

جامعة الجزائر (2)

أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

دور المساندة الاجتماعية في تعزيز بعض المتغيرات النفسية المعرفية عند المرأة المصابة بالعمم

رسالة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي

إشراف الدكتورة

زاهية خطار

إعداد الطالبة

فهيمة لراري

السنة الجامعية 2015/2014

شكر وتقدير

حمداً لمن علّم بالقلم وشكراً على ما أنعم به وصلاةً وسلاماً على نبينا وحبیبنا محمد صلی
الله علیه وسلم

أتقدم بجزيل الشكر و الإمتنان والعرفان إلى من أفاض علي حبه فأثمر ذلك
وساهم في غرس بذور هذا العمل المتواضع حتى ظهر إلى النور، والذي رحمه الله و
والدتي أمد الله في عمرها

كما لا يسعني إلا أن أتقدم بجزيل الشكر والعرفان للمشرفة على هذا البحث
الدكتورة/ خطار زهية لتوجيهاتها

كما أتقدم بالشكر والعرفان إلى الأستاذ الدكتور/ شريف أحمد على تشجيعه لي
وإلى الدكتورة/ مايني خيرة رمز التفاؤل والعطاء

وإلى الصديقة الصدوقة الدكتورة /خروب نعيمة على تشجيعها المتواصل لي

كما أسجل شكري للأخصائية الإجتماعية السيدة/هاشمي نبيلة العاملة بعيادة طب النساء
والتوليد بباب الواد للمساعدة التي قدمتها لي

إهداء

إلى من تحمّل الصعاب طوال حياته من أجلي وإخوتي،

وشجعني طوال مسيرتي التعليمية أبي الحنون رحمه الله

إلى من حملتني وهنا على وهن، وغمرتني بحبها

وطوقت عنقي بأكاليل دعائها أُمي الحبيبة أمّ الله في عمرها

إلى من ترعرعت بينهم، جمعنا الحب والإخاء، أفراد أسرتي

إلى كل من أحبّ العلم ويسرّ الطريق إليه وساهم في إنجاز هذا البحث

إلى كل هؤلاء أهدي ثمرة جهدي

الباحثة

الفهرس

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	شكر وتقدير
ب	اهداء
ث	فهرس المحتويات
ذ	قائمة الجداول
	مقدمة
	الباب الأول : الجانب النظري
	الفصل الأول: الإطار العام للبحث
6	1- إشكالية البحث
12	2- فرضيات البحث.
13	3- أهداف البحث
13	4- أهمية البحث
14	5- تحديد المفاهيم
	الفصل الثاني: المساندة الاجتماعية
19	تمهيد
19	1 - تعريف المساندة الاجتماعية
21	2 - دور المساندة الاجتماعية
21	1-2 دور المساندة الاجتماعية في التخفيف من الضغوط
22	2-2 دور المساندة الاجتماعية في دعم الصحة
23	3- أنواع المساندة الاجتماعية
26	4- مصادر المساندة الاجتماعية
27	1-4 مساندة الزوج
28	5- وظائف المساندة الاجتماعية
28	1-5 الحفاظ على الصحة الجسمية والنفسية
29	2-5 التخفيف أو الوقاية من الآثار النفسية السلبية لأحداث الحياة الضاغطة
30	6- فعالية المساندة الاجتماعية

32	7- خصائص المساندة الاجتماعية
34	8- النماذج الرئيسية التي تفسر دور المساندة الاجتماعية
34	8-1 نموذج الاثار المباشرة
35	8-2 نموذج تخفيف الضغط
36	خلاصة
الفصل الثالث: استراتيجيات المواجهة	
38	تمهيد
38	1- تعريف استراتيجيات المواجهة
40	2- تصنيف استراتيجيات المواجهة
40	2-1 تصنيف (Folkman et Lazarus)
42	2-2 تصنيف (Moos)
43	2-3 تصنيف (Tobin et al)
44	2-4 تصنيف (Moss et Billings)
46	2-5 تصنيف (Seiffge-Krenk's)
47	3- وظائف استراتيجيات المواجهة
47	4- العوامل المؤثرة في المواجهة
49	5- فعالية استراتيجيات المواجهة
51	6- التناول النظري لاستراتيجيات المواجهة
51	6-1 نموذج التعاملات
53	6-2 مفهوم ثلاثي الأبعاد
54	6-3 تنوع أبعاد و استراتيجيات المواجهة
56	خلاصة
الفصل الرابع: التفاؤل	
58	تمهيد
58	1- تعريف التفاؤل
59	2- خصائص المتفائلين
61	3- العوامل المؤثرة في التفاؤل
61	3-1 العوامل البيولوجية

62	2-3 العوامل البيئية والثقافية
63	3-3 أساليب التربية
63	4-3 مستوى التدين
64	5-3 العوامل الاقتصادية
64	6-3 المواقف الاجتماعية المفاجئة
64	4- التفاؤل والفروق الفردية
65	5- أنواع التفاؤل
65	1-5 التفاؤل غير الواقعي
66	2-5 التفاؤل الدفاعي
67	3-5 التفاؤل الإستعدادي
67	4-5 التفاؤل المقارن
68	6- التناول النظري لمفهوم التفاؤل
68	1-6 نموذج الإستعداد للتفاؤل
69	2-6 نموذج الأسلوب التفسيري
70	7- التفاؤل والصحة النفسية
72	خلاصة
الفصل الخامس: العقم	
74	تمهيد
74	1- تعريف العقم
75	2- أنواع العقم
75	1-2 العقم الاولي
75	2-2 العقم الثانوي
76	3-2 العقم النفسي
77	3- الجهاز التناسلي للمرأة
77	1-3 المهبل
77	2-3 الرحم
78	3-3 النفيران

78	4-3 المبيضان
78	4- عملية تشكيل البويضة وتعشيشها في الرحم
79	5- أسباب العقم
79	5-1 ضيق المهبل
80	5-2 حموضة المهبل
80	5-3 ضيق مجرى عنق الرحم
81	5-4 أورام المبيض
81	5-5 أورام الرحم الليفية
82	5-6 إنقلابات الرحم وإنحرافاته
82	5-7 عيوب الرحم التكوينية وتشوهات
82	5-8 إلتهاب البوقين وانسدادهما
83	5-9 إضطرابات الغدة الدرقية
83	5-10 مضاعفات الولادة العسيرة
83	5-11 الحميات النفاسية
84	5-12 تقدم عمر المرأة
84	5-13 الأسباب النفسية
85	6- تشخيص العقم
85	7- طرق تشخيص سبب العقم
85	7-1 الكشف الطبي العام
86	7-2 الكشف عن الاعضاء التناسلية
86	7-3 جدول الحرارة الصباحي
86	7-4 فحص غشاء الرحم
87	7-5 نفخ النفيرين بالهواء
87	7-6 تصوير الرحم والنفيرين بالأشعة
87	7-7 التحاليل الهرمونية
88	8- علاج العقم
88	8-1 علاج ضيق المهبل
88	8-2 الحموضة الزائدة في المهبل

88	3-8 ضيق مجرى عنق الرحم
89	4-8 علاج انسداد انابيب الرحم
89	5-8 علاج أورام المبيض
89	6-8 علاج اورام الرحم الليفية
89	7-8 علاج انقلابات الرحم وانحرافاته
90	8-8 الأدوية المستخدمة في العلاج
91	خلاصة
الباب الثاني: الجانب الميداني	
الفصل السادس: منهج البحث وإجراءاته	
94	تمهيد
94	1- منهج البحث
94	2- عينة البحث وكيفية اختيارها
	1-2 خصائص عينة البحث من حيث نوع العقم
95	2-2 خصائص عينة البحث من حيث مدة العقم
95	3-2 خصائص عينة البحث من حيث مزولة المهنة
96	3- مكان اجراء البحث
96	4- أدوات البحث
103	5- الأساليب الإحصائية المعتمدة لتحليل نتائج البحث
	خلاصة
الفصل السابع: عرض ومناقشة نتائج البحث وتفسيرها	
106	1- عرض ومناقشة نتائج البحث
124	2- تفسير نتائج البحث
131	3- الاستنتاج العام
134	خاتمة
137	اقتراحات البحث
139	قائمة المراجع
162	الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الجدول رقم
25	تصنيف انواع المساندة حسب طبيعة المساعدة	01
95	يوضح نوع العقم	02
95	يوضح مدة العقم	03
96	يوضح مزاوله المهنة	04
97	دلالة الفروق بين متوسطي درجات الفئة العليا والفئة الدنيا لمقياس الدعم الاجتماعي/ العاطفي كما تدركه الزوجة من قبل الزوج	05
100	معامل الارتباط Pearson لكل بعد من ابعاد مقياس المواجهة بدرجة الكلية للمقياس	06
100	معامل تبات الفا كرونباخ لكل بعد من ابعاد مقياس المواجهة	07
102	دلالة الفروق بين متوسطي درجات الفئة العليا والفئة الدنيا لمقياس التفاؤل	08
107	دلالة الفروق بين متوسطي درجات المواجهة بالتفاعل الايجابي بدلالة الشعور بمساندة الزوج	09
108	نتائج اختبار Scheffé للمقارنات المتعددة بين متوسطات درجات المواجهة بالتفاعل الايجابي	10
109	دلالة الفروق بين متوسطي درجات المواجهة بالتفاعل السلبي بدلالة الشعور بمساندة الزوج	11
110	نتائج اختبار Scheffé للمقارنات المتعددة بين متوسطات درجات المواجهة بالتفاعل السلبي	12
111	دلالة الفروق بين متوسطي درجات المواجهة بالتصرف السلوكي بدلالة الشعور بمساندة الزوج	13
112	دلالة الفروق بين متوسطي درجات التفاؤل بدلالة الشعور بمساندة الزوج	14
113	نتائج اختبار Scheffé للمقارنات المتعددة بين متوسطات درجات التفاؤل	15
115	دلالة الفروق بين متوسطي درجات مساندة الزوج بدلالة نوع العقم	16
116	دلالة الفروق بين متوسطي درجات المواجهة بدلالة نوع العقم	17

117	دلالة الفروق بين متوسطي درجات التفاؤل بدلالة نوع العقم	18
118	دلالة الفروق بين متوسطي درجات مساندة الزوج بدلالة مدة العقم	19
119	دلالة الفروق بين متوسطي درجات المواجهة بدلالة مدة العقم	20
120	دلالة الفروق بين متوسطي درجات التفاؤل بدلالة مدة العقم	21
121	دلالة الفروق بين متوسطي درجات مساندة الزوج بدلالة المهنة	22
122	دلالة الفروق بين متوسطي درجات المواجهة بدلالة المهنة	23
124	دلالة الفروق بين متوسطي درجات التفاؤل بدلالة المهنة	24

مقدمة

مقدمة

حياة المرأة وصحتها النفسية تتأثر بالعديد من المواقف التي تتعرض لها في حياتها، ومن أصعب تلك المواقف عدم قدرتها على الانجاب وما يترتب عليه من آثار نفسية واجتماعية، خاصة في المجتمعات العربية التي تولي أهمية كبيرة للإنجاب، وتشعر المرأة العقيم بالرفض والدونية وهو ما قد يجعلها تعيش العقم على أنه خطر يهدد كيانها وراحتها النفسية والجسدية، و يبعث فيها الخوف من فقدان إمكانياتها الجسمية والنفسية على أداء مهامها وأدوارها الاجتماعية. ناهيك عن خوفها من تخلي الزوج عنها.

كما انه ليس من الصعب تصور الوضعية التي تعيشها المرأة العقيم وانعكاساتها، فالعقم بإمكانه أن يؤثر على تقديرها لذاتها وقد يزيد من شعورها بالإحباط والحسرة وتوتر الأعصاب وهو ما قد يؤدي بدوره الى ظهور بعض الإضطرابات النفسية لديها. لهذا تعتبر مواجهة العقم أمر ضروري يسمح للمرأة بالحفاظ قدر الإمكان على توازنها الانفعالي وتكيفها الاجتماعي. ومن بين ما يمكن أن يساعدها على تحقيق ذلك هو تحليها بالنظرة الإيجابية للأمور، حيث أن التفاؤل يبعث في الفرد روح العزيمة والتحدي و يؤدي الى التكيف بشكل أفضل مع مستجدات الحياة.

وفي مثل هذه المواقف أكثر ما تكون المرأة بحاجة اليه هو مساندة المقربين إليها من العائلة و الأصدقاء خاصة إذا علمنا أن المساندة الاجتماعية في المواقف الصعبة قد تعمل على تعزيز ثقة المرأة في ذاتها و تجعلها أكثر قدرة على المقاومة والتغلب على الإحباطات كما قد تساعدها على حل مشكلاتها بطريقة إيجابية و سليمة. أما غياب أو انخفاض مستوى المساندة الاجتماعية فانه قد يجعلها أكثر عرضة للمعاناة النفسية. و بما أن أقرب الناس إلى الزوجة هو زوجها فإنها تكون بحاجة ماسة إلى مساندته حتى تتمكن من مواجهة العقم بكل قوة وعزيمة. و في حالة عدم حصولها على مساندة الزوج فإنها قد تشعر بمعاناة مزدوجة، نبذ من طرف المجتمع ولامبالاة من طرف الزوج.

وعليه حاولنا من خلال هذا البحث تسليط الضوء على جانب مهم يرتبط ارتباطا وثيقا بالصحة النفسية للمرأة وبالكيفية التي تتعامل بها مع مشكلة العقم ألا وهو مساندة الزوج، حيث تطرقنا الى مدى تأثير مساندة الزوج للزوجة المصابة بالعقم على الشعور بالتفاؤل و تبنيها لاستراتيجيات المواجهة الفعالة.

ومنه قمنا بتقسيم بحثنا الى بايين أساسيين وهما :

الباب الاول خصصناه للجانب النظري متضمنا خمس فصول حيث تطرقنا

في **الفصل الاول** إلى الاطار العام للبحث الذي اشتمل على الاشكالية، فروض البحث، أهداف وأهمية البحث و أخيرا تحديد للمفاهيم. أما **الفصل الثاني** فقد خصص للمساندة الاجتماعية وتضمن تعريف المساندة الاجتماعية، دورها، انواعها، مصادرها، وظائفها، فعاليتها خصائصها وأخيرا النماذج الرئيسية المفسرة لها. وفي **الفصل الثالث** تطرقنا الى استراتيجيات المواجهة حيث قدمنا تعريفاتها، أصنافها، وظائفها، العوامل التي تؤثر فيها بالإضافة إلى التناول النظري للاستراتيجيات المواجهة. في حين خصص **الفصل الرابع** لمتغير التفاؤل وتضمن تعريفاته، خصائص المتفائلين، العوامل المؤثرة في التفاؤل، أنواع التفاؤل وأخيرا التناول النظري للتفاؤل، أما **الفصل الخامس** فقد تمحور حول العقم وتضمن تعريفاته، أنواعه، الجهاز التناسلي للمرأة، عملية تشكل البويضة وتعيشيها في الرحم بالإضافة الى أسباب العقم، تشخيصه، طرق تشخيصه وعلاجه

اما **الباب الثاني** فقد خصص **للجانب الميداني** متضمنا فصلين :

الفصل السادس تعلق بالإجراءات المنهجية للبحث حيث عرفنا بالمنهج المتبع في البحث، عينة البحث و كيفية اختيارها، أدوات البحث و الأساليب الإحصائية التي اعتمدنا عليها في البحث. أما **الفصل السابع** فقد تضمن عرض، مناقشة و تفسير لنتائج البحث ثم استنتاج عام، لتأتي في الاخير خاتمة البحث التي تضمنت أهم النتائج المتعلقة بمتغيرات البحث، بعدها قدمنا اقتراحات تلتها قائمة المراجع والملاحق

الباب الأول

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

1- إشكالية البحث

الزواج هو رباط شرعي مقدس يجمع بين الرجل والمرأة ويحظى بترحيب من الأسرة والمجتمع، لأنه يعمل على حفظ النسل وتوارث العادات والتقاليد والقيم، وهو بالنسبة للمرأة مرحلة من الحياة تنتقل فيها من حياة العزوبية إلى الحياة الزوجية، التي تؤهلها لإكتساب المكانة الاجتماعية والاستقرار النفسي من خلال تحقيقها لرغبة الإنجاب إذ يعتبر الإنجاب والقدرة عليه، دليل على جدارة الهوية الجنسية وحالة من استكمال لمقومات الكيان الراشد، وعبور إلى التقدير والاعتراف على المستوى الاجتماعي باكتمال (محمد حجازي، 2000)

وبغض النظر عن كونه حاجة فطرية لدى المرأة ترتبط ارتباطا وثيقا بتوكيد الذات، فإن الاعتبارات الاجتماعية والثقافية تزيد من أهميته وتلح في تحقيقه، حيث تنظر المجتمعات الشرقية بصفة عامة والمجتمعات العربية بصفة خاصة إلى الزواج، على أنه وعاء لإنتاج الذرية وهو ما يجعل الكثير من النساء في مجتمعنا تسعى للحمل خلال السنة الأولى من زواجها حتى تحظى بلقب "المرأة الولود" التي تضمن للزوج استمرار إسم العائلة وبالتالي بقائها الاجتماعي.

إلا أنه هناك من النساء من تجد نفسها وبعد مدة طويلة من الزواج غير قادرة على الإنجاب مما قد يولد لديها شعور قوي بالتوتر والقلق ناهيك عن الضغوط التي يسببها لها محيطها العائلي، فمهما تطورت العقليات وتغيرت المفاهيم إلا أن المجتمع يبقى دائما ينسب العقم للمرأة (Georges. D, 1984) وحتى تتحقق من الأمر فإنها تستشير العديد من المختصين وتخضع للعديد من الفحوصات إلى ان تكتشف بأنها حقا مصابة بالعقم.

واكتشاف العقم هو صدمة نفسية للزوجين (Hodonou & al, 1983) إلا أن وقعه يكون أشد على المرأة، فقد أكدت دراسة (wright et al, 1991) التي راجعت ما يقارب 38 دراسة سابقة عن الفروق بين الأزواج والزوجات فيما يتعلق بتأثير العقم عليهم، أن النساء يتعرضن لضغط نفسي أكبر نتيجة للعقم. كما توصل (Freeman et al) من خلال دراسة الآثار النفسية

النتيجة عن العقم لدى الزوجين الى أن 49 % من الزوجات أقرت ان مشكلة العقم هي أصعب تجربة مرت في حياتهن بينما أقر 15 % فقط من الرجال ذلك (Freeman, E& al,1985).

