أثر المتغير المستقل (مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية) على المتغير التابع (الضغط والقلق والاكتئاب) لدى عينة من النساء العاملات المتزوجات وذلك من خلال التصميم التجريبي المكون من مجموعتين؛ مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة.

##### عينة البحث:

تكونت عينة البحث الاستطلاعية من ١١٩ من النساء المتزوجات العاملات لحساب الخصائص السيكومترية لمقياس انعدام التلذذ ومقياس الضغط والقلق والاكتئاب تراوحت أعمارهم من ٢٩-٥٨ عاماً بمتوسط عمري قدره ٤١,٩٤٩ عاماً وانحراف معياري ٧,٦٨٤، وتكونت عينة البحث الأساسية من ١١ من النساء العاملات المتزوجات وتم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية عددها ٦ ومجموعة ضابطة عددها ٥، تراوحت أعمارهم بين ٣٥-٥٥ بمتوسط عمري قدره ٤٥,٩٠٩ عاماً، وانحراف معياري ٨,٧١١.

وتم التحقق من التكافؤ بين المجموعتين في العمر ومقياس انعدام التلذذ ومقياس الضغط والقلق والاكتئاب، باستخدام اختبار "مان - وتي"، والجدول ١ يوضح الفروق بين المجموعتين:

جدول ١ الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي على مقياس انعدام التلذذ ومقياس الضغط والقلق والاكتئاب والعمر (ن=١)

المقياس	نوع المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدالة
انعدام التلذذ	تجريبية	٥	٧,٧٠	٣٨,٥٠	٦,٥٠٠	-	
المعرفي	ضابطة	٦	٤,٥٨	٢٧,٥٠			١,٥٥٩
انعدام التلذذ	تجريبية	٥	٦,٢٠	٣١,٠٠	١٤,٠٠	-	
الانفعالي	ضابطة	٦	٥,٨٣	٣٥,٠٠			٠,١٨٣
انعدام التلذذ	تجريبية	٥	٤,١٠	٢٠,٥٠	٥,٥٠٠	-	
الاجتماعي	ضابطة	٦	٧,٥٨	٤٥,٥٠			١,٧٤٢

المقياس	نوع المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدلالة
انعدام التلذذ الجسدي	تجريبية	٥	٤,٩٠	٢٤,٥٠	٩,٥٠٠	-	
	ضابطة	٦	٦,٩٢	٤١,٥٠			١,٠١١
العمر	تجريبية	٥	٦,٣٠	٣١,٥٠	١٣,٥٠٠	-	
	ضابطة	٦	٥,٧٥	٣٤,٥٠			٠,٢٧٤
الضغط	تجريبية	٥	٦,٧٠	٣٣,٥٠	١١,٥٠٠	-	
	ضابطة	٦	٥,٤٢	٣٢,٥٠			٠,٦٥٩
القلق	تجريبية	٥	٧,٠٠	٣٥,٠٠	١٠,٠٠٠	-	
	ضابطة	٦	٥,١٧	٣١,٠٠			١,٠٠٩
الاكتئاب	تجريبية	٥	٧,٥٠	٣٧,٥٠	٧,٥٠٠	-	
	ضابطة	٦	٤,٧٥	٢٨,٥٠			١,٤٤٣

ويتضح من الجدول ١ عدم وجود فروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في العمر وانعدام التلذذ والضغط والقلق والاكتئاب وهذا يشير إلى التكافؤ بين المجموعتين.

#### أدوات البحث:

#### مقياس انعدام التلذذ إعداد/ أبوزيد وعبد الحميد (٢٠٢٣ أ)

تكونت قائمة انعدام التلذذ من ٦٩ عبارة موزعة على أربعة مقاييس فرعية هي: انعدام التلذذ المعرفي "١٧ عبارة"، والانفعالي "١٧ عبارة"، والاجتماعي "١٨ عبارة"، والجسدي "١٧ عبارة"، لكل مقياس فرعي ثلاث عوامل مستويات هي: الرغبة والجهد والتجربة، وقام معدا المقياس من التحقق من ثبات المقياس من خلال معامل ثبات ألفا فكر ونباخ فتراوحت القيم بين ٠,٩٧٣ - ٠,٨١٩، ومن خلال معامل ثبات أوميغا تراوحت القيم بين ٠,٩٣٨ - ٠,٨١٢، وتم التحقق من صدق البناء من خلال الارتباط بين المقاييس الفرعية للقائمة انعدام التلذذ ومقياس انعدام التلذذ الاجتماعي والجسدي المختصر (Winterstein et al., 2011)، وتراوحت القيم بين ٠,٩٠١ - ٠,٨٢١ بالنسبة لمقياس انعدام التلذذ الاجتماعي المختصر، وتراوحت القيم بين ٠,٨١٢ - ٠,٨٩٥ بالنسبة لمقياس انعدام التلذذ الجسدي المختصر، وتراوحت قيم الاتساق الداخلي (العبارة بالدرجة الكلية للبعد) بين ٠,٨٦٦ - ٠,٩٣٢. وتم التحقق من الخواص السيكومترية لقائمة انعدام التلذذ متعدد الأبعاد على عينات متنوعة (إكلينيكية وإكلينيكية)، كما في بحث الجداوي (٢٠٢٤) والذي أجري على النساء العاملات وغير العاملات، وبحث كل من عبداللطيف وأبوزيد (٢٠٢٤) والذي أجري على عينة من معلمات رياض الأطفال في محافظة الزقازيق، وبحث كل من النجار وأبوزيد (٢٠٢٤) والذي أجري على عينة من معلمي التربية الخاصة بمحافظة المنصورة، وبحث كل من منسي وأبوزيد (٢٠٢٤) والذي أجري على عينة من المراهقين ذوي الاضطرابات الانفعالية والعصبية (عينة اكلينيكية) بمحافظة الاسكندرية.

