



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة المسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

رقم:/2014

القلق و تقدير الذات لدى النساء

المصابات بالعقم

دراسة ميدانية في المجتمع المفتوح بمدينة المسيلة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الليسانس في علم النفس/ علوم التربية .

تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة:

إعداد الطالبة:

جميلة عزوق

- صبيرة خوجة

السنة الجامعية: 2013/2014

قائمة المحتويات

	تشكر
أ	مقدمة
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
5	1- تحديد إشكالية الدراسة .
8	2 - أهمية الدراسة .
8	3 - أهداف الدراسة .
9	4 - الدراسات السابقة .
19	5 - فرضيات الدراسة .
20	6 - التعريفات الإجرائية لمفاهيم الدراسة .
الفصل الثاني : الإطار النظري لمتغيرات الدراسة.	
أولاً : القلق .	
22	تمهيد.
23	1 - تعريف القلق .
24	2 - أنواع القلق .
25	3 - التناولات النظرية في تفسير القلق.
26	4 - أسباب القلق.
27	5 - أعراض القلق.
28	6 - تشخيص القلق.
30	7-علاج القلق.
32	8- قياس القلق حالة وسمة.
33	خلاصة.
ثانياً: تقدير الذات	
35	تمهيد.
36	1 - تعريف الذات و بعض المفاهيم المرتبطة بها .
37	2 - مراحل نمو الذات.

40	3 - تقدير الذات
40	3-1- تعريف تقدير الذات
41	2-2- العوامل المؤثرة في تقدير الذات.
42	3-3- نظريات تقدير الذات
45	3-4- الحاجة إلى تقدير الذات.
46	3-5- مستويات تقدير الذات
46	3-6- صفات ذوي تقدير الذات المرتفع و المنخفض
48	3-7- آثار تدني تقدير الذات
48	3-8- قياس تقدير الذات .
50	خلاصة.
	ثالثا: العقم
52	تمهيد
53	1 - تعريف العقم .
53	2 - أنواع العقم
54	3 - أسباب العقم .
55	4 - تشخيص العقم .
56	5 - علاج العقم .
58	6 - دلالات الأطفال بالنسبة للوالدين .
61	خلاصة .
	الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة.
63	تمهيد.
64	1- الدراسة الاستطلاعية.
64	2- الدراسة الأساسية.
64	2-1- مجالات الدراسة.
64	2-3- المنهج المستخدم.

64	4-2- مجتمع الدراسة.
65	5-2- عينة الدراسة.
68	6-2- أدوات البحث.
71	أساليب المعالجة الإحصائية
الفصل الرابع: عرض وتفسير نتائج الدراسة	
73	تمهيد.
73	1- عرض و تفسير النتائج في ضوء الفرضيات.
73	1-1- عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الأولى.
73	1-2- عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثانية.
74	1-3- عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة.
75	1 - 4 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة
75	1 - 5 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الخامسة
77	1 - 6 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية السادسة
78	1 - 7 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية السابعة
79	1 - 8 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثامنة
79	1 - 9 - عرض النتائج الخاصة بالفرضية التاسعة
80	1 - 10 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية العاشرة
81	1 - 11 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الحادية عشر
82	1 - 12 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثانية عشر
82	2- تفسير النتائج في ضوء الدراسات السابقة.
86	3- استنتاج عام.
87	4- التوصيات.
الملاحق.	
قائمة المراجع.	

مقدمة :

قال رسول الله ﷺ " إياكن و كُفَرَ الْمُنْعَمِينَ ! قلت يا رسول الله و ما كُفَرَ الْمُنْعَمِينَ ؟ قال : لعل إحدانك تطول أيمتها من أبويها ، ثم يرزقها الله زوجا ، ويرزقها منه الولد فتغضب الغضبة فتقول: ما رأيت منك خيرا قط " (الألباني ، 1995 ، 466)

فلا أحد يجهل ما للزواج من فوائد تنعكس على الصحة النفسية ﴿ومن آياته أن خلق لكم من أنفسكم أزواجا لتسكنوا إليها﴾ (الروم الآية 21) وكذلك الصحة العقلية والجسدية (عبدالله إبراهيم ، 1995 ، 20) . إلا أنه من بين كل تلك الفوائد كلها خص ﷺ بالذكر نعمة الولد ، لما لها من أهمية ورمزية دلالية. فالبنات منذ أن تعي وهي تستشرف دور الأمومة بدءا من لعبتها إلى أن تحقق ذلك على أرض الواقع ؛ وكثيرات هن النسوة اللاتي هدفهن الأول من الزواج هو الأولاد . فنجدها تتفق مع زوجها على عدد الأطفال ، تسميتهم ، طريقة تربيتهم ... الخ قبل الزواج وهذا ما يشعرهما بخيبة الأمل بعد الزواج إذا طالت مدة عدم الإنجاب ، مما قد يعرضها لما يسمى بصدمة العقم STERILITY TRAUMA و تحدث حين تتأكد المرأة من استحالة الحمل فتلجأ إلى " الإنكار " كحيلة نفسية دفاعية فتدعى أنها لا تفكر إطلاقا في موضوع الحمل ولا تتأثر به ، وأن معاناتها الجسدية الحالية ليست لها أي علاقة بهذا الموضوع ، وهؤلاء النسوة غالبا ما تظهر عليهن أعراض نفسجسدية سببها محاولة إخفاء المشاعر السلبية الناتجة عن العقم فتظهر هذه المشاعر المكبوتة في صورة اضطرابات جسدية فنراها تكثر من التردد على الأطباء ، و تجد راحة في ذلك لكي تنشغل عن المشكلة الأساسية التي لا تتحمل مواجهتها ، أو تثير اهتمام الزوج والأهل فتخف بذلك مشاعر النبذ والإهمال التي تشعر بها " فإن المرأة في المجتمع الجزائري كلما كان لها أطفالا خاصة الذكور كلما اكتسبت مكانة مميزة كامرأة مسموعة ، قادرة على أخذ القرارات ، لأنه عندما تصبح الزوجة أمّا تعرف مراعاة خاصة من طرف زوجها وعائلته . فإن لم يكن لها ذلك فإنها تشعر بالدونية والفشل وبفقد الثقة في هويتها كأنثى لأنها غير

قادرة على أداء مهمتها في الإنجاب وغير قادرة على أن تلبي نداء فطرتها . الذي نادى به زكريا ﷺ ﴿ رب لا تدني فردا ﴾ (الأنبياء الآية 89) إن كان هذا شعور المتصلين بالله ، فإن الأمر يكون أعظم عند المرأة فتصبح شديدة الحساسية تجاه أي كلمة أو إشارة إلى موضوع الإنجاب. و عليها مواجهة نظرات الشفقة من محبيها ونظرات الشماتة والاحتقار من كارهيها، وتسمع في كل يوم تعليقات جارحة لكيانها الأنثوي، ويزداد عندها الشعور الدائم بالقلق وعدم الأمان و الخوف من أن يتزوج زوجها معلنا بذلك فشلها كأنثى ونبذها من دائرة عواطفه واهتمام، و قد تتولد لديها غيرة شديدة من النساء الأخريات اللاتي ينجبن.

ومن أجل المزيد من الخوض في هذا البحث سنعالج مدى تأثير العقم على الصحة النفسية للمرأة من خلال ظهور القلق لديها، و علاقة التأثير والتأثر بينه و بين تقدير الذات . ولبلوغ ذلك فقد جاءت هذه الدراسة في عدة فصول ؛ احتوى فصلها الأول الخاص بالإطار العام للدراسة على تحديد الاشكالية ،أهمية و أهداف الدراسة ثم عرض للدراسات ذات العلاقة مع تحديد للتعريفات الاجرائية لمتغيرات الدراسة وفي الأخير تم طرح الفرضيات، ليكون الفصل الثاني مخصص للإطار النظري لمتغيرات الدراسة ، والذي احتوى على ثلاث أجزاء حيث شمل الجزء الأول على

التعريف بمفهوم القلق، أنواعه ، تشخيصه ، مختلف ، التناولات النظرية في تفسيره ، أسبابه ، أعراضه ،الطرق العلاجية له و أخيرا قياسه .

أما الجزء الثاني فقد تضمن تقدير الذات حيث تناولنا فيه أولا تعريف الذات و بعض المفاهيم المرتبطة بها ، و مراحل نموها . تم عرجنا إلى تقدير الذات ، تعريفه ، العوامل المؤثرة فيه ، نظريات تقدير الذات ، الحاجة إلى تقدير الذات ، مستوياته ، صفات ذوي تقدير الذات المرتفع و المنخفض ، آثار تدني تقدير الذات و ختاماً قياس تقدير الذات .

و تطرقنا في الجزء الثالث إلى التعريف بالعقم، أنواعه ، أسبابه ، تشخيصه ، والطرق العلاجية له ووقفا عند الجانب النفسي للإنجاب وأهميته عند المرأة .

أما الفصل الثالث، فقد تضمن الإجراءات المنهجية للبحث والتي تمثلت في إجراءات الدراسة الاستطلاعية ، ثم الدراسة الأساسية بتحديد مكان إجراء البحث، مجموعة البحث، أدوات البحث، طريقة إجراء البحث، الأساليب الإحصائية المستعملة.

أما الفصل الرابع فقد خصص لعرض و تحليل ومناقشة النتائج المتحصل عليها من خلال التحليلات الإحصائية التي قمنا بها .لنختم بعدها باستنتاج عام و بعض التوصيات.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

- 1 - تحديد إشكالية الدراسة .
- 2 - أهمية الدراسة .
- 3 - أهداف الدراسة .
- 4 - الدراسات السابقة .
- 5 - فرضيات الدراسة .
- 6 - التعريفات الإجرائية لمفاهيم الدراسة .

1 - إشكالية الدراسة

عديدة هي المشاكل والأمراض التي قد تصيب المتزوجين ؛ ولكن ليست كلها لها نفس الأثر على نفسيتهما وحياتهما وعلاقتهما الزوجية بل وحتى على ارتباطهما بأهاليهما وأقربائهما وأهم هذه المشاكل العقم الذي يشكل أزمة 5 حياتية معقدة تشكل ضغطا انفعاليا شديدا، فتشخيصه بحد ذاته له وقع نفسي كبير يشبه ردود الفعل الناتجة عن موت أحد الأقرباء وغير ذلك من تجارب فقدان، الذي يتميز عادة بالشعور بالصدمة والمفاجأة والذهول وإنكار التشخيص وعدم تصديقه، إضافة إلى الانزعاج والغضب والميل إلى الانطواء والوحدة وظهور مشاعر الذنب والحزن ثم تلي ذلك مرحلة التقبل والتسليم والرضا بما حدث ؛ إلا أنه يترك جرحا نفسيا قد يؤدي إلى اضطراب العلاقة الزوجية، فقد وصلت نسبة الذين تتوتر علاقاتهم إلى 37% من مراجعي عيادات العقم في الدول الغربية (هزاع، 2000، 32) . على الرغم من أن هذا المرض هو كسائر الأمراض الكثيرة الأخرى يصاب به كثير من الأفراد ، وقد شفي منه عدد غير قليل منهم فهو من المشكلات الطبية الشائعة في جميع المجتمعات، ويحتاج زوج واحد من كل ستة أزواج إلى مراجعة أخصائي العقم خلال فترة الزواج . و تقدر نسبة انتشار العقم بحوالي 10-15% من مجموع المتزوجين (نفس المرجع، 17) أما في الجزائر فقد وصلت نسبة العقم إلى 10% خلال عام 2007 (الجمعية الجزائرية للتنظيم العائلي، 2007). وتتعدد الأسباب التي تؤدي إلى ذلك عند المرأة أكثر منها عند الرجل، فالدراسات والأبحاث التي تناولت هذا المرض أشارت إلى أن المرأة مسؤولة عن 50% منه في حين نجد الرجل مسؤول عن 40% من الحالات، لتبقى نسبة 10% من مسؤولية الزوجين معا (محمود أبو عبد الرب، 2006، 7). وتدل الإحصاءات على أن حوالي 30% من الحالات يحدث فيها الحمل والإنجاب خلال السنوات الثلاث الأولى بعد تشخيص العقم الذي يتطلب مرور عام كامل على العلاقة الطبيعية للرجل والمرأة (الصواف، 2003، 203) ويقل احتمال الإنجاب كلما طالت فترة العقم، و معها يزداد ضغط المجتمع وقيمه العامة خاصة على المرأة فينظر سلبيا إلى فشلها في إنجاب الأطفال حيث يعتبر ذلك نوعا من عدم الكفاءة الشخصية، إضافة لاعتبار العقم وصمة سلبية، فالإنجاب و القدرة عليه هو دليل على جدارة الهوية الجنسية، وهي حالة استكمال مقومات الكيان الراشد والعبور إلى التقدير

والاعتراف على المستوى الاجتماعي باكتمال الشخصية (حجازي، 2000، 27). هذه النظرة تؤثر على صورتها عن نفسها بما فيها هويتها، فقد ذكرت " مارغريت ميد " (MARGARET MEED) أن إحساس الفرد بذاته هو نتيجة لسلوك الآخرين نحوه . (فخري، 1983، 43)، وقد توصل " هورتييز " (HOROWHTZ) أن الفرد الذي يدرك أنه غير متقبل من الجماعة التي ينتمي إليها فإنه يقدر نفسه تقديرا منخفضا (رمضان، د، س، 204)، و إذا وقع ذلك فإن الذات تكون في خطر كما ذهب إليه " زيلر " (ZILLER) حيث يرى أن " تقدير الذات يعمل على المحافظة على الذات من الأحداث الإيجابية أو السلبية التي تتعرض لها . " (نفس المرجع، 108)

ونظرا لهذه الأهمية لتقدير الذات فقد أشار إليه العديد من المنظرين في مجال علم النفس بوجه عام، من بينهم "ماسلو MASLOW" الذي صنف تقدير الذات كحاجة أساسية للفرد، فهو يرى أن تقدير الذات المرتفع ضروري لشعور الفرد بالسعادة والنجاح في الحياة، بينما تقدير الذات المنخفض عائقا للتكيف الايجابي في الحياة، واعتراض مثل هذه الحاجة سيولد شعورا بالدونية و الضعف لدى الفرد، والتي ستقود إلى السلوك العصابي، الذي أساسه كما يرى فرويد "FREUD" القلق، فهو وإن كان ضروريا لحياة الإنسان وتكيفه مع ما يعترضه من أخطار في حياته، إلا أنه إذا تعدى حده الطبيعي في الشدة والمدة، أصبح نقطة بداية لاضطرابات نفسية وعقلية . وقد يكون عرضا في إحدى الزمالات المرضية (العصابية)، ويمكن أن يشتد فيصبح مرضا أوليا يشعر فيه الفرد بالحذر وعدم الارتياح، التوتر، الكدر، التهديد والخوف الدائم دون سبب واضح، وتتسم استجابة القلق بالإفراط حيث لا تتناسب مع الموقف أو المثير، لأن مثل هذه المواقف لا تحمل خطرا حقيقيا، إلا من وجهة نظر الفرد نفسه . و لقد صار القلق الآن مظهرا من المظاهر السلبية في الحياة العصرية، ولهذا احتل موقعا مهما في الدراسات النفسية القديمة والحديثة، لما يسببه من ضغوط نفسية وأثارا سلبية على الأفراد في مختلف حياتهم النمائية. (حسين، 1993، 22)

وانطلاقاً من هذا حاولت الدراسة إلقاء الضوء على بعض المشكلات النفسية المرتبطة بالعقم، من خلال الإجابة على تساؤلات الدراسة الآتية :

1 - ما درجة القلق لدى النساء المصابات بالعقم ؟

2 - ما مستوى تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم ؟

3- هل توجد علاقة ارتباطيه بين القلق و تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم ؟

3-1 هل توجد علاقة ارتباطيه بين القلق سمة و تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم؟

3-2 هل توجد علاقة ارتباطيه بين القلق حالة و تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم؟

4 - هل توجد فروق دالة إحصائياً في درجة القلق لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير العمر الحالي؟

5 - هل توجد فروق دالة إحصائياً في درجة القلق لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير العمر عند الزواج؟

6 - هل توجد فروق دالة إحصائياً في درجة القلق لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير مدة الزواج؟

7 - هل توجد فروق دالة إحصائياً في درجة القلق لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير نوعية السكن؟

8 - هل توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير العمر الحالي؟

9 - هل توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير العمر عند الزواج؟

10 - هل توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير مدة الزواج ؟

11 - هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير نوعية السكن؟

2 - أهمية الدراسة : إن كان مرض العقم قد نال اهتماما كبيرا على مستوى الأبحاث الطبية لإيجاد العلاج المناسب له، فإن من المؤكد و أنه لم يحضى بنفس العناية من طرف الهيئات الوصية، أو على مستوى مختلف الدراسات في مجتمعنا، وخير دليل على ذلك عدم وجود أي إحصائية تخص الموضوع على مستوى مدينة المسيلة أو على المستوى الوطني، - الأمر الذي أفرزته عملية البحث في الموضوع - و عليه سنحاول من خلال هذه الدراسة تسليط المزيد من الضوء عليه . وسنخص جانبا مهما بالنسبة للمرأة العقيم ألا وهو الجانب النفسي ؛ مركزين على ركني الصحة النفسية . أولها : القلق الذي وسم به العصر الحاضر، ففي تقرير لمنظمة الصحة العالمية لسنة 2001 أشارت إلى أن القلق يعتبر أشيع الاضطرابات النفسية، فهو يمثل من 30 % إلى 40 % من الاضطرابات العصبية . ولهذا أوصى زلسكي "ZALESKI" في دراسته " السلوك تجاه المستقبل : الأمل و القلق " (ZALESKI , 1993 , 107) بأن تتجه الدراسات المستقبلية إلى تبين دور القلق في واقع الحياة .

ثانيهما : تقدير الذات فقد ذكر روزنر (روزنر، 1999، 6) أن هناك أكثر من 30000 دراسة علمية حول تقدير الذات، مشيرا بذكره هذا الرقم إلى أهمية هذا المبحث . كما تشهد العلاقة بين المتغيرين " القلق و تقدير الذات " اهتماما عالميا متزايدا (Passini W, Haynal A. ,1984 , 97)، نظرا لارتباطهما الشديد بالصحة النفسية عموما، وبصفة خاصة إذا تعلق الأمر بفئة

3 - أهداف الدراسة :

- الكشف عن درجة القلق لدى النساء المصابات بالعقم .
- الكشف عن مستوى تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم .

- الكشف عن العلاقة بين القلق (حالة - سمة) و تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعمم .

- الكشف عن دلالة الفروق في مستوى كلا من القلق و تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعمم تبعا لمتغيرات الدراسة (العمر الحالي، العمر عند الزواج، مدة الزواج، مكان السكن)

4 - الدراسات السابقة : والتي سيتم عرضها الدراسات تبعا لتناولها للمتغيرات ذات العلاقة بالدراسة الحالية.

4 - 1 : دراسات تناولت القلق:

4 - 1 - 1 - دراسة عديلة حسن طاهر تونسي (2002) : " القلق والاكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات في مدينة مكة المكرمة "

هدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين المطلقات وغير المطلقات في متوسط كل من القلق والاكتئاب . وكان منهجها سببي مقارن، وتم تطبيق مقياسي الطائف للقلق والاكتئاب على عينة من 180 من المطلقات وعينة ضابطة من 180 من غير المطلقات في مدينة مكة المكرمة . وقد شملت تساؤلات وفرضيات البحث 13 تساؤلا موزعة على خمسة أبعاد هي الفروق العامة بين المطلقات وغير المطلقات، الفروق بين المطلقات تبعا لمصدر الطلاق، البعد الزمني ومن ذلك عمر المطلقة عند الزواج والعمر الحالي والفترة بعد الطلاق، الظروف الاجتماعية والاقتصادية، الأمومة ورعاية الأبناء . وتحليل البيانات إحصائيا انتهت الدراسة إلى النتائج التالية :

- تعاني مجموعة المطلقات بدرجة أعلى ودالة إحصائيا من القلق والاكتئاب مقارنة بغير المطلقات.

- عدم مشاركتها في القرار عامل من عوامل زيادة القلق والاكتئاب بدرجة دالة.

- للعامل الزمني أهميته فالمتزوجات مبكرا، والمطلقات في سن مبكرة أكثر عرضة للقلق والاكنتاب بدرجة دالة إحصائية، إلا أن اثر الطلاق يمكن أن يخف وبدلالة إحصائية مع طول مدة الطلاق .
- الظروف الاجتماعية وعلى غير المتوقع كانت أقل أهمية، حيث تبين أن مكان الإقامة عنصر غير فاعل، في حين تبين أن للمهنة والدخل الخاص أهميتهما لأثرهما على استقلالية وإشباع حاجات المطلقة .
- العلاقة بالأبناء والمسئولية عنهم غاية في الأهمية فعدد الأبناء أو زيارتهم ليست ذات قيمة، إلا أن الحرمان منهم أيا كان عددهم يرتبط بدرجة أعلى من القلق والاكنتاب، و تبين أن الأمهات العائلات لأبنائهن أقل قلقا وأقل اكنتابا .
- 4- 1- 2 - دراسة إنتصار يوسف الصمادي (2005) : " أثر برنامج إرشادي على مستوى مفهوم الذات ودرجة القلق و الاكنتاب و الضغط النفسي لدى عينة من النساء المجهضات ."
- هدفت الدراسة إلى تحديد أثر برنامج إرشادي في مفهوم الذات ودرجة القلق و الاكنتاب و الضغط النفسي لدى عينة من النساء المجهضات . استخدمت فيها المنهج التجريبي، وكانت عينة الدراسة 803 سيدة أجهضن ولم يتم الحمل بعدها في المستشفى الإسلامي بعمان، قسمن إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية . استخدمت الأدوات التالية : مقياس تنسي لمفهوم الذات، مقياس القلق حالة و القلق سمة، مقياس بيك للاكنتاب ، مقياس الضغط النفسي، وبرنامج الإرشاد الجمعي ؛ وكانت النتائج كالتالي :
- وجود فروق دالة إحصائية على مقاييس : (تنسي لمفهوم الذات، و القلق حالة و القلق سمة، و الضغط النفسي) لصالح المجموعة التجريبية .
- عدم وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين على مقياس الاكنتاب .