وهذا ما جعلنا نتساءل عن العواقب النفسية التي يخلفها تشخيص العقم لدى المرأة؟فاتضح من خلال ما كشفته لنا مطالعتنا النظرية للتراث السيكولوجي أن العقم يعد حالة مستمرة من الضغط النفسي الذي قد يولد بدوره معاناة نفسية حقيقية قد تصل إلى حد الاضطراب النفسي. (Domar & al, 1992, p299) فالمرأة غالبا ما تعيشه على أنه فشل في أداء دورها الاجتماعي وانتقاص لمكانتها كامرأة (Kraft.A & al, 1980) .

وما يؤكد ذلك دراسة (Chiba.H) التي بينت أن الضغط لدى المرأة العقيم يرتبط أولا بالشعور بعقدة نقص جسدية (جسد ناقص غير قادر على حمل جنين) تم بالنظرة التي تنظر بها العائلة والمجتمع الى العقم (Chiba H ,1997)

وهو ما يراه ايضا (السواد وعلي , 2012, ص 65) فبالنسبة لهما العقم يقف في وجه طبيعة المرأة وإشباعها لغريزتها اذ يشعرها بالنقص والخوف من فقدان حياتها وقد يؤدي إلى طلاقها،وهو يحول دون شعورها بالتوافق مع دورها ،مما يترتب عليه ظهور بعض الاضطرابات النفسية مثل الأعراض الاكتئابية والحساسية الزائدة الناتجة عن شعورها المتزايد بالإحباط والحرمان والحسرة وتوتر الاعصاب ،وتدخل الأهل في موضوع الانجاب .بالإضافة الى شعورها بأنها أقل أنوثة ،وغير مكتملة (Freeman, E. W & al, 1983)

كما يرتبط العقم بانخفاض في تقدير الذات وزيادة في عدم الرضا عن المساندة الاجتماعية المتحصل عليها من الزوج وأفراد العائلة أو الاصدقاء وأعضاء الفريق الطبي بالإضافة الى الميل القوي للتقليل أو إنكار أهمية المشكل وعواقبه المرتبطة بالجانب العاطفي (Wright.J,& al, 1990 P91-92)

إن مجمل الدراسات النفسية تفيد بأن المرأة العقيم تعيش حالة نفسية غير مستقرة وهذه الحالة من شأنها أن تجعل مسألة الإنجاب أكثر تعقيداً لديها (Domar & al, 1992, p 299) وهو ما قادنا إلى التساؤل عن العوامل التي يمكن أن تساعد المرأة على تجاوز العواقب السلبية التي يخلفها العقم لديها ؟

واتضح لنا من خلال القراءات النظرية أنه هناك عاملين أساسيين يساهمان في تقوية عزيمة المرأة واستعادة توازنها النفسي وهما: استراتيجيات المواجهة والتفاوض.

حيث أن استراتيجيات المواجهة والتي تعني مجموعة السيرورات التفاعلية التي يضعها الفرد حاجزا بينه وبين الموقف حتى يقلص من تأثيره (Bruchon- Schweitzer, 2002, P289) تعمل على المحافظة قدر الإمكان على توازن الفرد الانفعالي وتكيفه النفسي والاجتماعي. فقد تبين أنه عند النساء العقيمات تقييم التحكم العالي يرتبط باستراتيجيات المواجهة الفعالة والمعاناة النفسية ترتبط بالواجهة السلبية والأقل نشاطا (Peterson.B, 2006) وهو ما يجعلنا نفترض أن المواجهة الفعالة دليل على الصحة النفسية إذ أن أغلبية الدراسات قد بينت أن المواجهة الفعالة يمكن أن تؤدي إلى نتائج إيجابية (Aldwin.&Yankura, 2004)

و استراتيجيات المواجهة تختلف من امرأة إلى أخرى وهذا ما أكدته دراسة (Davis& Dearman) التي توصلنا من خلالها إلى أن النساء العقيمات يستخدمن مجموعة متنوعة من استراتيجيات المواجهة من بينها: تجنب تذكر العقم، استعادة ضبط الذات، الاستسلام للمشاعر وتقاسم العبء (Davis DC & Dearman,1991)

أما دراسة (Stanton et al) فقد بينت أنه هناك من النساء من تستعمل أسلوب الهروب - تجنب و تقبل مسؤولية العقم و يرتبط بهذا النوع من المواجهة زيادة في الشعور بالمعاناة، في حين هناك من تسعى إلى الحصول على مزيد من المساندة الاجتماعية وهو ما يقلل الشعور بالمعاناة لديهن (Stanton A.L, 1992)

أما دراسة (Bhatti L.I& al 1999) فقد بينت أن بعض النساء في باكستان تلجأ الى التبني كإستراتيجية لمواجهة مشكلة العقم. في حين أظهرت دراسة أقيمت في إيران حول دور استراتيجيات المواجهة في التنبؤ بالضغط المتعلق بالعقم, أن أغلبية النساء العقيمات لجأن إلى التجنب السلبي لمواجهة العقم(Aflakseir A, Zarei M, 2013)

وبما أنه هناك بعض استراتيجيات المواجهة التي تعد متغيرا فعالا للتنبؤ بالمشاعر الإيجابية لدى الأفراد في المواقف الضاغطة (هناك شويخ, 2007, ص 26) فإننا نفترض بأنها تؤثر وتتأثر بعامل التفاؤل الذي يعني النظرة الايجابية والإقبال على الحياة و الاعتقاد بإمكانية تحقيق الرغبات في المستقبل (الأنصاري، 1998، ص 14) فالتفاؤل يعتبر عامل أساسي لبقاء الإنسان وقوة بيولوجية دافعة.

حيث تشير نتائج العديد من الدراسات (الأنصاري, 2003, ص 93) , (Cohen & al, 2001) (Achat,& al,2000),(Lennings,2000) (Hollnagel & al 2000,) إلى أنه يرتبط إيجابيا بعدد من المتغيرات مثل: الصحة النفسية والجسمية، الرضى عن الحياة والسعادة، المواجهة الفعالة للضغوط وحل المشكلات بنجاح، الأداء الوظيفي والأكاديمي الجيد، الانبساط والدافعية للعمل، جودة الإنتاج وضبط النفس، قلة الألم والتعب. وفي نفس الاتجاه أشارت دراسة (المشعان,2001)، (Allison &al, 2000)

(Byrnes &al, 1998),(Maruta &al, 2000) إلى أنه هناك علاقة عكسية بين التفاؤل و الاضطرابات النفسية والجسمية فالتفاؤل يؤدي إلى العيش بشكل أفضل، وتفسير مرغوب لأحداث الحياة، ودعم للصحة الجسمية الجيدة. والتي بدورها تؤدي إلى توقع الأفضل في الحياة. وهو ما يوافق دراسة (Weinstein,1980) التي برهنت على ان التفاؤل يؤثر في سلوك الفرد. فالتفاؤل يجعل الفرد محبا للحياة بكل ما تحتويه من عقبات إذ يرى (Scheier &al, 1990) أن الفرد المتفائل يكون أفضل تكيفا للإنتقالات الحياتية المهمة.

كما يرى "عبد الخالق" أن الرغبة في إنجاب الأطفال يمكن التنبؤ بها من خلال الإتجاه المتفائل نحو المستقبل (عبد الخالق, 2000, ص 7)

وهو ما يجعلنا نفترض بأن التفاؤل بإمكانه أن يدفع بالمرأة العقيم إلى الخروج من دوامة الإحباطات التي تعيشها بعد اكتشاف إصابتها بالعقم.

في هذا السياق وبعد أن تبين لنا من خلال ما ذكرناه سابقاً أن كل من استراتيجيات المواجهة والتفاؤل له دور لا يستهان به في الحفاظ على التوازن النفسي و الاجتماعي للمرأة العقيم ,فإننا تساءلنا عن العوامل التي تعزز هذين العاملين عندها ؟

وتبين لنا من خلال ما ورد في التراث السيكولوجي أن المساندة الاجتماعية وخصوصاً مساندة الزوج قد يكون لها تأثير كبير على كيفية مواجهة المرأة لضغوط الحياة والذي يعتبر العقم واحد منها ,وعلى نظرتها للمستقبل ,فالمساندة الاجتماعية تلعب دوراً إيجابياً في تجربة العقم (Hirsch ,A.M & Hirsch, S.M, 1995)

فقد وجد (Holahan & Moos,1986) أن الثقة بالنفس والميل إلى اللامبالاة وعدم الاكتراث ,وعدم استخدام الاستراتيجيات الاحجامية وتوفر المساندة الاجتماعية يعمل على حماية الأفراد من التبعيات السلبية لمجهودات الحياة (لطي عبد الباسط ابراهيم , 1994 102-103)

وبما أن الزوج يعتبر أحد أهم مصادر المساندة بالنسبة للزوجة ,كونه يحظى بمكانة خاصة في شبكة المساندة الاجتماعية ,فان توفر مسانده وسير العلاقة الزوجية بشكل جيد قد يكون مؤشراً جيداً للصحة النفسية

وخير دليل على ذلك ما توصل اليه (Brown et Harris) من خلال الدراسة التي قام بها على نساء (Camberwell) ممن تعرضن لأحداث خطيرة و حظيت بمساندة أزواجهن حيث وجد أن الإكتئاب لديهم كان أقل بعشر مرات مما هو عليه عند النساء اللواتي عاشت أحداثاً مشابهة و لم تحظى بمساندة الزوج (Brown .G & Harris. T, 1978) كما تبين في دراسة أخرى حول الإكتئاب أن النساء المكتئبات التي تحظى بمساندة الزوج, محاولة الانتحار

لديهن هي أقل مما هي عليه عند النساء المكتئبات التي لا تحظى بمساندة الزوج , و النساء اللواتي تخضع للاستشفاء تتعافى بشكل أسرع في حالة حصولهن على مساندة الزوج. (Surtees .P, 1980)

وهناك دراسات أخرى توصلت الى نتائج مشابهة حيث خلصت إلى أن الاكتئاب ما بعد الولادة هو مرتبط بغياب مساندة الزوج. (Leavy. R.L, 1983)

وما يؤكد ذلك دراسة (علي , 1997) التي قام من خلالها بمقارنة بين العائلات المتزوجات مرتفعي المساندة الاجتماعية ،والعائلات المتزوجات منخفضي المساندة الاجتماعية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وفي الإصابة بالاضطرابات النفسية .والتي خلصت الى وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة لصالح المجموعة المدعمة بالمساندة الاجتماعية.

و في ضوء ما سبق ذكره فإنه يبدو أن المرأة المصابة بالعم،هي بحاجة ماسة إلى المساندة الاجتماعية وخاصة مساندة الزوج ،حتى تتمكن من مواجهة العواقب السلبية التي قد يخلفها العم لديها. لذلك فإننا نتساءل عن مدى تأثير مساندة الزوج للزوجة المصابة بالعم على شعورها بالتفاؤل وتبني استراتيجيات المواجهة الفعالة؟

وبهذا تتحدد مشكلة بحثنا في التساؤلات التالية:

1- هل هناك اختلاف بين النساء العقيمات اللواتي تلقين المساندة من طرف الزوج بمستوياتها (منخفضة،معتدلة ،مرتفعة)وذلك فيما يخص تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها(التفاعل الايجابي ،التفاعل السلبي ،التصرفات السلوكية)

2- هل هناك اختلاف بين النساء العقيمات اللواتي تلقين المساندة من طرف الزوج بمستوياتها (منخفضة، معتدلة، مرتفعة) وذلك فيما يخص الشعور بالتفاؤل

3- هل هناك اختلاف في كل من درجة المساندة المقدمة من طرف الزوج ,درجة تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها و درجة الشعور بالتفاؤل بين النساء العقيمات عقم أولي و العقيمات عقم ثانوي

4- هل هناك اختلاف في كل من درجة المساندة المقدمة من طرف الزوج ,درجة تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها و درجة الشعور بالتفاؤل بين النساء العقيمات لمدة قصيرة والعقيمات لمدة متوسطة والعقيمات لمدة طويلة

5- هل هناك اختلاف في كل من درجة المساندة المقدمة من طرف الزوج ,درجة تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها و درجة الشعور بالتفاؤل بين النساء العقيمات اللاتي تزاول مهنة والعقيمات اللاتي لا تزاول مهنة

3- فرضيات البحث

1- يوجد اختلاف بين النساء العقيمات اللواتي تلقين المساندة من طرف الزوج بمستوياتها (منخفضة,معتدلة ,مرتفعة)وذلك فيما يخص تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها(التفاعل الايجابي ,التفاعل السلبي ,التصرفات السلوكية)

2- يوجد اختلاف بين النساء العقيمات اللواتي تلقين المساندة من طرف الزوج بمستوياتها (منخفضة, معتدلة, مرتفعة) وذلك فيما يخص الشعور بالتفاؤل

3- يوجد اختلاف في كل من درجة المساندة المقدمة من طرف الزوج ,درجة تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها و درجة الشعور بالتفاؤل بين النساء العقيمات عقم أولي و العقيمات عقم ثانوي

4- يوجد اختلاف في كل من درجة المساندة المقدمة من طرف الزوج ,درجة تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها و درجة الشعور بالتفاؤل بين النساء العقيمات لمدة قصيرة والعقيمات لمدة متوسطة والعقيمات لمدة طويلة

5- يوجد اختلاف في كل من درجة المساندة المقدمة من طرف الزوج ,درجة تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها ودرجة الشعور بالتفاوت بين النساء العقيمات اللاتي تزاول مهنة و العقيمات اللاتي لا تزاول مهنة

4- أهداف البحث

يطمح هذا البحث إلى جملة من الأهداف منها:

- التعرف على الاختلاف الموجود بين النساء اللواتي تلقين مساندة منخفضة واللواتي تلقين مساندة معتدلة واللواتي تلقين مساندة مرتفعة من أزواجهن فيما يخص المواجهة بدلالة ابعادها
- التعرف على الاختلاف الموجود بين النساء اللواتي تلقين مساندة منخفضة واللواتي تلقين مساندة معتدلة واللواتي تلقين مساندة مرتفعة من أزواجهن فيما يخص الشعور بالتفاوت
- التعرف على الاختلاف الموجود في كل من درجة المساندة المقدمة من طرف الزوج ,درجة تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها و درجة الشعور بالتفاوت بين النساء العقيمات عقم أولي و العقيمات عقم ثانوي
- التعرف على الاختلاف الموجود في كل من درجة المساندة المقدمة من طرف الزوج ,درجة تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها و درجة الشعور بالتفاوت بين النساء العقيمات لمدة قصيرة و العقيمات لمدة متوسطة و العقيمات لمدة طويلة
- التعرف على الاختلاف الموجود في كل من درجة المساندة المقدمة من طرف الزوج ,درجة تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها ودرجة الشعور بالتفاوت بين النساء العقيمات اللاتي تزاول مهنة و العقيمات اللاتي لا تزاول مهنة

5- أهمية البحث

تكمن أهمية البحث الحالي في تناوله لأحد المواضيع المهمة في الحياة النفسية والاجتماعية للمرأة المصابة بالعقم والتمثل، في التعرف على مدى تأثير مساندة الزوج على شعورها بالتفاؤل و تبنيتها لاستراتيجيات المواجهة الفعالة. حيث تعتبر مساندة الزوج من اهم مصادر القوة و الدعم التي تعول عليها الزوجة لتجاوز محنة العقم. والتفاؤل هو من المتغيرات المهمة التي تدلنا على توقعاتها، حيث يساهم في رسم توجهاتها و قراراتها المستقبلية. ناهيك عن استراتيجيات المواجهة التي قد تتوقف فعاليتها على مدى مساندة الزوج.

كما تأمل الباحثة من خلال هذا البحث القاء الضوء على المعاناة النفسية التي تعيشها المرأة في ظل غياب المساندة الاجتماعية ومدى حاجتها لمساندة الزوج والفريق الطبي القائم على علاجها.

6- تحديد المفاهيم

يشمل البحث على اربع متغيرات أساسية وهي:

6-1 العقم اصطلاحا

يعرف العقم على انه "عدم القدرة على الحمل بعد سنة من العلاقة الجنسية المنتظمة ومن دون استعمال موانع الحمل" (Gagnon, 1983)

و بالنسبة للمنظمة العالمية للصحة العقم هو "عدم قدرة الزوجين على تحقيق الحمل بعد اثنا عشر شهرا على الاقل من المعاشرة الجنسية المنتظمة، من دون استعمال موانع الحمل" (Schlosser et al, 2007)

ويعرفه (Savale. M & Zorn. J.R) على انه "استحالة الحمل لسبب متعلق بالمرأة أو بالرجل أو بالزوج معا خلال مدة معينة، وعدم القدرة هذه إما أن تكون مؤقتة قابلة للعلاج أو دائمة وأبدية غير قابلة للعلاج" (Savale. M & Zorn. J.R, 1999, p 3).

العقم إجرائيا

في بحثنا الحالي حددناه اجرائيا بتبني المعيار الذي وضعته المنظمة العالمية للصحة وهو "عدم قدرة الزوجين على تحقيق الحمل بعد اثنا عشر شهرا على الاقل من المعاشرة الجنسية المنتظمة ,من دون استعمال موانع الحمل " (Schlosser & al, 2007). وقد تم تحديده من جانبين:

6-1-1 من جانب النوع: اذ ينقسم الى عقم اولي وهو العقم الذي يصيب المرأة منذ بداية حياتها الجنسية ,من دون استعمال موانع الحمل . وعقم ثانوي يصيب المرأة بعد أو قبل انجابها لطفل او اكثر

6-1-2 من جانب المدة: حددت بالنسبة للعقم الاولي فقط وتتمثل في : مدة قصيرة من 2 الى 3 سنوات ,مدة متوسطة من 4-6 سنوات ومدة طويلة من 7 سنوات فما فوق .

6-2- المساندة الاجتماعية اصطلاحا

عرفها كل من (الشناوي وعبد الرحمن , 1994)المساندة الاجتماعية بأنها : تلك العلاقات القائمة بين الفرد وآخرين والتي يدركها على أنها يمكن أن تعاضده عندما يحتاج إليها" (الشناوي وعبد الرحمن, 1994, ص 4)

ويعرفها (MOSS) بأنها "الشعور الذاتي بالانتماء والإحساس بالقبول ،والحب وإبداء المساندة الوجدانية والعاطفية في المواقف الصعبة " (نسرين جمبي , 2008, ص 39).