وفي البحث الحالي تم حساب الخواص السيكومترية للمقياس عن طريق:

**الصدق التمييزي (صدق المقارنة الطرفية):** تم حساب الصدق التمييزي للمقياس من خلال حساب دلالة الفروق بين ٢٧% من أعلى وأقل الدرجات على أبعاد المقياس بعد ترتيب درجات المقياس تنازليًا، واعتبرت الأبعاد محكات لبعضها البعض والجدول ٢ يوضح ذلك:

**جدول ٢ دلالة الفروق بين متوسطي درجات الإرباعي الأعلى والأدنى على أبعاد مقياس انعدام التلذذ**

السمات	الإرباعي	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوي الدلالة
انعدام التلذذ المعرفي	الأعلى	٣٢	٧٨,٨٧٥	٤,١١٧	٢٠,٦٣٧	٠,٠٠٠
	الأدنى	٣٢	٤٧,٠٦٢	٧,٦٨٧		
انعدام التلذذ الانفعالي	الأعلى	٣٢	٧٥,٤٠٦	٣,٦٠٨	٢٤,٤٠٠	٠,٠٠٠
	الأدنى	٣٢	٤٢,٢١٨	٦,٧٩٥		
انعدام التلذذ الاجتماعي	الأعلى	٣٢	٦٧,٥٣١	٤,٠٧١	٢١,٠٥٣	٠,٠٠٠
	الأدنى	٣٢	٤٣,٥٦٢	٤,٩٨٩		
انعدام التلذذ الجسدي	الأعلى	٣٢	٧٠,٣٧٥	٣,٠٠٢	٢١,٤٥٦	٠,٠٠٠
	الأدنى	٣٢	٤١,١٥٦	٧,٠٩٤		

يتضح من جدول ٢ وجود فروق دالة إحصائية عند مستوي ٠,٠١ بين متوسطي درجات الإرباعي الأعلى والأدنى على مقياس انعدام التلذذ في اتجاه الإرباعي الأعلى مما يشير إلى تمتع المقياس بصدق تمييزي.

**ثبات المقياس:** تم حساب الثبات عن طريق معامل الفا للمقياس ومعامل أوميغا:

**جدول ٣ نتائج معاملات ثبات الفا واوميغا لمقياس انعدام التلذذ (n=119)**

المتغير	معامل الفا	معامل اوميغا
انعدام التلذذ المعرفي	٠,٧٣١	٠,٧٣١
انعدام التلذذ الانفعالي	٠,٨١٢	٠,٨١٣
انعدام التلذذ الاجتماعي	٠,٧٥٤	٠,٧٥٥
انعدام التلذذ الجسدي	٠,٧٦٢	٠,٧٦٢

يتضح من نتائج الجدول ٣ تمتع مقياس انعدام التلذذ بثبات مرتفع حيث بلغت معاملات الثبات أعلى من ٠,٧ مما يشير إلى مناسبة المقياس للاستخدام في البحث الحالي.

**مقياس الضغط والقلق والاكتئاب: إعداد (Lovibond and Lovibond (1995) ترجمة أبو زيد وعبد الحميد (٢٠٢٣) (١)**

وضع مقياس الضغط والقلق والاكتئاب (٤٢ عبارة) كل من Lovibond and (1995) Lovibond، وهو مقياس تقدير ذاتي، وتكون المقياس من ٤٢ عبارة، وتضمن ثلاث مقياس فرعية هي (١) مقياس الضغط الفرعي، (٢) مقياس القلق الفرعي، (٣) مقياس الاكتئاب الفرعي، بواقع ١٤ عبارة لكل مقياس فرعي، ويصحح المقياس من خلال الاختيار من مقياس ليكرت الرباعي a 4-point Likert scale (وتتراوح الدرجات عليه من صفر = أبدأ، أحيانًا = ١، غالبًا = ٢، دائمًا = ٣)، وتم تطوير

مقياس الضغط القلق الاكتئاب المختصر (٢١ عبارة) (DASS-21) Lovibond (and Lovibond, 1995)، وتكوّن من ٢١ عبارة، لقياس الضغط والقلق والاكتئاب، بواقع ٧ عبارات لكل مقياس فرعي، وهو مشتق من النسخة الأصل تمامًا، ويتضمن نفس خصائص القياس، والتصحيح، والخواص السيكومترية للمقياس المختصر (٢١ عبارة) هي تقريبًا نفس خواص النسخة الكاملة (٤٢ عبارة).

وتم حساب كفاءته في العديد من البحوث والدراسات، والتي توصلت إلى تمتع المقياس بصدق وثبات مرتفع تجعله مناسب للاستخدام، وقام مترجم القياس بحساب الصدق عن طريق صدق التحليل العاملي التوكيدي للمقياس، وصدق المحك، وتم حساب الثبات باستخدام معامل الفا للمقياس ومعامل أوميغا وجتمان وأكبر حد أدنى. لذا تمتع المقياس بصدق وثبات مناسب لاستخدامه في البيئة العربية، وفي **البحث الحالي** تم حساب الخواص السيكومترية عن طريق:

**الصدق التمييزي (صدق المقارنة الطرفية):** تم حساب الصدق التمييزي للمقياس من خلال حساب دلالة الفروق بين ٢٧% من أعلى وأقل الدرجات على أبعاد المقياس بعد ترتيب درجات المقياس تنازليًا، واعتبرت الأبعاد محكات لبعضها البعض والجدول ٤ يوضح ذلك:

**جدول ٤ دلالة الفروق بين متوسطي درجات الإرباعي الأعلى والأدنى على أبعاد مقياس الضغط والقلق والاكتئاب**

السمات	الإرباعي	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوي الدلالة
الضغط	الأعلى	٣٢	١٦,٩٠٦	٢,١٩٠	٢٠,٧١٥	٠,٠٠٠
	الأدنى	٣٢	٦,١٨٧	١,٩٤١		
القلق	الأعلى	٣٢	١٦,٨٤٣	٢,٠٣٣	٢٥,٥٧٩	٠,٠٠٠
	الأدنى	٣٢	٤,٤٦٨	١,٨٣١		
الاكتئاب	الأعلى	٣٢	١٦,٣٤٣	٢,٤١٧	٢١,٥٥١	٠,٠٠٠
	الأدنى	٣٢	٤,٤٦٨	١,٩٦٧		

يتضح من جدول ٤ وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوي ٠,٠١ بين متوسطي درجات الإرباعي الأعلى والأدنى على مقياس الضغط والقلق والاكتئاب في اتجاه الإرباعي الأعلى مما يشير إلى تمتع المقياس بصدق تمييزي.

**ثبات المقياس:** تم حساب الثبات عن طريق معامل الفا للمقياس ومعامل أوميغا:

**جدول ٥ معاملات ثبات مقياس الضغط والقلق والاكتئاب (ن=١١٩)**

المتغير	معامل الفا	معامل اوميغا
الضغط	٠,٨٤٣	٠,٨٤٤
القلق	٠,٨٦٥	٠,٨٦٥
الاكتئاب	٠,٨١٣	٠,٨١٤

يتضح من نتائج الجدول ٥ ارتفاع نسب الثبات حيث بلغت أعلى من ٠,٧ مما يشير إلى تمتع المقياس بثبات مناسب مما يجعله مناسب للاستخدام في البحث الحالي.

الصورة النهائية للمقياس: تكون مقياس الضغط القلق الاكتئاب- النسخة المختصرة من ٢١ عبارة، تم توزيعهم على ثلاثة مقاييس فرعية، هي مقياس الضغط ويشمل العبارات من ١- ٧ عبارات، ومقياس الاكتئاب ويشمل العبارات من ٨- ١٤ عبارة، ومقياس القلق ويشمل العبارات من ١٥- ٢١. ويُصحح المقياس بطريقة ليكرت الرباعي، صفر= أبدًا، أحيانًا = ١، غالبًا = ٢، دائمًا = ٣. وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع الضغط والقلق والاكتئاب وتشير الدرجة المنخفضة إلى العكس.

#### برنامج خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية إعداد الباحثة

الهدف العام للبرنامج: التدريب على ممارسات اليقظة العقلية القائمة على خفض انعدام التلذذ في خفض الضغط والقلق والاكتئاب لدى النساء العاملات المتزوجات.

محتوى ومكونات البرنامج: يتكون البرنامج من ١٨ جلسة مدة الجلسة من ٦٠ دقيقة بواقع ثلاث جلسات في الأسبوع. والجدول ٦ يوضح المخطط التفصيلي للبرنامج.

#### جدول ٦ مخطط جلسات مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية

م	الجلسة	الأهداف	الأنشطة
١	تعارف	التعرف بالبرنامج أهدافه وأهميته والاتفاق على مواعيد	التعريف بالبرنامج تحالف علاجي
٢	انعدام التلذذ	التعرف على انعدام التلذذ وأبعاده تأثيره على الصحة النفسية والجسدية والاجتماعية والزواجية	محاضرة قصيرة
٣	اليقظة العقلية	التعرف على اليقظة العقلية وأهميتها. التدريب على ممارسات اليقظة العقلية.	محاضرة قصيرة تمرين مسح الجسم تمرين هالة من الضوء
٤-٥	التلذذ الجسدي	تنمية الرغبة والقدرة على بذل الجهد في الشعور بالتلذذ الجسدي	الأكل اليقظ المشي اليقظ تمارين الاسترخاء
		تدعيم الجهد للحصول على التلذذ الجسدي	البستنة اليقظة التنزه اليقظ التنفس اليقظ
٦-٧	التلذذ المعرفي	تنمية الرغبة في الشعور بالتلذذ المعرفي	الكتابة الحرة التركيز على الكائن
		تنمية القدرة على بذل الجهد للحصول على اللذة المعرفية	البحث عن المتشابهات البحث عن الاختلافات
		تدعيم الجهد للحصول على التلذذ المعرفي	نشرة الاخبار القدوة اليقظة الكتابة اليقظة

م	الجلسة	الأهداف	الأنشطة
٩-٨	التلذذ الانفعالي	تنمية الرغبة والقدرة على بذل الجهد في الشعور بالتلذذ الانفعالي	قصيدة شعرية الأحداث الإيجابية قصيدة شعرية نصف ابتسام
		تدعيم الجهد للحصول على التلذذ الانفعالي	توجيهات لزيادة تجربة الانفعالات الإيجابية
١٠- ١١	التلذذ الاجتماعي	تنمية الرغبة والقدرة على بذل الجهد في الشعور بالتلذذ الاجتماعي	قصة حل المشكلات خلق معني إيجابي للحياة
		تدعيم الجهد للحصول على التلذذ الاجتماعي	الاجتماع اليقظ التواصل الصامت
١٢- ١٣	ممارسة اليقظة العقلية	ممارسات اليقظة العقلية تقويم البرنامج	التنفس اليقظ الاسترخاء القراءة اليقظة
١٤- ١٧	ممارسات اليقظة العقلية في العلاقة الزوجية	حل الصراعات الزوجية	مناقشة عن حل الصراعات الزوجية
		إدراك الجوانب الممتعة والإيجابية في العلاقة الزوجية	ما هي الجوانب الممتعة في الحياة الزوجية؟
		ممارسة اليقظة العقلية الجنسية	الحضن اليقظ. المداعبة اليقظة. اللمسة اليقظة. القبلة اليقظة. الممارسة الجنسية اليقظة.
١٨	متابعة		تقويم

**تقويم البرنامج:** تم تقويم البرنامج بالطرق الآتية: (١) تم عرض البرنامج على مجموعة من المختصين في الصحة النفسية، وتم تعديل ما اقترحه المختصون. (٢) التقويم القبلي والبعدي: حيث تم استخدام التقويم القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج. (٣) المقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج. (٤) تم التحقق من فاعلية البرنامج بعد شهر من توقف تطبيق البرنامج.

**الأساليب الإحصائية:** تم استخدام الأساليب الإحصائية الآتية: اختبار مان - وتيني، واختبار ويلكوكسون.

## نتائج البحث وتفسيرها:

### نتائج الفرض الأول:

والذي ينص على أنه "توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس انعدام التلذذ بعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي." وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار "ويلكوكسون"، وجدول ٧ يوضح الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس انعدام التلذذ.

جدول ٧ الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس انعدام التلذذ ن=٥

الأبعاد	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدالة
انعدام التلذذ المعرفي	الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	-	٠,٠٤
	الرتب الموجبة	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠	٢,٠٢٣	
	الرتب المتساوية	٠				
انعدام التلذذ الانفعالي	الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	-	٠,٠٤
	الرتب الموجبة	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠	٢,٠٢٣	
	الرتب المتساوية	٠				
انعدام التلذذ الاجتماعي	الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	-	٠,٠٤
	الرتب الموجبة	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠	٢,٠٢٣	
	الرتب المتساوية	٠				
انعدام التلذذ الجسدي	الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	-	٠,٠٤
	الرتب الموجبة	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠	٢,٠٢٣	
	الرتب المتساوية	٠				

يتضح من جدول ٧ وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس انعدام التلذذ لصالح القياس البعدي". وتشير هذه النتيجة إلى صحة الفرض الأول.

**نتائج الفرض الثاني:** والذي ينص على أنه "توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي، على مقياس انعدام التلذذ بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة

التجريبية." وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار " مان – وتني " والجدول ٨ يوضح الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج:

جدول ٨ الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على انعدام التلذذ ن=٥

المقياس	نوع المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدلالة
انعدام التلذذ المعرفي	تجريبية	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠	٠,٠٠٠	-	٠,٠١
	ضابطة	٦	٨,٥٠	٥١,٠٠		٢,٧٥١	
انعدام التلذذ الانفعالي	تجريبية	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠	٠,٠٠٠	-	٠,٠١
	ضابطة	٦	٨,٥٠	٥١,٠٠		٢,٧٥١	
انعدام التلذذ الاجتماعي	تجريبية	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠	٠,٠٠٠	-	٠,٠١
	ضابطة	٦	٨,٥٠	٥١,٠٠		٢٧٤٥	
انعدام التلذذ الجسدي	تجريبية	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠	٠,٠٠٠	-	٠,٠١
	ضابطة	٦	٨,٥٠	٥١,٠٠		٢,٧٥١	

ينتضح من جدول ٨ وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس انعدام التلذذ بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية وتشير هذه النتيجة إلى صحة الفرض الثاني.

**نتائج الفرض الثالث:** والذي ينص على انه "لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس انعدام التلذذ بعد شهر من توقف تطبيق البرنامج." وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " ويلكوكسون"، وجدول ٩ يوضح الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج وبعد توقف تطبيقه بشهر على مقياس انعدام التلذذ:

جدول ٩ الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي على مقياس انعدام التلذذ ن=٥

الأبعاد	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
انعدام التلذذ المعرفي	الرتب السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠	-	٠,٣١٧
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		

الأبعاد	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع ع الرتب	Z	الدلالة
	الرتب المتساوية	٤				
انعدام التلذذ الانفعالي	الرتب السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠	١,٠٠٠-	٠,٣١٧
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	٤				
انعدام التلذذ الاجتماع ي	الرتب السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠	١,٠٠٠-	٠,٣١٧
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	٤				
انعدام التلذذ الجسدي	الرتب السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠	١,٠٠٠-	٠,٣١٧
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	٤				

يتضح من جدول ٩ عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس انعدام التلذذ بعد شهر من توقف تطبيق البرنامج". وتشير هذه النتيجة إلى صحة الفرض الثالث.

#### نتائج الفرض الرابع:

والذي ينص على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس الضغط والقلق والاكتئاب بعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار "ويلكوكسون"، وجدول ١٠ يوضح الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الضغط والقلق والاكتئاب. جدول ١٠ الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس الضغط والقلق والاكتئاب ن=٥

الأبعاد	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
الضغط	الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٠٢٣-	٠,٠٤
	الرتب الموجبة	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠		
	الرتب المتساوية	٠				
القلق	الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٠٤١-	٠,٠٤

الأبعاد	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
	الرتب الموجبة	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠		
	الرتب المتساوية	٠				
الاكتئاب	الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	-٢,٠٣١	٠,٠٤
	الرتب الموجبة	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠		
	الرتب المتساوية	٠				

يتضح من جدول ١٠ وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الضغط والقلق والاكتئاب لصالح القياس البعدي". وتشير هذه النتيجة إلى صحة الفرض الرابع.

**نتائج الفرض الخامس:** والذي ينص على أنه "توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي، على مقياس الضغط والقلق والاكتئاب بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية". وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار "مان - وتني" والجدول ١١ يوضح الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج

**جدول ١١ الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على الضغط والقلق والاكتئاب ن=٥**

المقياس	نوع المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدلالة
الضغط	تجريبية	٥	٣,٨٠	١٩,٠٠	٤	-٢,٠٤١	٠,٠٤
	ضابطة	٦	٧,٨٣	٤٧,٠٠			
القلق	تجريبية	٥	٣,٤٠	١٧,٠٠	٢	-٢,٤٠٧	٠,٠٢
	ضابطة	٦	٨,١٧	٤٩,٠٠			
الاكتئاب	تجريبية	٥	٣,٩٠	١٩,٥٠	٤,٥٠	-١,٩٤٤	٠,٠٥
	ضابطة	٦	٧,٧٥	٤٦,٥٠			

يتضح من جدول ١١ وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الضغط والقلق والاكتئاب بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية وتشير هذه النتيجة إلى صحة الفرض الخامس.

**نتائج الفرض السادس:** والذي ينص على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التنبؤي على مقياس الضغط والقلق والاكتئاب بعد شهر من توقف تطبيق البرنامج". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار "ويلكوكسون"، وجدول ١٢ يوضح الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج وبعد توقف تطبيقه بشهر على مقياس الضغط والقلق والاكتئاب

جدول ١٢ الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي على مقياس الضغط والقلق والاكتئاب ن=٥٥

الأبعاد	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدالة
الضغط	الرتب السالبة	٢	٢,٥٠	٥,٠٠	٠,٠٠٠	١,٠٠
	الرتب الموجبة	٢	٢,٥٠	٥,٠٠		
	الرتب المتساوية	١				
القلق	الرتب السالبة	١	٤,٠٠	٤,٠٠	-٠,٣٧٨	٠,٧٠
	الرتب الموجبة	٣	٢,٠٠	٦,٠٠		٥
	الرتب المتساوية	١				
الاكتئاب	الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	-١,٨٢٦	٠,٠٦
	الرتب الموجبة	٤	٢,٥٠	١٠,٠٠		٨
	الرتب المتساوية	١				

يتضح من جدول ١٢ عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس الضغط والقلق والاكتئاب بعد شهر من توقف تطبيق البرنامج". وتشير هذه النتيجة إلى صحة الفرض السادس.

#### تفسير النتائج:

أشارت نتائج الفرض الأول إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس انعدام التلذذ لصالح القياس البعدي، وأشارت نتائج الفرض الثاني إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس انعدام التلذذ بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية، وأشارت نتائج الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس انعدام التلذذ بعد شهر من توقف تطبيق البرنامج.

وأشارت نتائج الفرض الرابع إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الضغط والقلق والاكتئاب لصالح القياس البعدي، وأشارت نتائج الفرض الخامس إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الضغط والقلق والاكتئاب بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية، وأشارت نتائج الفرض السادس إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس الضغط والقلق والاكتئاب بعد شهر من توقف تطبيق البرنامج.

ويشير ذلك إلى فاعلية مدخل خفض انعدام التلذذ في خفض الضغط والقلق والاكتئاب لدى النساء العاملات المنزليات. وتتفق نتيجة هذا البحث مع نتائج دراسة

عبد الطيف وأبوزيد (٢٠٢٤) التي أشارت إلى فاعلية مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في تحسين الرفاهية النفسية لدى معلمات رياض الأطفال، ونتائج دراسة عبد الحميد وأبوزيد (٢٠٢٥) التي أشارت إلى فاعلية مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في خفض الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة "دراسة حالة"، ودراسة كلا من (Abouzaid, and Abdelhamid (2024) والتي أشارت إلى فاعلية خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في خفض اضطراب الاكتئاب الرئيس لدى طلاب الجامعة.

ويمكن تفسير ذلك في ضوء مدخل خفض انعدام التلذذ يعد من المداخل العلاجية التي تنتمي إلى العلاج المعرفي السلوكي، والذي يعتمد على خفض انعدام التلذذ أو تحسين الشعور بالمتعة من خلال اليقظة العقلية، وهو مدخل علاجي بسيط يمكن تطبيقه بسهولة، من خلال تطوير الدافعية أو الرغبة في المتعة وتطوير سلوك البحث عن التجارب والموضوعات الممتعة، وكذلك معاشية التجربة الممتعة. (أبوزيد، ٢٠٢٤).

وتم اختيار مدخل خفض انعدام التلذذ في البحث الحالي، لأنه ينظر إلى انعدام التلذذ كعملية عابرة للتشخيص، وبالتالي يستهدف انعدام التلذذ في الضغط والقلق والاكتئاب لدى عينة البحث. لذا فخفض انعدام التلذذ أسهم بدور كبير في تحسين الرفاهية والشعور بالراحة والمتعة والسعادة ومن ثم خفض حدة الضغط والقلق والاكتئاب لدى النساء العاملات المتزوجات.

وترجع فاعلية البرنامج إلى التدريب على ممارسات اليقظة العقلية التي تعمل كحاجز للتعافي من الضغط والقلق والاكتئاب والذي يؤثر سلبًا على الحياة والصحة والنفسية، مما يقي من الوقوع في برائن المرض النفسي.

**توصيات البحث:**

- توعية النساء المتزوجات العاملات بالضغوط النفسية التي يتعرضون لها ومدى تأثير القلق والاكتئاب على حياتهن.
- تدريب النساء العاملات المتزوجات على ممارسات اليقظة العقلية التي تعد من العوامل الوقائية التي تحميها من الوقوع في برائن المرض النفسي.
- التحقق من فاعلية مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية على غيره من الاضطرابات النفسية الأخرى في بيئات إكلينيكية وإكلينيكية وعلى عينات في مراحل عمرية مختلفة.

## مراجع البحث

أبوزيد، أحمد محمد جاد الرب أبوزيد وعبد الحميد، هبة جابر (٢٠٢٣). قائمة انعدام التلذذ. القاهرة، الناشر: المؤلف.

أبوزيد، أحمد محمد جاد الرب أبوزيد وعبد الحميد، هبة جابر (٢٠٢٣). المرجع الإكلينيكي في اضطرابات القلق (التشخيص والعلاج). القاهرة، الناشر: المؤلف.

أبو زيد، أحمد محمد جادالرب (٢٠٢٤). المرجع الإكلينيكي في العلاجات النفسية التقليدية والمعاصرة (النظرية والممارسة) الجزء الخامس. القاهرة، المؤلف.  
أبو زيد، أحمد محمد جادالرب (٢٠٢٥). المرجع الإكلينيكي في اضطرابات الاكتئاب (النظرية والممارسة). القاهرة، المؤلف.

عبد الحميد، هبة جابر وأبو زيد، أحمد محمد جادالرب (٢٠٢٥). فاعلية مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في خفض الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة "دراسة حالة". مجلة التربوية بجامعة سوهاج.

عبد اللطيف، أروى عبد اللطيف، وأبو زيد، أحمد محمد جادالرب (٢٠٢٤). فاعلية مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في تحسين الرفاهية النفسية لدى معلمات رياض الأطفال. المجلة الدولية للبحوث والدراسات الإنسانية، ٩، ١١-٣٢.

عسكر، على (٢٠٠٣). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها. الكويت: دار الحديث.  
عويس، شفيقة (٢٠١٦). الضغط النفسي لدى المرأة العاملة المتزوجة، دراسة عيادية لحالتين من خلال تطبيق اختبار تفهم الموضوع. {رسالة ماجستير غير منشورة}، جامعة محمد خضير، الجزائر.

محمد، يوسف عبد الفتاح (١٩٩٩). الضغوط النفسية لدى المعلمين وحاجتهم الإرشادية. مجلة مركز البحوث التربوية، ٨ (١٥)، ١٩٥ - ٢٢٧.  
مولاي، فاطمة الزهراء (٢٠٢٢). الضغوط النفسية وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى المرأة العاملة المتزوجة (دراسة ميدانية بولاية ورقلة)، {رسالة دكتوراه غير منشور}، جامعة قاصدي مرباح.

النجار، ايناس على محمد، وأبو زيد، أحمد محمد جادالرب (٢٠٢٤). انعدام التلذذ لدى معلمي التربية الخاصة وعلاقته بالضغوط النفسية. المجلة الدولية للبحوث والدراسات الإنسانية، ٩، ٣٥-٧٠.

Abouzaid, A. M. G., & Abdelhamid, H. G. (2023). The Factorial Structure of the Anhedonia List and its mediating role between Mindfulness and both Anxiety and Depression among University Students. *Sohag University International Journal of Educational Research*, 8(8), 319-387.

Abouzaid, A. M. G., & Abdelhamid, H. G. (2024). Mindfulness Based Anhedonia Reduction (MBAR) Therapy in reducing Major Depression in University Students. *Sohag University International Journal of Educational Research*, 9(9), 241-290.

Ahmed, M. R., Shaaban, M. M., Meko, H. K., Amin Arafa, M. E., Mohamed, T. Y., Gharib, W. F., & Ahmed, A. B. (2017). Psychological impact of female genital mutilation among adolescent Egyptian girls: a cross-sectional

- study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(4), 280-285.
- Ahmed, Z., & Julius, S. H. (2015). The relationship between depression, anxiety and stress among women college students. *Indian Journal of Health and wellbeing*, 6(12), 1232.
- Albikawi, Z. F. (2022). Predictors of anxiety, depression, and stress among female university nursing students during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Saudi Arabia. *Journal of Personalized Medicine*, 12(11), 1887.
- Al-Sayed, N. N., Elsheikh, M. M., Mahmoud, D. A., El-Ghamry, R. H., Sabry, W. M., Hatata, H. M., & Sakr, A. M. (2016). Work stress: psychological impact and correlates in a sample of Egyptian medical residents. *Middle East Current Psychiatry*, 23(3), 113-118.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th.ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5-TR.). Washington, DC: Author
- Baker, A., Simon, N., Keshaviah, A., Farabaugh, A., Deckersbach, T., Worthington, J. J., ... & Pollack, M. P. (2019). Anxiety Symptoms Questionnaire (ASQ): development and validation. *General psychiatry*, 32(6).
- Bauld, R., & Brown, R. F. (2009). Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. *Maturitas*, 62(2), 160-165.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- Brown TA, Chorpita BF, Barlow DH (1998) Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *J Abnorm*

- Psychol* 107(2), 179–192. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.107.2.179>.
- Clark LA, Watson D (1991) Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *J Abnorm Psychol* 100(3):316–336. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.3.316>.
- Craske MG, Kircanski K, Zelikowsky M et al (2008) Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behav Res Ther* 46(1), 5–27. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003>.
- Fawzy, M., & Hamed, S. A. (2017). Prevalence of psychological stress, depression and anxiety among medical students in Egypt. *Psychiatry research*, 255, 186-194.
- Han, A., & Kim, T. H. (2022). Efficacy of internet-based acceptance and commitment therapy for depressive symptoms, anxiety, stress, psychological distress, and quality of life: Systematic review and meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, 24(12), e39727.
- Jalnapurkar, I., Allen, M., & Pigott, T. (2018). Sex differences in anxiety disorders: A review. *J Psychiatry Depress Anxiety*, 4(12), 3-16.
- Kashdan TB (2007) Social anxiety spectrum and diminished positive experiences: theoretical synthesis and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 27(3):348–365. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.003>
- Kashdan TB, Steger MF (2006) Expanding the topography of social anxiety. An experience-sampling assessment of positive emotions, positive events, and emotion suppression. *Psychol Sci* 17(2):120–128. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01674.x>
- Kiani, Z., Simbar, M., Hajian, S., & Zayeri, F. (2021). The prevalence of depression symptoms among infertile women: a systematic review and meta-analysis. *Fertility research and practice*, 7, 1-10.
- Li, J., Ding, H., Han, W., Jin, L., Kong, L. N., Mao, K. N., ... & Angerer, P. (2016). The association of work stress with somatic symptoms in Chinese working women: a large

- cross-sectional survey. *Journal of psychosomatic research*, 89, 7-10.
- Li, J., Li, X., Jiang, J., Xu, X., Wu, J., Xu, Y., ... & Xu, X. (2020). The effect of cognitive behavioral therapy on depression, anxiety, and stress in patients with COVID-19: a randomized controlled trial. *Frontiers in psychiatry*, 11, 580827.
- Ljungberg, T., Bondza, E., & Lethin, C. (2020). Evidence of the importance of dietary habits regarding depressive symptoms and depression. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1616.
- Marchand, W. R. (2012). Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *Journal of Psychiatric Practice®*, 18(4), 233-252.
- Matud, M. P., Bethencourt, J. M., & Ibáñez, I. (2015). Gender differences in psychological distress in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(6), 560-568.
- Melchior, M., Caspi, A., Milne, B. J., Danese, A., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological medicine*, 37(8), 1119-1129.
- Naragon-Gainey K, Watson D, Markon KE (2009) Differential relations of depression and social anxiety symptoms to the facets of extraversion/positive emotionality. *J Abnorm Psychol* 118(2):299–310. <https://doi.org/10.1037/a0015637>
- Osman, D. M., Ahmed, G. K., Farghal, M. M., & Ibrahim, A. K. (2022). Prevalence and predictors of depressive symptoms among married Egyptian women: a multicenter primary healthcare study. *BMC psychiatry*, 22(1), 602.
- Phillips, R., Walsh, E., Jensen, T., Nagy, G., Kinard, J., Cernasov, P., ... & Dichter, G. (2023). Longitudinal associations between perceived stress and anhedonia

- during psychotherapy. *Journal of affective disorders*, 330, 206-213.
- Riyad, M. A., Ramadan, M. E., & Alkhadrawy, R. A. A. A. (2019). Measurement of psychological stress in a group of journalists working in one of the private journalism institutes in Egypt. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 76(4), 3853-3858.
- Stanton, C. H., Holmes, A. J., Chang, S. W., & Joormann, J. (2019). From stress to anhedonia: molecular processes through functional circuits. *Trends in neurosciences*, 42(1), 23-42.
- Taylor, C. T., Hoffman, S. N., & Khan, A. J. (2022). *Anhedonia in anxiety disorders*. In *Anhedonia: Preclinical, translational, and clinical integration* (pp. 201-218). Cham: Springer International Publishing.
- Thapar, A., Eyre, O., Patel, V., & Brent, D. (2022). Depression in young people. *The Lancet*, 400(10352), 617-631.
- Tung ES, Brown TA (2020) Distinct risk profiles in social anxiety disorder. *Clin Psychol Sci* 8(3):477–490. <https://doi.org/10.1177/2167702620901536>
- Villarroel, M. A., & Terlizzi, E. P. (2020). Symptoms of depression among adults: *United States*, 2019.
- Winer, E. S., Bryant, J., Bartoszek, G., Rojas, E., Nadorff, M. R., & Kilgore, J. (2017). Mapping the relationship between anxiety, anhedonia, and depression. *Journal of affective disorders*, 221, 289-296.