4- 1- 3 - دراسة بغيحة إلياس (2006) : " استراتيجيات التعامل مع الضغوط

النفسية "الكوبين" وعلاقتها بمستوى القلق والاكتئاب لدى المعاقين حركيا "

تم تحديد مكان إجراء مستشفى بن عكنون بالإضافة إلى الاتحادية الجزائرية للمعاقين بين عكنون، و جمعية الآمال لمساعدة المعاقين بباب الواد . تم اختيار عينة البحث والتي كان عددها 111 موزعين بين 61 من الذكور و 50 من الإناث على أساس عاملين هما : السن : ما بين 17 و 50 سنة و هذا لدراسة الفروق بين الفئات العمرية و علاقتها باستعمال إستراتيجيات الكوبين و آثارها على مستوى القلق و الاكتئاب، و طبيعة الإعاقة . و قد تم انتقاءهم بصفة عشوائية .

استعملت مجموعة من المقاييس و هي : قائمة أنماط استراتيجيات التعامل مع الضغوط لـ " لازاروس LAZARUS " قائمة حالة القلق لـ " سبيلبرجر SPIELBERGER "، قائمة بيك " BECK " للاكتئاب، قائمة أنماط إستراتيجيات التعامل . توصلت الدراسة إلى :

- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية المتركزة حول الانفعال و مستوى : (حالة القلق، الاكتئاب المرتفع)
- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق و متغيرات : (الجنس، السن، طبيعة النشاط)

- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق و الحالة الاجتماعية

- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الاكتئاب و متغير الجنس

- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الاكتئاب و متغيرات : (السن، الحالة الاجتماعية، طبيعة النشاط المهني) .

4- 1- 4 - دراسة آسيا عطار (2008) : " القلق والتوافق الزوجي لدى المرأة المصابة بالعمم العضوي الأولي "

هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة المشقة التي تجدها النساء المصابات بالعمم العضوي الأولي وتحديد صورة من صور الاضطرابات النفسية التي تلحق بهؤلاء النساء والتي تتمثل في القلق و مدى تفاعله مع التوافق الزوجي. وإلى أي مدى يؤثر العمم على التوافق الزوجي. أنجزت الدراسة في المستشفى الجامعي مصطفى باشا و المستشفى الجامعي نفيسة حمود بحسين داي parnet سابقا ويعتبر الوحيد الذي يوجد به مصلحة خاصة لعلاج العمم . تكونت مجموعة البحث من 100 حالة، 50 حالة من النساء العقيمت و 50 حالة من النساء غير العقيمت، وتم اختيار العينة بطريقة قصدية وذلك بناء على الشروط التالية : (السن يتراوح ما بين 22 و 44 سنة وذلك لتفادي الحالات التي يكون فيها سبب العمم عدم اكتمال تكوين الجهاز وكذا لتفادي سن اليأس، مدة الزواج أكثر من عامين، نوع العمم : عمم عضوي أولي) . متبنية المنهج المقارن و استخدمت مقياس القلق حالة والقلق سمة لسبيلبرجر، و مقياس التوافق الزوجي لغراهام سبانييه T.TEST Graham Spanier، كما استخدمت أسلوب تحليل التباين الثنائي . توصلت الدراسة إلى النتائج التالية : - العمم له علاقة بظهور : (القلق حالة، القلق سمة) لدى المرأة.

- العمم له علاقة باضطراب العلاقة الزوجية ومنه ضعف التوافق الزوجي.
- ضعف التوافق الزوجي لدى المرأة يؤدي إلى شعورها بالقلق .

4 - 2 - دراسات تناولت تقدير الذات:

4 - 2 - 1 - دراسة إيمان محمد فائق علي (2001) : " الاكتئاب والضغط

النفسي وتقدير الذات : دراسة مقارنة بين المصابات بسرطان الثدي و غير المصابات . "هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين المصابات و غير المصابات في كل من العوامل النفسية التالية : الاكتئاب و الضغط النفسي و تقدير الذات، بالإضافة إلى متغير العمر،

وذلك لمعرفة العلاقة بين هذه العوامل النفسية المدروسة و خطر الإصابة بالسرطان . استخدم المنهج السببي المقارن على عينة شملت 64 امرأة، 32 يعانون من سرطان الثدي يتواجدن بمركز الأمل للشفاء بعمان، والنصف الآخر تم اختيارهن من المجتمع لا يعانون من أي نوع من السرطان استخدمت الأدوات التالية : مقياس بيك للاكتئاب، مقياس الضغط النفسي للكبار، مقياس تقدير الذات . وكانت النتائج كالتالي :

- هناك علاقة بين الإصابة بسرطان الثدي وبين كل من : الاكتئاب و الضغط النفسي و تقدير الذات .

- متوسطات أداء المصابات على كل من مقياس الاكتئاب و مقياس الضغط النفسي أعلى من متوسطات أداء غير المصابات .

- متوسط أداء المصابات على مقياس تقدير الذات أقل من متوسط أداء غير المصابات .

4 - 2 - 2 - دراسة سامية محمد صابر (2010) : " صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات والاكتئاب لدى عينة من طلاب جامعة الزقازيق . "

هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين صورة الجسم، وتقدير الذات، والاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة، و كذا الفروق بين الجنسين في صورة الجسم وتقدير الذات والاكتئاب. " المنهج؟ " . تكونت العينة من (287) طالبا وطالبة من كلية التربية ببنها . وتم تطبيق مقياس صورة الجسم لإبرامويتز Abramowitz ومقياس تقدير الذات لحسين الدريني ومحمد سلامة ومقياس بيك BECK الثاني للاكتئاب، و كانت النتائج كما يلي :

- هناك علاقة ارتباطية موجبة بين صورة الجسم وتقدير الذات .

- وجود علاقة ارتباطية سالبة بين صورة الجسم والاكتئاب.

- أظهرت النتائج عدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى صورة الجسم .

- وجود فروق بين الجنسين في مستوى تقدير الذات و الاكتئاب لصالح الإناث .

4 - 3 - دراسات تناولت متغير العقم:

4 - 3 - 1 - دراسة رشيدة سبتي (2008) : " وضعية ومكانة الجسد العقيم في المجتمع الجزائري "

هدفت الدراسة للكشف عن مدى تحول النظرة المتعلقة بمكانة الجسد العقيم، ولوظيفته وكيفية استخداماته والتعامل معه اجتماعيا و ثقافيا، و إلى تطور التصورات التقليدية و اقترابها من التفسيرات الموضوعية العقلانية بفعل بعض التطورات التي مست المجتمع الجزائري . شملت الدراسة مجموعة بحث رئيسية تكونت من (100 رجل و 150 امرأة) تم اختيارهم بطريقة قصدية وفق متغير مرور ثلاثة سنوات من زواجهم و أن يكونوا من الجزائر الوسطى و ضواحيها . إضافة إلى عينة تكميلية شملت : محامي، مختصة أمراض النساء، مختصة في علم النفس، مديرة من وزارة الصحة، مختصين في التلقيح الاصطناعي لتوظيف إجاباتهم في تدعيم المبحث الخاص بمشكل العقم عند الأزواج في الجزائر . تم الاتصال بهم في مراكز معالجة العقم بالطرق الاصطناعية (مركز الأبيار، و مركز تيزيري بالعاصمة) استمرت عملية البحث و الاتصال بالعينة من سبتمبر 2005 إلى جوان 2006 . استخدم الباحث تقنية الملاحظة، تقنية المقابلة نصف الموجهة ، و استمارة شملت ثمانية محاور تضمنت أسئلة مفتوحة و أسئلة مغلقة، و أسئلة متعددة . الاختيارات جاءت في خمسين سؤالاً . معتمدا في ذلك على المنهج الوصفي التحليلي . توصلت الدراسة إلى:

- أن العلاقات التي تربط بين الرجل و المرأة لم تعد تحدد بالوظيفة الإنجابية فقط فالرغبة الجنسية و تليبتها و الحب المتبادل بينهما يعوض عدم وجود الأطفال .
- عدم ارتباط مكانة المرأة في المجتمع بدور جسدها في المجال الاجتماعي من خلال وظيفة الإنجاب بسبب وعي النساء، مما أدى إلى تغيير سلطة الرجل الجنسية على المرأة.
- تراجع في اللجوء لبعض الحلول الاجتماعية و الإنسانية التي تحافظ على استمرار العلاقة الزوجية كالتبني و الكفالة ،

و الإقبال على الحلول التقنية أي التلقيح الاصطناعي للحصول على طفل و لو بطريقة غير طبيعية الأمر الذي قد تطول مدة تحقيقه وقد لا يتحقق في أغلب الحالات مما يؤدي إلى إصابة الزوجين خاصة المرأة بمشاكل نفسية حادة.

4 - 3 - 2 - دراسة محمد اليازوري (2011) : " العلاقة بين العقم والضغط النفسي ونوع استراتيجيات المواجهة لدى الأفراد العقيمين . "

هدفت الدراسة إلى كشف عن العلاقة بين ضغط العقم واستراتيجيات المواجهة المستخدمة عند الجنسين بقطاع غزة في خمسة مراكز لعلاج العقم، في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية : (العمر، الجنس، العمل، عدد سنوات الزواج، مستوى التعليم) استخدم فيها المنهج الوصفي التحليلي، وكانت عينة الدراسة 129 شخص من كلا الجنسين والذين شخصوا على أنهم مصابين بالعقم . أدوات الدراسة المستخدمة تمثلت في : استبيان قياس ضغط العقم من تأليف نيوتن Newton ، استبيان لزاروس LASAROS لقياس أنماط المواجهة، إضافة إلى استبيان المعلومات الشخصية. وكانت النتائج كالتالي :

- وجود فروق دالة إحصائية بين ضغط العقم واستراتيجيات المواجهة لدى المصابين بالعقم، حيث أن نسبة 93 % من أفراد العينة يعانون من ضغط عقم مرتفع جدا. (كل الذكور و 91 % من الإناث).

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتغيرات التالية : مدة العقم، نوع العقم، نوع العائلة، وعدد الأطباء المعالجين، في حين لا توجد فروق بين الضغط والعقم و وسائل التكيف تعزى لإحدى العوامل التالية (السن، العمل، نوع العقم، و جلسات الاستشارة النفسية) .

4 - 3 - 3 - دراسة لمحجوبه فالياني Mahboubeh Valiani وآخرون (2010)
(فعالية تقنية الاسترخاء في خفض الضغط النفسي عند النساء العقيمت .

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى فعالية تقنية الاسترخاء في خفض الضغوط النفسية الناجمة عن العقم عند أن أفراد العينة . اللاتي كان عددهن 76 امرأة قسمت إلى

مجموعتين بطريقة عشوائية (مجموعة تجريبية ،مجموعة ضابطة) يتراوح عمرهن بين 18 و 35 سنة ومدة الزواج تتراوح بين سنة إلى أربع سنوات، يعانين من عقم أولي ويخضعن لعلاج عن طريق التلقيح الاصطناعي بعيادة العقم بأصفهان . استخدمت الباحثة مقياس الضغط النفسي (لنيوتن Newton)، واستبيان المعلومات الأولية طبق الباحثون على العينة التجريبية تقنية الاسترخاء (لجاكسوف Djakbson) وطريقة التخلي العقلي(لبانسون Benson) خلال 12 جلسة علاجية مع إجراء قياس قبلي وبعدي للضغط النفسي . وكانت نتائج الدراسة كما يلي:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي .

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية .بمعنى هناك فعالية عالية لتقنية الاسترخاء في خفض الضغوط النفسية لدى النساء العقيمت . ولقد خرجت الدراسة بتوصيات أهمها ضرورة استخدام تقنية الاسترخاء للنساء العقيمت لخفض الضغوط النفسية التي يعانين منها.

4 - 3 - 4 - دراسة إيفانس ماري Evans Mary (2011) : " المعاش النفسي للنساء العقيمت في مرحلة انتظار تلقي البويضات الملقحة أثناء العلاج بالتلقيح الاصطناعي".

هدفت الدراسة لمعرفة المعاش النفسي للنساء العقيمت و تحديدا للنساء الحاضنات للبويضات الملقحة . ومعرفة الفروق بين أفراد العينة في المقاييس المطبقة أثناء مختلف مراحل العلاج . عينة الدراسة كان عددها 79 . تضم المجموعة الأولى 10 نساء عقيمت في انتظار تلقي البويضات الملقحة أو النساء الحاضنات، والمجموعة الثانية تضم 30 امرأة عقيم في مرحلة العلاج عن طريق التلقيح الاصطناعي للمرة الأولى، أما المجموعة الثالثة تضم 39 امرأة عقيم في مرحلة العلاج عن طريق التلقيح الاصطناعي لأكثر من مرة . استخدم المنهج الوصفي، و الأدوات التالية : بطارية تضم سبعة

استبيانات منها : استبيان يضم معلومات أولية : العمر، عدد سنوات الزواج، أسباب العقم، عدد مرات تلقي التلقيح الاصطناعي، مقياس الاكتئاب لبيك، مقياس القلق حالة، استبيان ردود الفعل الانفعالية اتجاه العقم، استبيان المراقبة الذاتية، مقياس نوعية الحياة، مقياس هولمز وراه. و كانت نتائج الدراسة كما يلي:

- بالنسبة للعوامل الديمغرافية النساء الحاضنات للبووضة الملقحة أكثر عمرا عن باقي أفراد العينة.

- أظهرت المجموعات الثلاث مستوى من الاكتئاب البسيط دون وجود فروق دالة بينهم على مقياس الاكتئاب.

- عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعات في (مقياس هولمز للأحداث الضاغطة، و استبيان الضبط الذاتي، استبيان جودة الحياة)

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس القلق حالة لصالح النساء الحاضنات، بحيث أظهرت جميع النساء العقيمات درجات عالية من القلق لكن النساء الحاضنات تحصلن على درجات مرضية ويرى الباحث أن هذا راجع للضغط النفسي الذي يعيشه.

- أظهرت كل المجموعات معاش انفعالي سلبي وهذا حسب الباحث مرتبط بالعقم ويفسره وجود القلق والاكتئاب عند كل أفراد العينة.

وأظهرت كل المجموعات إحساسا دائما بالتعب ونقص النشاط، اضطرابات في العلاقات الاجتماعية، محدودية المشاعر والأنشطة اليومية وهذا تفسره الأعراض الاكتئابية التي أظهرتها المجموعات حسب الباحث.

وقد خرجت الدراسة التي أجريت بمستشفى (فرونسوا François- Rabelais) بمجموعة من التوصيات أهمها ضرورة التكفل والعناية النفسية بالنساء العقيمات وقد أصبح هذا الأمر إلزاما في فرنسا من خلال القانون الذي تم إصداره في 3 أوت 2010 .

تعقيب على الدراسات السابقة:

مما تم عرضه من دراسات سابقة نجد أن منها ما يمس بعض متغيرات الدراسة ومنها ما يمس معظم متغيراتها . فدراسة " الصمادي " قد ساعدت في تحديد مختلف المصطلحات المتعلقة بالذات و الفروق الموجود بينها، إضافة إلى تناولها متغير القلق الناتج عن الإجهاض المسبب لنوع من أنواع العقم . فيما توصلت دراسة " التونسي " إلى أن مستوى القلق يرتفع في حالة الطلاق - فكثيرا ما يؤدي العقم إلى الطلاق - حيث أن وجود الأطفال يعد صمام أمان أمام الكثير من المشاكل الزوجية . في حين أبرزت دراسة " العطار " دور العقم في ظهور: (القلق حالة، القلق سمة) لدى المرأة، الأمر الذي تؤكدته دراسة إيفانس ماري Evans Mary التي أظهرت نتائجها وجود معاش انفعالي سلبي مرتبط بالعقم ويفسره وجود القلق والاكتئاب، كما بينت نفس الدراسة ملازمة النساء العقيمات إحساسا دائما بالتعب ونقص النشاط و اضطرابات في العلاقات الاجتماعية بالإضافة إلى محدودية المشاعر والأنشطة اليومية، مما قد يفسر قصور نظرة المرأة لذاتها نتيجة إحساسها بالنقص الجسدي والذي أكدت دراسة " بغيجة " أنه سبب في ظهور حالة القلق عند المعاق، فنفس الحالة تكون عند العقيم لشعورها بالنقص نتيجة الإعاقة الموجودة على مستوى العضو المسؤول عن الإنجاب مما قد يؤثر على تقدير المرأة لذاتها . النتيجة التي تؤكدتها دراسة " صابر " حول أثر صورة الجسم على تقدير الذات، فالعقم أحد العوامل التي تولد لدى المرأة شكوك حول اكتمال جسدها و بالتالي في نظرتها لذاتها، و مثلما أوضحت دراسة " فائق " حين يصاب مظهر آخر من مظاهر الأنوثة مؤثرا بذلك على الوفاق مع الذات، وهذا جلي في حالة الحرمان من الأمومة الذي تعده المرأة اكتمال لأنوثتها. لذلك تحاول الدراسة الحالية في جمعها بين متغيرات؛ القلق، تقدير الذات و العقم، الكشف عن العلاقة التي تربط بينها مستفيدة بما وفرته الدراسات ذات العلاقة من أدب نظري، و طرق في تناول و كذا أدوات جمع البيانات المناسبة.

5 - فرضيات الدراسة:

- 1- تتسم النساء المصابات بالعقم بدرجة قلق مرتفعة .
- 2- لدى النساء المصابات بالعقم مستوى تقدير ذات منخفض .
- 3- لا توجد علاقة ارتباطيه بين القلق و تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم .
- 3-1 لا توجد علاقة ارتباطيه بين القلق سمة و تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم.
- 3-2 لا توجد علاقة ارتباطيه بين القلق حالة و تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم.
- 4- لا توجد فروق دالة إحصائيا في درجة القلق لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير العمر الحالي .
- 5 - لا توجد فروق دالة إحصائيا في درجة القلق لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير العمر عند الزواج .
- 6- لا توجد فروق دالة إحصائيا في درجة القلق لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير مدة زواج .
- 7 - لا توجد فروق دالة إحصائيا في درجة القلق لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير نوعية السكن .
- 8 - لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير العمر الحالي .
- 9 - لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير العمر عند الزواج .
- 10 - لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير مدة الزواج .
- 11 - لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير نوعية السكن.

6 - التعريفات الإجرائية لمفاهيم الدراسة :

القلق : ويعرف إجرائيا بأنه حالة من الخوف الغامض الشديد التي تنسم بها المرأة المصابة بالعمق، نتيجة شعورها بالنقص و لخوفها من المستقبل المجهول، ومن تهديدات من الزوج أو أهله خاصة . وهو الدرجة التي تتحصل عليها المفحوصة على مقياس .

سبيلبرجر Spielberg للقلق .

تقدير الذات : هو تقييم الفرد لنفسه سلبا أو إيجابا. وفي هذه الدراسة هو درجة تقييم المرأة العقيم لذاتها، وذلك من خلال إجاباتها على مجموعة العبارات الواردة في مقياس كوبر سميث لتقدير الذات.

العمق العضوي الأولي: و هو العمق الذي يصيب المرأة منذ بداية حياتها الجنسية وهذا لأسباب عضوية بحتة .

المرأة العقيم : هي المرأة التي لم تلد بعد مرور سنة على زواجها مع علاقة جنسية سليمة، ويكون عمرها بين 20 لتفادي عنصر عدم نضج الجهاز التناسلي . و 45 سنة لتفادي سن اليأس.

الفصل الثاني

الإطار النظري لمتغيرات الدراسة

أولاً : القلق .

تمهيد.

1 - تعريف القلق .

2 - أنواع القلق .

3 - التناولات النظرية في تفسير القلق.

4 - أسباب القلق .

5 - أعراض القلق .

6 - تشخيص القلق .

7- علاج القلق .

8- قياس القلق حالة وسمة .

خلاصة .

تمهيد

القلق حالة مرتبطة بالوجود الإنساني، وهو ضروري لحياة الإنسان و لتكيفه مع ما يعترضه من أخطار في حياته، ما لم يتعدى درجاته وتأثيراته جانبه الإيجابي. ويتفق علماء النفس على أن القلق العادي يمكن أن يصبح مرضي إذا زادت شدته ومدته، فتصبح الاستجابة مفرطة لا تتناسب مع الموقف .

سنتطرق إلى تعريف القلق، أنواع القلق، التناولات النظرية في تفسير القلق ، أسبابه ، أعراضه، تشخيصه، علاجه، قياس القلق حالة و سمة .

1- تعريف القلق: حالة انفعالية ثابتة تتشكل لدى الفرد نتيجة عدم قدرته على التكيف والاستقرار مع توقع الخطر، إما يكون ما له ما يبرره خارجياً أو يكون ذاتياً (Nobert Sillamy 1991,52). ويعرفه فرويد Freud بأنه " حالة من الخوف الغامض الشديد، الذي يمتلك الإنسان ويسبب له كثيراً من الكدر والضيق والألم " وهو عبارة عن " رد فعل لخطر فقدان الموضوع (فرويد، تر. نجاتي، 1985، 13) ويعطي مثالا لذلك إذ يقول :الطفل الذي يجد نفسه مع شخص غريب بدلا من أمه، سوف يظهر القلق الذي نسبناه إلى خطر فقدان الموضوع، فالطفل لا يميز بين الغياب المؤقت والفقْدان الدائم مما يحدث قلقه (نفس المرجع، 20) . و يرى مسرمان Messerman أن القلق يمثل حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع و محاولات الفرد للتكيف .(إبراهيم، 1997، 82) . ويميز سبيلبرجر Spielberg بين نوعين من القلق :هما القلق حالة هي حالة انفعالية مؤقتة، تمثل المظاهر الحاضرة خلال الحوادث، أي مؤشرات الحالة التي يتسم بها الفرد داخليا . و القلق سمة يعتبر سمة في الشخصية (Cottraux J, 2001 , 133). فإن مفهوم سمة القلق تشير إلى فروق ثابتة في الاستهداف للقلق بوصفه سمة في الشخصية، ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك، وإن كان يمكن استنتاجها من تكرار ارتفاع حالة القلق لدى الفرد عبر الزمن وشدة هذه الحالة(مصطفى، حسين ،1993، 129)

و قد يخلط بين القلق والخوف في حالات كثيرة، من أجل ذلك نستعرض الجدول التالي:

جدول رقم (1) يبين الاختلاف بين القلق و الخوف

القلق	الخوف
<p>- لا يكون الفرد منتبها إلى مصدره عادة (على مستوى لا شعوري، خوف داخلي)</p> <p>- يبقى غالبا رغم زوال مثيره الأصلي طالما لم يتناوله الفرد بالدراسة و التحليل.</p> <p>- قد ينشأ كرد فعل لوضع محتمل غير قائم ولكنه متوقع.</p> <p>- يوجد صراعات.</p>	<p>- خوف من أمور خارجية يواجهها الفرد على مستوى الشعور ويعرف مصدره.</p> <p>- يزول بزوال مثيره.</p> <p>- ينشأ كرد فعل لوضع قائم فعلا.</p> <p>- لا يوجد صراعات</p>

(3 ، 1995 ، Parquet ، Servant)

2- أنواع القلق: ميز الباحثون بين نوعين من القلق هما :

2 - 1 - القلق الموضوعي: و يمثل خوف من خطر خارجي معروف، ويطلق عليه أحيانا اسم القلق الواقعي (القلق السوي) وله وظائف حيوية هامة، فهو يساعد على تنشيط المراكز العصبية العليا فتزيد قوة التركيز و التمييز واتخاذ القرارات وحل المشكلات ونجد راجي و كارر ragier & carrير يريان أنه قد يلعب دور الدافعية نحو السلوك الهادف، و كذا دور إشارة توجيه الفرد إلى إدراك التهديدات بحساسية شديدة وتنبه للقيام بعمل توافقي . (زهران ، 2003، 397)

و لكن وظروف أخرى قد يتطور ويصبح هذا:

2 - 2 - القلق مرضي: إذا تعدى ستة أشهر إذ يصبح مزمن ويمكن أن ينتهي بإلحاق الضرر بالنشاطات اليومية وبإثارة المتاعب الزوجية، العائلية، المهنية، أي عندما يصبح الفرد مشلول الوظائف (الأزرق، 1993، 96) و يرى لابلاننش plansh و بونتاليس pantahiss أنه عصاب راهن يتصف بتراكم الإثارة الجنسية، التي قد تتحول

إلى المستوى الجسدي على شكل قلق (Graziani P, 2005 , 217) ويرى فرويد أن القلق المزمن لا يكون الخوف فيه ذاتيا فقط، بل يكون لا شعوريا مكبوتا، و هو رد فعل لخطر غريزي داخلي(فرويد تر :عثمان نجاتي. 1985، 25). و منه فالقلق العادي إنتاجي أما القلق العصابي فهو مرضي .

3-التناولات النظرية في تفسير القلق : اختلفت الآراء باختلاف النظريات التي فسرت عصاب القلق وهذه أهمها :

3-1 - النظرية التحليلية: أرجع فرويد القلق في نظريته الأولى إلى كونه عملية منبثقة عن كبت الطاقة الجنسية نتيجة الحرمان الجنسي والعاطفي، وعمليات الإحباط الجنسي التي يتعرض لها الفرد باستمرار، فتتحول هذه الغريزة فيما بعد إلى قلق بمختلف أشكاله، ثم عدل نظريته ففرق بين نوعين من القلق، القلق العصابي الذي يرجع إلى مصادر غريزية، والقلق الموضوعي الذي يصدر عن الأنا نتيجة خطر حقيقي (فرويد تر :نجاتي) ومنه توصل فرويد إلى أن القلق ينبع من الصراع بين قوتين في النفس، قوة الغرائز التي يعبر عنها بالهو، والقوة المقابلة لها وهي قوة المعايير الأخلاقية والتي يعبر عنها بـ"الأنا الأعلى" وفي هذه الحالة يكون الأنا هو موضوع الخطر نتيجة وقوعه تحت ضغط قوتين متصارعتين (فهمي، 1987، 202) . ويرى أدلر Adler أن القلق ترجع نشأته إلى طفولة الإنسان عند الشعور بالقصور الذي ينتج عنه عدم الشعور بالأمن، وهذا القصور يكون إما عضويا أو معنويا، فالعصاب حسب أدلر هو محاولة الفرد لكي يحرر نفسه من الشعور بالنقص، و ذلك لكي يشعر بالنجاح والتفوق على الآخرين. (Le guén G. (96 , 1997. و يذهب أوتورانك Ottorank إلى أن الانفصال عن الأم خلال صدمة الميلاد وما يصاحبهما من آلام هو النموذج الأول لكل القلق القادم وذلك على أساس التهديد بأنه انفصل عن مأوى الحب والأمن والطمأنينة، و اعتبار قلق الخساء بمثابة صدى لقلق الميلاد عبر سلسلة طويلة من التجارب الصدمية . ويرى أن العصابي هو إنسان اتكالي وغير ناضج انفعاليا (Le call A , 1980 , 38).

2-3 - نظرية العلاقات الإنسانية : لسوليفان Sullivan حيث يرى أن الشخصية يمكن دراستها من خلال العلاقات الإنسانية المتبادلة، ويؤكد على أهمية العوامل الاجتماعية والنفسية والطبيعية التي تشكل تهديدا مباشرا، أو غير مباشر لحياة الإنسان وتؤدي إلى اضطراب علاقاته مع الآخرين، فتحدث ظاهرة القلق لديه. (153 , 2000 Lonscy.S , .

3-3 - المدرسة السلوكية : يرى شافر ودروكس Shaffer et Durkks أن القلق المرضي استجابة مكتسبة، وقد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة تتعمم بعدها الاستجابة المقلقة، فإسراف الوالدين في الحماية قد يعرض الأطفال للشعور بالخطر عندما يتعرضون لمواقف خارجية بعيدة عن مجال الأسرة (فهمي، 1987، 205)

3-4 - المدرسة المعرفية: يرى إليس Ellis أن الأفكار اللاعقلانية يمكن أن تؤدي إلى حدوث القلق، ويرى أن الناس يتعلمون اتجاهات للتفكير حول عالمهم تسبب لهم القلق. فحسب إليس فإن حجم القلق يمكن أن يسببه الفرد لنفسه، وينشأ ويتزايد لو اعتقد أنه يجب أن يكون على درجة كبيرة من الكفاءة في كل شيء حتى يمكن أن نعتبره شخصا ذا أهمية، ويمكن أن يتسبب لنفسه في القلق الاجتماعي أيضا لو اعتقد أنه من الضروري بالنسبة له أن يكون محبوبا من كل المحيطين به ومرضيا عنه عندهم. أما بيك Beck فيرى أن مدى القلق الذي يشعر به الفرد يستدعي زيادة المنبهات ولذلك فأي تغييرات في الوسط الذي نعيش فيه تتم ترجمتها إلى نوع من الخطر، فيرتبط تركيزه بمفهومه عن الخطر، مما يفقده تحكمه في المنبهات الخارجية، إذ تعكس أفكار الفرد تقييمه للموقف وليس الموقف الفعلي. (عبد الله محمد، 2000، 191)

4-أسباب القلق: تعددت الأسباب المؤدية للقلق ومن أهمها:

4 -1 - أسباب نفسية: قد ينشأ القلق نتيجة الشعور بتهديد داخلي أو خارجي لمكانة الفرد، فهو صراع لاشعوري بين قوى الغرائز وسلطة تحكم الضمير؛ و قد أرجعته هورني إلى ثلاثة عناصر هي الشعور بـ : " العجز، العداوة، العزلة ". أو يمثل الاجتماع

الشرطي بين انفعال وشيء ما أو قد يحدث بسبب المبالغة في تصور الأخطار (خليل 2000، 137)

4-2- **مواقف الحياة الضاغطة** : تتمثل في الضغوط الحضارية والثقافية الحديثة، ومطالب الحياة اليومية، والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهم، ومواقف الضغط و الوحدة والحرمان وعدم الأمن، واضطراب الجو الأسري تفككه الأسري، والمسؤوليات الضخمة التي تفوق تحمل الفرد (زهران، 2003، 398) .

4-3 **الأسباب البيولوجية** : أظهرت دراسات التوائم المتطابقة أن العوامل الجينية يمكن أن تساهم في هذه الاضطرابات وأنه إذا أصيب أحد التوائم باضطراب الهلع مثلا فاحتمال إصابة الثاني تصل إلى 30% كما وجد أن اضطرابات القلق موجودة في كل العائلة وخاصة الأقارب من الدرجة الأولى. وقد ترجع هذه الاضطرابات كذلك إلى الموصلات العصبية خاصة السيروتونين Serotonin فاختلاله يرتبط بالوسواس القهري، ونقص GABA يرتبط بكل اضطرابات القلق(حسيب ،2005، 95)

4-4 **أسباب مرضية**: حسب Friedman القلق يرتبط بالعديد من الأمراض الجسدية (الربو، اضطراب المعدة، الشقيقة، الأمراض القلبية) (Le guèn C. 1997, 189)

4-5 **الضغوط النفسية الاجتماعية** : وهي ما يتعرض له الإنسان في حياته من أحداث التي قد تحدث له القلق كالطلاق، الموت، المرض، الفشل، الانتقال من مكان إلى آخر . (La douceur A & al. ,1999 , 5).

5- **أعراض القلق** : ترافق القلق عدة اضطرابات فيزيولوجية و نفسية تكون كأعراض له، تتفاوت من حيث الشدة تبعا لشدة القلق.

5-1 - **الأعراض النفسية**: تظهر في عدد من الأشكال : كالحساسية النفسية، الهياج وعدم الاستقرار، شعور بالخوف قد يصل إلى درجة الفزع، التردد في اتخاذ القرارات و الميل إلى توقع المصائب، الشك في علاقاته مع الناس لأنه يهمل علاقاته العائلية والاجتماعية، قد ترتبط حالة القلق بأفكار خاصة كتوهم المرض والخوف من الموت مما

يؤدي إلى شروذ الذهن وضعف الذاكرة وكذا ضعف القدرة على العمل والإنجاز، وسوء التوافق الاجتماعي والمهني. (زهران، 2003، 400)

5-2 - **الأعراض الفيزيولوجية:** يؤدي القلق إلى ظهور العديد من الأعراض كبرودة الأطراف و ارتجافها، تصبب العرق، اضطرابات النوم، آلام عضلية في الناحية اليسرى من الصدر، مع سرعة دقات القلب والإحساس بالنبضات في أجزاء مختلفة من الجسم، ارتفاع ضغط الدم، اضطرابات في الجهاز الهضمي، الشعور بالدوار، والصداع، زيادة في إفراز الغدة الدرقية مما يؤدي إلى تضخمها، زيادة في إفراز هرمون الأدرينالين، إضافة إلى العديد من الأمراض الجلدية (رشدي، 2006، 104)

6- **تشخيص القلق:** تتمثل اضطرابات القلق حسب DSM.IV في:

6-1 - **اضطرابات الهلع:** يتمثل في الخوف الشديد المفاجئ والترقب والرعب مع شعور بالهلاك المحتوم، ويصاحبه عدد من الأعراض تصل إلى ذروتها في الحدة خلال عشر دقائق . وقد تستمر الأعراض من بضعة دقائق حتى ساعات طوال . هذه الطبيعة المفاجئة للهلع هي ما تميزه كاضطراب عن غيره من اضطرابات القلق الأخرى . وتتضمن نوبة الهلع أعراضا فسيولوجية كالخفقان، العرق، الدوار، الغثيان، وانخفاض معدل التنفس، كما تتضمن أيضا أعراضا معرفية كالتجريد من الواقعية، الخوف من الموت أو الجنون إضافة إلى أعراض سلوكية تعبيرية كالحاجة الملحة للفرار من الموقف الراهن. و غالبا ما تصاحبه بعض الاضطرابات الأخرى كالخوف الاجتماعي والوساوس والاكنتاب وكذا توهم المرض والآلام الجسمية (عادل محمد، 2000، 87). و هذه النوبات لا تعود إلى أي آثار فيزيولوجية للمواد التي قد يتعاطاها الفرد، ولا ترجع إلى حالة طبية عامة كالإفراط في إفراز الغدة الدرقية، أو إلى اضطراب عقلي (نفس المرجع، 189)

6-2 - **اضطراب القلق العام:** هو قلق غير محدد الموضوع وهو شعور غامض غير سار، تصاحبه بعض الأعراض الجسمية والنفسية دون أن ترتبط بشكل خاص و محدد بأي حدث أو ظرف، كما قد تظهر دون تجدد المثير بدرجة كافية، أي قد تحدث الاستجابة

لأي مثير منخفض، و يتخلل القلق الجوانب المختلفة لحياة الفرد و يوزع الشعور به على الوقت، و بذلك فهو قلق شامل، و قد يكون هذا القلق حادا أو مزمنا و قد يرتبط في حالة الأزمات بعضو من أعضاء الجسم و يسمى باسمه في هذه الحالة . و إذا استمر الصراع لفترة طويلة و أصبح القلق غير محتمل، فعادة ما تتحول أعراض القلق إلى أحد ثلاثة مظاهر هي: المخاوف أو عصاب الأعضاء أو قلق الهستيريا . و هذا النوع هو قلق مفرط أو توقع و ترقب يحدث بشكل مستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر، و ذلك في عدد من الأنشطة و يصعب على الفرد أن يسيطر على قلقه الذي يرتبط بثلاثة أعراض على الأقل من الأعراض الستة التالية، أما بالنسبة للأطفال فيكفي توفر عرض واحد فقط و هذه الأعراض هي: الشعور بالاستياء و الضجر أو شعور الفرد بأنه محبوس أو مقيد، سرعة الشعور بالتعب، صعوبة في التركيز أو الوصول للنقطة المستهدفة، التهيج المفرط، التوتر العضلي، صعوبات النوم. (Ladouceur R & al_1999 , 84)

3-6 اضطراب الرهاب (الخوف المرضي) : يدرك الفرد أن مخاوفه غير معقولة ولا يستند إلى أساس واقعي و مع ذلك يضل على خوفه من تلك الأشياء التي لا تخيف في العادة (Servant , Parquet , 1995 , 26) و استجابة الرهاب هي حيلة دفاعية لاشعورية يحاول الفرد أثناءها عزل القلق الناشئ عن فكرة معينة في حياته اليومية، و تحويله إلى موقف رمزي ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي، ويختلف هذا الخوف عن القلق العام في أن هنا يكون شديدا و متمركز حول موضوع معين يدركه الفرد، و تسمى المخاوف باسم ما ترتبط به فيقال مثلا فوبيا الحيوانات، الظلام.... الخ (عادل محمد، 2000، 202) .

ويورد DSM.IV ثلاثة أنواع من استجابات الخوف المرضي على النحو التالي

(نفس المرجع، 223)

1-3-6 3-6-1 **خواف الأماكن الواسعة** : وتتضمن المخاوف المرتبطة بوجود الفرد في أي وسط وحيدا بعيدا عن منزله، أو وسط حشد من الناس، ولا يتعلق الخوف بواحد فقط وإلا

أصبح ذلك من المخاوف النوعية كما لا يرتبط التجنب هنا بمواقف اجتماعية معينة و إلا أصبح ذلك ضربا من الخواف الاجتماعي. الخوف من الأماكن الواسعة لا يعد اضطرابا مستقلا ، و يتسم بالقلق من جانب الفرد حول وجوده في أماكن أو مواقف يصعب الهروب منها، أو قد لا يتاح تقديم المساعدة له فيها فتحدث نوبة هلع غير متوقعة، أو حدوث أعراض شبيهة بأعراض الهلع .

6-3-2 الخواف الاجتماعي : ويتسم بالخوف من واحد أو أكثر من المواقف

الاجتماعية حينما يتواجد الفرد وسط الغرباء، أو عندما يكون موضع اهتمام من الآخرين، ويؤدي التعرض لمثل هذه المواقف غالبا إلى إثارة القلق يؤثر سلبا على أدائه . ولا يجب أن يرجع هذا الخوف إلى أي مرض عقلي، أو نوبة هلع مصحوبة أو غير مصحوبة بفوبيا الأماكن الواسعة، أو قلق الانفصال، أو اضطراب صورة الجسم، كما يجب أن لا يرجع إلى اضطراب الشخصية شبه الفصامية.

6-3-3 - المخاوف النوعية المحددة : وتتسم بكم مفرط من الخوف غير الواقعي الذي

يثيره وجود أو توقع وجود شيء أو موقف معين كالطيران، أو الارتفاعات، الحيوانات الخ،... ويؤدي التعرض للمثير المسبب للخوف إلى استجابة قلق مباشرة قد تأخذ شكل نوبة هلع ترتبط بذلك الموقف، ويبدأ هذا النوع من المخاوف في مرحلة الطفولة و يحدث ذلك بالنسبة للأطفال على هيئة صراخ، أو نوبات غضب، التجمد أو التشبث بالآخرين .

7- علاج القلق: إن حالات القلق هي أكثر الأمراض النفسية قابلية للشفاء، ويبدأ العلاج

بمعرفة السبب المؤدي لحالة القلق عند الفرد، ويختلف العلاج حسب شخصية الفرد، وحسب شدة القلق، ووسائل العلاج المتاحة، ومن أهم الطرق العلاجية نجد:

7-1 العلاج النفسي: تتنوع طرق العلاج باختلاف المدارس لكن يبقى الهدف واحد لكل

منها، و يتمثل خاصة في تطوير شخصية الفرد وزيادة بصيرته وتحقيق توافقه، وقطع دائرة المخاوف المرضية والشعور بالأمن. فمدرسة التحليل النفسي تعمل على إظهار الذكريات المطمورة وتحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور، وحل الصراعات الأساسية

. و ذلك عن طريق الإيحاء، التنفيس، الإقناع... الخ. ويستخدم العلاج السلوكي خاصة لفك الاشتراط المرضي المتعلق بالقلق وللقضاء على الأزمات العصبية الحركية (نفس المرجع، 410) ومن أهم الفنيات العلاجية التي تم استخدامها في المدرسة السلوكية والسلوكية المعرفية نجد : تدريب الفرد على عملية الاسترخاء Relaxation ومراقبة الذات، التدريب على مهارات التنظيم الذاتي لتعديل السلوك، إعادة البناء المعرفي، التدريب على إدارة القلق، التدريب التخيلي إضافة إلى الواجبات المنزلية. و قدم جولد فرايد Gold Fried فنية جديدة تتم من خلالها تشجيع العملاء على إعادة تقييم رؤيتهم غير الواقعية لمواقف الحياة المختلفة، مما يساعدهم على التمييز بين تهديد حقيقي في البيئة و تهديد محسوس بشكل خاطئ على أنه خطر، فدمج بين الاسترخاء و العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في فنية أسماها إعادة البناء العقلاني (كمال، 1974، 220)

7- 2- العلاج الكيميائي: حسب الحالة و شدة القلق، ومن الأدوية المستعملة نجد الميبروبامات Meprobanet، هيدروكسيزين Hydroxizin. وهذه الأدوية تستخدم لتهدئة القلق والاضطرابات الناجمة عن الأمراض الجسدية. كلورازيبيا Chlorazepat وهو من أكثر المهدئات فعالية كمضاد للقلق كما يستعمل في حالات الضغط المؤدي إلى إحداث اضطرابات جسدية (هضمية، قلبية... الخ). كما تستعمل المنومات لعلاج بعض حالات القلق ونجد منها لوفلازيبات Loflazepate (الناقلي، 1994، 70). يستعمل كذلك الجابا Gaba و تؤدي زيادته إلى زيادة مرور أيون الكلور إلى داخل الخلية مما يؤدي إلى استقطاب زائد للخلية مما يسبب من إثارتها ومنه تقل إثارة الجهاز العصبي فتحدث التهدئة (رشدي، 2006، 60) والبنزوديازيبينك Benzodiazipinique يعطي نتائج ملاحظة وسريعة و يستعمل الآن خاصة في حالات القلق العام (le guèn. 1997,128)

7- 3- العلاج الاجتماعي: ويتم بتغيير الوضع والوسط الاجتماعي العائلي، أو مكان العمل، و ذلك من أجل إبعاد الفرد عن مكان الصراع النفسي، وعن المثيرات المسببة لآلامه وانفعالاته.

8- قياس القلق حالة وسمة: هناك العديد من الاختبارات التي استعملت ومازالت

تستعمل لقياس القلق سمة والقلق حالة نذكر منها : (الصمادي، 2005، 105) :

- اختبار PF 16 لكاتل Catell (1962) يحتوي على 40 بند موزعة على 5 عوامل عدم الأمن، وتأنيب الضمير بالنسبة للقلق سمة . نقص الرقابة، التوتر، الانفعالية بالنسبة للقلق حالة.

- اختبار القلق سمة-حالة أو V Bate بوني (1972 , BONIS) الذي يحتوي على قسمين في كل قسم يوجد 37 بندا، ويظهر هذا الاختبار ثلاثة أبعاد (البعد النفسي، الجسدي، الخوف الخاص).

La cas- (Concept Specific Anxiety Scale) لأوتين و كول Oetting Cole et (1972) يستعمل خاصة في البحوث، و يميز الاستجابة الفيزيولوجية أو القلق حالة، والمزاج الدائم أو القلق سمة.

- الاختبار الأكثر استعمالا والأكثر فعالية هو اختبار القلق سمة-حالة أو STAI لسبيلبرجر (al 1983 Spielberger et) وترجم إلى الفرنسية من طرف شويتزر (1993 Schweitzer) (134 , 1999 , Nuss.P , Ellipses.M)

- كذا الاختبارات الإسقاطية والمتمثلة خاصة في TAT واختبار الروشاخ، و تعمل هذه الأدوات على الكشف على درجة القلق التي يعاني منها الفرد لسبب ما .

خلاصة :

لقد بينت مما سبق أن للقلق أهمية في حياة الفرد والمجتمع إن كان طبيعياً، وكذلك إن مرضياً لذا فقد استقطب اهتمام الكثير من علماء النفس وخاصة الإكلينيكين منهم ؛ وذلك لما يمكن أن يسببه من خطر على حياة الإنسان و في حياته العلائقية، المهنية، الاجتماعية... الخ.

فالقلق كسمة أو كحالة نفسية له تأثير على شخصية الفرد النفسية و حتى الجسدية .

ثانيا: تقدير الذات

- تمهيد

- 1 - تعريف الذات و بعض المفاهيم المرتبطة بها .
- 2 - مراحل نمو الذات .
- 3 - تقدير الذات.
- 3-1- تعريف تقدير الذات .
- 2-2- العوامل المؤثرة في تقدير الذات.
- 3-3- نظريات تقدير الذات .
- 3-4- الحاجة إلى تقدير الذات.
- 3-5- مستويات تقدير الذات.
- 3-6- صفات ذوي تقدير الذات المرتفع و المنخفض
- 3-7- آثار تدني تقدير الذات.
- 3-8- قياس تقدير الذات .

خلاصة.

تمهيد :

إن الشخصية ترتكز على عاملين لهما نفس الدرجة من الأهمية، وهما :عامل الوراثة، وعامل الخبرة التي تكتسب من البيئة، وأن النمو الطبيعي للشخصية لا يتم إلا بالتفاعل بين هذين العاملين . ويعتبر " أدلر Adler" أن الذات تنظم يحدد للفرد شخصيته وفرديته التي تحدد له أسلوبه المتميز في الحياة فإن تحقيق الذات هو الغاية التي ينشدها الإنسان . ويشير أيمن غريب بأن مفهوم الذات و تقديرها نابع من الحاجات الأساسية للإنسان، ولقد أشار إليه العديد من المنظرين في مجال علم النفس بوجه عام أمثال " ماسلو" حيث صمم في سلم الحاجات الحاجة لتقدير الذات وتحقيقها في أعلاه، ويرى روجرز أن فكرة الشخص عن نفسه وتقديره لها هي النواة الرئيسة التي تقوم عليها شخصيته . ولأجل هذه المكانة سنتناول في هذا الفصل تقدير الذات تعريفاً، العوامل و المؤثرة فيه، مستويات تقدير الذات أهم نظريات تقدير الذات قياس تقدير الذات. و لا يمكننا ذلك حتى نعرف أولاً ما هي الذات .

1 - الذات و بعض المفاهيم المرتبطة بها :

1-1- تعريف الذات : هناك تعاريف عدة . فيذكر حامد زهران " أن الذات هي الشعور و الوعي بكيونة الفرد و هي تنمو و تتفصل تدريجيا عن المجال الإدراكي و تتكون بنيتها نتيجة للتفاعل مع البيئة " (زهران، 2003، 45).

كما يعرفها كمال دسوقي بأنها : " هي الشخص على النحو الذي يحس و يدرك و يفكر بنفسه" (دسوقي، 1979، 30)

1 - 2 - بعض المفاهيم المرتبطة بها :

أ- الذات والأنا : كان هناك خلطا سائدا في الماضي في استخدام مصطلحي الذات والأنا كل منهما مكان الآخر ثم تمايزا بعد أن بدأ روجرز في بلورة نظرية الذات .

فالذات : يعتبر الشعور بها من أهم الخبرات السيكلوجية للكائن البشري ؛ ولكنه يرى ذاته أيضا كموضوع يقيم عن طريق الآخرين، ويعرف "جورج ميد" الذات بأنها: " النظام الديناميكي للمفاهيم والقيم والأهداف والمثل التي تقرر الطريقة التي يسلك بها الفرد " . ومعنى هذا أن الذات لا تقتصر على جسم الفرد فقط وإنما تتضمن كل ما يدخل في مجال حياته من الماديات والمعنويات كما تتضمن الآراء والمعتقدات .

الأنا : هو ذلك التيار من التفكير الذي يكون إحساس الفرد بهويته الشخصية . وكلما كان الأنا قويا حظيت الشخصية بالاتزان و الصحة النفسية، وعلى قدر ضعف الأنا وعدم قدرته على القيام بوظيفته يكون ضعف الفرد واضطرابه، فوظيفة الأنا هي الدفاع عن الشخصية، وحل الصراع بين الكائن الحي والواقع أو بين الحاجات المتعارضة للكائن الحي. (أبو زيد، 1987، 84)

يقول جبريل : الذات هي مفهوم فرضي يشير إلى منظومة معقدة من العمليات الجسدية و النفسية المميزة للفرد . (جبريل، 1993، 25)

ب- الذات ومفهوم الذات : فرق كل من هامشيك (HAMACHEK) و (محمد محروس الشناوي) بين مصطلحي الذات، و مفهوم الذات وأن كلا منهما يمثل جزء من شخصية الفرد

الكلية، فالذات هي ذلك الجانب الذي نعيه عن أنفسنا في المستوى الشعوري، أما مفهوم الذات فإنه يشير إلى تلك المجموعة الخاصة من الأفكار والاتجاهات التي تتكون لدينا حول وعينا بأنفسنا في أي لحظة من الزمن، أو هو ذلك البناء المعرفي المنظم الذي ينشأ من خبرتنا بأنفسنا، ومن الوعي بأنفسنا تنمو أفكارنا أو مفاهيمنا عن نوع الشخص الذي نجده في أنفسنا (سليمان ، 1998، 6) . وقد أضاف "حامد زهران" بعدا جديدا للذات و مفهوم الذات الخاص و الذي يختص بالذات الخاصة، أي الجزء الشعوري السري " الشخصي جدا " من خبرات الذات، و التي يخجل الفرد منها و لا يستطيع البوح بها، و يؤكد " زهران " أن هناك خبرة مهددة في مفهوم الذات الخاص إذا لم تظهر و تكشف للمعالج النفسي و تناقش و يوضع خطة لعلاجها تكون بمثابة " عاهة نفسية مستديمة." . و بصفة عامة تعتبر خبرات الذات المادة الخام التي يتشكل منها مفهوم الذات، و الذات الواقعية هي مفهوم الذات التي يأمل الفرد التحلي بها (Mead , 1963، 65)

2 - **مراحل نمو الذات** : إن للذات أطوار للنمو تمر بها تماما مثل النمو الجسمي، و هي أطوار مرحلية تخضع لنفس المبادئ التي تحكم نمو الجسم و نمو السلوك، فكل مرحلة ترتكز على سابقتها و تمهد للتي تليها، و هناك تناسب طردي بين نمو الذات و التمييز بين ما هو داخلي على ما هو خارجي، و تشمل هذه المراحل خمسة أطوار و هي:

2 - 1 - **مرحلة انبثاق الذات من 0 إلى السنتين** " L'émergence de soi " : يولد الطفل وهو لا يعلم شيئا عن العالم الخارجي، حيث يعيش حالة لا تميز بين الذات و اللاذات و ينمو مفهوم الذات لديه مع نموه و تطوره و من الصعب تحديد المدة الزمنية التي يبدأ فيها الطفل إدراك ذاته (أبو زيد، 1987، 65) . و في هذا الشأن أشار (piaget) إلى أن الطفل يعيش حالة من اللاتمايز المطلق. و يمكن تلخيص هذه المرحلة على النحو التالي (سيد فؤاد، 1981، 39)

أ - من الميلاد إلى 9 أشهر : يخرج المولود و ليس لديه مفهوم جاهز لذاته، أما الذات فهي

موجودة منذ بداية حياة الفرد، و لكن في حالة كمون، و تأخذ في التحقيق التدريجي مع النمو و تتمايز الذات الجسمية، و يكون التمايز من خلال الحواس .

ب - من 9 أشهر إلى 12 شهر: يفهم الطفل الإشارات و هذا يعتبر و كأنه بداية الولادة النفسية للطفل عند شعوره بذاته بحيث يخرج من حالة اللاشعور بالذات، فهذا بمثابة ميلاد ثان حيث يبدأ باستكشاف نفسه و بذلك يبدأ دخول العالم الأكبر المحيط به.

ج - من 12 شهر إلى 24 شهرا : وهي مرحلة يبدأ فيها الاستكشاف، تنمو صورة الذات و يزداد تفاعل الطفل مع أمه بالأخص و تبدأ عملية الأخذ و العطاء كما تبدأ الذات النامية في التفريق بين العالم الخارجي و الداخلي، يزداد تميز الطفل لذاته و يفرق بين الآخرين و تتكون الذات الاجتماعية و تزداد القدرة على فهم الذات.

2- 2 - مرحلة تأكيد الذات من 2 إلى 5 سنوات : تنتج من تعدد التجارب الجسمية و العقلية و الاجتماعية التي يعيشها الطفل، حيث يهتم الطفل في هذه المرحلة بقدرته الفردية و بمظهره الخارجي و هيئته سواء رجولته أو أنوثتها، فكل هذا يؤدي إلى بناء الذات و تميزها عن اللذات . و تتكون في هذه المرحلة القواعد الأساسية لمفهوم الذات من خلال تكوين الهوية عن طريق امتلاك الأشياء، اللغة، التمايزات و تفاعل الطفل مع أفراد محيطه، كما ينتقل الطفل إلى مرحلة الكلام واستعمال الضمائر و الأسماء الموصولة و هنا يزداد تميز الطفل لذاته و زيادة شعوره بفرديته حيث يستطيع أن يفرق بينه و بين الآخرين، وفي هذه المرحلة يصبح شعوره بالذات أوضح و يظهر ذلك عن طريق سلوك الرفض، والاعتراض، فيزداد تميزه لذاته و يزداد شعوره بفرديته و شخصيته (سيد فؤاد، 1981م، 41)

2 - 3 - مرحلة توسيع الذات من 5 إلى 12 سنة :تعتبر هذه المرحلة من أطول و أهم المراحل في حياة الإنسان، ففي هذه المرحلة يكون الطفل قد اكتسب مجموعة من ادراكات الذات، وقد أطلق «Freud» على هذه الفترة تسمية " فترة الكمون " . ابتداء من 6 سنوات يجد الطفل نفسه بين أطفال من نفس عمره، فيقارن نفسه بالآخرين و من خلال تلك المقارنات يعيد

تشكيل صورة ذاته، هذه الأخيرة يراها تنعكس في سلوك الآخرين نحوه، و بهذا يستطيع الطفل أن يكون فكرة عن نفسه كالشعور بذاته، تقديره لذاته (R.Lecuyer, 1978 , 65)

2 - 4 - مرحلة تمايز الذات من 12 إلى 18 سنة : إن مرحلة الفردية مرحلة مهمة لكل التجارب، و تتصف بتمييز الذات و تكوين مفهوم شخصي و محدد للذات . و الفردية كما يرى الكثير من العلماء مثل Zazou ، Streng و Jersild هي مرحلة تمايز الذات و إعادة تنظيمها، و يظهر هذا في التغيرات الفيزيولوجية التي تعمل على تغيير اتجاهات الفرد نحو نفسه و ذاته، وهنا يكون الفرد هويته و يؤكد ذاته. لذلك فإن التمايز الأول (الذات - اللذات) يكون دائما متبوعا بتمايز ثاني وهو (الذات و الآخرين)، و كل هذه التغييرات و التطورات توضح معنى الذات، فحسب (Ericsson) هذه العوامل تحدث ما يسميه بأزمة الهوية، كما تسمح هذه المرحلة بوصول الفرد إلى الإحساس بالذات المدمجة و بالهوية مستقرة (خير الله، 1981، 92).

2 - 5 - مرحلة الرشد من 18 إلى 60 : كثير من النظريات التطورية أو النظريات الشخصية التي أثبتت أن النضج أو الرشد يكون على شكل استقرار ثابت بدون أي تغيير، إلا أن هناك من الباحثين أمثال (Rosenberg) اهتموا بميدان التطور على مدى الحياة، ومنه تطور مفهوم الذات، فيمكن أن تكون هناك إعادة صياغة فطرية بالمقارنة بمتغيرات أو عوامل تؤثر على مفهوم الذات، كما أن تقدير الفرد لذاته يتأثر بإدراكه حول إمكانياته الجسدية و العقلية و التغييرات مع نسبة نجاحه أو فشله في مختلف الأدوار التي يلعبها. إن الذات في هذه المرحلة تتطور لتصل إلى مستوى التنظيم و التكوين كما يمكن أن يحدث لها تغيير نتيجة لعدة متغيرات و ظروف الحياة، وهنا يكون التركيز هو المحيط الخارجي أي يتحرر الفرد من التأمل الذاتي و النظرة الدائمة إلى ذاته، فينتقل من الحياة الداخلية إلى الحياة الخارجية ومنه تستقر الذات و تتكون اتجاهات الفرد. (خير الله، 1981 ، 96)

2 - 6 - مرحلة الكبار فوق 60 : عند هذه الفئة يكون مفهوم الذات عموما سلبيا، وذلك لتأثرهم بعدة عوامل كإدراكهم أن قدراتهم الجسدية في تدهور، فقدان الانشغالات اليومية

الاجتماعية كالتقاعد مع الشعور بالوحدة .

و للذات أبعاد متعددة منها : تقييم الذات، تحقيق الذات، تأكيد الذات، تحفيز الذات، التكرر للذات، تقبل الذات تقدير الذات وهو موضوع بحثنا

3 - تقدير الذات :

3-1 تعريف تقدير الذات :

لغة : قدر اعتبر، ثمن، أعطى الحظوة للشيء . (الأزهري، 2001، 154)

اصطلاحا : هناك تعاريف كثيرة و سنشير إلى بعضها :

- يعرفه روجرز Rogers بأن اتجاهات الذات التي تنطوي على مكونات انفعالية و سلوكية .
- يرى Zeller بأن تقدير الذات هو مجموعة من المدركات التي يملكها الفرد عن قيمته الذاتية، هذه المدركات تكون مرتبطة و متأثرة بمدركات و ردود أفعال الأشخاص الآخرين الذين لهم مكانة معينة لدى الفرد، أي تقييم الفرد لذاته انطلاقا من تقييم الآخرين له وقدراته، فيضع صورة لنفسه من خلال الصفات التي ينسبها الآخرون له، يعني ذلك أن مصدر التقييم راجع للمجتمع و تتطور تقدير الذات عن طريق عملية المقارنة الاجتماعية تخص السلوك و مهارات الذات و مهارات الآخرين (خير الله، 1981، 154) .

- يقول إبراهيم أبو زيد : " عندما نتكلم عن تقدير الذات فإننا نرجع الحكم الشخصي للفرد عن الاستحقاق أو عدم الاستحقاق الذي يتم التعبير عنه، و الاتجاهات التي يحملها اتجاه نفسه (أبو زيد، 1987، 41)

- أما (Donald) يعرف تقدير الذات على أنه درجة تقبل الفرد لذات (خير الله ، 1981، 154) .

- يشير طريف فرج : إلي تقدير الذات بأنه بمثابة تصميم الفرد لذاته في مسعى منه نحو التمسك بهذا التصميم، فيما يتضمنه من إيجابيات تدعوه لاحترام ذاته مقارنة بالآخرين، وفيما

يتضمن هذا التصميم أيضا من سلبيات لا تقلل من شأنه بين الآخرين في الوقت الذي يسعى فيه للتخلص منه (فرج ، 2007 ، 153)

وحتى يتضح المفهوم أكثر نورد فيما يلي:

- الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات : فرق سميث "Cooper Smith" بين مفهوم الذات وتقدير الذات في أن مفهوم الذات يشمل آراء الشخص عن نفسه . فهو معتقدات الفرد نحو خصائصه الشخصية و اتجاهاته، ووضع الاجتماعي، وهو فهم موضوعي أو معرفي للذات . أما تقدير الذات :فهو التقييم الذي يضعه لنفسه، فهو اتجاه القبول أو الرفض لتلك الآراء؛ وهو فهم انفعالي للذات (الفل، 2004، 51) .

3 -2- العوامل المؤثرة في تقدير الذات : هناك مجموعة من العوامل نوجزها فيما يلي :
3-2-1- عوامل ذاتية: تشمل كل من:

أ- العمر والجنس : حيث إن هذا التقييم للذات يزداد تمايزا مع تقدم النمو، و باختلاف الجنسين (الأشول، 1998 ، 572)

ب- صورة الجسم : فكلما كانت أقرب إلى الصورة المرغوب فيها، كان التقييم للذات أعلى . (دويدار، 1996، 256)

ج - القدرة العقلية و الذكاء : حيث ينمو موقف الفرد من نفسه وتقييمه لذاته إذا كانت قدراته العقلية تمكنه من أن يقيم خبراته، فالإنسان السوي ينمو لديه بصورة أفضل . كذلك الشخص الذكي تكون له درجة كبيرة من الوعي والبداهة وفهم الأمور، لذلك فهو ينظر لنفسه بشكل أفضل، حيث يعمل الذكاء على إعطاء نظرة خاصة للفرد حول ذاته . (نفس المرجع، 262)

3-2-2- عوامل اجتماعية: تتمثل في: (زهران، 2003 ، 28)

أ - المعايير الاجتماعية : إن تقدير الذات يتأثر بالظروف المحيطة بالفرد ؛ فإذا كانت مثيرات البيئة إيجابية تحترم الذات الإنسانية، وتكشف عن قدرتها وطاقاتها يصبح تقدير الذات إيجابيا، أما إذا كانت البيئة محبطة فإن الفرد يشعر بالدونية

ب - الدور الاجتماعي: يساهم الدور الذي يؤديه الفرد داخل مجتمعه وما يقوم به في إطار البناء الاجتماعي الذي يتمكن به من قياس العالم الخارجي الذي يحيط به، و إدراكه إدراكا ماديا

ج - التفاعل الاجتماعي : من خلال النتائج التي توصل كومبس COOMBS فإن التفاعل الاجتماعي السليم والعلاقات الاجتماعية الناجحة، تدعم الفكرة السليمة من الذات وينعكس ذلك في تقييم الفرد لها .

د - الأسرة: حيث يحتاج الطفل في مراحل نموه المختلفة إلى جو أسرى هادئ ومستقر وأيضا للتقبل في جو أسرته، فقد يؤدي شعوره بالرفض لتكوين مفهوم خاطئ عن ذاته وتقديره لها.

3-2-3- عوامل وضعية : فقد تتضمن تنبیهات معينة تجعل الشخص يراجع نفسه ويتفحص تصورات، ويقوم بتعديل اتجاهاته وتقديراته اتجاه نفسه واتجاه الآخرين . فقد يكون الفرد مثلا في حالة مرضية أو تحت ضغط معين (أزمات اقتصادية مثلا) تؤثر على نفسيته . و تأثير هذه الحالات يتحدد بمدى تأثير الفرد بمظاهرها ومدى تكيفه معها (يحياوي، 2003، 553)

3 - 3 - نظريات تقدير الذات :

3-3-1 - نظرية روزنبرج : إن هذه النظرية تعتبر من أوائل النظريات التي وضعت أساسا لتفسير وتوضيح تقدير الذات، حيث ظهرت هذه النظرية من خلال دراسته للفرد وارتقاء سلوك تقييمه لذاته في ضوء العوامل المختلفة التي تشمل المستوي الاقتصادي والاجتماعي، والديانة وظروف التنشئة الوالدية . وضع روزنبرج للذات ثلاثة تصنيفات هي :

الذات الحالية أو الموجودة : وهي كما يرى الفرد ذاته وينفعل بها .

الذات المرغوبة : وهي الذات التي يجب أن يكون عليها الفرد .

الذات المقدمة : وهي صور الذات التي يحاول الفرد أن يوضحها أو يعرفها للآخرين . ويسلط روزنبرج الضوء على العوامل الاجتماعية و يرى أنه لا أحد يستطيع أن يضع تقديرا لذاته والإحساس بقيمتها إلا من خلال الآخرين . (عابدة محمد، 2010، 81)

3 - 3 - 2 - نظرية كوبر سميث Cooper Smith : ذهب إلى أن تقدير الذات مفهوم متعدد الجوانب، ولذا لا ينبغي التعلق داخل منهج واحد ومدخل معين لدراسته، بل يستفاد منها

جميعا لتفسير الأوجه المتعددة لهذا المفهوم . كما يرى أن تقدير الذات ظاهرة أكثر تعقيدا لأنها تتضمن كلا من تقييم الذات ورد الفعل أو الاستجابات الدفاعية، وإذا كان تقدير الذات يتضمن اتجاهات تقييمه نحو الذات فإن هذه الاتجاهات تتسم بقدر كبير من العاطفة، فتقدير الذات عند سميث هو الحكم الذي يصدره الفرد على نفسه متضمنا الاتجاهات التي يرى أنها تصفه على نحو دقيق . كذلك أشار سميث إلى أن جذور تقدير الذات تكمن في عاملين رئيسيين :

أولها: مدى الاهتمام والقبول و الاحترام الذي يلقاه الفرد من ذوى الأهمية في حياته، وهم يختلفون من مرحلة لأخرى من مراحل الحياة.

ثانيها: تاريخ الفرد في النجاح بما في ذلك الأسس الموضوعية لهذا النجاح أو الفشل

(عايدة محمد، 2010، 82)

3 - 3 - 3 - نظرية إبشتاين: يرى أن كل شخص يضع صياغة للذات اعتمادا على قدرتها وصلاحيتها بشكل غير مقصود طبقا لخبراته المختلفة، ويشكل الجزء الأكبر من هذه الصياغة احتراما كاملا للذات بمقدار الخبرات المرتبطة بالإنجاز . وبزيادة تقدم الفرد فإن نظريته تزداد تعقيدا ومع ذلك يظل متمسكا بمبادئها الأساسية، بمعنى أن اعتقاد شخص ما في قيمته وأهميته قد لا يتغير كثيرا بشكل جذري، ودائما تتغير الاستنتاجات المستخلصة من هذه الاعتقادات، أو يعاد فحصها والتحقق منها مرة أخرى بتقدم العمر وزيادة خبرات الحياة، ويتطور هذا المفهوم التقويمي وفقا لملاحظات عن ذاته . (السيد عبد الرحمن، 1998، 104)

3 - 3 - 4 - نظرية زيلر : إن نظريته نالت شهرة أقل من نظريتي روزنبرج وكوبر

سميث، وحظيت بدرجة أقل منها، من حيث الذبوع، لكنها في الوقت نفسه تعد أكثر تحديدا وأشد خصوصية، إذ يعتبر زيلر تقدير الذات ما هو إلا البناء الاجتماعي للذات . ويؤكد أن تقييم الذات لا يحدث في معظم الحالات إلا في الإطار المرجعي الاجتماعي، ويذهب إلى أن تقدير الذات يشغل المنطقة المتوسطة بين الذات والعالم الواقعي، وعلى ذلك فعندما تحدث تغييرات في بيئة الشخص الاجتماعية، فإن تقدير الذات هو العامل الذي يحدد نوعية المتغيرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته تبعا لذلك . (عايدة محمد، 2010، 83)

3- 3 - 5 - نظرية روجرز: جعلت من الذات جوهر الشخصية وتعكس نظرية روجرز مبادئ النظرية الحيوية، وبعض من سمات نظرية المجال وبعض من الملامح لنظرية فرويد، كما أنها تؤكد المجال السيكولوجي وترى أنه منبع السلوك، ويذهب روجرز إلى أن تقدير الذات يمكن أن يتغير كنتيجة للنضج و التعليم وتحت ظروف العلاج النفسي المتمركز حول العميل (أبو زيد، 1987، 71). كما أدخل روجرز ثلاثة مفاهيم جديدة هي : الحاجة إلى الاعتبار الإيجابي، الحاجة إلى اعتبار الذات، شروط التقدير. فحاجة الاعتبار الإيجابي للذات تكون من قبل الآخرين، حاجة عامة و إن لم تكن بالضرورة فطرية، و هي ترتقي بظهور الوعي بالذات، بحيث يسعى الفرد إلى الحصول على تقدير الآخرين أكثر مما يسعى إلى الخبرات التي يقدرها الكائن العضوي الحي. أما حاجة اعتبار الذات يكتسبها الفرد نتيجة لخبرات الذات بإشباع أو إحباط حاجتها إلى الاعتبار الإيجابي بحيث يكتسب الفرد حاجة اعتبار الذات، وهي تعمل مستقلة عن العلاقات مع الآخرين، وأن مستوى اعتبار الفرد لذاته يؤدي إلى ثراء ونضج وتشعب الشخصية كلها، وهنا يرى روجرز أن السلوك لا يصدر مباشرة عن أشياء حدثت في الماضي، بل ليس ثمة سلوك إلا ويواجه حاجة راهنة. أما شروط التقدير فهو الحد الذي يساعد الفرد على تجنب بعض خبرات الذات، والسعي وراء بعضها الآخر بناء على استحقاقها أو عدم استحقاقها لاعتبار الذات، و تساعد هذه المفاهيم في إيضاح الفروق بين الذات والخبرة و مفارقات السلوك والعمليات الدفاعية وغيرها. (نفس المرجع، 624) .

3 - 3 - 6 - نظرية ماسلو Maslow: لقد وضع ماسلو نظريته في هرمية الحاجات، والتي تقوم على أسس أن الحاجات لا تتساوى في أهميتها بالنسبة للإنسان و بالتالي لا تتساوى في قوتها الدافعية و في إلحاحها طلباً للإشباع، و لكي يصور ماسلو هذا التدرج افترض أن الدوافع يمكن تصنيفها و ترتيبها في مستويات تقع على شكل هرم متدرج فالحاجة في قاعدة الهرم و المنتسبة إلى مستوى أدنى تدل على قوتها و أهميتها و أنها الأولى بالإشباع، و لكي يصل الفرد إلى قمة الهرم (الحاجات العليا) فلا بد أن يكون قد أمن إشباع حاجاته الأولية و التي تقع قبلها في التدرج الهرمي، و متى وصل الفرد إلى إشباع حاجاته العليا في قمة الهرم فهذا دليل على

درجة رقيه و مدى تحقيقه لذاته (السيد عبد الرحمن، 1998، 124) . إن الفكرة الأساسية وراء تصور ماسلو الترتيب الهرمي هي أن الحاجات الدنيا حاجات أولية ضرورية يجب إشباعها أولاً و لو إشباعاً نسبياً حتى يتمكن من إشباع الحاجات الأعلى منها و يتمكن من الوصول إلى أعلى التصنيف الهرمي و هو تحقيق الذات (حمي، 2000، 97) . و تحتل الدوافع الفسيولوجية قاعدة الهرم أو ما يوضع في سلم الحاجات (جوع و عطش ...) و يليها دوافع طلب الأمن و الاطمئنان و تجنب ظل ما من شأنه أن يتهدهده، ويليها الحاجة إلى الحب و التعاطف و الانتماء و يلي ذلك الحاجة إلى الشعور بالتقدير و قيمة الذات و المكانة الاجتماعية و النجاح، و أخيراً الحاجة إلى إثبات الذات و تحقيقها وتأكيد مكانتها بين الناس، ويرى ماسلو أن تحقيق الحاجة لتقدير الذات يؤدي إلى الثقة بالنفس و الشعور بالقيمة و الأهمية في المجتمع، أما عدم إشباع الحاجة لتقدير الذات فإنه يؤدي إلى الشعور بالنقص و الضعف . كما أشار إلى أن حاجات التقدير تتضمن : الحاجة إلى تقدير الفرد لذاته و احترامها و الشعور بالجدارة والكفاءة و الثقة بالنفس . و الحاجة إلى التقدير من الآخرين و يتضمن المكانة، المركز، الشهرة، التقبل . في حالة إشباع الحاجة لتقدير الذات فإنها تفتح الطريق لإشباع حاجات المستوى الأعلى ليصل إلى قمة الهرم و هي تحقيق الذات و يقصد بها الاستثمار الأمثل لطاقت و إمكانيات الفرد و سلوكه بصورة عفوية كما هي حقيقته لا كما يريد الآخرين، و في حال عدم إشباع المستويات الأدنى فإن الفرد سيظل مشغولاً بتأمين حاجاته الأولية و يتعطل ظهور الحاجات الأخرى كما بينه في هرمه (نفس المرجع، 33).

3-4- الحاجة إلى تقدير الذات : إن حاجتنا إلى الشعور لأن ما نحن عليه وما نقوم به هو ضمن معاييرنا الذاتية الخاصة ترتبط بمفهوم الذات ومستوى الطموح عندنا، وما نفكر به عن أنفسنا يدور حول مفهومنا للقيم والمعايير و ما هو صواب وما هو خطأ، فجميعها تؤدي للجوانب المهمة لحاجتنا لتقدير الذات، لأنها تدور حول منظومة القيم التي اكتسبها الفرد في أثناء عملية التطبيع الاجتماعي له والتي يحاول من خلالها المجتمع أن يعد طريق حياته وأن يتشرب قيمه ومعاييرها، والتي لا يستطيع الفرد أن يخرق تلك القيم والمعايير الاجتماعية دون أن يشعر بإحباط يتصل بتقديره لذاته. كما يهدف الإنسان في سلوكه لأن يشعر بقيمته وأهمية الدور

الذي يقوم به في حياته، فكل منا له أدوار مختلفة يقوم بما يشعره بقيمته في حد ذاته كإنسان وكقائم بالدور، ويود أن يلقى تقدير الآخرين لما يقوم به من عمل في حياته، وعندما يقوم بأي عمل فإنه يود أن يشعر بالنجاح والتقبل لما يقوم به من عمل وأن هذا العمل له وزن وقيمة . فانخفاض تقدير الذات ينتج عن الفجوة أو الثغرة بين الذات وطموحاتها . (عايدة محمد ،2010، ، 104) .

3-5- مستويات تقدير الذات : (جبريل موسى ، 1993 ، 106)

ووجد كوبر سميث أن هناك مستويات ثلاثة لتقدير الذات

3-5-1- ذوو تقدير الذات المرتفع : يعتبرون أنفسهم أشخاصا هامين يستحقون الاحترام والتقدير، فضلا عن أن لديهم فكرة محدودة وكافية لما يظنون صوابا، كما أنهم يملكون فهما طيبا لنوع الشخص الذي يكونه.

3-5-2- ذوو التقدير السلبي للذات : يرون أنفسهم غير مهمين وغير محبوبين ولا يستطيعون فعل أشياء يودون فعلها، ويعتبرون أن ما يكون لدى الآخرين أفضل مما لديهم . فهو عدم رضا الفرد عن ذاته أو رفض الذات و احتقارها .

3-5-3- ذوو التقدير المتوسط للذات : يقعون بين هذين النوعين .

3-6- صفات ذوي تقدير الذات المرتفع و المنخفض:

3-6-1- صفات مرتفعي تقدير الذات نجدهم سريعين في الاندماج والانتماء في أي مكان كانوا، فليدعم الكفاية و الشعور بقيمتهم الذاتية وقدرتهم على مواجهة التحدي، ولقد أظهرت الدراسات أن هؤلاء الأشخاص الأكثر قدرة على السيطرة على أنفسهم والتحكم في حياتهم هم الأكثر إنتاجية، والأكثر سعادة و رضا بحياتهم، وليس بالضرورة أن يعتقدوا أنهم الأفضل ولكنهم متفائلون وواقعيون مع أنفسهم، وأقوياء في مواجهة عثرات النفس . ومن البديهي أنهم لا يتحكمون في كل شيء ولكنهم يتحكمون في مشاعرهم واستجاباتهم اتجاه القضايا والأحداث . ولا يشترط لهذه الاستجابة أن تكون دائما إيجابية ؛ ولكن لا بد أن تكون مستمرة، فبناء النفس رحلة طويلة، ولا بد من الارتفاع والانخفاض فيها. (عبد الحميد، 1990، 109)

كما و أوضح ايزنك و ولسون (Eysenck & Wilson) أن الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة في تقدير الذات لديهم قدر كبير من الثقة في ذواتهم، وقدراتهم، ويعتقدون في أنفسهم الجدارة، والفائدة، و أنهم محبوبون من قبل الأفراد الآخرين (عبد المعطي، 2004، 14، 65) ويرى بعض الباحثين إلى أن الثقة بالنفس جزءا رئيسيا من مفهوم الذات، فمفهوم الذات يشمل في معظمه على ثقة الفرد بنفسه، إذ أن الفرد الذي يمتلك مفهوما إيجابيا عن ذاته هو شخص يثق بنفسه بالضرورة، أما الشخص الذي يمتلك مفهوما سلبيا عن ذاته فهو شخص ضعيف الثقة بالنفس، ويكفي القول أن الثقة بالنفس شرط أساسيا لتأكيد الذات وتعد نتاجا لتقدير الذات (عبد الحميد، 1990، 98)

3-6-2- صفات منخفضة تقدير الذات : تشير الدراسات أن قرابة 95% من الناس يشكون أو يقللون من قيمة ذواتهم وهم بهذا يدفعون الثمن عمليا في كل ميدان يعملون فيه، فهؤلاء الذين يقارنون أنفسهم بالآخرين ويعتقدون أن الآخرين يعملون أفضل منهم وأنهم ينجزون ما يسند إليهم بيسر، فهم بهذه النظرة يدمرون ذواتهم ويقضون على ما لديهم من قدرات وطاقات. وقد يؤدي بهم ذلك إلى الاكتئاب والقلق وكثير من حالات الاكتئاب والانتحار لها علاقة بالازدراء الذاتي . و كان "جيمس باتيل" من الأوائل الذين قرروا قوة الترابط بين الاكتئاب والازدراء الذاتي، فلقد اكتشف إنه عند ازدياد الاكتئاب ؛ فإن تقدير الذات يقل، والعكس بالعكس ولهذا من العلاج لحالات الاكتئاب تنمية المهارات الفردية في رفع مستوى تقدير الذات والمحافظة على الحالات المزاجية لديه . وعادة الأشخاص الذين لديهم ازدياد الذات يتصفون بـ : الشعور بالنقص اتجاه أنفسهم فيشكون في قدراتهم لذلك يبذلون قليل من الجهد في أنشطتهم، وهم يعتمدون بكثرة على الآخرين لملاحظة أعمالهم، وغالبا ما يلومون أنفسهم عند حدوث خطأ ما، ويمنحون الثناء للآخرين في حالة حدوث النجاح . وعند الثناء عليهم يشعرون بارتباك في قبول هذا الثناء والإطراء، فالمدح يسبب لهم جرح، لأن لديهم شعور بأنهم يكذبون في حياتهم. وهذا الشعور مدمر لهم ؛ و عند شتمهم أو إهانتهم لا يدافعون عن أنفسهم لأنهم يشعرون أنهم يستحقون ذلك . مع الشعور بالغضب وإرادة الثأر من العالم فهم غالبا ما يعانون من مشاكل في

أعمالهم وفي مسكنهم مما قد يسبب لهم في النهاية مرض نفسي وعضوي ورغبة في محاولة الانتقام من العالم . وتراهم دائما يبحثون عن الأخطاء ولا يرون إلا السلبيات، ويجدون سرورا غامرا لأخطاء الآخرين ومشاكلهم . و يميلون إلى سحب أو تعديل رأيهم خوفا من سخرية ورفض الآخرين . و يحاولون الانكماش على أنفسهم فلا يريدون العالم أن يراهم. إضافة إلى عدم الشعور بالكفاءة في دور الأبوة أو في دور الزوجية، ويلاحظ الباحثون في العلاقات الأسرية أن تقدير الذات المنخفض لا يؤثر على الوالدين فحسب، بل ينقل إلى أطفالهم وكأنه يورث إليهم. (بوزقاق، 2006، 107)

3-7- آثار تدني تقدير الذات: إذا تركت أعراض تدني الذات و لم تلق الرعاية اللازمة و التكفل النفسي لها فإنه من المتوقع أن يتفاقم العرض إلى نمط شخصية، وفيما يلي عرض لأنواع الشخصيات التي يولدها سوء تقدير الذات :

- الشخصية الانحرافية : لاحظ إريك فروم Erik From أن الإحساس ببغض الذات لا ينفصل عن الإحساس ببغض الآخرين، فإذا حرم الطفل من الشعور بقيمته في بيئة قاسية ينمي لدى الفرد الشعور بالظلم مما يدفعه للانتقام (فرج، د س، 26)

- الشخصية التابعة : فلا يستطيعون اتخاذ أي قرار إذ لم يعزز ذلك فيهم منذ الصغر .
(فرج، د س، 26)

- الشخصية الاكتئابية : حسب مقاربة بيك Beck الإدراكية فإن الاكتئاب يلخص في ثلاثة خصائص وهي النظرة السالبة عن الذات و عن العالم وعن المستقبل . (عبد الحميد، 1990،
(143

3-8- قياس تقدير الذات : من بين الروايز الخاصة لتقدير الذات نذكر: (سالمة الحجري،
(2011، 17)

- 1 - رائز روزنبرج (Rosenberg) سنة 1965 و قد كيف للغة العربية من طرف الدكتور أمل عواد معروف، هدفه هو تطبيق تقنية مختصرة و بسيطة تسمح بدراسة تقدير الذات بغض النظر عن المستويات الاجتماعية و العادات و التقاليد و الأديان و البيئات ، وقد استند (Rosenberg) في بناء المقياس على دراسة تناولت الأبعاد السيكولوجية كالقلق يستخدم على الأفراد الذين يبلغ أعمارهم 16 سنة فما فوق كما يمكن تطبيقه فرديا أو جماعيا ولا يستغرق تطبيقه أكثر من 10 دقائق.
- 2 - رائز كوبير سميث (Cooper Smith) سنة 1967 لقياس اتجاه التقييمي نحو الذات يستعمل هذا المقياس مع الذين تتراوح أعمارهم ما بين 8 و 15 سنة، كما يمكن استعماله للراشدين و يمكن تطبيقه فرديا أو جماعيا و مدة تطبيقه 10 دقائق لا أكثر.
- 3 - رائز هاري (HARREE) .

خلاصة :

مما سبق عرضه اتضح لنا أن الذات هي جوهر الشخصية و لنموها مراحل، و أن هناك فرقا بينها وبين مفهوم الذات وتقدير الذات ؛ وكيف يؤثر هذا الأخير في الحياة كلها فكلما ازداد ازدادت الفاعلية فالحاجة إليه ملحة . و يعتمد مستوى تقدير الفرد لذاته على تجاربه الفردية . كما تعرضنا إلى العوامل المؤثرة في تقدير الذات ومستوياتها وكذا أهم نظرياتها وفي الأخير كيفية قياسها.

ثالثاً : العقم

تمهيد

- 1 - تعريف العقم .
- 2 - أنواع العقم
- 3 - أسباب العقم .
- 4 - تشخيص العقم .
- 5 - علاج العقم .
- 6 - دلالات الأطفال بالنسبة للوالدين .

خلاصة .

تمهيد :

يقول الدكتور عدنان السبيعي : " إن الأمومة تشغل بال المرأة وهي تستغرق حياته الشعورية وغير الشعورية منذ أن يفتح وعيها على الحياة " (السبيعي ، سيكولوجية الأمومة ، 1975 ، 79) ، فلهذا نجد أن العقم مجرد فكرة مرفوضة عندها لأنه مساس بأوثقها التي لا تكتمل إلا بتحقيق الأمومة ، فهي تنتظر بفارغ الصبر الوصول إلى هذه المرحلة ، و قبل ذلك تجسدها في هوماتها و لعبها . ويكشف التحليل النفسي تأثير اللاشعور على سيكولوجية الأمومة ، فهناك صراعات غير محلولة في ماضي الأم تبحث عن حل و إشباع لها في الأمومة و العقم يعرقل ذلك ، كما أن هناك قوى لاشعورية يكون مصيرها تصعيد الميول و النزعات من طبيعة جنسية تتحول إلى عاطفة أمومية و العدوانية تتحول إلى نوع من الحماية (بلميهوب ، 2006 ، 82) . و يبين " بيرون " كيف يمنع العقم المرأة من تحقيق أسمى إنجازاتها فالطفل إنجاز المرأة بيولوجيا ونفسيا (Perron , 1985 , 35) فالرغبة في الأمومة هي الرغبة الأشد تأصيلا في الحياة النفسية للمرأة منذ طفولتها إلى شيخوختها (Hélene-Deutsch , 1949. 256) . ولنا أن نتصور المعانات النفسية التي يسببها العقم للمرأة التي لم تستطع تلبية هذه الغريزة . ولا يتوقف ضرره هنا فقط بل يتعدى أثره إلى المجتمع ككل ؛ فكثيرة هي الدول التي تستمد قوتها من تعدادها السكاني . و لفهم هذه الظاهرة المرضية سنتناول في هذا الفصل تعريف العقم ، أسبابه ، العلاج...الخ.

1- تعريف العقم :

- لغة : المرأة لا تلد ولا تقبل الولد . (المنجد ، 1998) .

قال أبو الهيثم : امرأة عقيم لا تلد ، ورجل عقيم لا يولد له . (الأزهرى ، 2001 ،
(2526

- اصطلاحاً : عدم قدرة المرأة أو الرجل على الإنجاب مع أن العلاقة الجنسية تبقى
ممكنة . (La Rousse Medicale , 2005)

وتعرفه LOMS بأنه تشخيص وضع بعد فحص طبي ونفسي واجتماعي يؤكد عدم
قدرة الزوجين على الإنجاب . كما صنفته ضمن الأمراض (Strobach , 2007 , 7)
وهناك فرقا بين العقم وعدم الخصوبة ، فالأول عدم قدرة المرأة على الإنجاب ، أما
الثاني فهو عدم إمكانية المرأة الحفاظ على الحمل إلى النهاية ، كما يستعمل مصطلح
انخفاض الخصوبة للإشارة إلى صعوبة الحمل . (Boury G.L & al. 1992, 160)
و يعرف كذلك بأنه " عدم حدوث الحمل بعد سنة من الزواج وبدون استعمال موانع
الحمل (الصواف ، الجبلي، 2001 ، 203)

أشار تورت (Tort , 1992) إلى ما توصل إليه بودلوسكي (Bydlowski) بفصل العقم
العضوي عن العقم النفسي الراجع إلى عدم وجود عوامل فيزيولوجية .

- الفرق بين العقم و العقر : ذهب جل المفسرين أن لا فرق بينهما ولهما معنى واحدا ،
وهناك فرق ضئيل :

- العقيم :من لا يلد أصلا ، سواء رجلا كان أو امرأة ﴿ ويجعل من يشاء عقيما إنه
عليم قدير ﴾ (الشورى الآية 50)

- العاقر: للمرأة فقط ، وهي اليائس من الحي . ﴿ وكانت امرأتي عاقرا ﴾ (مريم الآية 5)

2 - أنواع العقم:

1-2 العقم العضوي الأولي : هو عدم الحمل منذ بداية الزواج ، لعدم نضج الأعضاء

التناسلية للمرأة أو لأسباب هرمونية أو أسباب تكوينية . (رفعت ، 1993 ، 53)

2-2 العقم العضوي الثانوي: هو العجز عن الحمل بعد الإنجاب وهذا لأسباب عضوية عدة قد تصيب المرأة من جراء عملية إجهاض، أو نتيجة للولادة العسيرة أو لأمراض قد تصيب الجهاز التناسلي بعد الولادة . (رفعت ، 1993 ، 58)

2-3 العقم النفسي : يرى العديد من الباحثين كأحمد النابلسي (1991) أن للعوامل النفسية دورا أكيدا في إحداث العقم إلى جانب العوامل العضوية الأخرى ؛ و تنقسم هذه العوامل إلى :

أ- عوامل تؤدي إلى فشل الاتصال الجنسي: فالفتاة التي تتحدر من أسرة محافظة جدا ، تكون تربيته الأولى متزمتة وقائمة على الكبت الجنسي ، فتتعلم أن الاتصال الجنسي شيء قذرا وقبيحا مما يجعلها تفشل في إرخاء عضلاتها عند الجماع فتشل حركة الحيوانات المنوية فتموت في المهبل مما يؤدي إلى عدم الإنجاب .

ب- عوامل تؤدي إلى عدم القدرة على إنتاج البويضة: فالتوتر الانفعالي والقلق والصراعات النفسية تؤثر سلبا على إفراز الغدد الصماء للهرمونات ، كما يؤدي إلى اضطرابات في الدورة الشهرية و قد تختفي تماما و هذا سبب كافي للإصابة بالعقم . (الصواف، الجليبي ، 2003) .

3 - أسباب العقم : لتعدد الأسباب المؤدية للعقم بصفة عامة ، سوف نتطرق إلى

أسباب العقم العضوي الأولي فقط كونه يمثل موضوع دراستنا و التي تتمثل في:

1-3 أسباب تكوينية: يمكن حصرها في (Baudet J.H & al. 1992 , 94) :

- ضيق المهبل ، أو ارتفاع حموضته .

- ضيق مجرى الرحم .

- عيوب الرحم التكوينية و تشوهاتة .

- أورام المبيض .

- اضطرابات الغدد الصماء .

- أورام الرحم الليفية

- انقلابات الرحم وانحرافاتة .

- التهاب البوقين و انسدادهما .

2-3 السن : يرى سفال " Savale.M " أن للسنة تأثير كبيراً إذ أن الخصوبة تكون في أقصاها ما بين 20 و 30 سنة ، و تتناقص تدريجياً خلال سن 35 سنة في حين يتأزم الوضع في الأربعينات ، إذ أن المرأة مع كل دورة شهرية تفقد بويضة واحدة ليتناقص عددها مع كبر السن إلى أن تتلاشى خلال الأربعينات أو الخمسينات .

فنسبة الإنجاب لدى المرأة التي يتراوح سنها بين 25 - 30 سنة تكون 85 % ، و بنسبة 60 % بين 30 - 35 سنة لتتناقص إلى 50 % عندما تبلغ سن 40 .

(Kleinman R.L , 1989 , 257)

4 - تشخيص العقم :

بعد مرور سنة من الزواج ، وعند بعض الأزواج مجرد بضعة أشهر يبدأ في الشعور بالقلق يدفعهما إلى البحث عن السبب و أول من يبدأ المرأة ، فيتم التشخيص بطرق مختلفة .

4 - 1 - **الكشف الطبي العام:** من خلال الفحص الشامل لـ : البول ، ضغط الدم ، تحديد وزن المرأة ، وظيفة الغدد الصماء ، السوابق الجراحية ، الأمراض الطفولية و المتوارثة و حياتها الجنسية (Baudet J.H & al. 1992 , 122)

4 - 2 - **الكشف على الأعضاء التناسلية :** إذا تعذر على الطبيب الوصول إلى سبب العقم من خلال الفحص العام ، فإنه ينتقل إلى الكشف عن الأعضاء التناسلية بواسطة الأشعة والتحليل المخبرية لتشخيص السبب عن طريق ما يلي: (Baudet J.H & al. 1992 , 189)

4 - 2 - 1 - **فحص قطعة من نسيج الغشاء الرحمي :** في الساعة الأولى من بدء الطمث لمعرفة ما إذا كانت بطانة الرحم مهياً لتعشيش البويضة أم لا ، و لمعرفة ما إذا كان انبلاق البويضة قد تم أم لا .

4 - 2 - 2 - **نفخ النفير بالهواء** : يجرى هذا الفحص المخبري بعد الطمث لمعرفة ما إذا كان ثمة التهاب أو انسداد في البوقين .

4 - 2 - 3 - **التصوير بالأشعة** : وذلك باستخدام ما يلي ، L hystérogaphie ، ' ، la coehioscopie échographie pelvienne فهي تعطينا صور قيمة عن حالة عنق الرحم و مساحة تجويفه ، وشكل الرحم وحجمه و حالة جداره من الداخل ، لمعرفة إن كان يحتوي على أورام أو أكياس أو التهابات مزمنة ، وكذا تمكنا من معرفة شكل الأنابيب و تجويفاتها من الداخل و عما إذا كانت مصابة بأمراض مزمنة أو حادة وكذا إن كان هناك انسداد في النفيرين .

4 - 2 - 4 - **التحاليل الهرمونية** : بتحليل الدم والبول لمعرفة مدى إفرازات الغدة النخامية وكذا الغدة الدرقية للهرمونات المتمثلة في هرمون FSH الذي ينشط تكوين الجريبات و LH الذي يشكل الجسم الأصفر، وكذا هرمون البروجيستيرون و الأستروجين، وغيرها من الهرمونات و الإنزيمات المسؤولة عن تعشيش البويضة في الرحم و انقساماتها ونمو الجنين

5 - **علاج العقم** : يكون العلاج تبعا للتشخيص وكما سارع الزوجان في مراجعة الطبيب كانت إمكانية الشفاء أكبر، فالعلاج في المراحل المتقدمة أيسر منه في المراحل المتأخرة .
(رفعت ، 1993 ، 245) .

5 - 1 - 1 - **العلاج الدوائي** (سييرو فاخوري ، 1984 ، 219) :

5 - 1 - 1 - **علاج ضيق المهبل** : يتم توسيع مدخله الضيق تدريجيا بالأصابع أو بأصابع معدنية مختلفة الحجم وأحيانا يتطلب العلاج إجراء عملية جراحية بسيطة . أما إذا كان ضيق المهبل ناجما عن أسباب نفسية فيجب استعمال طرق الإقناع الذاتي، و الإيحاء بالإضافة إلى الأدوية المسكنة و المهدئة التي ترخي العضلات وتزيل الخوف .

5 - 1 - 2 - **علاج الحموضة الزائدة في المهبل**: تعالج بإجراء دوش مهبلي بالماء المعقم بواسطة الغلي المبرد ، مع إضافة ملعقة كبيرة من بيكاربونات الصودا إلى كل ليتر

ونصف من الماء المحضر، وكذا هناك محلول ذو فعالية قوية في إزالة هذه الحموضة الزائدة مؤلف من كلورات الصديوم و الكالسيوم و المغنيزيوم و البوتاسيوم وبيكاربونات الصودا .

5 - 1 - 3 - علاج ضيق مجرى الرحم : إذا كان الضيق ناتج عن نقص في نضج وتكوين الأعضاء التناسلية ، فبالهرمونات الجنسية المؤنثة التي من شأنها تنشيط وظيفة المبيض وتضخيم حجم الرحم ، وتنميته مع بقية الأعضاء التناسلية ، ويستغرق هذا العلاج أشهر متتالية. وقد يلجأ الطبيب في بعض الحالات إلى عملية توسيع عنق الرحم بواسطة أصابع معدنية طويلة يتراوح قطرها ما بين 5 و 13 ملم ، هذه العملية ناجحة في اغلب الأوقات.

5 - 1 - 4 - علاج انسداد أنابيب الرحم : تجرى عمليات جراحية لفتح هذا الانسداد إذا كان الانسداد خفيفا ، إما إذا كان نتيجة لالتهابات قديمة و مزمنة فإنه ليس هناك أمل في الشفاء حتى وإن أجريت عملية جراحية .

5 - 1 - 5 - العمليات الجراحية في المبايض: تجرى عند وجود الأورام السرطانية أو في حالة وجود أنسجة تشبه الأنسجة التي تغطي التجويف الداخلي للرحم ، و تختلف هذه العمليات باختلاف حجم الورم ، فإذا كان الورم ضخما فإنه يستدعي استئصال المبيض كلية مما يؤدي إلى الإصابة بالعقم على مدى الحياة .

5 - 1 - 6 - إزالة الأورام الليفية من الرحم : هي أورام غير خبيث وعملية إزالتها عملية صعبة نوعا ما يتخلص فيها الجراح من هذا الورم ، ثم يعيد شكل الرحم إلى طبيعته بقدر الإمكان.

5 - 1 - 7 - علاج انقلابات الرحم و انحرافاته : إما جراحيا أو عاديا ، فالعادي يكون بواسطة الحركات الرياضية كالاستلقاء الطويل على الظهر و البطن حسب انقلاب الرحم ، أو بواسطة الحلقات البلاستيكية . أما الجراحي فيكون بإعادة ربط ووصل الأربطة الرحمية لإعادة الرحم إلى وضعه الطبيعي السابق

5 - 2 - العلاج النفسي :

وهو ضروري جدا حتى و إن كانت الإصابة عضوية أما إذا كان السبب نفسي ، غلا ينفع العلاج الطبي مهما طالته مدته ، و فقد بينت دراسات على حالات فردية أن البحث في العقد النفسية المرتبطة بالأمومة والأسرة ، وذلك من خلال العلاج النفسي قد أدى إلى الخصوبة والحمل. (فاخوري ، 1991 ، 203)

- وعلاج العقم سواء كان بالجراحة أو بالعقاقير قد يتطلب وقتا طويلا إلا أن الزوجين يستمران في العلاج، لأهمية وجود الأطفال بالنسبة لهما على عدة أصعدة وهو ما يفسره حديث العلماء عن دلالة الطفل بالنسبة للوالدين خصوصا الأم .

6 - دلالات الأطفال بالنسبة للوالدين : لممارسة أدوار الأمومة و نوعيتها هناك عموما ثلاث مستويات من الدلالة : الدلالة النفسية ، الاجتماعية ، الدلالة الوجودية .

6 - 1 - الدلالة النفسية : تتخذ الأمومة دلالة الجدارة الشخصية على المستوى النفسي ، فالأمومة هي اكتمال الأنوثة و البرهان عليها ، فالطفل يحقق للمرأة التوازن النفسي و الوفاق مع الذات . و يؤكد الباحث " Georjin " بأن كل امرأة تحلم أن تصبح أما كأمها (خليل محمد ، 1999 ، 161) و بذلك وحده تتجاوز وضعية المرجعية الخارجية وصولا إلى المرجعية الذاتية ، هي أم إذا هي مرجع ذاتها ؛ فحسب مدرسة التحليل النفسي يقطع الطفل مسيرة نفسية طويلة وصولا إلى مرتبة الكائن القائم بذاته . و ميلاد طفل يوحي بمشاعر الصحة النفسية و الجسدية و تكاملهما من خلال الخصوبة و الإنجاب ، وعلى العكس من ذلك فإن العقم يفتح أمام المرأة سجل الشكوك و الهواجس حول اكتمال الجسد و معه الاكتمال النفسي ، فالإنجاب هو اكتمال الرشد و النضج اللذين يحملان التوازن على المستوى الداخلي و كذا على مستوى الهوية النفسية ، ذلك أن هذه الكفاءة على المستوى اللاواعي تظل مربوطة بكفاءة الإنجاب ، كما ترغب من وراء تأدية وظيفة الإنجاب مقاومة القلق و بعض المخاوف كالخوف من الوحدة و الشيخوخة و الملل وقلق الموت . إضافة إلى وجود بعض الأفراد يريدون عيش طفولتهم مرة ثانية من خلال

الانجاب . فغالبا تكون الرغبة في الطفل لا تتعلق به في حد ذاته ، بل هو آلة تستعمل لتحقيق رغبات شخصية ، ولهذا يكون في هومات الأفراد على أشكال مختلفة :
الطفل اللعبة : حيث يكون نوعا من الدمى الحية التي تشكل نموذجا لأم صبيانية .
الطفل الأمل : الذي يمكن أن يجلب سندا عاطفيا أو اقتصاديا للوالدين عندما يكبران .
الطفل الدليل : على الرجولة أو الأنوثة .

الطفل السلاح : من أجل الحصول على الرجل المحبوب ، أو التمسك به أو من أجل اصلاح علاقة زوجية سيئة . (GEORGIN , 1990 , 65)

6 - 2 - الدلالة الاجتماعية : يعتبر الولد الذي تتجبه المرأة رباط الصداقة مع المحيط الاجتماعي الذي تعيش فيه ، و يبين الأستاذ " مصطفى بوتفوشات " أن في المجتمع الجزائري كلما كان للمرأة أطفالا خاصة الذكور كلما اكتسبت مكانة مميزة كامرأة مسموعة ، قادرة على أخذ القرارات لأنه عندما تصبح الزوجة أما تعرف مراعاة خاصة من طرف زوجها وعائلته . (Boutefnouchet , 1979 , 71) . وكذلك تذكر " Lacoste " أن الانجاب يضمن سلطة كالسلطة الذكورية ، و هو جسر لربط العلاقات بينها و بين أم الزوج و كل العائلة ، يمكنها من اكتساب مكانة الأم التي تعطيها السلطة عندما يكبرون لأن هناك تدرج في السلطة داخل العائلة . فالانجاب هو نقطة بداية صعودها في السلم الاجتماعي في تغير مكانتها إلى الأعلى و الأحسن (Paris ، Lacoste , 1985) . خاصة في المجتمعات العربية فهي تعرف اجتماعيا بأم فلان، و إذا تأخر الحمل لسبب من الأسباب فعلى الزوجين مواجهة العديد من التساؤلات و حتى الانتقادات وكأن المجتمع في هذه الحالة يترك عضوية الأهلية الاجتماعية للزوجين معلقة حتى يستوفيا شرطا أساسيا من شروطها المتمثل بالوالدية ، هو ما يوقعها في المعانات المعروفة عندما يتأخر الحمل .

6 - 3 - الدلالة الوجودية : الإنسان بحاجة إلى استمرارية الاسم من خلال توالد الذات مجسدة في كيان خارج عنها هو جزء منها ، فالطفل يملأ النقص على هذا الصعيد الوجودي ، كما يمكنه أن يستوعب الوجود بأكمله . ولهذا تؤكد إلان دوتش : " Deutch

H. على أن الأمومة فرصة لا مثيل لها بالنسبة للمرأة حتى تبين شعورها الوجودي " (Gastellan - Yvonne ، 1993 ، 34) . إذ هو استمرارية تعويضية عن الذات و ممثلا لها ، فخصوبة الجسد مرادف للأمل " أنا أنجب إذا أنا موجودة " (1993 ، 36 ،) Gastellan - Yvonne . كما يعتبر الطفل ضمانا وتأمين المستقبل، وهو سبيل الإحساس بالمتعة و الحضانة ، كما يعتبر مجال الافتخار بالانجاز الذاتي من خلال نجاح الأبناء (حجازي ، 2000 ، 213)

خلاصة :

من خلال ما تم طرحه في هذا الفصل تبين أن العقم الأولي أسبابه عضوية بحتة ، وتشخيصه لا يكون إلا بعد مرور سنة من الحياة الجنسية الطبيعية دون استعمال لوسائل منع الحمل. وأن الخضوع للعلاج قد يؤدي إلى النتيجة المطلوبة وقد لا يحدث ذلك، مما يدخل المرأة في دوامة ؛ حيث تعيش المرأة عقمها كتجربة فشل جردتها من أهم خصائصها الأنثوية . وكيف أن الإنجاب كما سبق بيانه يشغل حياتها كلها ؛الشعورية و اللاشعورية ، ولهذا يقول ريبول (15, 2001, Reboul) عن العقم أنه " القلق الموجود بين الولادة والموت . " .

الفصل الثالث

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد.

1- الدراسة الاستطلاعية.

2- الدراسة الأساسية.

2-1- مجالات الدراسة.

2-3- المنهج المستخدم.

2-4- مجتمع الدراسة.

2-5- عينة الدراسة.

2-6- أدوات البحث.

خلاصة

تمهيد:

لابد لأي دراسة نفسية أن تشتمل على إجراءات منهجية معينة، حتى يتضح من خلالها فحص الظاهرة النفسية للوصول إلى الأهداف التي يسعى الباحث إلى تحليلها وتفسيرها . وعليه فسندرج في هذا الفصل مختلف الإجراءات والخطوات التي تمت في الجانب الميداني من هذه الدراسة من حيث منهجية البحث ومجتمع الدراسة، والعينة ، والأدوات التي استعملت في الدراسة والمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات لاختبار صدق وثبات الأدوات وكذا مناقشة وتحليل النتائج التي تم التوصل إليها .

1 - الدراسة الاستطلاعية :

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أول خطوة في البحث فقد قمنا باختبار أولي لمقياس تقدير الذات المستعمل في الدراسة وذلك على عينة قدرت بـ 15 حالة من النساء المصابات بالعمق الأولي. وكان الهدف منها هو التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس الدراسة ، بالإضافة إلى محاولة الكشف على ما إذا كانت هناك صعوبات في فهم بنود المقياس وإن كان يخدم فرضيات البحث. وكذا لتحديد خصائص العينة النهائية التي ستتم عليها الدراسة . وبعد إجراء الدراسة الاستطلاعية اتضح أن النساء لم يجدن صعوبة في قراءة وفهم المقياس نظرا لسهولة ودقة بنوده .

2- الدراسة الأساسية :

2 - 1 - مجالات الدراسة:

المجال البشري أجريت الدراسة الميدانية المتعلقة بموضوع "القلق و تقدير الذات لدى النساء العقيمات بالمجتمع المفتوح بمدينة المسيلة

المجال الزمني : أجريت هذه الدراسة في جانبها الميداني في الفترة الممتدة بين (03 مارس و 10 ماي) من السنة الجامعية (2013 م - 2014 م) .

المجال المكاني : تحددت الدراسة مكانيا بمدينة المسيلة .

2 - 3 - المنهج المستخدم في الدراسة :

إن طبيعة الدراسة وفروضها تقتضي تحديد المنهج الذي يتلاءم معها ويخدمها في تحليل نتائجها. هذا ما أدى إلى ضرورة تبني المنهج الوصفي الارتباطي في دراستنا ، لأن موضوعها هو محاولة إيجاد العلاقة بين كل من القلق و تقدير الذات فدراستنا هذه تعتمد على وصف الوضع الذي توجد عليه الظاهرة كما هي في الواقع(خليفة،1984،58)

2 - 4 - **مجتمع الدراسة**: نظرا لعدم وجود أي مصلحة خاصة أو عمومية تتكفل بهذه الفئة (النساء العقيمات) فقد تمت عملية البحث داخل المجتمع المفتوح ، فكان الاتصال بالنساء العقيمات بطريقتين :

- أثناء مراجعتهم لعيادات الأطباء المختصين في أمراض النساء و التوليد.
- ارسال الاستمارات إليهن و استعادتها عن طريق المراسلة.
- 2 - 5 - عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من 50 امرأة ، من النساء العقيمات ، وتم اختيار العينة بطريقة قصدية وذلك بناء على الشروط التالية :
- أ - السن : يتراوح السن ما بين 20 و 45 سنة وذلك لتفادي الحالات التي يكون فيها سبب العقم عدم اكتمال تكوين الجهاز التناسلي بالنسبة للحالات التي يقل سنها عن 20 سنة، وكذا لتفادي سن اليأس الذي يبدأ من سن 45 سنة.
- ب - مدة الزواج : أن تكون مدة الزواج أكثر من سنة وذلك لكون أن العقم لا يشخص إلا بعد مرور سنة من الحياة الجنسية الطبيعية .
- ج - نوع العقم : عقم عضوي أولي.

جدول رقم (2) : توزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية

النسبة المئوية %	العدد	السن
22 %	11	24 - 20
38 %	19	35 - 25
40 %	20	45 - 36
100 %	50	المجموع

نلاحظ من هذا الجدول أن أكبر نسبة أفراد عينة الدراسة (40 %) تتواجد في الفئة التي تتراوح أعمارهن ما بين (45 - 36) تليها نسبة (38 %) من النساء اللواتي تتراوح أعمارهن ما بين (35 - 25) . و أصغر نسبة مئوية (22 %) للفئة التي تتراوح أعمارهن ما بين (24 - 20) .

جدول رقم (3) : توزيع أفراد مجموعة البحث حسب العمر عند الزواج

النسبة المئوية %	العدد	السن
52 %	26	24 - 20
30 %	15	35 - 25
18 %	9	45 - 36
100 %	50	المجموع

يبين الجدول أن أكبر نسبة أفراد عينة البحث (52 %) تتواجد في الفئة التي تتراوح أعمارهن ما بين (24 - 20) تليها نسبة (30 %) من النساء اللواتي تتراوح أعمارهن ما بين (35 - 25) و أصغر نسبة مئوية (18 %) للفئة التي تتراوح أعمارهن ما بين (45 - 36) .

جدول رقم (4) : توزيع أفراد عينة البحث البحث حسب مدة الزواج

النسبة المئوية %	العدد	مدة الزواج
30%	15	أقل من 5 سنوات
34%	17	5 - 10 سنوات
36%	18	أكثر من 10 سنوات
100%	50	المجموع

يظهر هذا الجدول أن أكبر نسبة أفراد عينة البحث (36 %) تتواجد في الفئة التي مدة زواجها أكثر من (10 سنوات) تليها نسبة (34 %) من الأفراد الذين تتراوح مدة زواجهم ما بين (5 - 10 سنوات) و أصغر نسبة مئوية (30 %) للفئة التي مدة زواجها أقل من (5 سنوات) .

جدول رقم (5) : توزيع أفراد عينة البحث حسب نوعية السكن

النسبة المئوية %	العدد	السكن
48%	24	مع الأهل
52%	26	منفرد
100 %	50	المجموع

يبين هذا الجدول أن أكبر نسبة أفراد عينة البحث (52 %) تتواجد في الفئة التي لها سكن منفرد و أصغر نسبة مئوية (48 %) للفئة تسكن مع الأهل .

2 - 6 أدوات البحث:

2 - 6 - 1 مقياس القلق حالة و القلق سمة لسبيلبرجر Spielberg :

أعد هذه القائمة سبيلبرجر و جورستش و لوشين و فاج و جاكوبز 1983 Spielberg, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs

- تشمل القائمة على مقياسين فرعين : مقياس القلق كحالة درجة القلق الحالية للفرد ، أما مقياس القلق كسمة فيقيس درجة القلق العامة لدى الفرد ، مع العلم أن فقرات مقياس القلق كحالة يحتوي على عشرين بندا تهدف إلى تقدير ما يشعر به المفحوص الآن ، و مقياس القلق كسمة يحتوي على عشرين بندا تهدف إلى ما يشعر به المفحوص بشكل عام . وتدرج قائمة القلق كحالة من أربعة درجات 1 - 4 حيث يمثل الرقم 1 على عدم وجود الحالة و يمثل الرقم 4 وجود الحالة في حدها الأعلى ، تقيس هذه القائمة مشاعر الخوف ، التوتر ، العصبية ، و الانزعاج في اللحظة الحالية ، أما القلق كسمة فإنها تتدرج بنفس الشكل الذي تدرجت فيه قائمة القلق كحالة ، إلا إنه يستخدم لقياس درجة القلق العامة لدى الفرد .

6 - 1 - 1 - الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولاً: الثبات : تم التحقق من ثبات المقياس من طرف الباحثة (مرار) عن طريق تطبيقه على عينة من طلبة الجامعة الأردنية كان قوامها 26 طالبا و طالبة و ذلك بطريقة ألفا كرومباخ للاتساق الداخلي ، حيث وجد معامل الثبات يساوي 0,92 مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية. (الصمادي 2005 ، 42)

و للتأكد من ثبات ذات المقياس في البيئة المحلية و على عينة الدراسة الحالية تم تطبيقه على عينة استطلاعية بلغ عدد أفرادها 15 امرأة عقيم ، و باستخدام نفس الأسلوب الاحصائي ألفا كرومباخ تم التوصل إلى معامل ثبات يساوي 0,68 بالنسبة لقائمة القلق حالة ، و 0,52 بالنسبة لقائمة القلق سمة، وبالتالي فإن المقياس بفرعيه حقق درجة ثبات جيدة في البيئة المحلية.

ثانياً: الصدق: يعتبر مقياس صادقاً إذا كان يقيس ما وضع لقياسه ولحساب معامل الصدق نعتد على العلاقة بين الصدق والثبات حيث معامل الصدق يساوي جذر معامل الثبات

$$\text{الصدق} = \sqrt{\text{الثبات}}$$

والجدول الموالي يوضح ثبات وصدق المقياس.

جدول رقم (6) يبين معامل ثبات و معامل صدق مقياس القلق حالة و القلق سمة

معامل الصدق	معامل الثبات	
0,82	0,68	قائمة القلق حالة
0,72	0,52	قائمة القلق سمة

و بالتالي فإن المقياس ثابت و صادق ،و يمكن الاعتماد عليه كأداة لفحص فرضيات الدراسة الحالية.

ثالثاً : طريقة تفسير النتائج: لتحديد مستويات القلق على المقياس تم حساب المدى بين فئات التدرج الرباعي كالآتي:

(أعلى درجة - أدنى درجة) ثم قسمة الناتج على أعلى درجة

المدى: (1-4) = 3 ← - = 0,75 و بالتالي تكون مستويات القلق كالتالي :

جدول رقم (7) : يبين مستويات القلق

مدى المتوسط الحسابي	الدرجات على المقياس	مستوى القلق
1,75 - 1	35-20	لا يوجد قلق
2,51 - 1,76	50,2 - 35,2	منخفض
3,27-2,52	65,4 - 50,4	متوسط
4 - 3,28	80 - 65,6	مرتفع

6 - 2 - مقياس تقدير الذات : تم تطبيق مقياس كوبر سميث لتقدير الذات و الذي تم استخدامه من طرف الباحثة (أمزيان زبيدة) وهو ينقسم إلى 8 عبارات موجبة وهي : 1 ، 4 ، 5 ، 8 ، 9 ، 14 ، 19 ، 20 . إذا أجاب عليها المفحوص بـ " تنطبق " تعطى له درجتان ، أما إذا أجاب بـ " لا تنطبق " فدرجة واحدة . كما يتضمن 17 عبارة سالبة وهي : 2 ، 3 ، 6 ، 7 ، 10 ، 11 ، 12 ، 13 ، 15 ، 16 ، 17 ، 18 ، 21 ، 22 ، 23 ، 24 ، 25 . فإذا أجاب لا تنطبق فإنه يعطى درجتان أما إذا أجاب تنطبق فتعطى له درجة واحدة . ويكون تقييم الإجابة حسب التسلسل التالي :

25 ← 37 ذوي التقدير المتدني .

37.5 ← 45 ذوي التقدير المتوسط .

45.5 ← 50 ذوي التقدير العالي .

(أمزيان 2007 ، 93)

6 - 2 - 1 - صدق و ثبات مقياس تقدير الذات : اعتمدت الباحثة طريقة التطبيق و إعادة التطبيق بفاصل عشرة أيام ، ثم حساب معامل الارتباط بين نتائج التطبيقين ، و الحصول على معامل الثبات بتطبيق المعادلة التصحيحية سبيرمان براون، وتم التوصل إلى النتائج التالية :

الجدول: رقم (08): معامل الصدق و معامل الثبات للمقياس.

معامل	معامل الثبات	معامل الصدق
معامل الارتباط	0.88	0.94
مقياس تقدير الذات	0.79	

بما أن معامل الارتباط أيضا مرتفع مما يدل على أن المقياس ثابت و صادق في البيئة الجزائرية.

7 - أساليب المعالجة الإحصائية :

تم استعمال الأساليب الإحصائية التالية:

- معامل ألفا كرومباخ لحساب الثبات لمقياس القلق حالة - سمة .
- اختبار (T.TEST) الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات غير المرتبطة لقياس .
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعينة الدراسة، في كل من القلق و تقدير الذات .
- كما تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي Oneway ANOVA
- اختبار شيفيه scheffe للمقارنات البعدية
- وقد تمت المعالجة الإحصائية عن طريق الحاسوب باستعمال تقنية الرزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS .

الفصل الرابع

عرض وتفسير نتائج الدراسة

تمهيد .

- 1- عرض و تفسير النتائج في ضوء الفرضيات .
- 1-1- عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الأولى .
- 1-2- عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثانية .
- 1-3- عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة .
- 1 - 4 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة
- 1 - 5 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الخامسة
- 1 - 6 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية السادسة
- 1 - 7 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية السابعة
- 1 - 8 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثامنة
- 1 - 9 - عرض النتائج الخاصة بالفرضية التاسعة
- 1 - 10 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية العاشرة
- 1 - 11 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الحادية عشر
- 1 - 12 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثانية عشر
- 2- تفسير النتائج في ضوء الدراسات السابقة .
- 3- استنتاج عام .
- 4- التوصيات .

تمهيد:

بعد ما تم تطبيق كل من المقياسين على أفراد العينة المقصود بالدراسة يمكن عرض النتائج ومناقشتها في ضوء فرضيات الدراسة وهذا من اجل الحكم عليها في النهاية بالتحقق أو عدمه، وفيما يلي عرض النتائج وتحليل بيانات الدراسة في ضوء الفرضيات:

1- عرض و تفسير النتائج في ضوء الفرضيات:

1-1- عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الأولى: تتسم النساء المصابات بالعمم

بدرجة قلق-حالة، سمة- مرتفعة

الجدول رقم (7) يوضح المتوسط الحسابي لدرجات القلق (حالة- سمة) لدى النساء المصابات بالعمم.

النتائج المتغيرات	المتوسط الحسابي لدرجات القلق (حالة- سمة)	مستوى القلق
القلق - حالة -	50,86	مرتفع
القلق - سمة -	53,60	مرتفع

من الجدول يتضح أن المتوسط الحسابي لدرجات القلق- حالة - لدى أفراد العينة والذي يقدر بـ 50.86 و القلق- سمة- الذي يقدر بـ 53.60 بين أن النساء المصابات بالعمم ، لديهن درجة قلق حالة - سمة مرتفعة وهذا بعد مقارنتها بطريقة تفسير نتائج مقياس القلق . ومنه فإن الفرضية قد تحققت.

1-2- عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثانية: لدى النساء المصابات بالعمم

مستوى تقدير ذات منخفض .

الجدول رقم (8) يوضح المتوسط الحسابي لدرجات تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم.

التقدير	مستوى الذات	المتوسط لدرجات تقدير الذات	النتائج المتغيرات
متوسط		40,04	تقدير الذات

من خلال الجدول رقم (8) نلاحظ أن قيمة المتوسط الحسابي المقدر بـ (40.04) تدل على أن النساء المصابات بالعقم لديهن مستوى تقدير ذات متوسط . مقارنة بطريقة تفسير نتائج مقياس تقدير ذات و بالتالي لم تتحقق الفرضية الثانية .

1-3- عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة " لا توجد علاقة ارتباطيه بين القلق (سمة) و تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم .

الجدول رقم (9) معامل الارتباط و مستوى دلالاته بين متغيري تقدير الذات و القلق - سمة -

الدلالة	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	النتائج المتغيرات
غير دال	0,05	-0,033	6,35	40,04	تقدير الذات
			7,11	53,60	القلق -سمة -

من خلال الجدول رقم (9) نلاحظ أن قيمة (معامل الارتباط) المقدر بـ (-0,033) غير دالة حسب النتيجة المحصل عليها.. وعليه لا توجد علاقة بين تقدير الذات و القلق - سمة - لدى النساء المصابات بالعقم . وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية .

1 - 4 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة لا توجد علاقة ارتباطيه بين القلق(حالة) و تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم .
الجدول رقم (10) يوضح معامل الارتباط و مستوى دلالاته بين متغيري تقدير الذات و القلق-
حالة -

النتائج المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الدلالة
تقدير الذات	40,04	5,74	0,19	0,05	غير دال
القلق - حالة -	50,86	6,35			

يبين الجدول رقم(10) أن قيمة (r) المقدره بـ (0,19) غير دالة احصائيا حسب النتيجة المحصل عليها . وعليه لا توجد علاقة بين تقدير الذات و القلق - حالة - لدى النساء المصابات بالعقم . وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية .
* ومنه الفرضية العامة التي نصها : لا توجد علاقة ارتباطية بين القلق و تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم . قد تحققت بناء على النتائج السابقة الذكر .
1 - 5 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الخامسة: لا توجد فروق دالة إحصائيا في درجة القلق سمة لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير العمر الحالي .

الجدول رقم (11) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (مجموعات العمر الحالي) لدرجة القلق -سمة- .

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مربعات التباين	F	مستوى الدلالة	الدلالة
بين المجموعات	550,48	2	275,24	6,70	0.05	دال
داخل المجموعات	1929,51	47	41,05			
الكلية	2480	49				

يبين الجدول أعلاه قيمة $F = 6.70$ وهي دالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ والتي تدل على وجود فروق دالة إحصائية في درجة القلق سمة لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير العمر الحالي، و بعد اجراء الاختبار البعدي شيفي shefee تبين أن الفرق لصالح المجموعة الثالثة ذات العمر 36 سنة فأكثر. أي أنه كلما تقدم العمر لدى النساء العقيمات، كلما ارتفعت درجة القلق سمة ، ومنه نرفض الفرضية الصفرية و نقبل الفرضية البديلة.

1 - 6 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية السادسة: لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة القلق سمة لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير العمر عند الزواج .
الجدول رقم (12) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (مجموعات العمر عند الزواج) لدرجة القلق -سمة- .

الدالة	مستوى الدالة	F	متوسط مربعات التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
غير دال	0.05	0,69	35,44	2	70,88	بين المجموعات
			50,99	47	2396,63	داخل المجموعات
				49	2467,52	الكلي

يبين الجدول رقم (12) قيمة $F = 0.69$ و هي غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ و بذلك فإن درجة القلق سمة لدى النساء المصابات بالعقم لا تختلف تبعاً لمتغير العمر عند الزواج ، ومنه فقد تحققت الفرضية الصفرية .

1 - 7 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية السابعة: لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة القلق سمة لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير مدة الزواج .
الجدول رقم(13) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (مجموعات مدة الزواج) لدرجة القلق - سمة- .

الدالة	مستوى الدالة	F	متوسط مربعات التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
غير دال	0,05	0,29	15,21	2	30,42	بين المجموعات
			52,11	47	2449,57	داخل المجموعات
				49	2480	الكلية

من خلال الجدول رقم (13) نلاحظ أن قيمة F المقدره بـ (0,29) غير دالة عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ وعليه لم يكن لمدة الزواج أي تأثير على درجة القلق سمة ؛ لدى النساء المصابات بالعقم. ومنه نقبل الفرضية الصفرية.

1 - 8 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثامنة: لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة القلق سمة لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير نوعية السكن .
الجدول رقم (14): يوضح قيمة "ت" و مستوى دلالتها على متغير القلق حسب نوعية السكن .

الناتج المتغير	نوعية السكن	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الفروق	قيمة T_c	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة
القلق - سمة -	منفرد	24	55,45	7,81	2,53	1,17	48	0,05	غير دال
	مع العائلة	26	52,92	7,45					

يتضح من خلال الجدول أعلاه أنه ليس هناك فروق واضحة في القلق سمة تعزى لمتغير نوعية السكن ، وهذا يبدو من خلال الفرق بين المتوسطين والذي يبلغ 2.53 ويتأكد كذلك من خلال قيمة " ت " والتي بلغت 1.17 وبذلك فليس هناك فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0,05$ ودرجة حرية 48 . ومنه نقبل الفرضية الصفرية .

1 - 9 - عرض النتائج الخاصة بالفرضية التاسعة: لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير العمر الحالي .
الجدول رقم (15) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (مجموعات العمر الحالي) لدرجة تقدير الذات.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مربعات التباين	F	مستوى الدلالة	الدلالة
بين المجموعات	11,76	2	5,88	0,177	0.05	غير دال
داخل المجموعات	1560,55	47	33,20			
الكلية	1572,32	49				

يبين الجدول رقم (15) أن قيمة $F = 0.17$ غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ ومنه تحققت الفرضية الصفرية ، وعليه لا تختلف النساء المصابات بالعقم في درجة تقدير الذات حسب متغير العمر الحالي لديهن .

1 - 10 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية العاشرة: لا توجد فروق دالة إحصائياً في درجة تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير العمر عند الزواج. الجدول رقم (16) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (مجموعات العمر عند الزواج) لدرجة تقدير الذات

الدالة	مستوى الدلالة	F	متوسط مربعات التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
غير دال	0.05	1,32	80,87	2	161,74	بين المجموعات
			61,056	47	2869,63	داخل المجموعات
				49	3031,38	الكلية

يبين الجدول رقم (16) أن قيمة F المقدرة بـ (1.32) غير دالة عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ ومنه لم يكن لمتغير العمر عند الزواج تأثير على تقدير الذات ؛ فلا توجد فروق دالة إحصائياً في درجة تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير العمر عند الزواج ومنه نقبل الفرضية الصفرية.

1 - 11 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الحادية عشر: لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير مدة الزواج .
الجدول رقم (17) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (مجموعات مدة الزواج) لدرجة تقدير الذات

الدالة	مستوى الدلالة	F	متوسط مربعات التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
غير دال	0.05	0,32	10,67	2	21,34	بين المجموعات
			32,37	47	1549,77	داخل المجموعات
				49	1571,12	الكلي

الجدول رقم (17) يبين قيمة $F = 0,29$ و هي غير دالة عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ وعليه لم يكن لمدة الزواج أي تأثير على درجة تقدير الذات ؛ فلا توجد فروق دالة إحصائية في درجة تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير مدة الزواج .
ومنه نقبل الفرضية الصفرية.

1 - 12 - عرض و تفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثانية عشر: لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير نوعية السكن .
جدول رقم (18) يوضح قيمة "ت" و مستوى دلالتها على متغير تقدير الذات حسب نوعية السكن

النتائج المتغير	نوعية السكن	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الفروق	قيمة T_c	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة
تقدير الذات	منفرد	24	41,41	4,21	2,18	1,3	48	0,05	غير دال
	مع العائلة	26	39,23	7,05		1			

يبين الجدول أعلاه أنه ليس هناك فروق واضحة في تقدير الذات تعزى لمتغير نوعية السكن ، وهذا يبدو من خلال الفرق بين المتوسطين والذي يبلغ 2.18 ويتأكد كذلك من خلال قيمة "ت" والتي بلغت 1,31 وبذلك فليس هناك فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0,05$ ودرجة حرية 48 . ومنه نقبل الفرضية الصفرية .

تفسير النتائج في ضوء الدراسات السابقة:

لقد أوضحت نتائج الدراسة الحالية ارتفاع نسبة القلق لدى عينة النساء العقيمات وهذا على مستوى القلق حالة والقلق سمة. و هذه تتماشى مع توصلت إليه معظم الدراسات. حيث قال محمد عبد الفتاح المهدي في دراسته حول " الصحة النفسية للمرأة العقيم"، بمقارنة بين النساء العقيمات و النساء المنجبات فتوصل إلى وجود فروق دالة بين المجموعتين فيما يخص الشعور بالتشاؤم والقلق لصالح النساء غير المنجبات، (محمد عبد الفتاح المهدي 2004 ،) 62 و كذلك مع نتائج دراسة برانيغان Braniegan الذي قام بقياس درجة القلق والكآبة لدى 47 رجل و 36 إمرة مصابين بالعقم وأظهرت النتائج أن نسبة 56% من النساء و

30% من الرجال مصابون بدرجة عالية من القلق و هذا يدل أن الإصابة بالعقم تؤثر سلبا على المرأة أكثر مما تؤثر على الرجل.

(Kleinman R.L. 1989, 39) كما وجدت Abassi Z من خلال دراستها حول أسباب الطلاق في الجزائر إلى أن العقم يعتبر من الدواعي الأولى للطلاق، خاصة إذا كان الأمر يتعلق بالمرأة فبمجرد التأخر في الإنجاب تبدأ المرأة تشك في قدرتها الإنجابية فتتغير نظرتها لذاتها وتبعا لذلك ينخفض تقديرها لذاتها ، ومع تقدم سنها تشعر بالحاح الزمن البيولوجي و ترتاب من توقف التبويض لديها و هذا يجعلها تصاب بالقلق (Abassi Z, 2004, 27). وهذا ما توصلنا إليه في الفرضية الخامسة في أن هناك فروق دالة إحصائيا في درجة القلق سمة لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير العمر الحالي. إلا أنها جاءت مخالفة لنتيجة الفرضية الثانية التي توصلنا إليها في أن لدى النساء المصابات بالعقم مستوى تقدير ذات متوسط ، كما بدت نتائج الدراسة الحالية مختلفة عن نتائج الدراسات السابقة والتي دلت على ارتباط الصحة الجسمية بالصحة النفسية فيرى كل من منى الصواف و قتيبة الجلي أن للعقم آثار نفسية كثيرة على المرأة حيث يشعرها بالدونية ، ويفقدها ثققتها في هويتها كأنتى، كونها غير قادرة على أداء مهمتها بالإنجاب،(منى الصواف ،قتيبة الجلي 2006 ،).

54.

* كما توصل كل من (حسن مصطفى وراوية محمود حسين) من خلال الدراسة التي قاما بها حول " علاقة تقدير الذات والقلق والاكتئاب بالتوافق الزوجي "إلى أن منخفضات التوافق الزوجي - و الذي من أسبابه العقم - لديهم تقدير ذات منخفض ودرجة مرتفعة من الشعور بالاكتئاب و القلق وهذه النتائج تؤكد على العلاقة العكسية بين القلق و تقدير الذات ، فكل منهما يؤثر في الآخر (حسن مصطفى، راوية محمود حسين 1993 ، 130). موافقة بذلك دراسة الرشدان (1995) التي بحثت في العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وتقدير الذات لدى

الطالبات المهددات بالفصل من الدراسة في الجامعة الأردنية، وكما نلاحظ فإن عينة هذه الدراسة مشابهة لعينة دراستنا من حيث الجنس و السن . وأظهرت النتائج لمجتمع الدراسة البالغ (301) أنه كلما زادت التهديدات زاد القلق و انخفض تقدير الذات لديهن وهذا ما تراه العقيم في عقمها إذ توصل سليمان مظهر في دراسته للمجتمع الجزائري ، إلى أن العقم في مجتمعنا الجزائري وفي المجتمعات العربية يشكل تهديد لمكانة المرأة في الجماعة ودورها في أسرتها ؛ عكس ما توصلنا إليه في الفرضيتين الثالثة و الرابعة و الفرضية العامة في عدم وجود علاقة ارتباطيه بين القلق بنوعيه (سمة - حالة) و تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم. و إن كانت دراسة التونسي حول الطلاق و الذي من دواعيه الأولى العقم حسب Abassi Z كما سبق الذكر ، توصلت إلى أن للعامل الزمني أهميته فالمتزوجات مبكرا ، والمطلقات في سن مبكرة أكثر عرضة للقلق والاكنتاب بدرجة دالة إحصائيا، و لمدة الطلاق أثرها، فإن هذا جاء مخالفا لنتائجنا في الفرضيتين السادسة والسابعة اللتين كانت نتائجهما غير دالة بالنسبة للعمر عند الزواج و مدة الزواج ؛ إلا أنها جاءت- دراسة التونسي- متسقة مع ما توصلنا إليه في الفرضية الثامنة و الثانية عشر من أن مكان الإقامة عنصر غير فاعل. أما نتائج الفرضيتين التاسعة و العاشرة فلم نجد فيها فروقا دالة إحصائيا بين من تزوجت صغيرة أو كبيرة مخالفة بذلك لما ذكره الأشول من أن تقدير الذات يزداد تمايزا مع تقدم العمر فيبدأ صغيرا ثم يكبر (الأشول ، 1998 ، 572) . أما نتائج الفرضية الحادية عشر في أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم تعزى لمتغير مدة الزواج . فكذلك جاءت مخالفة لما بينه بوتفوشات أن على الزوجين مواجهة العديد من التساؤلات و حتى الانتقادات و أن يعيشا المعانات المعروفة عندما يتأخر الحمل . (Boutefnouchet , 1979 , 71) و بالتالي يتأثر التفاعل الاجتماعي للمرأة العقيم ، و من خلال النتائج التي توصل كومبس COOMBS فإن التفاعل الاجتماعي السليم

والعلاقات الاجتماعية الناجحة ، تدعم الفكرة السليمة عن الذات وينعكس ذلك في تقييم الفرد لها (زهران، 293).

و قد تعزى هذه الاختلافات إلى عدة عوامل تكون قد أثرت على نتائج الدراسة ، كقصر المدة الزمنية للبحث ، وظروف تطبيق المقاييس كاستحالة اجتماع الباحثة بالمفحوصات أثناء استجاباتهم على مقاييس الدراسة و بالتالي لم تتمكن من شرح التعليمات و التحفيز على إعطاء إجابات أكثر مصداقية إذ أنها إما وضعت عند أخصائي أمراض النساء أين لوحظ أن هناك إجابات متطابقة تماما و في المقاييس الثلاث مما يدل على أن النسوة أثرن على بعضهن البعض . أو أنها سلمت لمن لها صلة بالمفحوصة، وفي هذه الحالة كانت الإجابات مثالية جدا .

استنتاج عام:

استنادا إلى ما جاء في هذه الدراسة، في جانبها النظري و الميداني فإنه يمكن القول أن العقم يعد من أهم الإصابات التي تهدد استقرار النفس للزوجين إذ يدخلان في حالة نفسية شديدة الحرج تنعكس على حياتهما بصفة عامة، خاصة المرأة فهي تتقلب بين اليأس والرجاء، فهي تنتظر حدوث الحمل في كل دورة شهرية وتصاب بالإحباط مع حدوث الطمث و يتكرر هذا مع كل تدخل علاجي، مما يسبب لها ضغوط مختلفة تنعكس على صحتها النفسية و الجسدية، أهمها القلق الذي أشارت عدة دراسات إلى أن كثيرا ما يرتبط ظهوره مع كل دورة شهرية تعلن عن خيبة أمل المرأة في تحقيق ما تتطلع إليه، الأمر الذي يؤثر على نظرتها لذاتها. فقد اتفقت عدة دراسات على أن المستوى المنخفض لتقدير الذات يرتبط بمستوى مرتفع من أعراض القلق.

حتى و إن لم يظهر هذا في نتائج الدراسة الحالية ما يجعلنا نؤكد على بعض التوصيات.

توصيات الدراسة :

وفي الأخير و بناء على نتائج الدراسة نورد التوصيات التالية :

1. القيام بدراسات مماثلة مع الحرص أكثر في اختيار أدوات الدراسة، وتوفير الظروف المناسبة للتطبيق الميداني بشكل يجعل النتائج أكثر ثقة و أكثر مصداقية.
2. القيام بدراسات نفسية حول العقم النفسي.
3. إجراء المزيد من الدراسات النفسية و الإحصاءات من طرف الجهات المختصة و زيادة الاهتمام بظاهرة العقم . فرغم أن الحالة مرضية ، وعدم تعاون بعض الأخصائيين بحجة عدم جرح مشاعر مرضاهم ؟!! و رفض بعض النسوة التجاوب معنا ، وإلغاء بعض الاستمارات ؛ إلا أننا استطعنا جمع 65 استمارة ؛ مما يدل على انتشار الظاهرة .
4. القيام بدراسات حول تقدير الذات و القلق مع متغيرات أخرى لم تطرح في هذه الدراسة، خاصة لدى الفئات الخاصة. إذ الذات هي جوهر الشخصية كما يرى روجرز، و القلق يعد الظاهرة الأساسية و المشكلة الرئيسة للعصاب.

5. مما هو ملاحظ في الميدان غياب الاهتمام نهائيا بالجانب النفسي من قبل الاختصاصيين ؛ رغم أهميته كسبب ونتيجة للعقم . لذا نقترح أن تكون هناك قوانين تلزم بضرورة التكفل والعناية النفسية بالنساء العقيمات(ما حدث في فرنسا من خلال القانون الذي تم إصداره في 3أوت 2010)*

6. العمل على توفير هيئات تتكفل بفئة المصابين بالعقم طبيا ، نفسيا و اجتماعيا سواء كمراكز طبية ، أو كجمعيات ذات طابع اجتماعي.

* العودة إلى الصفحة (13)

الملحق رقم 01 : استمارة البيانات الأولية

أختي الكريمة إليك بعض العبارات ، نرجو أن تقرئينها كلها و تجيبين عليها بكل بدقة بوضع

علامة ✓ أمام الإجابة التي ترين أنها تنطبق عليك .

علما أنه ليست هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة ، فالإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن رأيك وما تشعرين به بالفعل .

من فضلك لا تترك عبارة دون الإجابة عليها ، وتأكدي أن إجاباتك ستظل في سرية تامة ، و

ستستعمل فقط في إطار البحث العلمي .

البيانات الأولية

العمر الحالي :

18 - 24 سنة	25 - 35 سنة	36 فأكثر

العمر عند الزواج :

24 سنة فأقل	25 - 35 سنة	36 سنة فأكثر

مدة الزواج :

أقل من 5 سنوات	5 - 10 سنوات	أكثر من 10 سنوات

السكن :

منفرد	مع الأهل

شكرا لتعاونك

الملحق رقم 02 : مقياس القلق حالة - سمة

الحالة التي تشعرين بها الآن .

الرقم	الفقرات	أبدا	بدرجة قليلة	بدرجة متوسطة	بدرجة كبيرة
1	أشعر بهدوء .				
2	أشعر باطمئنان .				
3	أنا متوترة .				
4	أشعر بخوف .				
5	أشعر بأنني في حالتي الطبيعية .				
6	أشعر بارتباك .				
7	أشعر بضيق من احتمال سوء حظي .				
8	أشعر باستقرار .				
9	أشعر بقلق				
10	أشعر بأنني مستريحة .				
11	أشعر بثقة في نفسي .				
12	أشعر بأنني عصبية .				
13	أنا مضطربة .				
14	أشعر بأن أعصابي مشدودة .				
15	أحس باسترخاء .				
16	أشعر براحة البال .				
17	أنا منزعجة .				
18	أشعر بتوتر زائد .				
19	أشعر بفرح .				
20	أشعر بسرور .				

الحالة التي تشعرين بها بشكل عام .

الرقم	الفقــــــــــــــــرات	أبدا	بدرجة قليلة	بدرجة متوسطة	بدرجة كبيرة
1	أشعر بسرور .				
2	أتعب بسرعة .				
3	أشعر أنني أكاد أبكي .				
4	أود لو كنت سعيدة مثل الآخرين .				
5	أخسر بعض الأشياء لأنني لا أستطيع اتخاذ القرار بسرعة كافية .				
6	أشعر باستقرار.				
7	أنا هادئة و أعصابي باردة .				
8	أشعر بأن المتاعب تتراكم علي لدرجة لا أستطيع التغلب عليها .				
9	أقلق كثيرا من أشياء لا تستدعي حقيقة أن أقلق منها .				
10	أنا سعيدة .				
11	أميل إلى أخذ الأمور بجدية.				
12	أشعر بعدم الثقة في نفسي .				
13	أشعر باطمئنان .				
14	أحاول تجنب مواجهة مشكلة أو صعوبة .				
15	أشعر باكتئاب .				
16	أنا مرتاحة البال .				
17	تدور في ذهني أفكار غير سارة تضايقني.				
18	عندما أفشل في شيء لا أستطيع أن أبعد عن فكري .				
19	أنا إنسانة ثابتة .				
20	أصبح في حالة توتر و ارتباك عندما أفكر في حياتي الحالية .				

الملحق رقم 03: مقياس تقدير الذات

لا تنطبق	تنطبق	العبارة	الرقم
		لا تضايقني الأشياء عادة .	1
		أجد من الصعب علي أن أتحدث أمام مجموعة من الناس .	2
		أود لو استعطت أن أغير أشياء في نفسي .	3
		لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي بنفسني .	4
		يسعد الآخرون معي .	5
		أضايق بسرعة في المنزل .	6
		أحتاج إلى وقت طويل كي أعتاد على الأشياء الجديدة .	7
		أنا محبوبة بين الأشخاص من نفس سني .	8
		تراعي عائلتي مشاعري عادة .	9
		أستسلم بسهولة .	10
		تتوقع عائلتي مني كثيرا .	11
		من الصعب جدا أن أظل كما أنا .	12
		تختلط الأشياء كلها في حياتي .	13
		يتبع الناس أفكاري عادة .	14
		لا أقدر على نفسي حق قدرها .	15
		أود كثيرا لو أترك المنزل .	16
		أشعر بالضيق من عملي غالبا .	17
		مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس .	18
		إذا كان عندي شيء أريد أن أقوله فإنني أقوله عادة .	19
		تفهمني عائلتي .	20
		معظم الناس محبوبون أكثر مني .	21
		أشعر عادة كما لو كانت عائلتي تدفعني لفعل الأشياء .	22
		لا ألقى التشجيع عادة فيما أقوم به من أعمال .	23
		أرغب كثيرا أن أكون شخصا آخر .	24
		لا يمكن للآخرين الاعتماد علي .	25

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

أولاً: القرآن الكريم.

ثانياً: الكتب.

- 1- إبراهيم أحمد أبو زيد (1987): سيكولوجية الذات والتوافق ، الإسكندرية: دار المعرفة.
- 2- أبو خليل (2000) ، الموسوعة النفسية، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن.
- 3- أبو عبد الرب محمود (2006) ، كيف نعالج العقم، دار عالم الثقافة، عمان.
- 4- أبو منصور محمد بن أحمد الأزهرى ، معجم تهذيب اللغة ، تحقيق رياض زكي قاسم ، ج 3 ، دار المعرفة ، بيروت ، لبنان ، ط1 ، 2001 .
- 5- استئجار الأرحام من منظور إسلامي (بحث فقهي مقارن) للدكتور ماجدة هزاع- الطبعة الأولى 2000م.
- 6- بركات محمد خليفة (1984) ، مناهج البحث العلمي في التربية وعلم النفس، دار العلم.
- 7- البهي سيد فؤاد 1980 علم النفس الإكلينيكي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
- 8- بوزقاق سميرة علم النفس الإكلينيكي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
- 9- بوعلو الأزرق (1993) ، الإنسان والقلق، دار سيناء للنشر، مصر.
- 10- بيومي محمد خليل محمد (1999) ، سيكولوجية العلاقات، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- 11- حجازي مصطفى (2000) ، الصحة النفسية منظور دينامي للنمو في البيت والمدرسة، المركز الثقافي العربي، مصر.
- 12- الدباغ فخري (1983) ، أصول الطب النفساني، دار الطليعة للطباعة والنشر، ط3 بيروت.
- 13- دسوقي كمال (1974) ، علم النفس ودراسة التوافق، دار النهضة العربية، بيروت.
- 14- رشدي رضا (2006) ، المرجع الدوائي في الطلب النفسي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 15- رشدي رضا (2006) ، المرجع الدوائي في الطلب النفسي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 16- رفعت محمد (1993) ، العقم والأمراض التناسلية، مؤسسة عز الدين للطباعة والنشر.
- 17- روزنر ، روبرت (1999) دليل المدير والمسئول التربوي بناء تقدير الذات في المدارس الابتدائية ، ترجمة مدارس الظهران الأهلية ، دار الكتاب التربوي للنشر ، الدمام .
- 18- زهران حامد عبد السلام (2003) ، دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، عالم الكتب، مصر.
- 19- سبيرو فاخوري ، العقم عند الرجال والنساء أسبابه وعلاجه ، طبعة دار العلم للملايين ، الطبعة 6 ، 1991م.
- 20- سيد خير الله علم النفس الإكلينيكي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت ، 1981 م

- 21- السيد رمضان) بدون سنة(، مدخل إلى رعاية الأسرة والطفولة، محطة الرمل، الإسكندرية.
- 22- الصواف منى، قتيبة الجليبي (2003) .، الصحة النفسية للمرأة العربية، دار المطبوعات للنشر والتوزيع، مصر.
- 23- طريف شوقي فرج ، توكيد الذات ، دار غريب ، القاهرة ، 2007
- 24- عادل عز الدين الأشول ، 1998 ، دراسات في الصحة النفسية، التوافق الزواجي، فعالية الذات والاضطرابات النفسية، دار المعارف، مصر.
- 25- عابدة ذيب عبد الله محمد "الانتماء و تقدير الذات في مرحلة الطفولة" ، دار الفكر ناشرون ، 2010، وموزعون، عمان، ط1
- 26- عبد اللطيف مدحت عبد الحميد (1990) .، الصحة النفسية والتفوق الدراسي، دار النهضة العربية، بيروت.
- 27- عبد الله حسيب عبد المنعم (2005) .، مقدمة في الصحة النفسية، دار الوفاء لندنيا للطباعة والنشر .
- 28- عبد الله محمد عادل (2000) .، العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، دار الرشاد، القاهرة.
- 29- عبد المعطي حسن مصطفى، راوية محمود حسين (1993) .، التوافق الزواجي وعلاقاته بتقدير الذات والقلق والاكتئاب، مجلة علم النفس للهيئة المصرية العامة للكتاب.
- 30- عدنان السبيعي : سيكولوجية الأمومة ، الشركة المتحدة للتوزيع ، بيروت ، 1975 ، 79
- 31- فرويد سيجموند، تر : عثمان نجاتي (1989) .، الكف والعرض والقلق، ط4 ، دار الشروق.
- 32- فرويد سيجموند، تر : عثمان نجاتي (1989) .، الكف والعرض والقلق، ط4 ، دار الشروق.
- 33- فهمي مصطفى (1987) .، الصحة النفسية، دراسات في سيكولوجية التكيف، مكتبة الخانجي، القاهرة.
- 34- كلثوم بلميهوب (2006) .، الاستقرار الزواجي، دراسة في علم النفس، منشورات دار الحبر .
- 35- محمد السيد عبد الرحمن (1998) .، دراسات في الصحة النفسية، التوافق الزواجي، فعالية الذات والاضطرابات النفسية، دار المعارف، مصر.
- 36- محمد ناصر الدين الألباني ، سلسلة الأحاديث الصحيحة ، المجلد الثاني، مكتبة المعارف ، الرياض . 1996
- 37- مرسي كمال إبراهيم (1995) .، العلاقة الزوجية والصحة النفسية في الإسلام، دار النشر للجامعات، القاهرة.
- 38- مرسي كمال إبراهيم (1997) .، مدخل إلى علم الصحة النفسية، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت.

- 39- المنجد المنجد في اللغة و الإعلام .(1998) ط 37 ، بيروت :منشورات دار الشرق
40- النابلسي محمد أحمد (1994) .، معجم العلاج النفسي الدوائي، دار ومكتبة الهلال، بيروت.
41- نبيل محمد الفحل 2004, علم النفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة، دار الثقافة للطباعة والنشر، قطر.

ثالثا: المجالات .

- 42 - دسوقي كمال 1979 م : النمو التربوي للطفل و المراهق، دروس في علم النفس الارتقائي ، دار النهضة العربية ، القاهرة.
42- جبرى ل موسى 1993 م تقدير الذات لدى الطلبة المتفوقين و غير المتفوقين دراسيا ، مجلة دراسة العلوم الإنسانية ، المجلد 2 العدد 2 .
43- علاء الدين كفاي . تقدير الذات في علاقته بالتنشئة الوالدية والأمن النفسي، دراسة في عملية تقدير الذات ، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، العدد التاسع والثلاثون، مجلد9 ، مجلس النشر العلمي الكويتي، جامعة الكويت، 1989،ص104.

رابعا: الرسائل :

- 44- آسيا عطار ، القلق والتوافق الزوجي لدى المرأة المصابة بالعمى العضوي الأولي ، مذارة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي ، آلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة الجزائر ، 2008 .
45- دراسة إنتصار يوسف الصمادي (2005) : " أثر برنامج إرشادي على مستوى مفهوم الذات ودرجة القلق و الاكتئاب و الضغط النفسي لدى عينة من النساء المجهيزات . " ، أطروحة دكتوراه في الإرشاد النفسي ،كلية الدراسات العليا ، الجامعة الأردنية ، 2005 م
46- دراسة إيمان محمد فائق : " دراسة مقارنة بين المصابات بسرطان الثدي و غير المصابات . " دراسة ماجستير في الإرشاد النفسي كلية الدراسات العليا ، الجامعة الأردنية ، 2001
47- رشيدة سبتي وضعية و مكانة الجسد العقيم في المجتمع الجزائري ، أطروحة دكتوراه دولة في علم الاجتماع الثقافي ، 2008 ، كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية ، جامعة يوسف بن خدة الجزائر .
48- سالمة بن راشد بن سالم الحجري ، فاعلية برنامج إرشاد جمعي في تنمية تقدير الذات لدى المعاقين بصريا في سلطنة عمان ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب و العلوم الاجتماعية ، جامعة نزوى ، سلطنة عمان ، 2011 م

المراجع باللغة الأجنبية:

- 49-Abassi Z . (2004), **la demande de divorce dans la famille Algérienne**, Contemporaine office des publications Universitaires, Alger.
50- Baudet J.H. Aubard Y., **Gynécologie**, 4ème édition, Maloine.
51-Cottraux J. (2001), **Les thérapies comportementales et cognitives**, 3ème éditions, Masson, Paris.
52-Graziani P. (2005), **Anxiété et trouble anxieux**, Armand Collin.

- 53-Kleinman R.L. (1989), **Manuel de planification familiale à l'usage des médecins**, Publications médicales de l'IPPF.
- 54-Ladoceur R, Marchant A, Boivert J.M. (1999), **Les troubles anxieux approche cognitive et comportementale**, ed. Masson.
- 55-Le Call A. (1980), **L'anxiété et l'angoisse**, Presse Universitaires de France, Paris.
- 56-Le Guén C. (1997), **Angoisse, pluralité d'approche**, presses Universitaire de France, Paris.
- 57-Lonscy S. (2000), **14 Approches de la Psychologie Pathologie**, Nathan, ISBN.
- 58-Perron R. (1985), **génèse de la personne**, P.U.F.
- 59-Servant P.H, Parquet J. (1995), **Stress anxiété et pathologie médicale**, Masson, Paris.
- 60-Nobert Sillamy. (1991), Dictionnaire de Psychologie, Borday, Paris R.Lecuyer 1978,
- 61-**psychologie de la vie conjugale**, les éditions ESF, entreprise moderne d'édition et les librairies techniques.MEAD G.H: l'esprit de soi de la société,Ed,P.U.F.paris,1963
- 62-ALESKI , ZBEGIN M : ATTITUDEEE FACE L' EVENIR :espoir et anxiété , traduit de l'anglais par Maryse Begin , Revue québécoise de psychologie , 1993 , vol 14 , nr 1.
- 63-Hélène-Deutsch , **La psychologie des femmes, 2 - Maternité**.P U F . Paris, 1949. p 256 .
- 64-Mostefa Boutefnouchet : **La famille Algérienne, Evolution et caractéristiques récentes** .SNED,1979 p71,
- 65-**DUJARDIN LACOSTE - CAMILLE** ; Des mères contre les femmes , Maternité et patriarcat au Maghreb . ED : La decouverte . Paris . 1985
- 66-- Boury G.L & al. (1992), **Abrégé de physiologie gynecologique**, ed Masson. (Ibid. 1992, 16
- 67-GASTELLAN – YVONNE ; Psychologie de la famille .ED : PRIVAT .

ملخص الدراسة :

- هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مستوى القلق و تقدير الذات لدى النساء العقيمات بمدينة المسيلة ، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة تم فحص الفرضيات التالية :
- تتسم النساء المصابات بالعقم بدرجة قلق مرتفعة
 - لدى النساء المصابات بالعقم مستوى تقدير ذات منخفض
 - لا توجد علاقة ارتباطيه بين القلق حالة - سمة و تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم .
 - لا توجد فروق دالة إحصائيا في درجة القلق سمة لدى النساء المصابات بالعقم تعزى (لمتغير العمر الحالي، العمر عند الزواج ، مدة زواج، نوعية السكن) .
 - لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم تعزى (لمتغير العمر الحالي، العمر عند الزواج ، مدة زواج، نوعية السكن) .
- وذلك بإتباع خطوات المنهج الوصفي الارتباطي عن طريق تطبيق أدوات الدراسة المتمثلة في مقياسي القلق حالة – سمية لسيبيلجر ومقياس تقدير الذات لكوبر سميث، حيث قدر عدد أفراد العينة التي خضعت للدراسة بـ (50) امرأة عقيم ، ولتحليل النتائج اعتمدنا على الأساليب الإحصائية المناسبة وأسفرت النتائج عن ما يلي :
- درجة القلق لدى النساء العقيمات مرتفع
 - مستوى تقدير الذات لدى النساء العقيمات متوسط.
 - عدم وجود علاقة ارتباطيه دالة احصائيا بين القلق و تقدير الذات لدى النساء المصابات بالعقم.
 - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق لدى النساء العقيمات تعزى لمتغيرات العمر عند الزواج ، مدة زواج، نوعية السكن .
 - بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق لدى النساء العقيمات تعزى لمتغير العمر الحالي لصالح النساء الأكبر سنا.
 - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات لدى النساء العقيمات تعزى لمتغيرات العمر الحالي، العمر عند الزواج ، مدة زواج، نوعية السكن .

Résumé :