وبالتالي يمكن اعتبارها "عملية التفاعلات الإجتماعية التي تزيد من إستراتيجيات التكيف (المواجهة) 'تقدير الذات' الشعور بالانتماء والكفاءة من خلال التبادل الفعلي أو المتوقع للموارد العملية أو النفس اجتماعية" (Devault A, Fréchette, L., 2002, p6).

المساندة الاجتماعية اجرائيا

في هذا البحث تعرف المساندة الاجتماعية إجرائيا بدرجة المساندة التي تتحصل عليها المرأة العقيم على مقياس الدعم الاجتماعي/العاطفي كما تدركه الزوجة من قبل الزوج من اعداد

(Toylor,1974) والتي تتحدد في ثلاث مستويات :مساندة منخفضة تقدر بـ 96 درجة الى ما تحت ،مساندة معتدلة من 97 الى 127 درجة و مساندة مرتفعة من 128 درجة الى ما فوق

3-6 التفاؤل اصطلاحا

يعرفه مخيمر وعبد المعطي (2000) بأنه صفة تجعل توقعات الفرد وتوجهاته إيجابية نحو الحياة بصفة عامة ،يستبشر الخير ،ويستمتع بالحاضر ،ويحدوه الأمل في مستقبل أكثر إشراقاً وأحسن حالاً"

أما مراد ومحمد (2001) فيعرفان التفاؤل بأنه "استعداد انفعالي و معرفي، ونزعة للاعتقاد أو الاستجابة انفعالياً نحو الآخرين والمواقف والأحداث بطريقة إيجابية" ويعرف التفاؤل بأنه "الإقبال على الحياة بإيجابية ،والاعتقاد بإمكانية تحقيق الرغبات مستقبلاً ،وبأنه استعداد لتوقع حدوث الأشياء الجيدة والإيجابية ويعتقد المتفائل أن المستقبل يخبئ له النتائج المرجوة" (Carver & Scheier, 2003)

التفاؤل اجرائيا

يتحدد التفاؤل اجرائيا في هذا البحث بالدرجة التي تتحصل عليها المرأة العقيم على مقياس التفاؤل لـ (عبد الخالق, 1996) حيث انه كلما كانت درجة المقياس مرتفعة دلت على التفاؤل.

4-6 استراتيجيات المواجهة اصطلاحا

عادة ما تعرف إستراتيجيات المواجهة على "أنها مجموعة من الأفكار المرنة والواقعية والسلوكيات التي تسمح بحل المشاكل والتقليل من الضغط " (Sordes- ader & al, 1997,p 140)

كما يعتبرها كل من (Pearlin et Schooler) "مجموعة من السلوكيات التي يبحث من خلاله الاشخاص تجنب الضغوط التي يواجهونها في حياتهم" (SORDES, F et al,1984,p84).

بالنسبة لـ (Lazarus&Folkman) هي عبارة عن "الجهود المعرفية والسلوكية ،التي تتغير باستمرار،والموجهة لإدارة المتطلبات الداخلية و / أو الخارجية الخاصة التي تدرك على أنها تهدد أو تتجاوز موارد او امكانيات الفرد " (GREBOT. E et al, 2006, p316).

استراتيجيات المواجهة اجرائيا

عرفنا في بحثنا هذا استراتيجيات المواجهة اجرائيا بالدرجة التي تتحصل عليها المرأة العقيم على مقياس اساليب مواجهة احداث الحياة اليومية الضاغطة لـ (Poon. L.W, 1980) حيث انه كلما كانت درجات المواجهة بالتفاعل الايجابي مرتفعة كلما كان اللجوء للأساليب الايجابية اكثر.

الفصل الثاني

المساندة الإجتماعية

تمهيد

الإنسان كائن اجتماعي بطبعه وعضو فاعل متفاعل يعطي و يأخذ في إطار تكاملي , ينتج في ضوء قدراته وإمكاناته التي تعينه على ذلك ويتلقى من الآخرين التقدير والتشجيع الذي يدفع به إلى تحقيق أهدافه. هذه العملية التفاعلية بين أفراد المجتمع تعرف بالمساندة الاجتماعية و التي حازت على اهتمام الباحثين فأصبحت موضوع بحوث كثيرة لما لها من دور في تثبيت العلاقات وحفظ الصحة النفسية والجسمية.

وترجع جذور هذا المفهوم الى علماء الاجتماع حيث تناولوه في إطار اهتماماتهم بالعلاقات الاجتماعية عندما قدموا مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية (Social network) ولقد وضع كل من (Cassel) و (Caplan) و (Cobb) في السبعينات من القرن الماضي اساس العمل في مجال المساندة النفسية واقتروا تصورا لأنواع العلاقات الاجتماعية والأنشطة المختلفة التي تتضمنها عملية المساندة الاجتماعية وأوضحوا قيمة وأهمية المساندة الاجتماعية في تخفيف الآثار السلبية التي تحدثها احداث الحياة الضاغطة على الجوانب الجسمية و النفسية للفرد" (علي عبد السلام علي, 2005, ص 3)

مفهوم المساندة الاجتماعية هو مفهوم واسع ومعقد والدليل على ذلك اختلاف الباحثين في طريقة تناولهم و تعريفهم لها وذلك باختلاف توجهاتهم النظرية. ولهذا خصصنا لها هذا الفصل محاولين بذلك توضيح مفهومها وإبراز دورها في تسيير الحياة الاجتماعية للفرد.

1- تعريف المساندة الاجتماعية

هناك العديد من التعريفات لمفهوم المساندة الاجتماعية نذكر منها ما يلي:

يعرفها (Moss) بأنها "الشعور الذاتي بالانتماء والإحساس بالقبول، والحب وإبداء المساندة الوجدانية والعاطفية في المواقف الصعبة " (نسرين جمبي, 2008, ص 39)

كما يعتبرها (Cobb, 1976) "معلومة تؤدي بالشخص إلى الإعتقاد بأنه محبوب، ذو قدر و قيمة وأنه ينتمي إلى شبكة من الإتصالات والدعم المتبادل" (Vanier .C, & Fortin, D., 1996, p205)

فهي تشير اذا الى "توفير شبكة اجتماعية للموارد النفسية والمادية تهدف إلى الاستفادة من قدرة الفرد على التعامل مع الضغط" (Cohen ,S., 2004, p 676)

وبالتالي يمكن اعتبارها مصدر "عملية التفاعلات الإجتماعية التي تزيد من إستراتيجيات التكيف (المواجهة)، تقدير الذات، الشعور بالإنتماء والكفاءة من خلال التبادل الفعلي أو المتوقع للموارد

العملية أو النفس اجتماعية" (Devault ,A., Fréchette, L., 2002, p6)

في نفس السياق اشارت (O'Reilly,1988) الى "أن معظم التعريفات لمفهوم المساندة تتضمن

ثلاثة عناصر وهي :عملية تفاعلية ،إجراءات أو سلوكيات محددة وإمكانية الآثار الايجابية"

(Perreault, M & al, 1998, p164)

وهذا ما يراه ايضا (Caplan) اذ يعتبرها "النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط

والتفاعلات الإجتماعية مع الآخرين وتتسم بأنها طويلة المدى،ويمكن الاعتماد عليها والثقة بها

وقت إحساس الفرد بالحاجة إليها لتمده بالسند العاطفي" (ايمان صقر، 2001)

وبالنسبة لـ (Sarason & al, 1983) فإنها تعبر عن "مدى وجود أو توافر أشخاص يمكن

لل فرد ان يعتمد عليهم ،يشعرونه بحبهم له ،يعتنون به ويقفون بجانبه عند الحاجة" (De Man,

A.F., & al, 1986, p199)

من خلال تحليلنا للتعريفات السابقة الذكر تبين لنا ،انه مهما كان الإطار النظري الذي ينطلق

منه مفهوم المساندة الاجتماعية فإنها تعني على العموم :

- شكل من أشكال التفاعل الاجتماعي بين الفرد والآخرين.

- سلوكيات تشير الى الإهتمام الجدي والرغبة في تقديم المساعدة

- تقدم المساندة في الرخاء لتشعر الفرد بالأمان وتجعله أصح بدنياً ونفسياً.

- تقدم للفرد عندما يقع في الازمات ويصعب عليه حلها بمفرده.
 - تخفف من أحداث الحياة الضاغطة وتدفع بالفرد الى تبني إستراتيجيات المواجهة الفعالة
 وبهذا نخلص الى ان المساندة الاجتماعية هي تلك الاساليب المختلفة للمساعدة التي يتلقاها الفرد من الأسرة , الأصدقاء والآخرين ،والتي تشعره بالأمن وتزيد من ثقته بنفسه وبإمكانياته ،وتساعده على التخفيف أو الوقاية من آثار المواقف الضاغطة من خلال تبني استراتيجيات مواجهة فعالة.

2- دور المساندة الاجتماعية

للمساندة الاجتماعية دور هام في حياة الافراد فهي تعتبر مصدر من مصادر الأمن النفسي ،وعامل من عوامل إشباع احتياجاتهم الشخصية والاجتماعية ،كما تُساهم في توافقهم النفسي والاجتماعي (عواطف صالح ،2002، ص 183) ويظهر ذلك جليا من خلال ما تقوم به في دعم الصحة والتخفيف من الضغوط .

2-1- دور المساندة الاجتماعية في التخفيف من الضغوط

إن التراث السيكولوجي المستمد من نتائج البحوث التي اجريت حول المساندة الاجتماعية في علاقتها بالضغوط قد اكدت دور المساندة في التخفيف من الأثارها السلبية للضغوط .حيث أظهرت دراسات (Dressler & Bindon, 2000 ; Nyamathi & al., 2000 ; Seeman, 2001) أن الفرد الذي يستفيد من المساندة الاجتماعية بإمكانه أن يدرك موقف ما على أنه ضاغط ولا يستجيب له بالضيق أو القلق. وهو ما يشير اليه ايضا (Sarason & Sarason) حيث يقول انه بمجرد إدراك الفرد أنه يستطيع الركون إلى شخص ما للمساعدة فإن هذا من شأنه أن يخفف من حدة الضغوط الواقعة عليه (Sarason & Sarason1986, p 1222)

وهو ما تعتقده ايضا أمينة مختار (1994) اذ ترى أن المساندة الاجتماعية تساعد الفرد على التعامل مع تهديدات الحياة والتغلب علىها، وخفض الضغوط النفسية، وذلك من خلال العلاقات الاجتماعية للفرد مع الآخرين. (مختار امينة، 1994، ص 117)

ويرى (Breham) أن المساندة الاجتماعية تقوم بمهمة حماية تقدير الفرد لذاته وتشجيعه على مقاومة الضغوط التي تفرضها عليه أحداث الحياة المؤلمة (عبد الرزاق، 1998، ص 16)

كما يعتقد كل من (Coyne & Downey) أن المساندة الاجتماعية التي يمنحها الافراد الموثوق فيهم لها أهمية رئيسية في مواجهة الأحداث الضاغطة، وأنها يمكن أن تخفف أو تستبعد عواقب هذه الأحداث على الصحة. (Coyne & Downey, 1991,402)

أما (Klormk &Lacen) فقد وجدوا انه هناك علاقة دالة بالاستجابة الايجابية للشخص في المواقف الصعبة عند تلقي المساندة الاجتماعية بشكل جيد، فتأثير الضغوط والصدمات على الأفراد ذوي العلاقات الضعيفة يكون اكثر عمقاً وأسوء أثرًا، من الأفراد ذوي الاهتمامات الاجتماعية الواسعة (ابراهيم، 1998، ص 138)

وبهذا يمكننا ان نقول ان المساندة الاجتماعية بإمكانها ان تخفف من الضغوط النفسية وتسهل التكيف الإيجابي ونقصها قد يؤدي الى الإحجام عن مواجهة الخطر و ظهور الإضطرابات .

2-2- دور المساندة الاجتماعية في دعم الصحة

هناك الكثير من الباحثين الذين تحدثوا عن الدور الفاعل الذي تلعبه المساندة الاجتماعية في دعم الصحة النفسية والعقلية للفرد ومن بين هؤلاء:

نجد (Dolbier,2000) الذي يرى أن المساندة الاجتماعية تعمل على التخفيف من الإحساس بالمرض و تساعد الفرد على تحسين أداء وظيفته، وتؤدي إلى زيادة مشاعر السعادة والرفاهية، كما ان تلقي المساندة الاجتماعية او تقديمها للآخرين يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالصحة الجسمية والنفسية الموجبة (أحمد عثمان، 2001، ص 148). فالمساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من

الآخرين تعد عاملا هاما في صحته النفسية، ومن ثم يمكن التنبؤ بأنه في ظل غياب المساندة أو انخفاضها يمكن أن تنشط الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد، مما يؤدي الى اختلال الصحة النفسية لديه (جاب الله، 1993، 236) وهو ما يؤكد (House & al, 1988) حيث يرى ان الأفراد الذين يتمتعون بعلاقات تُمكنهم من الحصول على المساندة الاجتماعية، تقل لدىهم درجة الشعور بالقلق ويكونون أقل عرضة للاضطرابات النفسية، وذلك من خلال إحساس الفرد بقيمته و أهميته في شبكة علاقاته الاجتماعية. (House & al, 1988, 304)

ويتفق مع هذا الرأي (Schwarzer & Weiner) اللذان يعتبران المساندة الاجتماعية إحدى العوامل التي تساعد على تقوية السلوكيات المرغوبة لدى الفرد، و إحداث التوافق بكافة أشكاله، ولإسيما التوافق الاجتماعي بين الفرد والجماعة التي ينتمي إليها، فهي تقي الفرد من القلق والضغط الاجتماعية واللوم والإحساس بالأسف و الندم الناتج عن بعض الأخطاء التي قد يرتكبها. (عبد العال، 2000، ص 306)

3- أنواع المساندة الاجتماعية

إن اختلاف وتعدد أشكال المساندة الاجتماعية قد ادى بالباحثين الى الاختلاف حول تحديد أنواعها، حيث نجد أنواع عديدة للمساندة يصعب حصرها، لهذا سنحاول فيما يلي ذكر البعض منها :

حسب ما ذكر ناجي الخشاب هناك ثلاثة انواع للمساندة الاجتماعية، وتتمثل في :

1- المساندة الذاتية: ويقصد بها دعم معنوي يستطيع الفرد منحه لنفسه، وذلك يهدف التغلب على المشاكل التي يواجهها.

2- المساندة الاجتماعية: ويقصد بها أى دعم معنوي أو إجرائي يقدم للفرد من المحيطين به (أفراد أسرته، أصدقائه أو المجتمع) بهدف مساعدته لتخطي العقبات والمشاكل التي تواجهه.

3- **المساندة المادية**: ويقصد بها أى دعم مادي يقدم للفرد من الافراد المحيطين به بطريق مباشرة أو غير مباشرة بهدف مشاركته فى التغلب على مشاكله المادية ومساندته وقت الشدة. (ناجى الخشاب، 2002، 78)

اما (King , Willoughby, Specht & Brown) فقد حدد ثلاث انواع رئيسية للمساندة الاجتماعية وهي:المساندة العاطفية،المساندة الادائية والمساندة المعرفية (King,& al,2006) و هناك من يرى ان الانواع الاكثر شيوعا هي: المساندة العاطفية والمساندة الادائية(Duchesne,2008)

اما (Cutrona & Russell) فقد توصلا بعد دراستهما لمختلف النماذج النظرية للمساندة الاجتماعية الى تحديد خمسة أنواع وهي : المساندة العاطفية ،الاندماج الاجتماعي ،مساندة التقدير الشخصي ،المساندة الملموسة (الادائية والمادية) والمساندة المعلوماتية (Cutrona et Russell ,1990)

كما قدم بعض الباحثين تصنيفات تضمنت نوع المساندة الاجتماعية وطبيعة المساعدة التي يمثلها كل نوع سنحاول في الجدول الاتي توضيحها :

جدول رقم (1) : تصنيف انواع المساندة حسب طبيعة المساعدة

تصنيف الباحث	نوع المساندة	طبيعة المساعدة المقدمة
تصنيف (Housse, 1981)	المساندة العاطفية	إظهار الثقة, التعاطف, الحب
	المساندة الادائية	إقراض المال, المساعدة التقنية, النقل
	المساندة المعلوماتية	توفير المعلومات, الآراء والنصائح
	المساندة التقديرية	ردود الفعل (مثل: أنت تقوم بعمل جيد)
تصنيف (Barrera ,1981)	المساعدة المالية	المساعدة المالية, قرض أو منح الأشياء المادية
	المساعدة الجسدية	تقاسم المهام
	التفاعل الحميمي	التعبير وتقاسم المشاعر والمخاوف
	الإرشاد	مشاركة الرأي, التوجيه
	ردود الفعل	معلومة حول الشخص ذاته
	المشاركة الاجتماعية	الأنشطة الترفيهية
تصنيف (Cohen & Wills,1985)	المساندة التقديرية	إظهار العاطفة, المساندة العاطفية, التعاطف والتشجيع
	المساندة المعلوماتية	المساعدة في تعريف وفهم الاحداث المسببة للمشاكل, التعليم تقديم النصائح, المراجع
	المرافقة الاجتماعية	الأنشطة الترفيهية و الأنشطة الاجتماعية
	المساندة الأدائية	المساعدة المالية و المادية

(Barling. J & al, 1988, 141)

يبدو من خلال ما جاء في هذا الجدول ان الباحثين قد اختلفوا في تسمية انواع المساندة رغم ان المضمون واحد. و المساندة الاجتماعية قد تأخذ شكل غير ملموس (مساندة عاطفية) او ملموس وتتمثل في المساندة الأدائية. إلا انه هناك تداخل بين انواعها فالفرد بإمكانه ان يتلقى نوع واحد من المساندة ويدرك انه قد تلقى أنواع أخرى أيضا. فمثلا إذا تلقى مساندة مالية فانه

يتلقى معها الدعم العاطفي، التوجيه، النصح والمعلومات التي تعينه على حل المشكل الذي تعرض له. لهذا فإننا نرى ان هذه التصنيفات تختلف عن بعضها لكنها لا تتعارض بل تكمل بعضها البعض.

4- مصادر المساندة الاجتماعية

تشير مصادر المساندة الاجتماعية الى الشخص أو مجموعة الأشخاص الذين يمنحون المساندة (Veiel, 1985)

ويؤكد (Streeter) و (Franklin) على ضرورة التمييز بين المصادر الرسمية والمصادر الغير رسمية للمساندة الاجتماعية. ويقصد بالمصادر الرسمية للمساندة الاجتماعية "الأشخاص الذين ينتمون إلى الشبكات الرسمية مثل المنظمات الحكومية، الإدارات وشبكة الخدمات في حين تتمثل المصادر الغير رسمية في المساعدة المقدمة من قبل الأصدقاء والأسرة والأقران والأزواج". (Streeter et Franklin, 1992)

كما أن المصادر الغير الرسمية هي أقل تنظيماً بكثير من المصادر الرسمية و التي تكون مرادفة للتنظيمات البيروقراطية تخصص وظائف المتدخلين، الإجراءات والقواعد، المعايير الصريحة لتقييم الإحتياجات و الأهلية للخدمات. في حين أن المساندة الغير الرسمية لا تخضع لمثل هذه القيود، تتجدد وتكون مرنة" (Beauregard. L & Dumont, S., 1996, p61)

اما (Norbeck , 1984) فقد لخص مصادر المساندة الاجتماعية في ثمانية مصادر اساسية وهي: الزوج او الزوجة، الاسرة والأقارب، الجيران وزملاء العمل، زملاء الدراسة، الافراد الذين يوفرون الرعاية الصحية والنفسية، المرشد او المعالج النفسي ورجال الدين (علي عبد السلام، 2005، ص 21)

في حين اتفق كل من (Szelenyi , Litwak , Martinez & Zunin) على ان اهم مصادر المساندة الاجتماعية في حياة الفرد تتلخص في : افراد الاسرة والأقارب، الجيران و مجموعات المساعدات الذاتية (Self-help groups) (Erikson, K., 1976) .

أما (Fisher, 1985) فقد حدد مصادر المساندة الاجتماعية في: الأسرة, و الأصدقاء, المؤسسات مثل (دور العبادة والنوادي) و زملاء العمل (بشرى إسماعيل, 2004) كما حدد (Emmons & Colby) مصادر المساندة الاجتماعية في: الأسرة, الأصدقاء, زملاء العمل والأقارب (Emmons & Colby, 1995, 948) كما أن مصادرها تختلف باختلاف المراحل العمرية للفرد إذ أنه يحصل على المساندة في مرحلة الطفولة من الأسرة (الأم, الأب والأشقاء) وفي مرحلة المراهقة من الأسرة و جماعات الرفاق, أما في مرحلة الرشد فمن الزوج أو الزوجة وعلاقات العمل والأبناء (عبير الصبان, 2003, ص 17).

وبما ان موضوع بحثنا يدور حول مساندة الزوج والذي يعتبر مصدر من مصادر المساندة بل من اهمها بالنسبة للزوجة فإننا سنتطرق اليه بنوع من التفصيل فيما يلي:

4-1- مساندة الزوج

يعتبر الزوج أحد اهم مصادر المساندة بالنسبة للزوجة ذلك لان له مكانة خاصة في شبكة الدعم الاجتماعي حيث ان وجود مساندة الزوج وسير العلاقة الزوجية بشكل جيد هو مؤشر جيد للصحة النفسية. وخير دليل على ذلك ما توصل اليه (Brown et Harris) من خلال الدراسة التي قام بها على نساء (Camberwell) ممن تعرضن لأحداث خطيرة و حظيت بمساندة ازواجهن فوجد ان تشخيص الاكتئاب لديهن كان اقل بعشر مرات مما هو عليه عند النساء اللواتي عاشت احداث مشابهة و لم تحظى بمساندة الزوج. (Brown .G & Harris. T, 1978)

وهناك دراسات أخرى توصلت الى نتائج مشابهة حيث خلصت الى ان الاكتئاب ما بعد الولادة هو مرتبط بغياب مساندة الزوج. (Leavy. R.L, 1983)

كما تبين ايضا ان النساء اللواتي تعاني من اكتئاب وتحظى بمساندة الزوج محاولة الانتحار لديهن هي اقل مما هي عليه عند من لا تحظى بمساندة الزوج علاوة على ذلك، فان النساء

اللواتي تخضع للاستشفاء (hospitalisées) تتعافى بشكل أسرع إذا كان لديهن زوج يساندنهن . (Surtees .P, 1980) .

5- وظائف المساندة الاجتماعية

للمساندة الاجتماعية وظائف مختلفة ومتعددة ،فهي تساهم من خلال التفاعل الاجتماعي المساند منح المشاعر الإيجابية التي تحقق الراحة النفسية. فالأشخاص الذين لديهم شبكة علاقات اجتماعية جيدة ويتقنون في أفرادها ويتبادلون خبرات الحياة معهم يكونون قادرين على مواجهة الصعاب. حيث يفترض (Cobb, 1976) أن "الشخص الذي يحظى بمساندة معنوية جيدة، يخرج من جميع الحالات التعيسة" (Tousignant, M., 1992, p 91). ولهذا يرى كل من (Shumaker et Brownel, 1984) أن للمساندة الاجتماعية وظيفتين وهما:

5-1- الحفاظ على الصحة الجسمية والنفسية

تشير هذه الوظائف إلى الحفاظ على الوحدة الكلية للصحة الجسمية والنفسية وصولاً إلى تعزيز وتقوية سعادة متلقي المساندة وإحساسه بالراحة النفسية والاطمئنان في حياته . وتنقسم هذه الوظائف إلى:

أ- إشباع حاجات الإنتماء

تعمل المساندة الاجتماعية على إشباع حاجة الفرد الى الاتصال بالآخرين الإندماج معهم ,من خلال امدادهم بمشاعر الإنتماء التي تشمل على تعبيرات الرعاية ,الحب ,الفهم ,الاهتمام والمودة وهو ما يؤدي الى التخفيف من التأثير الضار للعزلة.

ب- المحافظة على الهوية الذاتية وتقويتها

من خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين تنمو شخصية الفرد ويكتسب وعيه بذاته الاجتماعية ،اذ أنه يقيّم ويوضح معتقداته من خلال مقارنتها باتجاهات ومعتقدات الآخرين ،ويكون ذلك

عن طريق التغذية الراجعة المرتبطة بمظاهر الذات ونماذج السلوك الملائمة في المواقف المختلفة للوصول إلى اتفاق في الآراء وجهات النظر مع الآخرين.

ج- تقوية تقدير الذات

يمكن للمساندة الاجتماعية أن تقوي شعور الفرد بقيمته وإحساسه بكفاءته الشخصية، وذلك عن طريق تأكيد وتثبيت التقدير، المدح وتعبيرات الاحترام لمتلقي المساندة. هذه الوظائف الثلاث ترتبط بطبيعة مساندة الذات الخاصة بهذه المظاهر، أي أنه إذا تلقى الفرد مساندة مستمرة، توفر له الشعور بالأمن وتدعم تقدير الذات لديه وتقوي هويته الذاتية، فسيكون أقل عرضة لعوامل الضغط مقارنة بالأفراد الذين لم يتلقوا مثل هذه المساندة.

5-2- التخفيف أو الوقاية من الآثار النفسية السلبية لأحداث الحياة الضاغطة

تقوم هذه الوظائف على تخفيف الضغط أو الوقاية من الآثار النفسية السلبية لأحداث الحياة الضاغطة من خلال تعليم الفرد الأسلوب الأمثل لمواجهة الضغوط والمشكلات بأساليب إيجابية تمنع آثارها السلبية. وتنقسم هذه الوظائف إلى:

أ- التقييم المعرفي

الذي ينقسم إلى قسمين وهما:

التقييم الأولي: من خلاله يفسر الفرد عوامل الضاغطة المحتملة، وفي هذه المرحلة يمكن للمساندة أن توسع تفسير الفرد للموقف وتحسن فهمه عن طريق إمداده بالمعلومات والاستجابة النموذجية له، فإذا فسر الحدث على أنه يهدد سلامته يظهر حينها

التقييم الثانوي الذي يشير إلى تقييم الأفراد لمصادر المواجهة المتاحة، وتستطيع المساندة في هذه المرحلة أن توسع عدد اختيارات المواجهة بتوفير المعلومات وأساليب حل المشكلات

ب- النموذج النوعي للمساندة

تقوم المساندة الاجتماعية في هذا النموذج بوظيفة مباشرة تتمثل في إمداد المتلقي بالمصادر المطلوبة لمواجهة الحاجات النوعية التي تثيرها عوامل الضغط.

ج- التكيف المعرفي

يتمر الأفراد بثلاث عمليات لمواجهة الأحداث التي تهددهم بطريقة معرفية (البحث عن معنى الحدث الضاغط، محاولة استعادة السيطرة على حياتهم ومواجهة الحدث وتقوية تقدير الذات) والمساندة يمكن أن تلعب دوراً مهماً في كل عملية من هذه العمليات، وذلك عن طريق تزويد الفرد بالمعلومات اللازمة عن هذا الحدث، وأساليب مواجهته وطرق السيطرة عليه بالإضافة إلى مسانده من خلال المحافظة على تقوية تقديره لذاته . (Shumaker, S.A & Brownell, A, 1984, p 23-25)

6- فعالية المساندة الاجتماعية

إذا كان الأفراد الذين يمكنهم الاعتماد على شبكة جيدة للمساندة الاجتماعية لديهم مشاكل جسدية ونفسية أقل من أولئك الذين هم محرومين منها، فيمكننا إذا ان نستنتج، ان للمساندة الاجتماعية وظيفة مناعية.

وهذا ما خلص اليه (Leavitt, 1983) من خلال سبع دراسات طويلة حيث وجد بعض الأدلة التجريبية التي تؤكد بأنه هناك علاقة ذات دلالة، وإن كانت ضعيفة بين غياب المساندة الاجتماعية والتعرض للمشاكل النفسية. (Tousignant, M., 1992, p 95-96)

كما انه هناك العديد من الدراسات في مجال علم النفس الصحة، قد بينت التأثير المفيد للمساندة الاجتماعية على الصحة البدنية والنفسية وخاصة في فترات الهشاشة. (Périodes de vulnérabilité) إذ ان نقص المساندة الاجتماعية تعتبر من بين العوامل التي ترتبط بالشعور

بالضيق والاكنتاب ما بعد الولادة عند الأمهات " (Capponi. I & Horbacz. C., 2007,) p116- 117

و توصل (Klormk et Lacen) الى انه هناك علاقة دالة بين تلقي المساندة الاجتماعية بشكل جيد و الاستجابة الايجابية للفرد في المواقف الصعبة ،حيث أن الاستجابة لأحداث الحياة باليأس والاكنتاب او عدم الاستجابة يتوقف على مدى تسلح الفرد بالمهارات الاجتماعية ،فتأثير الضغوط والصدمات على الأفراد ذوي العلاقات الضعيفة يكون اكثر عمقاً وأسوء أثراً ،من ذوي الإهتمامات الاجتماعية الواسعة (محمد عودة ,2010,ص 58).

يتفق مع هذا القول (Cutrona et al) الذين اكدوا أن المساندة الاجتماعية بإمكانها أن تلعب دوراً هاماً في التخلص من الاضطرابات السيكوسوماتية،والتي يزداد احتمال التعرض لها كلما نقص مقدار المساندة الاجتماعية.وتبين ايضا أنه هناك علاقة ارتباطيه دالة بين درجة المساندة الاجتماعية المرتفعة وتحسن وظائف القلب والأوعية الدموية وانخفاض ضغط الدم وارتفاع مستوى المناعة ونشاط الغدد الصماء. (عبير الصبان , 2003, ص 8)

كما يؤمن (Cutrona) بوجود علاقة إرتباطية بين نقص المساندة الاجتماعية (الحجم ,الرضا) ونشأة واستمرار الأعراض الاكتئابية والشعور باليأس لدى فئات عمرية مختلفة (مروان دياب, 2006, ص 67)

اما (Sullivan) فيرى أن الفرد في جميع مراحل النمو التي يمر بها لديه إمكانيات داخلية تجعله واعيا بجوانب معينة في علاقته مع الآخرين في نطاق بيئته والتي تجعله قادرا على التفاعل معها ،مما يوضح أن أي اضطراب في العلاقة المتبادلة بين الفرد والمجتمع الذي يعيش فيه يؤدي إلى نشوء القلق (أسماء السرسى,2000, ص 6)

يرى (Turner et Marino) أن المساندة الاجتماعية تؤثر بطريقة , مباشرة على سعادة الفرد عن طريق الدور المهم الذي تلعبه حينما يكون مستوى الضغوط مرتفعا , أو بالنسبة للصحة

النفسية مستقلة عن مستوى الضغط أو كمتغير وسيط مخفف من اثاره السلبية (مروان دياب, 2006 ص 57)

كما تؤكد النبال (1993) بأن العلاقات الاجتماعية من أهم مصادر الدعم الاجتماعي والحماية من تأثير الضغوطات ، بحيث تشكل للفرد درعاً واقياً من الانحرافات والعزلة ، كما تجعله يعيش مطمئناً ، هادئ النفس وتساعد على أن يكون شخصاً فاعلاً في المجتمع لينال التقدير والإعجاب والاحترام. (إسماعيل ال هلول وعون محيسن, 2013, ص 210)

7- خصائص المساندة الاجتماعية

لقد اوضح (Cobb,1976) بان المساندة الاجتماعية هي المعلومات التي تؤدي بالأفراد الى الاعتقاد بأنهم موضع اهتمام او محبوبون او انهم محترمون او ينتمون الى شبكة اجتماعية تعمل على مساندهم وقد ثبت انها تلعب دورا في الحماية ضد ضغوط الحياة (Cobb, S , 1976)

ولقد حدد (Bruhn & Phillips, 1984) خصائصها في اثنتي عشرة خاصية على النحو التالي:

- 1- المساندة الاجتماعية، ديناميكية في شكلها، ويختلف مقدارها من وقت لآخر.
- 2- للمساندة الاجتماعية أبعاد تفاعلية كيفية وكمية تحتاج إلى أن تؤخذ في الاعتبار بشكل متزامن.
- 3- إذا لم يدرك الشخص أو يشعر بوجود المساندة الاجتماعية فلا يمكن حينئذٍ استخدامها.
- 4- تختلف الحاجة إلى المساندة الاجتماعية وفقا لمواقف الحياة.
- 5- تعد المساندة الاجتماعية وجها للحياة اليومية بالرغم من أن الحاجة إليها قد تكون أكثر في الظروف الصعبة الضاغطة ولا تختفي عند عدم الحاجة إليها.

- 6- التغييرات في الوظيفة الفيزيائية والنفسية والاجتماعية للأفراد يمكن أن تؤثر في تصوراتهم للحاجة إلى المساندة الاجتماعية ومدى توافرها.
- 7- المساندة الاجتماعية خاصة للأفراد والجماعات والمجتمعات، ولا يمكن فهمها بشكل تام إذا تم قياسها على أي من هذه المستويات بمفرده.
- 8- المساندة الاجتماعية ليست ظاهرة فريدة ولكنها مجموعة من العوامل التي تعمل معا وتكون عادة ذات أثر موجب.
- 9- المساندة الاجتماعية لها تأثيرات إيجابية وسلبية ووجود قدر صغير جدا من المساندة الاجتماعية يمكن أن يمنع الدافعية والمبادأة و ان الكثير من المساندة الاجتماعية يمكن أن يقتل الابتكار والتلقائية.
- 10- يمكن أن تكون المساندة الاجتماعية ذات طبيعة خاصة أو عامة فبعض جوانبها (مثل الروابط الأسرية او المعتقدات الدينية) يمكن أن تكون خاصة عامة ولكن عندما تحدث الأزمة قد يحتاج الفرد إلى المساندة الخاصة(مرشد) ويمكن أن يتلقاها الأفراد من مصدر عام واحد أو أكثر ومن مصادر خاصة في نفس الوقت.
- 11- توجد المساندة الاجتماعية في صور متعددة تختلف حسب ثقافة المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد المحتاج إلى المساندة.
- 12- عند دراسة المساندة الاجتماعية لا يكفي أن نحدد فقط مدى وجودها ومقدار وجودها، ولكن من المهم أيضا تحديد كيفية عملها. (Lemke, L. A.; et al, 1992, p 7)

8- النماذج الرئيسية التي تفسر دور المساندة الاجتماعية

خلص (Cohen & Wills, 1985) من خلال دراسة استعرض فيها نتائج البحوث التي أجريت حول دور المساندة الاجتماعية في المحافظة على الصحة الجسمية والنفسية للفرد , الى انه هناك نموذجين رئيسيين يفسران دور المساندة الاجتماعية وهما :

2-1- نموذج الآثار المباشرة (The Main Effect Model)

يفترض هذا النموذج أن زيادة حجم وكمية المساندة الاجتماعية له تأثيرات إيجابية على الصحة النفسية للفرد وإحساسه بالرضا عن حياته ، والتوافق مع بيئته سواء كان واقعا تحت الضغط أم لا. (الشناوي وعبد الرحمن , 1994, ص 37) فالمساندة تعمل على التخفيف من الآثار السلبية للضغوط التي يتعرض لها الفرد في حياته ، وتساعده على تجنب الخبرات المؤلمة ، وتزوده بالخبرات الإيجابية ، وترشده إلى الكيفية التي يفعل بها دوره في المجتمع (علي, عبد السلام ، 2005 ، ص 22)

اما تأثيرها المباشر والإيجابي على الصحة فيكون بطرق مختلفة ,حيث ان الشبكة الاجتماعية يمكن ان تزود الافراد بالتجارب الإيجابية المنتظمة ومجموعة من العلاقات الاجتماعية المستقرة والمقوية ,التي تمنح المشاعر الايجابية,الاستقرار والأمن الذي يعزز الشعور العام بالرفاهية (le bien être) ويسمح بالاعتراف بالقيمة الشخصية التي تساهم في تعزيز تقدير الذات. كما يعمل على تعزيز الآليات التنظيمية لنظام الغدد الصماء وتساعد على تبني السلوكيات الصحية والرغبة في الاهتمام بالنفس. (Caron, J., & Guay, S., 2005, p 18)

اما نقص المساندة فانه يؤثر سلبا على حياة الفرد ,فقد أشارت نتائج دراسة (Wheeler & al) ان الأشخاص الذين لديهم ضعف في شبكة العلاقات كان لديهم شعور مرتفع بالوحدة النفسية. (Wheeler & al, 1983) حيث ان العزلة بإمكانها ان تزيد من المشاعر السلبية و الإحساس بالغربة كما تقلل من الشعور بالتحكم واحترام الذات. (Cohen, S., & al, 2001, p134)

2-2- نموذج تخفيف الضغط (The Buffering Mode)

يفترض هذا النموذج أن المساندة الاجتماعية بإمكانها أن تحمي الفرد من سيطرة الضغط النفسي وتأثيره السلبي على حالته الصحية (Stroebe & al ,1992 , p 1209) كما يشير أنصار هذا النموذج إلى أن التأثيرات المفيدة للمساندة الاجتماعية على الصحة تظهر خاصة في وضعية الضغط ,حيث تلعب المساندة دور الوسيط في العلاقة بين الحدث الضاغط والصحة وذلك بثلاث طرق مختلفة:

أولاً : ستعمل المساندة إيجابيا على تصورات الفرد المتعلقة ببيئته ،بما في ذلك الاعتقاد بأن الآخرين سيوفرون الموارد اللازمة لمساعدته ،وعلى تصور قدرته على التعامل مع العواقب المختلفة للأحداث الضاغطة .

ثانيا : يمكن أن يكون للمساندة الاجتماعية تأثيرا إيجابيا بالتدخل على مستوى الاستجابة العاطفية المرتبطة بالحدث الضاغط وعلى تقييم نتائجه .

ثالثا : تعمل المساندة مباشرة على مستوى العمليات الفسيولوجية ،مما يجعل الأفراد أقل استجابة للضغط المدرك. (Caron, J., & Guay, S., 2005, p 19-20)

كما يرى (Cassel ,1976) ان الضغوطات التي تعرض الأفراد لخطر المرض هي التي غالبا ما يكون فيها رد فعل المحيط الاجتماعي غير واضح او غائب. في حين أن الافراد الذين توفر لهم الشبكات الاجتماعية اتصالات متناسقة تمنحهم المساندة والمساعدة في المهام ,تقيم أدائهم وتقدم لهم المكافئات المناسبة يكون تأثير الضغوطات عليهم خفيفا او منعدما. (Cohen, S., & al, 2001, p131)

خلاصة

نستخلص من خلال كل ما سبق ذكره في هذا الفصل أن المساندة الاجتماعية هي مفهوم أساسي ومؤثر من مؤشرات الصحة النفسية والتي تعني في مجملها التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين والتي يمكن للفرد ان يعتمد عليها عندما يكون بحاجة إليها. أما أهميتها فتظهر جليا من خلال الدور الذي تلعبه في حياة الفرد حيث تساهم في توفير الراحة النفسية والشعور بالأمان فالتفاعل الاجتماعي المساند يولد درجة من المشاعر الإيجابية التي تحقق الصحة النفسية وتخفف المعاناة التي تنتج عن المواقف الصعبة، كما انها تأخذ اشكال متعددة منها الانفعالية، المادية، الأدائية وغيرها من انواع المساندة. وبما ان المساندة الاجتماعية تعبر عن التفاعل الاجتماعي فان مصادرها تأتي من الاسرة، الاصدقاء، الزملاء.. الخ وهي ما تعرف بالمساندة الغير الرسمية بينما تلك التي يتحصل عليها الفرد من الجهات المختصة فإنها تسمى بالمساندة الرسمية.

مهما اختلفت أشكال المساندة وتصنيفاتها فإنها تقوم بوظيفتين اساسيتين ألا وهما الحفاظ على الصحة النفسية والجسمية و التخفيف او الوقاية من اثار المواقف الضاغطة وما يترتب عليها من مشاكل. لذلك عندما نتطرق الى العوامل التي من شأنها ان تزيد من قدرة الفرد على مواجهة الصعاب وكيفية التعامل معها نجد انفسنا ملزمين بأخذ في عين الاعتبار المساندة الاجتماعية .

الفصل الثالث

إستراتيجيات المواجهة

تمهيد

إن أحداث الحياة اليومية مليئة بالتوترات و الضغوط وتأثيرها على الصحة يتفاوت من فرد إلى آخر، فقد يتفادى البعض تأثيرها السلبي ويظل متمتعاً بالصحة النفسية ، في حين هناك من لا يستطيع الصمود أمام تلك الأحداث الضاغطة فتضطرب حياته وتضطرب صحته النفسية أيضاً والخط الفاصل بين هذا وذاك هو إستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها كل منهما ، حيث يتفاوت الأفراد في تعاملهم وطرق مواجهتهم وكيفية إدراكهم للضغوط . ويؤيد ذلك ما ذكره (Lazarus في هذا المجال بقوله:

"ليس الأفراد مجرد ضحايا التوتر ولكن الكيفية التي يقدرّون بوساطتها الحوادث المؤثرة، والكيفية التي يقومون بها مصادر قدراتهم على التعامل مع تلك الحوادث هما اللتان تقرران نوعية العنصر المؤثر وطبيعة التوتر (عبد الله الضريبي، 2010، ص 673)

و بمأن المواجهة تتوسط عملية حدوث الضغط إذ تأتي بين الحدث الضاغط وبين الوصول للاضطراب الناتج عن التأثيرات السلبية للحدث. فإننا سنحاول فيما يلي عرض مفهوم المواجهة والذي اختلف العلماء في إيجاد تعريف محدد لها.

1- تعريف إستراتيجيات المواجهة

لقد اختلف العلماء في إيجاد تعريف محدد لاستراتيجيات المواجهة وذلك راجع لاختلاف وجهة نظر الباحثين والاتجاه النظري الذي ينتمون إليه، وفيما يلي سنذكر بعض التعريفات:

عادة ما تعرف إستراتيجيات المواجهة على "أنها مجموعة من الأفكار المرنة والواقعية والسلوكيات التي تسمح بحل المشاكل والتقليل من الضغط" (SORDES-Ader & al, 1997, p140)

وتعني بالنسبة لـ (Lazarus et Folkman) "الجهود المعرفية والسلوكية ،التي تتغير باستمرار،والموجهة لإدارة المتطلبات الداخلية و / أو الخارجية الخاصة التي تدرك على أنها تهدد أو تتجاوز موارد او امكانيات الفرد " (GREBOT & al ,2006,p316)

وهو ما يؤكد (Deou) الذي يرى بأنها "الجهود المعرفية والسلوكية التي يقوم بها الفرد بهدف السيطرة أو التعامل مع مطالب الموقف الذي تم إدراكه وتقييمه باعتباره يفوق طاقة الفرد ،ويرهق مصادره وقدراته ويمثل موقفا ضاعطاً " (محمد عودة،2010،29)

كما يعتبرها كل من (Pearlin et Schooler) "مجموعة من السلوكيات التي يبحث من خلالها الاشخاص تجنب الضغوط التي يواجهونها في حياتهم" (SORDES, F et al,1984,p84)

حسب الأمانة (1995)هي عبارة عن "المحاولة التي يبذلها الفرد لإعادة اتزانه النفسي والتكيف للأحداث التي أدرك تهديداتها الآنية والمستقبلية " (عبد الله الضريبي 2010, ص 676) وهو ما يراه ايضا (Billings et al ,1983) فبالنسبة لهم هي "مجموعة المعارف والسلوك التي يستخدمها الفرد بهدف تقدير مصادر المشقة وتخفيض اثار الانعصاب الناتج عنها وتعديل التنبيه الانفعالي المصاحب لخبرة المشقة " (عبد الله السهلي , 2009, ص 32)

اما (Rutter) فيعرفها "بأنها محاولات الفرد لتغيير ظروف الضغوط المباشرة أو تغيير تقييمه لها لذا تتطلب المواجهة وجود حل المشكلة الفعال وكذلك تنظيم الانفعالي للضغط (أمل العنزي, 2004, ص 59)

ليس هذا فحسب بل انها "عمليات مرنة شعورية تختلف وتتغير تماشيا مع ما يتطلبه الموقف متجهة نحو الواقع سواء داخليا أو خارجيا ،وظيفتها مساعدة الفرد على تسيير وتخفيض وتحمل الضغوط الناتجة عن أحداث الحياة ،و لعل جوهر الفصل بينهما يكمن في أن استراتيجيات المواجهة محاولات شعورية إرادية لمواجهة مشاكل حالية (حديثه)" (مريامة حنصالي , 2013, ص86)

من خلال هذه التعريفات يمكننا ان نقول أن إستراتيجيات المواجهة هي عبارة عن جهود معرفية وسلوكية يقوم بها الفرد بهدف التحكم في الضغط، وتخفيض الضيق وتعديل الموقف إلى الأفضل وصولاً إلى المحافظة قدر الإمكان على توازنه الانفعالي وتكيفه النفسي والاجتماعي.

2- تصنيف استراتيجيات المواجهة

لقد درجت البحوث على تسمية استجابات المواجهة التي يظهرها الأفراد في المواقف الضاغطة باستراتيجيات المواجهة و أدى الاختلاف بين العلماء حول مفهوم المواجهة إلى تنوع التصنيفات المستخدمة في تناول الاستراتيجيات التي تعبر عنها ومن بين العديد من التصنيفات الموجودة نذكر:

1-2 تصنيف (Folkman et Lazarus)

قام (Folkman et Lazarus) بتصنيف استراتيجيات المواجهة انطلاقاً من نتائج التحليل العاملي ، والذي بيّن وجود نوعين ثابتين للمواجهة وهما:

أ- المواجهة المركزة على المشكلة

تمثل هذه الاستراتيجية كل الجهود المعرفية والسلوكية لتقليل التهديد او لخفض الضغط من خلال التغلب على مصدر المشكلة. حيث يسعى الفرد فيها إلى تغيير الموقف مباشرة والتعامل مع الآثار الملموسة للمشكلة وقد اشار (Folkman et Lazarus, 1984) الى ان الافراد يميلون الى الاعتماد على هذه الاستراتيجية عندما تكون مصادر او مطالب الموقف قابلة للتغيير او السيطرة عليها والتحكم فيها. وهي تتضمن عددا من الاستراتيجيات الفرعية نذكر منها:

- التخطيط لحل المشكلة: و يشمل التفكير في كيفية مواجهة الحدث الضاغط بما في ذلك البحث عن المعلومات

- البحث عن المساندة الاجتماعية: من خلال هذه الاستراتيجية يسعى الفرد للحصول على الراحة الوجدانية, المعلومات والمساعدات المادية من المحيطين به,مثل التحدث مع الاخرين لفهم الموقف الضاغط بشكل افضل. (Paulhan. I, 1992, p 553)

- قمع النشاطات المتعارضة: أي طرح كافة النشاطات المتداخلة مع مصدر الضغط وذلك لتجنب التشبث بعيدا عن الحدث وكذلك لزيادة التركيز والانتباه لمعالجة مصدر المشقة.

- المواجهة بكبح مصدر المشقة: وهي تتمثل في انتظار توفر الفرصة المناسبة للتخلص من مصدر الضغط و يعد هذا الكبح ايجابيا عندما يسعى الفرد سلوكيا لتوفير هذه الفرصة بينما يعد هذا الكبح سلبيا عندما لا يبذل الفرد أي جهد وبالتالي ينتظر حدوث الفرصة بدون مجهود. (هناء شويخ, 2007, ص 71-75)

ب- المواجهة المركزة على الإنفعال

يشير هذا النوع من المواجهة الى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم الانفعالات وخفض الضغط والضيق الانفعالي الناتجة عن الحدث الضاغط ,عوضا من تغيير العلاقة بين الشخص والبيئة (طه و سلامة حسنين, 2006, ص 91) وبهذا فان الفرد سينشغل بحالته النفسية الناتجة عن الضغط الذي تعرض له دون العناية بمصدر ذلك الضغط أو سببه (جمعه سيد يوسف, 2007, ص 44) أما الاستراتيجيات الفرعية التي تتضمنها فهي عديدة نذكر منها:

- إعادة التقييم الإيجابي: يحاول من خلاله الفرد ايجاد معنى ايجابي للتجربة المثيرة للضغط التي تعرض لها وهنا سيعمد الى تطوير مهاراته لتلائم الموقف الجديد

- تأنيب الذات: يعمل الفرد من خلال هذه الاستراتيجية على لوم نفسه اذ يحمل نفسه مسؤولية حدوث المشكلة (Bruchon-Schweitzer . M, 2001, p72)

- الهروب /التجنب: يلجأ الفرد من خلال هذه الاستراتيجية الى تجنب المشكلة من خلال سلوكيات معينة مثل : التدخين,تعاطي العقاقير وذلك كمحاولة لنسيان المشكلة او الهروب كي لا يواجهها.

- التحكم الذاتي: تحتوي هذه الاستراتيجية على المجهودات المبذولة من قبل الفرد لتنظيم مشاعره وانفعالاته الناتجة عن الموقف الضاغط. (PRONOST. A-M, 2001, p123) والجدير بالذكر هو انه رغم تمايز هاتين الاستراتيجيتين إلا انهما غير مستقلتين تماما عن بعضهما البعض فهما عادة ما تحدثان معا (Lazarus .S, 2000, p 669) وهذا ما يعتقدده (Mc Crae) ايضا اذ يرى ان المواجهة المركز على المشكلة و المواجهة المركز على الانفعال غير متعارضتين ،وأن الناس عادة ما تلجأ إلى المزج بينهما عند مواجهة مواقف الضغط الكثيرة , إلا انه هناك بعض المتغيرات التي تشير إلى غلبة استخدام أحدهما على الأخرى فأسلوب المواجهة المركز على المشكلة يكون أكثر استخدامًا في المواقف التي يعتقد فيها الفرد أنه بإمكانه تجاوز المشكلة ،بينما يزيد احتمال استخدام الفرد لأسلوب المواجهة المركز على الانفعال ،عندما يكون الاعتقاد بأن موقف الضغط هو مستمر ولا يمكن تغييره وأنه عليه تحمله " (آمال جودة ,2004 , ص 675)

2-2- تصنيف (Moss)

يصف (Moss, 1993, 1995) في نمودجه للمعاملات (Transactional model) إستراتيجيات المواجهة على أنها متغيرات وسيطة بين أزمات الحياة الواقعية ومحصلة الصحة و الرفاهية . هذا النموذج يقبل نظام التغذية الراجعة المتبادلة ويتكون هذا النموذج من بعدين هما:

- التمرکز: يشير إلى توجه الفرد نحو حل المشكلة (الاقتراب في مقابل التجنب)

- الطريقة: تشير إلى الجهود المعرفية والسلوكية التي تجعل الفرد يتمكن من حل الضغوطات التي يجابهها. فيما يخص بعد التمرکز هناك من الافراد من يبذلون جهودا نشطة لحل

المشكلات والتكيف مع الضغوطات (المواجهة بالاقتراب) وهناك من يحاول تجنب المشكلة وتركيز الجهود للسيطرة على الانفعالات الناتجة عن الصراع (مواجهة / التجنب) ودمج البعدين معا يبرز أربعة تصنيفات هي :

أ- المواجهة بالاقتراب المعرفي (التحليل المنطقي، وإعادة التقدير الإيجابي)

ب- المواجهة بالاقتراب السلوكي (البحث عن التوجه ،حل المشكلات)

ج- المواجهة بالتجنب المعرفي (التجنب المعرف التنازل)

د- المواجهة بالتجنب السلوكي (البحث عن مكافآت بديلة ،التفريغ الانفعالي) (السيد منصور 2012، ص 65- 66)

2-3_ تصنيف (Tobin et al)

قدم (Tobin & al,1989) نموذج يستخدم الالتزام(Engagement) وعدم الالتزام (Disengagement) ويشير الالتزام الى العملية التي يرتبط فيها الفرد بنشاط موجه لإدارة الجوانب المحددة للمشكلة أو الجوانب الانفعالية للحدث الضاغط .أما عدم الالتزام (أو التحرر) فيشير إلى العملية التي يكون فيها الفرد مشتتا بعيدا عن إدارة الموقف الضاغط (السيد منصور , 2012 ، ص 65)

ولقد لاحظ (Tobin et al) أنه هناك علاقة بين كل من المواجهة الاقترابية والمواجهة التجنبية ،و المواجهة المنصبة على حل المشكلة والمواجهة المنصبة على العاطفة. لذا سعا الى دمج تلك الأبعاد الأربعة معا في بعدين فقط لتكون نموذجهم في المواجهة ،وهذان البعدان هما :المواجهة المرتبطة (الاقتراب) التكيفية ،والمواجهة غير المرتبطة (التجنب) وغير التكيفية ،حيث يتكون كل بعد من هذين البعدين من أربع استراتيجيات للمواجهة :

1- البعد الأول:المواجهة المرتبطة (الاقتراب) و التكيفية ويتكون من الاستراتيجيات الآتية :

أ- حل المشكلة: وهي ترتبط بالجهود التي يبذلها الفرد للقيام بإتباع خطوات لحل مشكلة ما محددة .

ب- الحصر المعرفي: وتشمل الجهود التي يبذلها الفرد للتفكير في الموقف الضاغط بطريقة إيجابية أكثر

ت- التعبير عن العواطف: وهي الجهود التي يبذلها الفرد للتعامل مع الضغوط والتي تتمثل في إطلاقه أو تعبيره عن عواطفه وما يشعر به.

ث- الدعم الاجتماعي: وهي الجهود المبذولة لإحراز الدعم العاطفي من الآخرين.

2- البعد الثاني: المواجهة غير المرتبطة (التجنبية) وغير التكيفية وتتكون من الاستراتيجيات الآتية:

أ- تجنب المشكلة: الجهود المبذولة لتجنب التعامل مع الموقف الضاغط

ب- التفكير التواقي: الجهود التي يبذلها الفرد للتفكير في الموقف الضاغط بوصفه منتهيا من تلقاء نفسه

ت- نقد الذات: عادة ما يحدث عندما يستغرق الفرد بشكل كبير في فكرة عدم قدرته على التعامل مع الموقف الضاغط

ث- الانسحاب الاجتماعي: حيث يبذل الفرد جهودا لإقصاء نفسه عن المشكلة وعن الآخرين القادرين على مساعدته على حل المشكلة (سوسن شلبي و أسماء مصطفى، 2012، ص 26)

2-4- تصنيف (Moos et Billings)

صنف كل من (Moos et Billings) استجابات مواجهة الضغوط الى ثلاثة أنواع حسب الهدف منها:

2-4-1 المواجهة المركزة حول التقدير (Appraisal _ focused coping)

تهدف إلى مساعدة الفرد على فهم الحدث الضاغط واستبصاره ،وذلك من خلال عملية التقويم وإعادة التقويم ،والتي تتكون مما يلي:

أ_ التحليل المنطقي والتهيؤ العقلي (Logical analysis / mental preparation)

يكون من خلل تركيز الانتباه على جانب واحد من الحدث الضاغط, ثم تجزئة المشكلة الكلية إلى عناصر صغيرة يمكن التحكم فيها مع الاستعانة بالخبرات السابقة الناجحة التي تمكن الفرد فيها من تخطي التجارب الصعبة.

ب_ إعادة التوجيه المعرفي (Cognitive redirection)

تقوم على مساعدة الفرد في تقبل الحقيقة الاساسية للحدث الضاغط من خلال إعادة بناء الحقيقة بطريقة تصبح فيها مقبولة أو معقولة للفرد.

ج_ الاحجام أو الإنكار المعرفي (Cognitive avoidance/denial)

يهدف إلى إنكار الحدث أو التقليل من حدته، وهذه الاستراتيجية مرحلية تهدف إلى مساعدة الفرد على تقبل الحدث، ويمكن وصف هذه المهارات على أنها آليات دفاعية للتوافق تمثل استجابات لحماية الذات إزاء الضغوط.

2-4-2 المواجهة التي تركز على المشكلة (Problem _ focused coping)

وتشمل اتخاذ الاجراءات والمواقف العملية لمواجهه الحدث الضاغط والنتائج المترتبة عليه وتتضمن:

أ_ البحث عن المعلومات والمساندة. (Seeking information and support)

تكون من خلال الحصول على معلومات متعلقة بالحدث الضاغط والنتائج المترتبة عليه، و الاساليب البديلة للعمل والنتائج المحتملة. وكذلك المساندة والتكافل من الاسرة و الاصدقاء .

ب_ اتخاذ الإجراءات العملية لحل المشكلة (Taking problem _action solving)

تشمل تحديد الفعل أو العمل المرغوب تنفيذ مثل الخطط المبدئية على أساس : يومين والمشاركة في العمال المنزلية وتهدف هذه الاستراتيجية إلى خلق إحساس لدى الفرد بالثقة والكفاءة والتقدير للذات.

ج- السعي إلى الحصول على إثباتات بديلة (Pursing alternate rewards)

تشمل على البحث عن بدائل للخسارة والضرر وذلك عن طريق تغيير الأنشطة، خلق مصادر جديدة للإشباع، عمل خطط قريبة المدى للتعامل مع المشكلات الناجمة عن الحدث الضاغط. (فواز أيوب حمدان مومني, 2008, ص 28 - 39)

2-4-3 المواجهة المركزة حول الإنفعال (Emotion – focused coping)

تسعى تلك الاستراتيجيات إلى مواجهة الانفعالات الناتجة عن مصادر الضغوط ومن ثم الاحتفاظ بآتزان وجداني ، وهي تتضمن الأساليب الآتية :

التنظيم الوجداني من خلال التأجيل الواعي (مثل أن يقرر الفرد عدم الانشغال بالمشاعر المتصارعة) والتقبل الازدعاني (تقبل الموقف كما هو، مع توقع الأسوأ) والتفريغ الانفعالي (مثل البكاء ،وزيادة الأكل والاستغراق في أنشطة عدوانية موجهة للغير. (سوسن شلبي و أسماء مصطفى, 2007, ص 27).

2-5-5 تصنيف (Seiffge – Krenk's)

يصنف (Seiffge – Krenk's) استراتيجيات المواجهة إلى استراتيجيتين و هما :

2-5-1 استراتيجية المواجهة الوظيفية (Functional modes)

وهي تشبه استراتيجيات المواجهة المنصبة على حل المشكلة ، أو ما يطلق عليها المواجهة النشطة .

2-5-2 استراتيجية المواجهة غير الوظيفية (Dysfunctional modes)

تعنى ضبط أو التحكم في المشاعر والتي قد تؤدي وظيفة مهمة خاصة في حالة الأحداث أو المواقف التي تكون خارج تحكم الشخص ،أو عندما يكون الموقف صادرا من مصدر قوى أكبر من الفرد (سوسن شلبي و أسماء مصطفى, 2007, ص 23)

3- وظائف استراتيجيات المواجهة

يفترض (Kariv et Heiman, 2005) أن استراتيجيات المواجهة تؤدي وظيفتين أساسيتين : إدارة المشكلة التي نتجت عنها الضغوط والتحكم في الانفعالات المرتبطة بتلك الضغوط لذلك عندما يدرك الفرد بأنه يمكنه ان يتحكم في الضغوط او يسيطر عليها فإنه يلجأ إلى استخدام استراتيجيات مواجهة نشطة أما عندما يدرك أنه ليس بإمكانه السيطرة على الموقف فإنه يلجأ الى استخدام استراتيجيات تجنبية (سوسن شلبي و أسماء مصطفى, 2007, ص 21) وهو ما تراه ايضا "بونامكي" حيث تقول "انه يوجد وظيفتان لوسائل المواجهة هما تعديل العلاقة بين الفرد وبيئته المزعجة ،وضبط الانفعالات الضاغطة (آمال جودة; 2004, ص 674) أما White (1974) فقد اقترح ثلاث وظائف وهي:

- ضمان تأمين معلومات كافية وملائمة حول المحيط والبيئة .
- الحفاظ على استقلالية أو حرية الحركة ،وحرية التصرف في استعمال رصيد المعلومات بطريقة مرنة.
- الحفاظ على الظروف الداخلية المرضية المتعلقة بعمليتي الأداء وانتقاء المعلومات (Lazarus et Folkman, 1984, P149)

4- العوامل المؤثرة في المواجهة

إن الطريقة التي يواجه بها الفرد احداث الحياة تتأثر بمتغيرات وسيطة مختلفة ولكي نفهم العملية التي من خلالها يقوم الفرد بمحاولات لمواجهة المواقف الضاغطة في بيئته فمن المهم ان نفهم المتغيرات الوسيطة التي تؤثر في تحديد سلوكيات المواجهة. يشير (Weithington & Kessler , 1991) إلى "أن الافراد يختلفون في استخدام استراتيجيات المواجهة و ان هناك عوامل عديدة تؤثر في اختيارها حيث تتضمن عوامل تتعلق

بخصائص شخصية للفرد وعوامل اخرى موقفية ونوعية تتعلق بالموقف ذاته وتسهم الى حد بعيد في تحديد استراتيجيات المواجهة" (طه حسين و سلامة حسين, 2006, ص 122) وحسب (Folkman et Lazarus, 1988) المواجهة تتأثر بالخصائص الشخصية السابقة (الموارد الشخصية) وبالمتغيرات البيئية اما الخصائص الشخصية او كما يسميها البعض المتغيرات الشخصية فتنتمل في :

- المعتقدات مثل المعتقدات الدينية أو اعتقاد الفرد بقدرته الشخصية في السيطرة على الأحداث وهو ما اطلق عليه "Rutter" "الضبط الداخلي" حيث يعتبر مركز الضبط مؤشر قوي على سلوك المواجهة " فالضبط الداخلي يرتبط باستراتيجيات المواجهة الفعالة اتجاه الموقف الذي يمكن السيطرة عليه واتجاه الاضطرابات النفسية الضعيفة الناتجة عن الضغوطات بالإضافة الى سمات الشخصية الاخرى كالصلابة النفسية ونط الشخصية و العزو السببي والعجز المكتسب" (Piquemal -Vieu I, 2001,p 89-91)

- القدرة على التحمل أو الميل المستقر للفرد لمقاومة المتطلبات الخارجية, و الذي يوافق التحكم الذاتي في الأحداث الضاغطة التي تحدث في الحياة.اذ ان المواجهة الناجحة تتطلب اعتقاد الفرد ان لديه القدرة على التحكم في الاحداث الضاغطة وانه يستطيع مواجهتها بشكل ملائم ذلك لان فعالية الذات المرتفعة تساهم في الرغبة في مواجهة التحديات.

- سمة القلق أو عنصر مستقر للشخصية اي انه هناك ميل عام لإدراك المواقف الضاغطة على انها تشكل تهديدا

اما بالنسبة للمتغيرات السياقية (contextuel) (نوع الضغوطات ،المدة) فهي تتعلق بـ:

- خصائص الموقف، طبيعة الخطر ،شدته ومدته وبهذا فان استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة هي التي ستكون الأكثر استخداما إذا تم تقييم الموقف على انه قابل لتغيير أو للتطور ،في حين سيغلب استخدام الاستراتيجيات المتمركزة على الحد من التوتر الانفعالي اذا تم تقييم الموقف على انه لا يمكن تغييره او السيطرة عليه.

- الموارد الاجتماعية أو شبكة دعم الفرد. ان حصول الفرد على المساندة الاجتماعية في المواقف الصعبة سيكون له دور المعدل (modérateur) في مواجهة الأحداث المجهدة. هذه العوامل البيئية لها تأثير كبير على التقييم الفرد لقدراته على الضبط، وهو ما يوجه اختيار استراتيجيات المواجهة للتعامل مع الموقف لهذا السبب المواجهة هي عملية متغيرة، مؤقتة ولذلك فمن الصعب أن نتظر اليها على انها سمة مستقرة لشخصية (Paulhan. I, 1992, p 549-550)

ومن بين العوامل المؤثرة في المواجهة نجد "أنواع استراتيجيات المواجهة المستخدمة ذاتها. حيث انه بالرغم من استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال أحياناً وقد تكون مفيدة (على نحو مؤقت) فان استراتيجيات المواجهة المتمركز حول المشكلة هي الأكثر فاعلية" (جمعه سيد يوسف، 2007، ص 44)

5- فعالية استراتيجيات المواجهة

كما هو معلوم، فإن سياق المواجهة يكون موجهاً، إما للتخفيف من شدة التوتر الانفعالي أو للتحكم في الوضعية الضاغطة، بالبحث عن المعلومات لحل المشكل. لكن كيف يمكن معرفة ما إذا كان الأسلوب المتبنى في المواجهة، هو الأكثر فعالية؟ الإجابة على هذا التساؤل تضمنه تصريح (Laborit , 1990) الذي يرى أن التحكم في الحدث يخفض الاضطرابات البيولوجية والسلوكية (Paulhan In Bruchon, 1994, p117)

نفس الفكرة دعمها العديد منى الباحثين ، نذكر منهم (Schmidt , 1988) الذي يرى ان العملاء الذين يستعملون استراتيجيات المواجهة النشطة (المركزة على حل المشكل) منها البحث عن معلومات تخص العملية الجراحية ، يظهرون أقل قلقاً ، عكس الذين يستعملون استراتيجيات المواجهة الخاملة (المركزة على الانفعال)، والتي تظهر في اتجاه العجز ، والقدر والكف . اما (Lazarus et Folkman) فيرى أن الاستراتيجيات النشطة لا تظهر فعالة إلا إذا كان ، الحدث تحت تحكم الفرد. أما في حالة حدث غير مترقب وغير متحكم فيه (مرض خطير:

السرطان مثلا)، فإن الاستراتيجيات الخاملة (التجنب) تكون أكثر تكيفا (Bruchon Paulhan dans, 1994, p110)

من وجهات نظر كل من (Schmidt , Lazarus & Folkman) يتضح بأن فعالية استراتيجيات المواجهة ليست ثابتة في أسلوب محدد ، بل تتوقف على قدرة الفرد لفرض التحكم في الوضع.

فهذه الإستراتيجيات التي وضعها (Lazarus et Folkman, 1985) " لا تعتبر تنظيمات فردية ثابتة ، بل أنها نوعية يختارها الأفراد للتعامل مع المواقف الضاغطة ، وفقا للتقييم الذاتي لمصدر الضغط وحجمه والوسائل المادية والشخصية المتاحة. وحسبهما ، قد يستخدم نفس الشخص أسلوب المواجهة الذي يركز على المشكلة في أحد المواقف الضاغطة ، وقد يستخدم أسلوب المواجهة الذي يركز على الإنفعال في مواقف أخرى ، وعلى ذلك لا يمكن لأن ننظر إلى أي من الأسلوبين على أنه ذو فعالية عن الآخر (رئيفة رجب عوض، 2001، ص 68) ففي حالة حدث ضاغط ومتحكم فيه، فإن المواجهة الفعالة هي المركزة على حل المشكل، كونها تتضمن طابع المواجهة، التي تحفز الفرد لبذل الجهد، إلى حد التوصل للتسوية بينه وبين المحيط الخارجي. لكن إذا كان هذا الوضع يتعدى امكانياته ولا يمكن التحكم فيه (مثل مرض عضال) فإن استراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال ستكون فعالة، بحيث يحاول الفرد تقبل الأمر الواقع ويخفض من القلق والتوتر. وهذا الرأي يشاطره وهذا الرأي يشاطره كل من (Suls et Fletcher) اللذان يعتبران المواجهة الموجهة للتعديل في شدة الضغط (المركز على المشكل) فعالة، مقارنة بالواجهة الموجهة للاستجابة للضغط (مركزة على الانفعال) (خطار زاهية، 2008 ، ص 103)

6- التناول النظري لاستراتيجيات المواجهة

ان مختلف الابحاث التي تناولت المواجهة قد تأسست حول تصاميم مختلفة : ثنائي الابعاد (Lazarus et Folkman,1984) ،ثلاثي الأبعاد (Pearlين ; Billings et Moos, 1981) ، أو متعدد الأبعاد (Carver ,Sheier et Weintraub, 1989) . (PRONOST.A-M, 2001,p123)

وفيما يلي سنعرض كل من نموذج التعاملات ,نموذج ثلاثي الابعاد و نموذج متعدد الابعاد.

6-1- نموذج التعاملات (Modèle transactionnel)

قدم (Lazarus) سنة 1960 نظريته عن عملية الضغوط وعمليات التقييم التابعة لحدوث الحدث الضاغط, وقد اعتمد على فكرة انه هناك تفاعل متبادل بين الفرد والمحيط وتتوسط هذه العلاقة عمليتين: التقييم والواجهة. وبالنسبة له عملية المواجهة تتضمن ثلاث جوانب :

أ- الحدث الضاغط لقد صنف (Lazarus) الحدث الضاغط إلى:

- أحداث ضاغطة خارجية :وهي الأحداث المحيطة بالفرد في البيئة الخارجية ،والتي تحدث دون إرادة أو دخل من الفرد.

- أحداث ضاغطة داخلية : وهي نابعة من داخل الشخص ،و تنتج من ادراكه للعالم الخارجي.

ب- عمليات التقييم

التقييم هو عملية معرفية من خلالها يقيم الفرد كيف يمكن لوضعية معينة أن تعرض كيانه للخطر و ما هي موارد المواجهة المتاحة لمواجهة الموقف. (Paulhan Isabelle, 1992, p548)

كما ان التقييم يسمح بتحديد لماذا والى اي مدى العلاقة الخاصة بين الشخص والموقف هي ضاغطة. ولقد صنف (Lazarus et Folkman) نوعين من التقييم (SORDES, Fet al , 1994, p83)

تقييم اولي: (Évaluation primaire)

من خلاله يقوم الفرد بإعطاء معنى للموقف وتحديد التكاليف المرتبطة به. علما "ان تقييم الموقف قد يتعلق بشعور الفقدان (une perte) الذي قد يكون جسمي،علائقي او مادي ، التهديد (إمكانية الفقدان) أو التحدي (امكانية الاستنفاع الانفعال.جعل طبيعة التقييم تساهم بشكل مختلف في نوعية وشدة الانفعال .اذ ان تقييم الفقدان أو التهديد يولد مشاعر سلبية مثل : الخجل , الغضب أو الخوف في حين ان تقييم التحدي يولد المشاعر الايجابية مثل الشغف والنشوة "

تقييم ثانوي : (Évaluation secondaire)

من خلاله يقيم الفرد قدراته على مواجهة الوضعية التي سببت المشكلة, مصدر الاستجابات الانفعالية. حيث " يتساءل الفرد عن ما يمكن القيام به لعلاج الفقدان , التنبؤ بالتهديد او الحصول على منفعة (bénéfice) اذا فقد يمكن توقع خيارات مختلفة للمواجهة : كتغيير في الموقف ,التقبل ,الهروب ,التجنب ,البحث عن المزيد من المعلومات ، البحث عن المساندة الاجتماعية ،أو التصرف المنذفع. ان هذا التقييم يوجه استراتيجيات المواجهة المستعملة لمواجهة الموقف الضاغط " (Paulhan Isabelle, 1992, p549)

ولقد اضاف (Lazarus) الى عملية التقييم الاولي والثانوي عملية ثالثة وهي اعادة التقييم (Reapparaisal) وهي العملية التي من خلالها يعيد الفرد تقييم كيفية ادراكه و مواجهته للموقف الضاغط حيث يطور من استراتيجيات مواجهته له او يغير هذه الاستراتيجيات طبقا لإدراكه لمدى جدوى هذه الاستراتيجيات او نتيجة لحصول الفرد على معلومات جديدة. ويعني ما سبق ان الفرد عندما يدرك ان استجابة المواجهة للحدث الضاغط تكون اقل فاعلية عما هو متوقع عندئذ يغير تقييمه للموقف الضاغط او يعيد النظر في استجابة المواجهة ويبحث عن استجابة اخرى اكثر ملائمة لمواجهة الموقف. (طه حسين و سلامة حسين, 2006, ص 57)

ج- عملية المواجهة

وهي عبارة عن الاجراءات التي يتخذها الفرد من أجل حل المشكلة التي تواجهه ،ومن ثم العودة إلى الوضع الانفعالي الطبيعي ،وتكون الاجراءات التي يتخذها الفرد نتيجة عملية تقييم الفرد للموقف الضاغط (فواز مومني ،2008: 37) وتصنف إلى :المواجهة المتمركزة حول المشكلة وهي الإجراءات السلوكية والمعرفية ،التي يستخدمها الفرد لمواجهة الحدث الضاغط والمواجهة المتمركزة حول الانفعال وهي الإجراءات السلوكية والمعرفية التي تستهدف تنظيم الانفعالات اتجاه المواقف الضاغطة.

6-2- مفهوم ثلاثي الابعاد لـ: (Pearlín et Schooler, 1978; Billings et)

Moos1981، حسب هذا التوجه المواجهة هي جزء لا يتجزأ من التوترات التي يختبرها الافراد ولهذا يهتمون بالخبرات المنظمة التي تؤثر على الحياة الانفعالية للأفراد كما أنهم ميزوا منذ البداية بين ثلاثة مفاهيم :الموارد الاجتماعية , الموارد النفسية والاستجابات الخاصة للمواجهة. فالموارد الاجتماعية ترتبط بشبكات العلاقات الشخصية التي يتمكن الشخص من خلالها ايجاد المساعدة والدعم في حين الموارد النفسية تمثل الخصائص الشخصية المتوفرة والتي تسمح بمواجهة تهديدات المحيط أما ردود الفعل الخاصة للمواجهة فتتكون من التصورات ،العمليات العقلية والطرق التي يستعملها الاشخاص لمواجهة المواقف الصعبة . وخلافا لـ: لازاروس و فولكمان ،الذان يأخذان بعين الاعتبار سوى السلوك وكيفية إدارة الانفعالات في المواقف التي تخلق المشكل فإن (Pearlin et schooler) أدخلت العمليات المعرفية حيث أنه بالنسبة لهم المواجهة تتضمن ثلاث عمليات : محاولات لتغيير الموقف , الجهود المبذولة لتغيير معنى أو تقييم الضغط ، الترتيبات الموضوعية للتحكم في مشاعر الضيق.

يهدف البعد الأول الى القضاء أو الحد على الأقل من مصادر التوتر فبالرغم من أن الفرد لا يملك دوما المعرفة الضرورية والمفيدة لتغيير الموقف الذي يجد نفسه فيه فإنه يستطيع ان يقلل من تأثير المشكل الضاغط عن طريق الردود التي تهدف إلى التحكم في المعنى (الوظيفة

الثانية) فالتجربة التي تشكل تهديدا للبعض هي غير ضارة للبعض الآخر وذلك يعتمد على كيفية إدراك الأشخاص وتقييمهم للموقف. الوظيفة الثالثة تتميز بإدارة الضغط من خلال المحاولة للحد من عدم الراحة التي تسببها المشاكل دون محاولة معالجة القضايا نفسها وتتضمن إستراتيجيات الإنكار, التقبل السلبي, المعتقد ... الخ هناك من الباحثين من رأى أن الأبعاد التي قدمها لازاروس و فولكمان لم تكن كافية، فاقترح (Billings et Moos) نماذج ثلاثية الأبعاد والمتمثلة في : الإستراتيجيات سلوكية تركز على المشكل, الإستراتيجيات معرفية تركز على تقييم الضغط وإستراتيجيات التجنب كما اقترح (Seiffge-Krenke 1984, 1993) أبعاد مماثلة : استراتيجيات لتنفيذ الأنشطة مثل البحث عن المعلومات و النصائح ؛ استراتيجيات انعكاسية تعمل على تقييم الموقف واستخدام مهارات التفكير في البحث عن الحلول الممكنة و أخيرا الانسحاب الذي يشمل الدفاعات النفسية مثل : الإنكار النكوص والانطواء على الذات. (SORDES, F et al, 1994, p84-85)

6-3 تنوع أبعاد واستراتيجيات المواجهة ل: (Carver, Scheier et Weintraub)

لقد وسع (Carver, Scheier et Weintraub, 1989) نموذج لازاروس و فولكمان مع مراعاتهم لمفهوم التنظيم السلوكي للنفس بما يتفق مع الدراسات الموجودة وذلك من خلال مقياس يتكون من أربعة عشر بعدا أو إستراتيجية جمعت وفق خمس نواقل (Vecteurs) :

- الناقل السلوكي يتضمن استراتيجيات حل المشكل (المواجهة النشطة) أو الانسحاب السلوكي في الموقف الضاغط.

- الناقل المعرفي يتضمن استراتيجيات التخطيط, التركيز على النشاط, الانسحاب العقلي. كما استخدم مفهوم جديد يتعلق بإدارة الوقت إذ أن تمدد العمليات المعرفية عبر الزمن (الماضي, المستقبل) يكشف عن استراتيجيات التنظيم الزمني (تجنب العجلة) وتحسين التجربة (الاستفادة من التعليم, التجارب السابقة)

- الناقل العاطفي يظهر في التجاوز ،غزو الانفعالات والحاجة إلى التعبير عنها.
- الآليات الدفاع توضع في الامام من خلال استراتيجيات الانكار والإدمان (استخدام الكحول ,المخدرات واللعب ..الخ)
- العلاقات الاجتماعية لها مكان مميز يظهر من خلال استراتيجيات طلب المساعدة الادائية و العاطفية من الاخرين, الحاجة إلى اللجوء إلى الدين الذي يرتبط بمواقف التقبل (عمل الحداد) أوبالإيمان بالقضاء و القدر ,بإمكانه إما أن يزيد من الانفتاح على الآخرين ،الاخلاص ,المشاركة،وإما أن يؤدي بالشخص إلى الوحدة ورفض العلاقات الاجتماعية وذلك حسب الحالة من خلال هذا الجرد للاستراتيجيات فقد قام هؤلاء الباحثين بالكشف عن عملية المواجهة المعقدة التي يمكن أن تشمل جميع أنواع الإستراتيجيات والتي لم تاخذ بعضها بعين الاعتبار من قبل . ولكن هذا التمديد يسمح في الواقع بإحصاء مجموع استراتيجيات الشخصية (stratégie de personnalisation المبنية على التحكم والتحول الذاتي , SORDES. F & al (1994, p85-86)

خلاصة

يتعرض الفرد في حياته بشكل او بآخر للمصاعب فيسعى في كل مرة الى بدل الجهد اللازم لتخطيها وذلك من اجل الاستمرار في الحياة والعيش باستقرار مع العلم ان التصدي للمواقف الضاغطة ومحاولة البحث عن البدائل ليس بالأمر الهين اذ يتطلب اولا تقييم الموقف وإمكانيات الفرد ثم اتخاذ الاجراءات المعرفية والسلوكية المناسبة لتجاوز المشكلة. هذه العملية المهمة والمعقدة تعرف بالواجهة وهي تختلف من فرد إلى آخر وذلك تبعاً لنمط شخصيته وتكوينه ،نوع والوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه وطبيعة الموقف الذي هو واقع تحت ضغطه. وتعرف العمليات والسلوكيات التي يقوم الفرد من خلالها بمواجهة المواقف الصعبة باستراتيجيات المواجهة وهي تعمل على مساعدة الفرد على الغاء او التخفيف من الاثار السلبية الناتجة عن المواقف الضاغطة .عندما يتصدى الفرد للمشكل وينجح في تخطي عقباته هذا يعني انه قد نجح في المواجهة وبالتالي استخدم استراتيجيات المواجهة الفعالة اما اذا عجز عن المواجهة وتجنب التصدي للمشكل وفضل الإبقاء عليه بدون حل ، فهذا يعني ان استراتيجيات المواجهة التي استخدمها لم تكن فعالة وفي هذه الحالة ينتهي به الامر إلى المعاناة من الآثار السلبية لذلك الموقف الضاغط وبالتالي فالمواجهة تتوسط عميلة حدوث الضغط ،اذ تأتي بين الحدث الضاغط وبين الوصول للاضطراب الناتج عن تأثيرات السلبية للحدث ،لذلك نرى انه من شأن استراتيجيات المواجهة الفعالة التخلص من التأثير السلبي للأحداث الضاغطة ،على استراتيجيات المواجهة الغير فعالة التي تؤدي إلى التعرض لآثار السلبية للمواقف الضاغطة.

الفصل الرابع

التقاؤل

تمهيد

مما لا شك فيه هو أن حياة الناس زاخرة بالانفعالات المتناقضة مثل الفرح والحزن، الأمل واليأس، التفاؤل والتشاؤم وتشكل هذه الأبعاد متغيرات نفسية مهمة لما لها من تأثير في الشخصية الإنسانية بطرق متباينة فعندما يحقق الفرد طموحاته وينجح في انجاز اعماله يشعر بالرضى والسعادة وهي مشاعر ايجابية تدفعه الى المثابرة والعمل اكثر وكلما زاد نجاحه كلما زادت سعادته وبالتالي زاد اقباله على الحياة مع كثير من الرضى والمرونة والتوافق فيكون بذلك فردا متفائلا. ومن الثابت ان التفاؤل يؤثر على السلوك الانساني من نواح عديدة سواء على اسلوب تفكيره، حالته النفسية او توقعه للحاضر والمستقبل. لهذا تحتل دراسة التفاؤل اهتمام الباحثين نظراً لارتباط هذه السمة بالصحة النفسية والجسمية للفرد، فقد أكدت مختلف النظريات على ارتباط التفاؤل بالسعادة والصحة والمثابرة والإنجاز والنظرة الإيجابية للحياة، وتعد الدراسات النفسية للتفاؤل والتشاؤم دراسات حديثة، فقد ظهر الاهتمام بهذين المفهومين خلال العقود الثلاثة الأخيرة، وكان أول كتاب أسهم في بلورة هذا المجال لتايجر تحت عنوان التفاؤل " بيولوجية الأمل " (عون محيسن، 2012، ص 58)، هذا على المستوى العالمي اما "على المستوى العربي فان الاهتمام بهذين المفهومين بدا في عام 1995 فقط (محمد الدسوقي، 2007، ص 342) وفيما يلي سنحاول التعريف بمفهوم التفاؤل.

1- مفهوم التفاؤل

يرى (Scheier & Carver) ان التفاؤل هو "النظرة الايجابية والإقبال على الحياة والاعتقاد بإمكانية تحقيق الرغبات في المستقبل، بالإضافة إلى الاعتقاد باحتمال حدوث الخير أو الجانب الجدي من الأشياء بدلا من حدوث الشر" (الأنصاري، 1998، ص 14) ويتفق مع هذا الرأي (Marshall & al) حيث يرون ان التفاؤل هو "استعداد شخصي للتوقع الايجابي للأحداث المستقبلية" (محمد الدسوقي، 2008، ص 347)

ويعرفه مخيمر وعبد المعطي (2000) بأنه "صفة تجعل توقعات الفرد وتوجهاته إيجابية نحو الحياة بصفة عامة ،يستبشر الخير،ويستمتع بالحاضر،ويحدوه الأمل في مستقبل أكثر إشراقاً وأحسن حالاً"(عون محيسن,2012, ص 58)

يقترح بدر الانصاري ان يعرف التفاؤل على انه "نظرة استبشار نحو المستقبل, تجعل الفرد يتوقع الافضل, وينتظر حدوث الخير, ويرنوا الى النجاح ,ويستبعد ماخلا ذلك"(بدر الانصاري, 1998,ص 15)

أما (Tylor) فيعرف التفاؤل بأنه "نزعة تفاؤلية تشير إلى توقع عام للنتائج على أنها ايجابية أكثر من كونها سلبية على أن تكون سمة ثابتة نسبياً" (عبد الهادي القحطاني , 2013,ص 40).

وعرّف (Seligman) التفاؤل "بأنه الطريقة التي يفسر بها الفرد اتجاهه نحو النجاح والفشل في حياته " (منار مصطفى و تامر مقالده , 2014 , ص 433)

و عرفه (Marshall & lang) بأنه الاعتقاد بأن المستقبل عبارة عن مخزن الرغبات أو الطموحات المطلوبة أو المرغوبة بغض النظر عن قدرة الفرد على السيطرة عليها أو على تحقيق تلك الرغبات. (Marshall &Lang,1990, p132-139)

ويرى عبد الخالق (1996) بان التفاؤل هو "نظرة استبشار نحو المستقبل تجعل الفرد يتوقع الافضل وينتظر حدوث الخير (عبد الخالق, 2000 , ص 1)

2- خصائص المتفائلين

تشير دراسة (عبد الخالق,2000), (Charyton, & al, 2005), (Heinonen & al, 2005) (2009), (Kelloniemi, & al, 2005) , الى أن التفاؤل يقلل من خطر التعرض للمشاكل الصحية وإلى انتعاش أسرع بعد الأحداث المهمة مثل الموت أو المرض وأن المتفائلين أقل قلقاً ،وأكثر قدرة على تحمل الشدائد وأكثر ثقة وقدرة على اتخاذ القرار وأكثر إبداعاً . كما أظهرت هذه الدراسات وجود علاقة إيجابية مرتفعة بين النظرة التفاؤلية والسعادة ،وأن التفاؤل يرتبط

إيجابياً بالسيطرة على الضغوط ومواجهتها وحل المشكلات بنجاح، وضبط النفس، وتقدير الذات والتوافق، والصحة الجسمية والنفسية، وعادات غذائية صحية عون (محيسن ، 2012، ص 54)

وقد بين (Aspinwal) ثلاث سلوكيات للأشخاص المتفائلين و هي:

- التعامل مع المواقف والإحداث السلبية بإيجابية ونجاح أكبر من المتشائمين.

- معالجة المواقف والمعلومات تكون بمرونة أكبر.

- يختلفون عن المتشائمين من ناحية تطوير المعلومات الإجرائية والمهارات لمواجهة الموقف

وحل المشكلات التي تواجههم (بالبيد، 2009، ص 12).

وهناك العديد من الصفات مثل:

- الملامح الجسمية بشكل عام يتسم الشخص المتفائل بالاسترخاء النسبي من الناحية النفسية

،وتوظف الشخصية المتفائلة كلا من التوتر والاسترخاء لان هذا الأصل في الجهاز العضلي

،وفيما يتعلق بملامح الوجه فانك تلاحظ أن المتفائل يتسم بملامح مفعمة بالأمل ،كما أن

نظراته لا تكون حادة ويتمتع المتفائل بصوت ثابت خال من الاضطراب والتقلقل والتردد كما

يتمتع بجهاز هضمي سوي و النوم العميق الخالي من الأحلام المزعجة ومن كثرة التقلبات.

- الملامح الوجدانية : حيث يتسم الشخص المتفائل بالاتزان الوجداني يعمل على عدم الربط

بين الأشياء المتوقعة والمؤكددة والوقوع بين الشحنات الانفعالية و يتجاوب وجدانيا مع وجدانيات

ومشاعر الآخرين الايجابية لتزيدها ايجابيا وكذلك يراعى النعمة الوجدانية السائدة لدى الآخرين

وكذلك من ملامحه الوجدانية إشاعة الرضا والطمأنينة وتوقع الخير والأحداث السارة لدى

الآخرين وكذلك يميل إلى الألوان الزاهية والى البساطة فالمتفائلين لا يتساوون في تلك الملامح

بل يتباينون.

- الملامح العقلية :يلجا الى اكتساب الأنماط العقلية والمعلومات الصحيحة والصائبة وليس

عن طريق الوقوف على الأنماط العقلية والشائعة والخاطئة يميل إلى اتخاذ الموقف التقبلي والى

اكبر حد من الملامح العقلية وينظر إلى فكر الآخرين من حيث هم لا من حيث هو.

- الملامح الاجتماعية : يتصف المتفائل بالاطمئنان إلى الناس بصفة عامة , لا يجد المتفائل تعارضا بين نجاحه وبين نجاح الآخرين ,ومن ملامحه احترام الشخصية الإنسانية وتعليق الأمل على الحكمة البشرية في سياسة أمور الحياة المعيشية الحاضر و المستقبل (القحطاني 2012 ص 44 -46).

3-العوامل المؤثرة في التفاؤل

هناك عوامل عديدة تؤثر في توجه الفرد نحو التفاؤل نذكر منها ما يلي:

3-1 العوامل البيولوجية

تتمثل في العوامل الوراثية التي لها دور فعال في تحديد سمة التفاؤل للفرد (الانصاري , 1998,ص 20)

فلقد كشفت نتائج دراسة (Plomin, et, al, 2006) على عينة تتكون من (500) توائم متطابقة وغير متطابقة أن الوراثة تلعب دوراً هاماً في التفاؤل وتسهم بنسبة 25 % كما أكد علماء الانثربولوجيا أن للوراثة أثراً كبيراً في التفاؤل الذي قد ينشأ عن نشاط وقوة الفرد العقلية والعصبية ،وفي دراسة لفريق علمي في جامعة ستانفورد الامريكية تبين أنه هناك بعض التغيرات في طريقة عمل الدماغ والتي يمكن من خلالها الفصل بين الشخصية المتفائلة والشخصية المتشائمة ،حيث توصلوا من خلال دراستهم لمجموعة من النساء تراوحت أعمارهن بين 19 و 42 سنة ،والتي قسمت الى مجموعتين : المجموعة الاولى تضم النساء المتفائلات والمجموعة الثانية النساء المتشائمات والعصبيات القلقات ،وعرض عليهن صوراً لمشاهد مفرحة وصوراً لأحداث محزنة وعند العرض قام الباحثين بقياس نشاط النساء في عدة أماكن من الدماغ ،فلاحظوا عند العرض الاول (الصور المفرحة) أن النشاط وقوة الاستجابة عند النساء

المتفاوتات كانت أقوى مما لدى النساء القلقات المتشائمات ،بينما لاحظوا انه في أدمغة النساء المتشائمات نشاطاً غير عادي وغير موجود في أدمغة النساء المتفاوتات عند عرض الصور المحزنة (فضيلة عرفات السبعوي, 2009)

3-2 العوامل البيئية والثقافية

يلعب الوسط الاجتماعي والثقافي الذي يعيش فيه الفرد دوراً في التفاؤل فقد أشارت دراسة (Plomin, et, al, 2006) إلى أن البيئة لها دور كبير في التفاؤل ، كما كشفت نتائج الدراسات الثقافية عن وجود فروق واضحة بين المجتمعات المختلفة من حيث التفاؤل فقد أظهرت دراسة (Abedel Khalek & Laesr, 2007) أن الطلبة الأمريكيين أكثر تفاؤلاً من الكويتيين كما أشارت دراسة اليحفوفي وبدر الأنصاري (2005) أن الطلبة الكويتيين أكثر تفاؤلاً من الطلبة اللبنانيين ، كذلك وجدت دراسة الأنصاري و كاظم (2008) أن الطلبة العمانيين أكثر تفاؤلاً من الكويتيين . وتشير هذه النتائج أن كل مجتمع قد يكون له طابعه الخاص فإما أن يتسم بالتفاؤل بوجه عام وإما أن يكون أميل إلى التشاؤم ، فكل مجتمع ظروفه التاريخية والاقتصادية والاجتماعية والسياسية والتي قد تكون أثرت في تشكيل شخصية أفراده . كما ان للعوامل البيئية والثقافية دوراً كبيراً في تحديد التفاؤل والتوجه نحو الحياة بين الجنسين فلذكور فرصاً أكبر في التعبير عن آرائهم واتجاهاتهم وهذا مما لاشك فيه يخلق لديهم نوعاً من الأمل والتفاؤل نحو المستقبل لاسيما الشباب العربي من الذكور الذين يتمتعون بفرص وخيارات أكثر من تلك التي تتمتع بها الإناث لأنهم يمتلكون والى حد كبير القرار في تحديد مصيرهم ، سواء من ناحية استمرار التعليم أو حتى اختيار الزوجة ،أما الإناث فما زالت التقاليد الاجتماعية تحد من ذلك عندهن إلا انه لا يعني انخفاض التفاؤل بدرجة كبيرة لديهن ، لكن التفوق يظهر عند الذكور (عبد اللطيف وحمادة ، 1998 97)

3-3 أساليب التربية

تلعب أساليب التنشئة التي تتبعها الأسرة في تربية أبنائها دوراً هاماً في نمو أبنائها ، فكلما كانت عملية التنشئة إيجابية وتشعر الطفل بأهميته وقيمه واحترامه وتقديره ، وبأنه مرغوب فيه ، كلما كان الطفل أكثر توافقاً وتفاؤلاً ، فالأسرة التي يسودها السلام والاستقرار تعكس جواً يسوده الحب والتفاؤل ، بينما الأسرة التي يسودها جو من التوتر وعدم الاستقرار والمشاحنات والخلافات والتفكك قد ينعكس سلباً على شخصية الطفل ونظرته للحياة والتي قد تتسم بالتشاؤم. وتعد أساليب التربية الخاطئة كاللجوء الى العقاب من أجل إسكات الرغبات التي تريد الاستمتاع بمباهج الحياة وإحباط سعي الفرد الذي يحاول الاستقلال عن أسرته لغرض معاملته معاملة الراشدين وكذلك ضعف الإمكانيات المادية الذي يؤدي الى سوء استغلال أوقات فراغهم والأضرار بهم وبمجتمعهم وبالتالي اخماد شعلة التفاؤل فيهم (طه وخان ، 1990 ص 434).

4-3 مستوى التدين

إن المتدينين يميلون إلى أن يكونوا أكثر تفاؤلاً من غير المتدينين ، فقد يكون نقص التدين عاملاً مسهماً في التشاؤم ،وقد حاولت بعض الدراسات أن تتخذ من درجة تدين الفرد متغيراً هاماً في الكشف عن التفاؤل والتشاؤم ،فقد كشفت نتائج هذه الدراسات عن وجود علاقة دالة إيجابية بين التفاؤل والتدين وسلبية بين التشاؤم والتدين كدراسة : (Abed al kalak & Lester 2006) و (Abed al kalak & al Naceure 2007) . كذلك أظهرت دراسة (Bailey, 2005) أن غير المتدينين أكثر تشاؤماً من المتدينين.

3-5 العوامل الاقتصادية

يشير (Rosseel,1989) ان التراجع الاقتصادي المستمر يقلل من إمكانيات الاستخدام أو العمل في معظم الدول الغربية منذ أواخر السبعينيات من القرن العشرين وهذا قد أثر دون شك على أهداف الحياة التي يضعها صغار الشباب لحياتهم ،ونظراً للشك في المستقبل فمن المتوقع بوجه عام ان يطور صغار الشباب اتجاهات متأثرة بهذه الظروف فيصبحون مترددين جداً بشأن وضع خطط لحياتهم ولاسيما في مجال العمل مما يؤثر بلا ريب على معدلات التفاؤل لديهم (الأنصاري, 1998, ص 60)

3-6 المواقف الاجتماعية المفاجئة

فالفرد الذي يصادف في حياته بعض المواقف العصبية المحبطة والمفاجئة يميل إلى التشاؤم ، فالتعرض للضغوط النفسية والمواقف الصادمة والأمراض الجسمية قد يكون له أثر بالغ على حالة الفرد النفسية وتوقعاته ونظرته للمستقبل والتي قد يشوبها التشاؤم وفقدان الأمل ، وقد كشفت العديد من الدراسات كدراسة (عبد الخالق,2000, ص 17) وجود علاقة وثيقة بين الصحة الجسمية والتفاؤل وبين الأعراض والشكاوي الجسمية والتشاؤم كما أشارت دراسة (Daniel , et al 2006) أن النساء اللاتي تقرر إجراء عملية جراحية لهن والناجمة عن سرطان الثدي كن في حالة من الخوف والضييق ودرجات عالية من التشاؤم

4- التفاؤل والفروق الفردية

إن التفاؤل كصفة شأنه شأن باقي الصفات أو السمات الشخصية ،يتميز الأفراد في امتلاكه ،حيث أشار(Peterrson, 2000) الى أن المنظرين المهتمين بالفروق الفردية حددوا التفاؤل كصفة يمتلكها الناس بدرجات متفاوتة ،فالطبيعة البشرية للفرد توفر قدر من التفاؤل الأساسي (Baseline optimism) وانه يكون مرتفعاً لدى بعض الأفراد ،ومنخفضاً لدى آخرين وأنه ،يتأثر بالخبرة.(Peterson, 2000, p46-47)

وأشار (Haynes, 2006) إلى أن التفاؤل أو الاستعداد للتفاؤل يعتمد على الفروق الفردية ، وهو عبارة عن توقع (Dispositional Optimism) عام أن الأشياء الجيدة سوف تحدث ، فالأفراد يروا الحياة من خلال نصف الكوب المملوء ، ويغضوا الطرف عن الجزء الفارغ ، وقد جذب التفاؤل انتباه علماء الصحة وعلماء الاجتماع ، ويعتبر من السمات الاستعدادية ، ومؤشرا على جودة الحياة ، ويؤدي التفاؤل إلى تحسين الوجود الأفضل للفرد من الناحية النفسية والبدنية. (Haynes & al, 2006, p 756)

وبالتالي يمكن تطوير التفاؤل وتنميته في شخصية الفرد ، فأشار (McClain, 1999) إلى أن التفاؤل يؤدي إلى تنمية بعض المهارات الشخصية كحب القراءة ، وهذا ما اختبره في دراسته ، حيث توصل إلى أن تنمية وتطوير التفاؤل لدى الأطفال من شأنه أن يؤدي إلى تنمية مهارات القراءة الناجحة لديهم ، كما يمكن للأسرة وأولياء الأمور تنمية التفاؤل لدى أطفالهم (McClain, 1999, p 41)

5- أنواع التفاؤل

سمحت الدراسات العديدة حول التفاؤل بظهور مفاهيم كثيرة اختلفت باختلاف التوجهات النظرية ومن بين هذه المفاهيم والتي تعد الأكثر استخداما نذكر ما يلي:

5-1 التفاؤل غير الواقعي (Optimisme irréaliste)

يعرفه (Taylor & Brown) بأنه "اعتقاد الفرد بقدرته على التفاؤل ازاء الاحداث بشكل كبير دون مبررات واقعية وبالمقابل تكون نظرتة الى الجانب السلبي للأحداث أقل مما هي في الواقع مما قد يجعلهم عرضة لجملة من المخاطر و الامراض و عدم ممارسة السلوك الصحي الجيد.

(Taylor & Brown 1988, p 103)

و يرى الانصاري (2001) ان التفاؤل الغير هو "اعتقاد الفرد بقدرته على التفاؤل ازاء الاحداث دون مبررات منطقية حيث يتوقع غالبا حدوث الاشياء الايجابية اكثر مما يحدث في

الواقع ويتوقع حدوث الاشياء السلبية اقل مما يحدث في الواقع مما يؤدي الى نتائج غير متوقعة تعرضه للمخاطر.

ويرى عبد الخالق (1998) ان التفاؤل الغير واقعي يعني التفاؤل المتحيز ,او التفاؤل الذي لا تسوغه مقدمة , او وقائع , مما يعرض الفرد لمخاطر صحية ,ويحدث عندما يخفض الأفراد تقديراتهم أو توقعاتهم الشخصية أو الذاتية لمواجهة الأحداث السيئة ،ولا يحدث التفاؤل غير الواقعي فقط عندما يقلل الافراد من احتمالات حدوث الأسوأ وإنما ايضا عند زيادة توقع الأحداث الايجابية.

5-2 التفاؤل الدفاعي (Optimisme défensif)

يذكر (More,2005) ان احدى المبادئ الاساسية للدفاعية هي التفاؤل الذي اشار اليه على انه اتجاه عقلائي ايجابي نحو امكانياتنا الفردية او الجماعية ونظر الى التفاؤل الدفاعي على انه "يهيئ الظرف للنجاح من خلال التركيز على القدرات والفرص وهو يفسر الخبرات بشكل ايجابي كما يؤثر على النتائج بصورة ايجابية. (هيلة عبد الله, 2006)

ويوصف التفاؤل بأنه دفاعي عندما يختار الافراد هذه الاستجابة في حالات محددة لغرض تعديل أو تغيير مواقف وسلوكيات. (Agostini. B, 2008, p 35)

ويرى (Schweitzer , 2002) ان التفاؤل الدفاعي يعد استراتيجية فعالة يستخدمها الفرد بغرض التكيف مع موقف معين وخاصة في المواقف الاكاديمية مثلا الاستعداد للامتحان . كما ان هذه الاستراتيجية لا يتم استخدامها فقط من قبل المتفائلين و إنما يستخدمها ايضا أي فرد كوسيلة لحماية الذات عندما يكون النجاح غير مؤكد.

3-5 التفاؤل الإستعدادي (Optimisme dispositionnel)

استمد هذا المفهوم من نموذج التنظيم الذاتي للسلوك الذي اقترحه (Scheier et Carver) والذي يشير الى

التوقعات الإيجابية اتجاه الأحداث المستقبلية بصفة عامة (غير محددة) وهو سمة مستقرة للشخصية (Scheier et Carver, 1985)

كما يعرف على انه "الميل المستمر للتفكير في ان الفرد يعيش عموما الخبرات الإيجابية أكثر من الخبرات السلبية في حياته". (Agostini. B, 2008, p 35)

ينظر الى التفاؤل الاستعدادي على انه متغير معرفي يتمثل في الثقة العامة للحصول على نتائج إيجابية ، وهذه الثقة تستند على التقدير العقلي لاحتمال نجاح الفرد والثقة في فعاليته الذاتية. و الاستعداد للتفاؤل هو مبني على أساس التوقعات العامة للفرد. وله عواقب على الكيفية التي ينظم بها تصرفاته عند مواجهة الصعوبات او المواقف الضاغطة. (Martin-Krumm ,2012)

4-5 التفاؤل المقارن (Optimisme comparatif)

التفاؤل المقارن هو نزعة داخل الفرد لحدوث الأشياء الإيجابية لنفسه أكثر من الآخرين وتوقع حدوث الأشياء السلبية للآخرين أكثر من حدوثها له " (الأنصاري ، 2002 ، ص 95)

ويعرف على انه "مقاربة عامة يكون فيها الاعتقاد أن الأحداث السلبية تحدث في غالب الأحيان للآخرين أكثر من أنفسنا " (Chappé. J & Verlhac J.F, 2007)

كما ان التفاؤل المقارن "يرتبط بعملية المقارنة الاجتماعية بين الذات والآخر وهو عبارة عن تصور احتمال حدوث الأحداث الإيجابية لنفسه أكثر من حدوثها للآخرين وتوقع حدوث الأحداث السلبية للآخرين أكثر من حدوثها له " (Milhabet, I., & al, 2002, p5) .

مطالعنا لكتابات الباحثين حول موضوع التفاؤل جعلتنا نلاحظ انه هناك تداخل في انواع التفاؤل . كما انه هناك من الباحثين من يعطي وصفا لنوع من التفاؤل ليدل على نوع اخر ومثالا على ذلك

(Weinstein ,1980) الذي استعمل تعريف التفاؤل الغير واقعي في الاصل لدلالة على التفاؤل المقارن.

لهذا يبقى تحديد انواع التفاؤل ليس بالأمر الهين ويتوقف على الخلفية النظرية التي يتبناها كل باحث.

6- التناول النظري لمفهوم التفاؤل

سنقدم فيما يلي أهم نموذجين نظريين للتفاؤل والذان حصل على أكبر قدر من الاهتمام من الباحثين في الوقت الراهن ألا و هما : نموذج الاستعداد للتفاؤل ل: Carver et (Scheier,1985) و نموذج الاسلوب التفسيري ل: (Seligman.M, 1991)

6-1 نموذج الاستعداد للتفاؤل (Disposition à l'optimisme)

يعتبر (Carver) et (Scheier) من الاوائل الذين اهتموا بمفهوم التفاؤل و اعتبروه خاصية يمكن ان يكون لها تأثير على سلوك الفرد. ويعتبر التفاؤل سمة فردية مستقرة نسبيا ،تتأثر جزئيا بتجارب النجاح والفشل وفكرة أن التفاؤل يمكن أن يؤثر على سلوك الفرد هي مستمدة من نموذج التنظيم الذاتي أو تنظيم السلوك الشخصي. بالنسبة لصاحبي هذا النموذج المتفائلون هم الافراد الذين يتوقعون معايشة الخبرات الإيجابية في المستقبل. اما الاستعداد للتفاؤل فهو مبني على أساس التوقعات العامة للفرد التي لها عواقب حول الطريقة التي يضبط بها سلوكياته عند مواجهة الصعوبات او المواقف الضاغطة.

وهذه التوقعات يمكن ان تعمم في مواقف مختلفة. و وفقا لهذا النموذج ،فان الأهداف السلوكية موجهة من خلال حلقة ذات الاثر الرجعي (Boucle rétroactive) حيث انه عندما يشعر

الفرد بوجود تناقضات بين أهدافه السلوكية والموقف الحالي يقوم بأجراء عملية تقييم ينتج عنها رد فعل من شأنه أن يسمح بالتقدم نحو الهدف. (Martin-Krumm.C, 2012,p 108)

كما ان الدافع وراء السلوك حسب هذا النموذج هو الحد من الفجوة التي تكون بين الموقف المثالي و تصور الفرد للموقف كما هو فعليا.حيث ان الفرد يقوم بتقييم مستوى الصعوبة المرتبطة بالحد المحتمل للفجوة الذي تتبته له .وان اعتقد انه يستطيع ان يحد او يقضي على تلك الفجوة فسيقال عنه انه متفائل. والتقييم الشخصي لصعوبة الحد أو القضاء على الفجوة بين الموقف المثالي و تصور الفرد للموقف الواقعي يؤدي إلى توقع نتائج ايجابية أو غير ايجابية. فإذا كان توقع النتيجة إيجابي ، اي ان الفرد يعتقد انه سيتمكن من الوصول الى الموقف المثالي عندها سيبدل جهود اكثر والتي ستقود الى المواقف والسلوكيات الموجهة نحو الأهداف. وان حدث العكس وكان توقع النتيجة سلبية واعتقد الفرد ان الموقف بعيد المنال فانه سيقال من جهوده الى ان يتخلى عن الفكرة . (Scheier & Carver, 1985)

6-2 نموذج الاسلوب التفسيري (Style Explicatif)

تناول (Seligman) مفهوم التفاؤل من زاوية الخصائص الفردية وبالضبط من ناحية الأسلوب التفسيري , الذي يعني "ميل الفرد الى اعطاء نفس نوع التفسير لمختلف الاحداث التي تواجهه"(Peterson, Buchanan & Seligman, 1995, p 1) . والجدير بالذكر هو ان مفهوم التفاؤل قد ولد مع اعادة النظر في نظرية العجز المكتسب (Abramson & al 1978) حيث اصبح يقال عن الفرد انه في حالة عجز عندما يعزو قلة سيطرته على المحيط لأسباب داخلية مستقرة وشاملة. لقد اطلق على مخطط العزو هذا (schéma attributionnel) اسم الاسلوب التفسيري. وبعد تحرر هذا المفهوم من الرقابة بدأ بعض الباحثين تدريجيا في استعمال مصطلح التفاؤل والتشاؤم لوصف بعض الاساليب التفسيرية. فمصطلح الاسلوب التفسيري قد لا يعني الكثير لمعظم الناس ، لكن النظرة"المتفائلة أو "المتشائمة" للمسببات الاحداث قد يكون لها معنى عندهم .حيث يوصف الفرد الذي يعزو فشله

دوما إلى عوامل مستقرة (لا يوجد سبب لتغيير ذلك) وشاملة (الشيء نفسه في كل ما أقوم به) و/أو نجاحه لعوامل غير مستقرة (كنت محظوظا اليوم) وخاصة (هذه هي المرة الأولى) بالمتشائم. في حين يوصف الذي يعزو فشله إلى عوامل غير مستقرة ومحددة و/أو نجاحه لعوامل مستقرة وشاملة بالمتفائل. (Peterson et Park, 1998) والمتفائل علاوة على انه يعزو لنفسه سبب نجاحه ويعزو اخفاقه لأسباب خارجية.فانه يتميز بالقدرة على استعادة امكانياته بعد الفشل ،وهو ما يدل على قدرته على المقاومة (Regourd-Laizeau. M & al, 2012)

بعد استعراضنا لهذين النموذجين الرئيسيين في البحث حول مفهوم التفاؤل يمكننا ان نقول بان التفاؤل ينظم التوقعات الإيجابية والسلبية للفرد و هذه التوقعات هي ناجمة عن تقييم لمسببات الأحداث الماضية. اما الفرد المتفائل فهو الذي يملك القدرة على التعامل بفعالية مع الصعوبات و المثابرة رغم العقبات التي يواجهها.

7- التفاؤل والصحة النفسية

من المتفق عليه ان السمات الإيجابية تساهم في تحسين جودة الحياة والشعور بالسعادة لدى الفرد وهو ما سيساهم بدوره في تحقيق مستوى عال من التوافق النفسي. لهذا يحظى التفاؤل باهتمام بالغ من قبل الباحثين وذلك لارتباطه بالصحة النفسية.

حيث أكدت معظم النظريات ارتباط التفاؤل بالسعادة والصحة والمثابرة والانجاز والنظرة الايجابية للحياة (الأنصاري وكاظم, 2007, 113) كما يعد أحد المتغيرات الايجابية الفعالة للتقليل من حدة الضغوط النفسية وذلك من خلال تنمية قدرات الفرد ونظرته للحياة وإيجابيته في حل المشكلات التي تواجهه وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة. فبقدر ما يكون تفاