

[٥]

أثر برنامج علاجي معرفي - سلوكي في خفض التفكير
الانتحاري لدى المراهقات

د. نايفه حمدان الشويكي

قسم علم النفس والتربية الخاصة

كلية الأميرة عالية الجامعية - جامعة البلقاء التطبيقية

أثر برنامج علاجي معرفي - سلوكي في خفض التفكير الانتحاري لدى المراهقات

د. نايفه حمدان الشوبكي*

ملخص:

هدفت الدراسة التعرف إلى أثر برنامج علاجي معرفي - سلوكي في خفض التفكير الانتحاري لدى المراهقات. وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) طالبة، وقسمت عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية تكونت من (١٥) طالبة، ومجموعة ضابطة تكونت من (١٥) طالبة. خضعت المجموعة التجريبية لبرنامج معرفي سلوكي بينما لم تخضع المجموعة الضابطة للبرنامج العلاجي. وقامت الباحثة بإعداد مقياس التفكير الانتحاري. وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على الدرجة الكلية والبعدين المعرفي والنفسي لصالح المجموعة التجريبية.

الكلمات المفتاحية: برنامج علاجي معرفي - سلوكي، التفكير الانتحاري، المراهقات.

* قسم علم النفس والتربية الخاصة- كلية الأميرة عالية الجامعية- جامعة البلقاء التطبيقية.

Abstract:

The Effect of a Therapy Cognitive- Behavior Program
In Reducing Suicide Thinking of Adolescents

The purpose of this study was to investigate the effect of a therapy cognitive- behavior Program in reducing suicide thinking of adolescents.

The sample of this study consists of (30) adolescents and randomly divided two groups: an experimental group which consisted of (15) adolescents and control groups which consisted of (15) adolescents. the cognitive- behavior program was applied on the experimental group only one instrument was designed by the researcher: suicide thinking. The result of MANCOVA indicated significant differences between the experimental group and the control group.

Keywords: Therapy cognitive, behavior program, suicide thinking, adolescents.

مقدمة:

لقد كان ينظر إلى المراهقة في الماضي على أنها مرحلة يحدث فيها تغيرات مفاجئة في حياة الفرد، وتكون حافلة بالتغيرات السريعة الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية، أما اليوم فأصبح الأهل والمربون والباحثون متفهمون لمرحلة المراهقة وما صاحبها من تغيرات وذلك من خلال البحث والدراسة لأسباب التغيرات وكيفية التعامل معها (الداهري، ٢٠١٢).

إن المراهقة لا تعني اكتمال النضج، ولكنها تعني الاقتراب من النضج الجسدي والعقلي والنفسي والاجتماعي بطريقة تدريجية. حيث يطلق مصطلح المراهقة على المرحلة الانتقالية التي يعيشها الإنسان بين الطفولة والرشد، وهي فترة حياتية متميزة بسماتها وخصائصها وانفعالاتها ومشكلاتها (Fitzgerald, 2009). ويعرفها هوروكس (Horrocks, 2007) بأنها الفترة التي يكسر فيها المراهق شرقة الطفولة ليخرج إلى العالم الخارجي ويبدأ في التفاعل معه والاندماج فيه.

فالمراهق يمر خلال هذه الفترة بحالة انتقالية يجهل فيها موقعه، فهو ليس طفلاً يعتمد على الآخرين وليس راشداً مستقلاً بنفسه، لذلك فإن أغلب الذين درسوا المراهقة اتفقوا على أنها مرحلة مليئة بالمشكلات، مثل مشكلة الاستقلال الذاتي، ومشكلة العلاقات مع الآخرين، والمشكلات السلوكية، والمشكلات المعرفية، ومشكلة التحكم في الذات والضبط الانفعالي، فهذه المشكلات يعود سببها إلى تيقظ شعور الفرد بذاتيته ووجوده وكيانه ورغبته في أن يعترف له الآخرين بهذا الكيان والوجود (هرمز وإبراهيم، ٢٠٠٣). وقد تصبح تلك المشكلات مصدراً للمعاناة لدى المراهق، خاصة إذا كان المراهق ذات شخصية انفعالية، ومن الاحتمالات التي يمكن أن تحدث للمراهق هي انزلاقه إلى الاكتئاب الذي ينجم عنه الكثير من مظاهر الاضطرابات المعرفية والسلوكية لديه. لذلك فإن من الظواهر التي تستدعي الانتباه، هي ظاهرة المحاولات الانتحارية في مرحلة المراهقة، سواء كانت المحاولات صورية، أو انفعالية مقصودة، أو تعبيراً عن حالة مرضية أساسية (كمال، ٢٠٠٦).

الانتحار:

شهدت السنوات القليلة الماضية اهتماماً متزايداً بموضوع الانتحار. وهذا الاهتمام هو رد فعل لظهور العديد من الدراسات التي تشير إلى أن الانتحار هو سبب أساس للوفيات بين الناس مما ضاعف من أهمية تكاتف الجهود لمواجهة هذه المشكلة.

ويتوقع الباحثون أن مشكلات الانتحار سوف تزداد سوءاً نظراً لازدياد الاضطرابات النفسية لدى الأشخاص، لذا يتوقع من المرشدين إعداد أنفسهم لمواجهة هذه المشكلة، وقد يكون من الصعب عليهم منع كل محاولة انتحار، إلا أنه من الممكن التعرف على أزمات عامة قد تؤدي إلى محاولات انتحار "كنداء للمساعدة" أكثر من كونها رغبة في الموت، وهذا يعني أن يأخذ المرشدون تهديدات الانتحار على محمل الجد، ويمتلكوا المعرفة والمهارات الضرورية لمساعدة مسترشدتهم، فهؤلاء الأفراد عادة يمرون بأزمة قصيرة الأمد يستطيع المرشدون مساعدتهم بها وإبعادهم عن إنهاء حياتهم (الزباد، ٢٠٠١).

وتعرف منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٩) العملية الانتحارية، بأنها "أذى مفتعل ذاتياً بنية الموت. كما تعرف الانتحار، بأنه "عملية انتحارية تنتهي بالموت". وتعرف محاولة الانتحار بأنها "عملية انتحارية غير منتهية بالموت".

وفي الفترة التي سوف تستغرقها في كتابة هذا البحث عن الانتحار فإن اثنين إلى ثلاثة من الأمريكيين يكونوا قد حاولوا الانتحار، وحسب الإحصائيات الرسمية فإن (١٠٠,٠٠٠) أمريكي انتحروا عام (٢٠١٠) ربما حاول بعضهم الانتحار عدة مرات وفشل ولكنهم أعادوا المحاولة. وهذا يعني حدوث (٢٣٨) حالة انتحار باليوم أو حالة انتحار كل (٦) دقائق.

ووجد الباحثون أن ظروفاً بيئية ومعرفية وشخصية معينة ترتبط بشكل كبير بالسلوك الانتحاري وهذه العوامل هي:

١- العوامل النفسية: كاليأس، والإحباط، والاكتئاب، والاضطراب النفسي، فالعديد من الأفراد الانتحاريون يعانون من اضطراب نفسي شديد، خاصة الاضطراب

الانفعالي الذي يتضمن فقدان التواصل مع الواقع، إضافة إلى الجمود في التفكير والذي يمنع الأفراد من النظر إلى حلول بديلة للمشكلات، ويساهم الاضطراب الانفعالي في إيجاد مشاعر العجز، ولوم الذات، والخجل، والشعور بتدني القيمة، وتزداد هذه المشكلة سوءاً عندما يرافق هذه المشاعر عبارات هادمة للذات، فالنظرية السلوكية المعرفية تقترح بأن الأحداث لا تسبب الانتحار ولكن طريقة تناول الفرد لهذه الأحداث وطريقة إدراكه لها هي المسؤولة عن اتخاذ قرار الانتحار.

٢- **العوامل الاجتماعية:** أكد العديد من العلماء دور العوامل الاجتماعية في ارتفاع نسبة الانتحار، فقد أظهرت الدراسات أن (٦٨%) من المراهقات اللواتي أُدخلن للمستشفيات بعد محاولة الانتحار كن يتميزن بنقص التفاعل الاجتماعي مع الآخرين مقارنة بالمراهقات العاديات اللواتي تتميز حياتهن بالنشاط الاجتماعي، كما أن الضغوطات الاجتماعية تلعب دوراً كبيراً في الانتحار فالوضع الاقتصادي وضغوطات الإنجاز والتحصيل قد تدرك من قبل المراهقات كإحداث مهددة، فالبعض يتكيف مع هذه الضغوطات لكن البعض الآخر يشعر بالخوف وبالتالي يهرب إلى الانتحار.

٣- **العوامل الأسرية:** أن الخلافات العائلية، وضعف التماسك الأسري، والإيمان على الكحول، والاضطرابات النفسية والشخصية لأفراد العائلة. فقدان لأحد الوالدين، التفكك الأسري كانفصال الوالدين، تؤدي كل هذه الظروف إلى عيش المراهق في ظروف صعبة ومعاناة قد تجعله يلجأ إلى إنهاء حياته (Smith, 2006).

ويرتبط الانتحار بعدد من المتغيرات هي:

- العمر:

إن محاولات الانتحار تزداد بازدياد العمر حيث إن هناك علاقة بين العمر والانتحار عند الرجال وهذا المعدل يزداد بين الأفراد الذين يبلغ عمرهم في الثمانين بينما عند النساء فإن الأمر يختلف حيث يكون أعلى معدل للانتحار في سن الستين.

- الجنس:

أما ما يتعلق بالجنس فإن نسبة الانتحار المنفذة من الرجال ثلاثة أضعاف النسبة عند النساء بالرغم من أن النساء أكثر محاولة للانتحار من الرجال، إلا أن الرجال أكثر جرأة في تنفيذ الانتحار من النساء، فالرجال يستخدمون وسائل عنيفة كإطلاق الرصاص والشنق، لكن النساء يملن إلى استخدام الأدوية والسموم والغاز كأساليب للانتحار.

- الحالة الزوجية:

أما العلاقة بين الانتحار والوضع الزوجي فالأفراد غير المتزوجين لديهم ميل للانتحار مثل الأفراد المتزوجين، فالأرامل والمطلقين يحاولون الانتحار وتكراره أكثر من الأشخاص المتزوجين، أما في مرحلة الشيخوخة فإن الانتحار عند المتزوجين أكثر منه عند الأفراد الأرامل (Neubeck, 2009).

- المهنة:

الأطباء والمحامون ومسئولو السلطة التنفيذية وأطباء الأسنان هم أكثر الفئات انتحاراً ومن الأطباء يعتبر الأطباء النفسيين هم الأعلى نسبة.

- الدين:

يعد الالتزام الديني على صلة مع نسبة الانتحار فكلما ازداد تأثير الدين انخفضت نسب الانتحار، وهذا ما يفسر الانخفاض في الدول العربية التي تعتبر أقل الدول من حيث نسب الانتحار فجميع الديانات السماوية تحرم الانتحار.

- اليأس والاكتئاب:

تعتبر من المتغيرات التي ترتبط بالانتحار، فالتفكير بالانتحار يزداد تدريجياً نتيجة لفقدان سعادة، أو مزاج اكتئابي حاد لا يمكن احتماله. إن (٥٠%-٦٠%) من حالات الانتحار ترتبط باضطرابات انفعالية أساسية و١٥% من مرضى الاكتئاب سيحاولون الانتحار في وقت من الأوقات (Barlow and Durand, 2009).

إن الهدف العام للانتحار هو البحث عن حل، فبعض الأشخاص يعتقدون أن الانتحار يمثل حلاً للمشاكل التي لا يمكن حلها. كذلك الرغبة في التخلص من الألم النفسي، كالاكتئاب وفقدان الأمل. والتوقف عن الوعي، لأن الوعي والإدراك بالنسبة للمراهق يسبب الألم، ولكن الانتحار يكون بوقف الأفكار المزعجة والشعور المؤلم. والفشل في تحقيق الأهداف المهمة في الحياة والفشل في نيل سمات متميزة. والتناقض المعرفي لدى الشخص الانتحاري، فبالرغم من وجود رغبة لديه لإنهاء حياته إلا أن لديه أيضاً رغبة في الإبقاء عليها (بدرجات مختلفة). فالموت هو الحل الوحيد دون النظر إلى البدائل الأخرى. إلا أن المألوف في الانتحار هو إيصال نية الانتحار للآخرين، فقد سبقت أكثر من ٨٠% من حالات الانتحار على الأقل بسلوكيات لفظية وغير لفظية تبدي رغبة هؤلاء الأشخاص بالانتحار (Beck, 1995).

وهناك العديد من العلماء الذين حاولوا التعرف على الخصائص التي تميز الأفراد المنتحرين ومن هذه الخصائص التغير في السلوك الاجتماعي وصعوبات في التكيف النفسي في المدرسة والجامعة، والأسرة، والمجتمع، والإهمال في الجوانب الصحية، وشرب الكحول، وأعراض عصابية كالقلق والمخاوف والاكتئاب، وقد تكون حالات الانتحار أيضاً مترافقة بظهور أعراض ذهانية كالهلاوس، والهذيان، والأفكار الاضطهادية (Husain and Vandiver, 2008).

ويبدو أن الهدف الرئيس الذي يدفع الأشخاص للانتحار يختلف باختلاف العمر. فالراشدون يرون في الاكتئاب سببهم الرئيسي للتفكير في الانتحار، بينما يرى المراهقون أن المشاكل الشخصية هي الدافع الأول، وهناك اتجاهات في تفسير الانتحار:

١ - التفسير الفسيولوجي:

لقد حاول الباحثون تحديد فيما إذا كان الأشخاص الذين يقتلون أنفسهم، يختلفون فسيولوجياً عن الأشخاص الذين لا يظهرون سلوكيات انتحارية. ومن التساؤلات التي حاول الباحثين دراستها فيما يتعلق بالأفراد الذين ينتحرون، هل ينتحرون الأفراد لأنهم لا يتمتعون بصحة جسدية جيدة مقارنة بالذين لم يحاولوا الانتحار؟

بعض الدراسات أكدت على وجود علاقة، بينما دراسات أخرى أكدت على عدم وجود علاقة بين الصحة الجسمية والانتحار. وظل هذا السؤال قائماً، هل توجد علاقة بين الصحة الجسمية والانتحار؟

وقد حاول بعض الباحثين دراسة الاختلافات الجسمية بين الأشخاص الذين لا يحاولون الانتحار وبين الذين ينتحرون كالوزن مثلاً، وقد وجدوا أن الأشخاص الذين يحاولون الانتحار هم غالباً ما يكونون من أصحاب الوزن الزائد أو المنخفض. أيضاً أكد بعض الباحثين على أهمية النظام الهرموني والكيميائي غير المتوازن عند الأفراد الذين يحاولون الانتحار فنتائج الأبحاث مختلفة ومتداخلة وليس هناك نتيجة حتمية. وتركز بعض الأبحاث على إمكانية أن يكون العامل الوراثي أحد العوامل التي تساعد على الانتحار مع أن الانتحار لم يتكرر كما يشير الباحثين عند بعض الأسر، وهذا يشير إلى عدم قدرة الباحثين على التأكيد فيما إذا كان ذلك نتيجة للعوامل البيئية أو العوامل الوراثية. وتشير الأبحاث الحديثة إلى أن أكثر العوامل التي تؤدي بالأفراد إلى الانتحار تعود إلى العجز البيولوجي لعدم قدرة الفرد على مواجهة الضغوطات (Muro, 2000).

٢- التفسير السيكولوجي:

إن البنية العقلية للأفراد الذين يحاولون الانتحار من الصعب التأكد منها، فالمعلومات المتعلقة بالنواحي العقلية عن هؤلاء الأفراد متوفرة في السجلات الطبية ومراكز الصحة العقلية، وهذه المعلومات تثير التساؤل وهناك عدد من النظريات السيكولوجية التي بحثت في الخصائص السيكولوجية للأفراد الذين يحاولون الانتحار: على سبيل المثال- بعض الأخصائيين النفسيين اقترحوا أن الأطفال الذين يحاولون الانتحار يعانون من الحرمان الوالدي عندما كانوا صغاراً وهذا الحرمان مرتبط بفقدان أحد الوالدين بالموت أو كلاهما أو غياب الوالدين فالحرمان يعيق النمو النفسي ويثير النزعة أو الميل للانتحار. وبعض السيكولوجيين كالتحليليين أكدوا على دور الدوافع اللاشعورية في الانتحار، وأعتقد (فرويد) بأن الانتحار ظاهرة نفسية داخلية وقد تصبح ظاهرة بشكل كبير عندما يعاني الشخص من الإحباط الناتج عن الضغوطات النفسية، فيظهر لديه العدوان الذي يكون موجهاً نحو الذات كما في الانتحار، أو

نحو الآخرين، وبعض التحليليين اعتبروا الانتحار ظاهرة تنشأ كنتيجة لمحاولة الفرد التكيف مع الصراعات (Beck,1995).

ويرى روجرز أن الناس لديهم نزعة لحماية الذات، ونزعة لتدمير الذات، والتي تظهر لدى الأفراد الذين يحاولون الانتحار. ويشير أليس وبيك & Ellis Beck إلى أن الأفراد الذين ينتحروا يتصفوا بجمود التفكير ويكون تفكيرهم غير منطقي، ولا عقلائي، وحدي، وجامد (غير مرن) وهذا يؤثر بالتالي على علاقاتهم وتفاعلاتهم بمن حولهم فيلجئوا إلى الانتحار. ويصور البعض الانتحار بأنه ينشأ من رغبة الفرد بالتلاعب بالآخرين لإثارة انتباههم والحصول على محبتهم، فالانتحار حسب هذا الاتجاه يكون بمثابة بكاء لاستجداء عطف الآخرين، والبعض ينتحر للانتقام من الآخرين وهذا يعتبر مؤشر على عدوانية عميقة عند الفرد. والتفسير السيكولوجي الأخير يشير إلى أن المرض النفسي غالباً ما يكون محرصاً للانتحار (Parsons, 2008).

٣- التفسير الاجتماعي:

يعتمد هذا الاتجاه على أهمية ودور العوامل الاجتماعية في تفسير ظاهرة الانتحار حيث يعتقد دور كايم (Dor Kiam) أن التفسيرات السيكولوجية والفسولوجية ليست كافية لتفسير الانتحار حيث أكد على الدور الذي تلعبه العلاقات الاجتماعية والتماسك الاجتماعي داخل المجتمع في ظهور حالات الانتحار، فكلما كان المجتمع مترابطاً وفيه مشاركة للأعضاء بأفكارهم ومشاعرهم وأهدافهم وأحاسيسهم مع بعضهم البعض كان الفرد أكثر اندماجاً مع مجتمعه وكلما ضعفت هذه الروابط ظهر الانتحار.

وقد تحدث دور كايم عن ثلاثة أنواع من الانتحار هي:

أ- الانتحار الذاتي:

يزداد هذا النوع من الانتحار نتيجة لعجز الفرد عن الاندماج في مجتمعه وعدم قدرته على بناء العلاقات مع الآخرين، فتقل فرص التفاعل الاجتماعي، ويزداد الشعور بالوحدة والاعتراب، ويعتقد البعض أن التقدم التكنولوجي أدى إلى تقليل

التفاعل الاجتماعي وتقلصت الأسر الممتدة إلى أسر نووية، مما قلل من الدعم الاجتماعي وزاد نسبة الانتحار.

ب- الانتحار الإيثاري:

يكون الدافع لهذا النوع هو الرغبة في تحقيق أهداف معينة لجماعات معينة، أو من أجل تحقيق غاية معينة من خلال تضحية الفرد بنفسه في سبيل قضايا اجتماعية أو دينية، فالجماعة الاجتماعية تلعب دوراً في الضغط على أفرادها بالتضحية بأنفسهم من أجل قضايا تؤمن بها الجماعة.

ج- انتحار الفوضى الاجتماعية:

هذا النوع من الانتحار ينجم عن حدوث خلل في التوازن بين الفرد والأحداث الاجتماعية المتغيرة بشكل مفاجئ، مما يعيق من قدرة الفرد على التكيف مع الظروف المتغيرة فيلجأ إلى الانتحار، فالأشخاص الذين يخسرون ثروتهم أو مراكزهم أو أسرهم يقعون ضمن هذه الفئة. (Freman, 2001).

وقد اعتقد دور كايم أن الانتحار الذاتي والإيثاري هما أكثر أنواع الانتحار انتشاراً وخاصة في المجتمعات الصناعية، ومما يجدر ذكره أن أفكار دور كايم نحو الانتحار ظلت طوال القرن العشرين هي الأساس في دراسة الانتحار بالرغم من وجود بعض المحددات لها. فمثلاً لا تفسر أفكاره الفروق الفردية في الانتحار بنفس المجموعة. فمثلاً لماذا انتحر شخص ما ولم ينتحر الشخص الآخر بالرغم من انتمائهم لنفس المجموعة وتأثرهم بنفس الظروف.

كما أن أفكار دور كايم للانتحار وخاصة تلك التي تصنف الانتحار إلى أصناف قد تواجه صعوبات من حيث كثرة التداخل في كثير من حالات الانتحار. ويقترح دور كايم بأن أي إجراء علاجي إذا ما أراد النجاح لابد له أن يتضمن طرقاً لتوفير الدعم الاجتماعي، وزيادة الروابط الاجتماعية، وفتح مجال للتواصل من أجل كسر عزلة الفرد الانتحاري، وتؤيد وجهة نظر دور كايم النسبة المرتفعة للانتحاريين

من كبار السن الذين فقدوا اتصالهم بالعالم بسبب تخلي أسرهم عنهم، أو فقدانهم لوظائفهم أو مرضهم (الدباغ، ١٩٨٦).

تقييم الطلبة الانتحاريين:

لتقييم حالة طالب ما بالنسبة لخطر التفكير الانتحاري على المرشدين الاهتمام بما يلي:

١- الدلائل التي توحي بإمكانية أن يفكر طالب ما بالانتحار: على المرشدين والآباء أخذ عبارات الطلبة على محمل الجد حتى ولو اعتقدوا أنها للفت الانتباه والدلائل التي تنذرنا تجمع في مجموعات هي:

أ- الإشارات السلوكية:

ومن الإشارات السلوكية الأكثر شيوعاً، التغيرات في السلوك ربما يكون بانخفاض العلامات المدرسية، صعوبة في التركيز، فقدان الاهتمام بالأصدقاء، والهوايات والأهداف الحياتية، وربما تغيرات في نمط النمو، أو الأكل، وقد يجرب المخدرات، أو الكحول، والتشرد، أو جمع الأسلحة، والتخلص من الممتلكات الثمينة، الانعزال عن الأسرة والأصدقاء المقربين، اللجوء إلى الدين ودور العبادة.

ب- الإشارات اللفظية:

قد تستخدم المراهقات اللواتي يفكرن بالانتحار عبارات لفظية واضحة مثل (سأقتل نفسي، أتمنى لو أموت، الحياة بلا أمل) أو استخدام عبارات لفظية غير مباشرة ومقنعة مثل (كم حبة أسبرين تكفي لقتل شخص ما؟ ما الذي ستفعله لو مت؟ هذه المرة الأخيرة التي ستراني فيها هنا).

ج- الإشارات الموقفية:

الاكتئاب وعدم القدرة على مواجهة الأزمات الحياتية خاصة أزمات فقدان، تحول مفاجئ في الحياة كالطلاق، أو فقدان شخص عزيز، ويجب الاهتمام بهذه

التحولات والتغيرات التي تكون عنيفة في حياة الأفراد فالبعض قد يستجيب لها بأفكار وسلوكيات انتحارية.

د - الأنماط المعرفية:

على المرشدين الاهتمام بأنماط التفكير المتواصل لدى الطلبة حول (الانتقام، الرغبة في معاقبة الآخرين، الرغبة في مقابلة صديق أو قريب مات).

هـ - الصفات الشخصية:

- على المرشدين الاهتمام بالطلبة الذين لديهم انخفاض في تقدير الذات، ومفهوم الذات ومهارات اتصال ضعيفة، واستراتيجيات مواجهة ضعيفة، وصعوبة في التعامل مع مستويات ضغط عالية، أو مشاعر الذنب، أو حاجة قوية للإنجاز.
- تقييم درجة الهلاك المحتمل: ويقيم المرشد ذلك من خلال طرح أسئلة على الطالب لمعرفة اهتمامه بوسائل محتملة لإيذاء نفسه، والتعرف على فيما إذا كانت لدى الطالب خطة للانتحار أم لا والتي تشمل على متى؟ وأين؟ وكم مرة يفكر بهذه الخطة؟ وذلك بهدف تشكيل فكرة حول الهلاك المحتمل لنية الطالب في الانتحار، والحصول على التزام من الطالب بالامتناع عن أي فعل مدمر للذات لفترة زمنية معينة أو حتى الجلسة التالية (Smith,2006).

مشكلة الدراسة:

نعيش اليوم تغيرات مفاجئة وسريعة، في شتى ميادين الحياة مما يجعل الفرد عاجزاً عن التكيف معها وبالتالي يكون عرضه، للآفات النفسية والاجتماعية الخطيرة منها "الانتحار".

الانتحار سلوك ذاتي بتدمير الذات وإزهاق الروح، أحياناً يعود إلى ثقل وقع العوامل الاجتماعية وقسوتها، وأحياناً أخرى يعود إلى هشاشة التكوين النفسي وعجز الذات عن تحمل تلك المتغيرات الخارجية أو التفاعل معها. ومن أهم المشكلات التي تواجه محاولات دراسة الانتحار كاضطراب نفسي، هو صعوبة التفريق ما بين التفكير بالانتحار، والتنفيذ الناجح للانتحار، بحيث تم اعتبارها من أنماط السلوك المدمر

للذات. والنظرة العامة في التعامل مع هذين التصنيفين قائمة على الافتراض بأنهما موجودان في نفس الأفراد ذوو الخصائص المميزة للأفراد الانتحاريين، وضمن هذا الافتراض نرى أن كل سلوك يهدف إلى تدمير الذات أو إيذائها يعتبر محاولة للانتحار. والواضح بأن وجه الاختلاف بين المفهومين يتمثل في مدى النجاح الذي حققه الفرد في محاولته للانتحار، وبعبارة أخرى كل محاولة جادة ومستمرة قد تؤدي للوفاة تسمى سلوك انتحاري.

وضمن هذا المجال يرى بعض العلماء اختلاف الأفراد المحاولين للانتحار عن المنتحرين فعلاً حيث يميل أفراد الفئة الأولى لأن يكونوا من فئة الشباب (١٤-٢٤) سنة، مقارنة بأفراد الفئة الثانية. وكل العوامل السابقة هي عوامل مخاطرة يمكن أن تسهم في التفكير بالانتحار، لكن المراهقات اللواتي يمتلكن استراتيجيات مواجهة فعالة يستطعن التعامل مع تلك الظروف، لذلك فاللواتي يفتقرن إلى مهارات حل المشكلات عرضة لأن يكن تحت تأثير الضغوط النفسية والاجتماعية والأسرية أكثر ممن لديهن استراتيجيات فعالة، وهذا ما يجعل للإرشاد دوره للتقليل من مشكلة الانتحار (Husin and Vandiver, 2008).

كل ذلك حدا بالباحثة إلى دراسة هذه الظاهرة، لذلك فإن الدراسة الحالية تحاول الإجابة على السؤال الرئيس الآتي:

- ما أثر برنامج علاجي معرفي- سلوكي في خفض التفكير الانتحاري لدى المراهقات؟

فرضية الدراسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha=0.05$) بين متوسطات درجات المراهقات للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التفكير الانتحاري وأبعاده الفرعية تعزى للبرنامج الإرشادي.

محددات الدراسة:

- صغر حجم العينة، وهذا ما يفرضه شروط المجموعات الإرشادية التي تتطلب أن يكون عدد الأفراد في كل مجموعة محدوداً، حيث تألفت عينة الدراسة من (٣٠) مراهقة.

- صعوبة تعميم نتائج الدراسة على عينات أخرى إلا بالقدر الذي تكون فيه العينات الأخرى مماثلة لعينة الدراسة.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة أثر برنامج علاجي معرفي - سلوكي في خفض التفكير الانتحاري لدى المراهقات، حيث قامت الباحثة ببناء برنامج علاجي لتدريب المراهقات عليه. وإذا ثبتت فاعلية هذا البرنامج، يمكن للمرشدون استخدامه في المدارس والجامعات لمساعدة الطلبة على التفكير الإيجابي بدلاً من التفكير السلبي الذي يؤدي إلى التفكير بالانتحار.

لذلك فإن تدريب الطالبات على برنامج علاجي هو ليس تقديم حلول مباشرة، لكن لتزويد المراهقات بمهارات للتفكير الإيجابي. مما قد يؤدي إلى تحسن في نظرتهم إلى ذواتهن والمستقبل والحياة.

أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة بشكل عام من خلال ما يأتي:

- ١- يتناول موضوع الدراسة عنصراً هاماً في حياة المراهقات وهو أسلوب التفكير.
 - ٢- تقديم أسلوب علاجي جمعي لمساعدة المراهقات على التفكير الإيجابي.
- ويمكن الاستفادة من نتائج الدراسة في الجوانب الآتية:
- قد تساعد نتائج هذه الدراسة الباحثين في معرفة مدى فاعلية البرامج العلاجية.
 - تقدم نتائج هذه الدراسة تغذية راجعة حول أثر استخدام البرامج العلاجية وتطبيقها على فئات مختلفة.

مصطلحات الدراسة:

- **الانتحار:** هو مفهوم ينسحب على جميع حالات الموت التي تحصل مباشرة أو غير مباشرة عن فعل إيجابي أو سلبي ينفذه الضحية بنفسه، وهو يعرف أن هذا الفعل سيؤدي به إلى الموت. (الرشود، ٢٠٠٦). ويعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس التفكير الانتحاري.

• البرنامج العلاجي: هو مجموعة من الإجراءات والتدريبات المنظمة المستندة على أساليب علاجية. ويعرف إجرائياً في هذه الدراسة بأنه مجموعة من الإجراءات والنشاطات المتمثلة في الجلسات الثمانية

الدراسات السابقة:

في دراسة تحليلية أجراها (وازي، ٢٠١٢) هدفت إلى دراسة ظاهرة الانتحار بين التفسير الاجتماعي والتشخيص النفسي، حيث توصل الباحث في نهاية التحليل لظاهرة الانتحار إلى أن الانتحار قرار ذاتي لمغادرة الوجود. وهو عنف موجه نحو الذات، وأحياناً يكون رسالة إنذار نحو من يحيطون به، وأحياناً يكون هروباً من ظروف معينة، عجز الفرد عن مواجهتها، وتوصل الباحث في التحليل الذاتي إلى أن وراء ظاهرة الانتحار عوامل عديدة منها عوامل بيولوجية، أو اجتماعية، أو نفسية، أو مجموع تلك العوامل كلها، لأن التوجه الحديث في تفسير وتحليل ظاهرة الانتحار يهتم بدراسة العوامل لا الأسباب.

وفي دراسة أجراها لارج (Large, 2011) هدفت إلى معرفة الدلائل التي تشير إلى الانتحار. وتكونت عينة الدراسة من (١٣٠) مراهقاً ومراهقة، طبق على العينة مقياس الانتحار، وأشارت النتائج إلى أن معظم حالات الانتحار تنسم باضطراب العلاقات الاجتماعية الزوجية أو ما قبل الزواج، حيث بلغت نسبة حالات الانتحار للأزواج (٣٤%) وحالات الانتحار قبل الزواج إلى (٦٥%). حيث أشارت الدراسة كذلك أن الأفراد الذين حاولوا الانتحار ذكروا أن الخلافات مع الرفاق والأزواج كانت السبب الرئيسي في الانتحار.

في دراسة أجراها لارسن (Larsen, 2008) هدفت إلى استخدام أسلوب العلاج بالمحاورة والنقاش، مقابل استخدام العلاج بالعقاقير، على عينة من الأفراد لديهم اضطرابات شخصية واكتئابية، ومحاولات انتحارية، وأشارت النتائج إلى أن الأفراد الذين تلقوا علاجاً معرفياً من خلال النقاش والحوار، قد ظهر في سلوكياتهم تحسن، وانخفاض مستوى محاولات الانتحار مقارنة بالأفراد الذين تلقوا علاجاً بالعقاقير، كذلك أشارت النتائج إلى انخفاض في مستوى الاكتئاب لدى أفراد المجموعتين.

وأجرى رينك ودوبورس (Reinecke & Duubois, 2001) دراسة بعنوان مصادر الخطأ المعرفي والبيئي ذات العلاقة باضطرابات المزاج التي تؤدي للانتحار لدى المراهقات. وهدفت الدراسة إلى اختبار أثر كل المصادر والأخطاء المعرفية والبيئية على اضطرابات المزاج، ومحاولات الانتحار على عينة من المراهقات مكونة من (٧٤) حالة، وشملت المقاييس البيئية مقياس ضغوطات الحياة اليومية. وأشارت النتائج إلى أن المقاييس البيئية كانت لها دلالة إحصائية في اضطرابات المزاج والميل للانتحار. أما المقاييس المعرفية فقد جاءت ثانياً، إلا أن المقاييس المعرفية كانت تتوسط العلاقة والرابطة بين كل من الأحداث البيئية واضطرابات المزاج والميل للانتحار، ولم يكن للمقاييس الثلاثة أثر مباشر في مستوى المزاج أو الميل للانتحار وهي: ضغوطات الحياة اليومية والمخططات المعرفية، والأعراض الاكتئابية، وقد أدت هذه الدراسة إلى تنظيم العوامل المتعددة (البيئية والمعرفية) التي تساهم وترتبط بالأخطاء المعرفية والاضطرابات الانفعالية خلال مرحلة المراهقة، الأمر الذي ساهم في دور العوامل المعرفية في تفسير الاضطرابات الانفعالية والتفكير الانتحاري عند المراهقات.

وأجرى كوماس (Comas, 2005) دراسة هدفت إلى معرفة فعالية العلاج العقلاني، والعلاج السلوكي في خفض الاكتئاب ومحاولات الانتحار لدى عينة من المراهقات. أستمر العلاج مدة خمسة أسابيع بمعدل جلسة واحدة كل أسبوع ولمدة ساعة ونصف لكل جلسة، وتكونت عينة الدراسة من (٢٦) مراهقة. وتم توزيع أفراد العينة على ثلاث مجموعات؛ مجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة، حيث تكونت كل مجموعة من (٨) مراهقات. أظهرت النتائج وجود أثر ذو دلالة إحصائية في خفض مستوى الاكتئاب والمحاولات الانتحارية لدى كل من المجموعتين التجريبيتين، مقارنة مع المجموعة الضابطة.

وأجرى رايبان وتلسن (Rayn & Nielssen, 2011) دراسة هدفت إلى تعديل الأفكار المشوهة لدى مجموعة من المرضى وتكونت عينة الدراسة من (١٢) مريضاً يعانون من أفكار انتحارية وأفكار مشوهة، وتم تعريض الأفراد إلى برنامج معرفي سلوكي، لتعديل الأفراد الانتحارية المشوهة، واستمر البرنامج مدة (٢٠)

أسبوعاً بمعدل جلسة أسبوعياً، وأشارت النتائج إلى تحسن دال لدى خمسة من أفراد العينة، مقارنة بأفراد العينة الباقين.

وكذلك هدفت دراسة دافيز وبوستر (Davis & Boster, 2007) إلى التعرف على أثر برنامج معرفي - سلوكي في خفض اضطرابات السلوك والتفكير الانتحاري لدى مجموعة من المراهقات، وأوضحت النتائج فعالية هذا البرنامج في خفض الاضطرابات السلوكية وخفض التفكير الانتحاري، وذلك من خلال تغيير أفكارهن المشوهة والخاطئة، وبالتالي تغيير انفعالاتهن ومشاعرهن.

ويشير بيرنز (Burns, 1990) إلى مجموعة من الطلبة الذين يعانون من حالات اكتئابية ومحاولات انتحارية، وقد تم استخدام أسلوب العلاج المعرفي - السلوكي لمدة (١٢) أسبوعاً، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين، الأولى تلقت علاجاً معرفياً، والمجموعة الثانية لم تتلق أي علاج، وأشارت النتائج إلى تحسن (١٥) من أفراد المجموعة الأولى من خلال انخفاض مستوى الاكتئاب والمحاولات الانتحارية لديهم.

الطريقة والإجراءات:

مجتمع الدراسة والعينة:

تألف مجتمع الدراسة من جميع طالبات الصف الحادي عشر للإناث. والبالغ عددهن (١٣٥) طالبه، وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) طالبه ممن حصلن على درجات مرتفعة على مقياس التفكير الانتحاري، وتم تقسيمهن إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية مكونة من (١٥) طالبة خضعن لبرنامج علاجي معرفي - سلوكي بمعدل لقاء واحد في الأسبوع لمدة (٨) أسابيع، مدة كل جلسة ساعة واحدة، ومجموعة ضابطة تكونت من (١٥) طالبة لم يخضعن للبرنامج العلاجي.

أداتا الدراسة:

قامت الباحثة بتطوير مقياس التفكير الانتحاري استناداً إلى الأدب النظري والإطلاع على مقاييس متنوعة، مثل مقياس التفكير المأساوي. Thinking tragedy من إعداد (NSW Mantel Health, 2008) ومقياس Assessment

(2010) of Suicide risk وتكون مقياس التفكير الانتحاري من ثلاثة أبعاد، البعد النفسي، والبعد المعرفي، والبعد السلوكي، ثم قامت الباحثة بإعداد المقياس وعرضته على مجموعة من المحكمين المختصين والأطباء النفسيين والمرشدين وبلغ عددهم (٢٠) محكماً حيث تكون المقياس بصورته النهائية بعد التحكيم من (٣٥) فقرة صيغت كل فقرة على شكل عبارة يتبعها سلم مكون من ثلاث احتمالات نعم (٣) درجات)، أحياناً (درجتان)، لا (درجة واحدة)، حيث تتراوح الدرجة الكلية للمقياس من (٣٥-١٠٥) درجة حيث تمثل الدرجة المنخفضة مستوى منخفض من التفكير الانتحاري، والأساس الذي اعتمدت عليه الباحثة في اعتبار الدرجة المرتفعة والمنخفضة هو تحديد درجة القطع من خلال استشارة مختصين في القياس النفسي والتربوي. وقامت الباحثة باستخراج دلالات الثبات للمقياس بطريقة إعادة بفارق زمني مدة ثلاثة أسابيع بين مرتي التطبيق، وجدول (١) يوضح معاملات الثبات، وذلك من خلال تطبيقها على (٣٠) طالبه من خارج عينة الدراسة. حيث بلغت قيمة الثبات (٨٦.٢) وهي قيمة تعتبر مقبولة لأغراض الدراسة الحالية.

جدول (١)

معامل ثبات إعادة للأبعاد وللأداة ككل

ثبات إعادة	البعد
٨٣	البعد السلوكي
٨٥	البعد المعرفي
٨٤	البعد النفسي
٨٦.٢	الكلي

البرنامج العلاجي:

قامت الباحثة بإعداد البرنامج العلاجي استناداً إلى الأدب النظري والدراسات السابقة والاطلاع على البرامج العلاجية المختلفة، وتم عرض البرنامج على مجموعة من المحكمين المختصين، وتكون البرنامج بصورته النهائية من (٨) جلسات مدة كل جلسة (٦٠) دقيقة، تم تدريب أفراد المجموعة التجريبية عليها وهي كما يأتي:

- الجلسة الأولى: تناولت التعارف بين الباحثة والطالبات، وتم التركيز على أسلوب التفكير الإيجابي، السلبي، المشوه.

- الجلسة الثانية: تم التركيز على الجانب الوقائي من خلال التعرف على أنماط التفكير لدى الطالبات، وخصائصهن الإيجابية، والتواصل الاجتماعي.
- الجلسة الثالثة: التعرف على ماهية التفكير السلبي، مسبباته، أنواعه، كيفية التعامل معه، ودرجة خطورته على الطالبات. واستخدم أسلوب الواجبات المنزلية، ولعب الدور.
- الجلسة الرابعة: توضيح مدى ارتباط التفكير المشوه والتفكير السلبي بالانتحار وعلاقته باليأس وفقدان الأمل في الحياة، والمشكلات الدراسية والاجتماعية والأسرية واستخدام أسلوب المناقشة.
- الجلسة الخامسة: التعرف على نوعية أفكار الطالبات ومساعدتهن على مراقبة أفكارهن وتدريبهن على استخدام أسلوب التحليل الموجه.
- الجلسة السادسة: توضيح المشكلات المرتبطة بالتفكير الانتحاري، كالمشكلات الأسرية، المشكلات الدراسية، المشكلات مع الرفاق، المشكلات العاطفية، وتدريب الطالبات على أساليب معرفية لمواجهة التفكير الانتحاري مثل أسلوب إيقاف التفكير وإعطاء تعليمات ذاتية.
- الجلسة السابعة: تدريب الطالبات على استخدام أساليب التدرج في التعرف على المشاعر والانفعالات وحدتها، وتدريبهن كذلك على أسلوب التداعي الموجه، وأسلوب العزو كأساليب معرفية.
- الجلسة الثامنة: تدريب الطالبات على أساليب سلوكية لخفض التفكير الانتحاري مثل برمجة الأنشطة، والتدريب على توكيد الذات، والتدريب على الاسترخاء، والقراءة.

تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية:

اعتمدت الباحثة في الدراسة، التصميم شبه التجريبي، بحيث تم تطبيق مقياس التفكير الانتحاري كقياس قبلي على جميع عينة الدراسة، وتطبيق البرنامج العلاجي على أفراد المجموعة التجريبية فقط، وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج

العلاجي، تم تطبيق مقياس التفكير الانتحاري كقياس بعدي على جميع أفراد الدراسة مرة أخرى.

وبذلك فإن التصميم شبه التجريبي الذي استخدمته الباحثة في هذه الدراسة هو:

المجموعة التجريبية:

قياس قبلي - برنامج علاجي - قياس بعدي.

المجموعة الضابطة:

قياس قبلي - لا معالجة - قياس بعدي

وقد تم استخدام الأساليب الإحصائية لاستخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية ثم أسلوب تحليل التباين المشترك MANCOVA، لمعرفة أثر لمعالجة التجريبية من خلال المقارنة بين المجموعتين التجريبية والضابطة.

وفيما يلي تحديد متغيرات الدراسة: المتغير المستقل: البرنامج العلاجي. المتغير التابع: التفكير الانتحاري.

النتائج:

هدفت الدراسة معرفة أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض التفكير الانتحاري لدى المراهقات. وأشارت النتائج المتعلقة بفرضية الدراسة والتي نصت على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha=0.05$) بين متوسطات درجات المراهقات للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التفكير الانتحاري وأبعاده الفرعية تعزى للبرنامج.

ولفحص هذه الفرضية حسب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية القبلي والبعدي الخام والمتوسطة الحسابية البعدية المعدلة والأخطاء المعيارية لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة، ويبين جدول (٢) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس التفكير الانتحاري على القياس القبلي والبعدي.

جدول (٢)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية القبلية والبعديّة
والمتوسطات الحسابية البعديّة والأخطاء المعيارية للمجموعتين التجريبيّة
والضابطة لمقياس التفكير الانتحاري للدرجة الكلية والأبعاد الثلاثة السلوكي
والمعرفي والنفسي

البعدي معدل	البعدي		القبلي		المجموعة		
	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي			الانحراف المعياري
١,١٥	٢٩,٢٥	٦,٣	٢٨,٥	٣	٤٥,٢	التجريبية	التفكير الانتحاري
١,١٥	٤٤,٨٢	٧,٩	٤٥,٧	٤,٦	٤٨,٢	الضابطة	
١,٠٤	١٣,٩٤	٢,٩	١٤,٢	٣,٨	١٣,٥	التجريبية	السلوكي
١,٠٤	١٤,٧١	١,٩	١٤,٣	٣,٣	١٤,٨	الضابطة	
٠,٨٧	٣,٦٨	٢,٣	٤,٣	٣,٥	١٧	التجريبية	المعرفي
٠,٨٧	١٧,٥٩	٢,٩	١٦,١	٢,٥	١٧,٨	الضابطة	
٠,٨٤	١٠,٤٧	٣,٦	١٠,٢٦	٥,٦	١٤,٨		النفسي
٠,٨٤	١٤,٥٣	٢,٣	١٥,٣	٣	١٥,٥		

يتبين من جدول (٢) أن المتوسط الحسابي القبلي للمجموعة التجريبية للدرجة الكلية هو (٤٥,٢) والمتوسط الحسابي البعدي للدرجة الكلية هو (٢٨,٥)، وأن المتوسط الحسابي القبلي للمجموعة الضابطة للدرجة الكلية هو (٤٨,١) والمتوسط الحسابي البعدي هو (٤٥,٧)، أما بالنسبة إلى الأبعاد الفرعية، فيتبين من جدول أن المتوسط القبلي للمجموعة التجريبية للبعد الأول السلوكي هو (١٣,٥) والمتوسط الحسابي البعدي هو (١٤,١)، وأن المتوسط الحسابي القبلي للمجموعة الضابطة

للبعد الأول السلوكي هو (١٤,٨) والمتوسط الحسابي البعدي للبعد السلوكي هو (١٤,٣).

أما البعد الثاني، المعرفي، فقد بلغ المتوسط الحسابي القبلي للمجموعة التجريبية (١٧) والمتوسط الحسابي البعدي و(٤,٣)، في حين أن المتوسط الحسابي القبلي للمجموعة الضابطة هو (١٧,٨) والمتوسط الحسابي البعدي هو (١٦,١). أما البعد الثالث النفسي، فإن المتوسط الحسابي القبلي للمجموعة التجريبية هو (١٤,٨) والمتوسط الحسابي البعدي هو (١٠,٢)، في حين أن المتوسط الحسابي القبلي للمجموعة الضابطة هو (١٥,٥) والمتوسط الحسابي البعدي هو (١٥,٣).

وللتحقق من أن الاختلاف بين المتوسطات إذا كان دال إحصائياً أم لا تم استخدام تحليل التباين المصاحب المتعدد (MANCOVA)، وجدولان رقم (٣-٤) يوضحان نتائج تحليل التباين المصاحب المتعدد.

جدول (٣)

نتائج تحليل التباين المصاحب المتعدد للمجموعتين التجريبية والضابطة

مستوى الدلالة	قيمة ف	قيمة و لكس لامبدا	
٠,٠٠٠	٣١,٣٠	٠,١٦	القبلي
*٠,٠٠٠	٣٧,٦٤	٠,١٤	المجموعة

يتبين من جدول (٣) أن تحليل التباين المصاحب المتعدد أظهر وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في درجات مقياس التفكير الانتحاري بشكل عام، فقد بلغت قيمة ف ٣٧,٦٤.

ولفحص أثر البرنامج العلاجي في الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية للمقياس حسبت نتائج تحليل التباين المصاحب الأحادي والمستخرج من نتائج تحليل التباين المصاحب المتعدد، وجدول (٤) يبين النتائج.

جدول (٤)

تحليل نتائج التباين المصاحب المتعدد للفروق بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة لمقياس التفكير الانتحاري بدرجته الكلية والأبعاد الفرعية الثلاثة، السلوكي والمعرفي والنفسي

المتغير المصاحب	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	٢٠٣,٨٤٣	١	٢٠٣,٨٤	٣٠,١٣	*٠,٠٠٠
السلوكي	١,١٥	١	١,١٥	٠,١٩	٠,٦٦٥
المعرفي	٥٢٥,٢٨	١	٥٢٥,٢٨	١١٣,٥٠	*٠,٠٠٠
النفسي	٧٨,١١	١	٧٨,١١	٩,٨١	*٠,٠٠٤
الدرجة الكلية	١٣٧,١٣	٢٧	٥,٠٨		
السلوكي	١٦١,٣٧	٢٧	٥,٩٨		
المعرفي	١٢٤,٦٩	٢٧	٤,٦٣		
النفسي	٢٣٩,٨٨	٢٧	٨,٨٨		
الدرجة الكلية	٦٨٨٤,٩٧	٢٩			
السلوكي	١٦٨,١٧	٢٩			
المعرفي	١٤٠٦,٩٧	٢٩			
النفسي	٤١٥,٥٠	٢٩			

يتبين من جدول (٤) أن الفروق بين المتوسطات لمقياس السلوك الانتحاري (الدرجة الكلية) بلغت مستوى الدلالة الإحصائية، حيث بلغت قيمة الإحصائي (ف) (٤٠,١٣)، وهي دالة عند مستوى أقل من $(\alpha=0.05)$ ، وبالرجوع إلى جدول المتوسطات الحسابية (٢)، يلاحظ من المتوسطات البعدية المعدلة أن الفروق كانت لصالح المراهقات اللواتي تلقين برنامجاً علاجياً لخفض مستوى التفكير الانتحاري، حيث انخفض مستوى التفكير الانتحاري لديهن بشكل دال إحصائياً، فقد بلغ المتوسط

الحسابي المعدل للدرجة الكلية للقياس في المجموعة التجريبية (٢٩,٢٥)، في حين بلغ في المجموعة الضابطة (١٤,٧٣).

كذلك يتبين من جدول (٤) أن الفروق بين المتوسطات للمقياس (البعد الأول، السلوكي) لم تبلغ مستوى الدلالة الإحصائية، حيث بلغت قيمة الإحصائي (ف) (٠,١٩)، وهي ليست دالة عند مستوى أقل ($\alpha=0.05$)، فقد بلغ المتوسط الحسابي المعدل للدرجة لهذا البعد في المجموعة التجريبية (١٣,٩٤)، وبلغ في المجموع الضابطة (١٤,٧٤).

كذلك يتبين من جدول (٤) أن الفروق بين المتوسطات للمقياس (البعد الثاني، المعرفي) بلغت مستوى الدلالة الإحصائية، حيث بلغت قيمة الإحصائي (ف) (١١٣,٥٠)، وهي ليس دالة عند مستوى أقل ($\alpha=0.05$)، فقد بلغ المتوسط الحسابي المعدل للدرجة لهذا البعد في المجموعة التجريبية (٣,٦٨)، في حين بلغ في المجموع الضابطة (١٧,٥٩).

كذلك يتبين من جدول (٤) أن الفروق بين المتوسطات للمقياس (البعد الثالث، النفسي) بلغت مستوى الدلالة الإحصائية، حيث بلغت قيمة الإحصائي (ف) (٩,٨١)، وهي دالة عند مستوى أقل ($\alpha=0.05$)، وبالرجوع إلى جدول المتوسطات الحسابية، يلاحظ أن الفروق كانت لصالح المراهقات اللواتي تلقين برنامجا علاجيا حيث انخفض التفكير الانتحاري لديهن على البعد الثالث النفسي بشكل دال إحصائياً، فقد بلغ المتوسط الحسابي المعدل للدرجة لهذا البعد في المجموعة التجريبية (١٠,٤٧)، في حين بلغ في المجموع الضابطة (١٤,٥٣).

المناقشة:

نصت فرضية الدراسة على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha=0.05$) بين متوسطات درجات المراهقات للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التفكير الانتحاري وابعاده الفرعية تعزى إلى البرنامج.

فقد أظهر تحليل التباين المشترك أن الفروق في المتوسطات بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بلغ مستوى الدلالة الإحصائية، فقد أظهر أفراد

المجموعة التجريبية انخفاضاً في مستوى التفكير الانتحاري بين القياس القبلي والقياس البعدي مقارنة بالمجموعة الضابطة ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى الاستراتيجيات والمهارات التي استخدمها البرنامج العلاجي الذي امتد على مدى ثماني جلسات، مدة كل جلسة (٦٠) دقيقة، استخدمت فيها أساليب مثل المناقشة، والواجبات المنزلية، ولعب الدور، وكيفية التعامل مع التفكير الانتحاري. وهذه الأساليب قد أسهمت في مساعدة المراهقات على التقليل من التفكير الانتحاري، حيث كانت الباحثة تقوم في كل جلسة بشرح المهارة للمراهقات ومناقشتها، وتعزز الأفكار الإيجابية وتفند الأفكار السلبية، وكانت الباحثة تركز في البداية على الجانب المعرفي، ثم بعد أن تقتنع أفراد المجموعة بالمهارة من خلال المناقشة، تبدأ بعرض المهارة سلوكياً أمام المراهقات، ثم تطلب من اثنتين من المراهقات بالقيام بعمل المهارة، وتقسّم بعد ذلك المراهقات إلى مجموعات صغيرة للتدريب سلوكياً على المهارة، وهذا هو الجانب السلوكي، الذي ركزت عليه الباحثة مما أدى إلى خفض التفكير الانتحاري عند معظم أفراد المجموعة على معظم الأبعاد. وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة لارج (Larg, 2011) ودراسة (وازي، ٢٠١٠) ودراسة لارسين (Larsen, 2008) فقد أشارت نتائج هذه الدراسات إلى اثر التفكير الانتحاري على سلوك المراهقات.

أما فيما يتعلق بالبعد الأول (السلوكي): أظهرت نتائج تحليل التباين المصاحب المشترك، أن الفروق بين المتوسطات للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لم تبلغ مستوى الدلالة الإحصائية، كما أشارت إليه متوسطات القياسات القبليّة والبعديّة لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة، ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن تحويل التفكير إلى سلوك يحتاج إلى فترة زمنية، وإلى عوامل بيئية مساعدة كالمشكلات الأسرية، والمشكلات مع الرفاق وال فشل الدراسي. لذلك تحتاج الباحثة إلى تدريبات مستمرة ومكثفة، وإلى فترة زمنية أطول من فترة البرنامج العلاجي، فالتدريب على المهارات يحتاج إلى تدريبات يومية مكررة، حتى يستطيع الفرد مواجهة المشكلات والتعامل معها ومواجهتها بدل اللجوء إلى السلوك الانتحاري.

أما فيما يتعلق بالبعد الثاني (المعرفي): أظهرت نتائج تحليل التباين المصاحب المتعدد أن الفروق بين المتوسطات للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، بلغت مستوى الدلالة الإحصائية كما أشارت إليها القياسات القبلية والبعديّة لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة. أما فيما يتعلق بالبعد الثالث (النفسي): أظهرت نتائج تحليل التباين المصاحب المتعدد أن الفروق بين المتوسطات للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، بلغت مستوى الدلالة الإحصائية كما أشارت إليها القياسات القبلية والبعديّة لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

ويمكن عزو تلك النتيجة بأن البرنامج العلاجي قد ركز على التدريبات المعرفية السلوكية، كذلك كان اجتماع ومناقشة المراهقات مع بعضهن بعضاً في مجموعة واحدة حول مشكلتهن، وتدريبهن على كيفية التعامل مع هذه المشكلات قد أدى إلى انخفاض مستوى التفكير الانتحاري لديهن. حيث تضمن البرنامج مهارات شاملة تغطي جوانب ضعف كبيرة لدى المراهقات. فهذه التدريبات تتضمن تنظيم الأساليب المعرفية الفكرية والسلوكية لدى المراهقات، في التعامل مع المشكلة ضمن خطوات متسلسلة، وتدريب المراهقات على كيفية رؤية المشكلة، وتحديد المشاعر، والرغبة في التغيير. إن تزويد المراهقات بمثل هذه المهارات بالإضافة إلى نمذجة كل خطوة من الخطوات داخل الجلسة الإرشادية، ثم دعمها بواجب بيئي. أدى إلى خفض مستوى التفكير الانتحاري. إن دور البرنامج العلاجي للمجموعة التجريبية التي تعرضت للتدريب قد كان أحد العوامل المساعدة في النتيجة التي تم توصل إليها الباحثة إليها. فالبرنامج العلاجي يمتاز بأنه يضم مجموعة من المراهقات يعانين من المشكلة نفسها، فوجودهن ضمن جو دافئ وآمن وودي، يسهل بالتالي عملية الاتصال بينهن والاستماع إلى معاناة كل منهن، حيث يعمل ذلك على زيادة الوعي بالمشكلة. وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة كوماس، (Comas, 2005) ودراسة دافيز وبوستر (Davis & Boster, 2007)، ودراسة بيرنز (Burns, 1990)، التي أشارت نتائجها إلى فاعلية البرامج العلاجية التي تستخدم التدريبات في خفض التفكير الانتحاري.

المراجع:

- الداھري، صالح (٢٠١٢). سيكولوجية المراهقة ومشكلاتها، عمان، مؤسسة الوراق للنشر.
- الدباغ، فخري (١٩٨٦). الموت اختياراً، دراسة نفسية اجتماعية لظاهرة قتل النفس، بيروت.
- الرشود، عبدالله بن سعد (٢٠٠٦). ظاهرة الانتحار، التشخيص والعلاج، جامعة نايف العربية الأمنية، مركز الدراسات والبحوث، الرياض، السعودية.
- الزراد، فيصل (٢٠٠١). الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية، لبنان.
- عبد الرحمن، محمد (٢٠٠٠). علم الأمراض النفسية والعقلية، القاهرة، در قباء للنشر.
- كمال، علي (٢٠٠٦). النفس، انفعالاتها وأمراضها وعلاجها، بغداد، دار واسط للنشر.
- منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٩). نشرة سنوية.
- هرمز، صباح وإبراهيم، يوسف (٢٠٠٣). علم النفس التكويني (الطفولة والمراهقة). الموصل.
- وازي، طاوس (٢٠١٠). ظاهرة الانتحار بين التفسير الاجتماعي والتشخيص النفسي، مجلة دراسات نفسية وتربوية. منبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية. عدد ٨، جامعة قاصدي مرياح - ورقلة - الجزائر.
- Barlow, & Durand., (2009). *Abnormal Psychology*. Pacific Cove/ Cole.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy, Basics and Beyond*. The Guilford Press, New York. NY.
- Burns, D. (1990). *Feeling Good: The New Mood Therapy*, New Yor;, American Library.
- Comas D. (2005). *Effects of Cognitive and Behavioral Group Treatment on the Depressive*

- Symptomatology of Puerto Rican Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, (6). 627-632.
- Davis, D. & Boster, H. (2007). Cognitive Behavioral Expressive Interventions with Aggressive and Resistant Youths, *Child Welfare*, 71, 6, 557-573.
 - Fitzgerald, H. (2009). *Developmental Psychology: Adolescents & Young Adults*. Homework, the Dorsey Press.
 - Freeman, A. (2001). *Cognitive Behavioral Strategies in Crisis Intervention*, The Guilford Press. New York. N.Y.
 - Horrocks, S. (2007). *The Psychology of Adolescent Behavior and Development* Boston Houghton Mifflin.
 - Husain, s. Vandiver, T. (2008). *Suicide in Children and Adolescents*, MTP Press Limited.
 - Larg, M. (2010). Evidence for Improvement in Accuracy of Suicide Risk Assessment, *Journal of Nervous and Mental Disease*, No. 198. PP. (604-610).
 - Larsen, J. (2008). Cognitive Behavioral Group Therapy with Adolescents: A Cooperative Approach. *Journal of Offender Counseling, Services and Rehabilitation*. 16. 2, 47-64.
 - Muro, J. (2001). *Guidance and Counseling in the Elementary and Middle Schools*, Brown and Benchmark. Inc.
 - Neubeck, J (1999). *Social Problems*, Third Edition, McGraw-Hill, Inc.
 - Parsons, R. (2008). Student Suicide; The Counselor Postvention Role. *Elementary School Guidance and Counseling*. Vol. 31 (1) pp. 77-81.
 - Rayn, H. and Nelssen, A. (2011). A Cognitive Approach to Measuring and Modifying Suicide

- Thinking. Behavior Research and Therapy, 32. 3, 355-367.
- Reinecke, M. and DuBois, D. (2001). Socio- Environmental and Cognitive Risk and Rosources: Relatons to Mood and Suicidality Among Inpatien Adolescents. Journal of Cognitive Psychotherapy: an International Quarterly, 15, (3). 244.
 - Smith, M.A. (2006). Differences Among Adolescent, Young Adult, and Adult Callers of Suicide Help Lines. Social Work, Vol. 38 (4) pp. 421-429.

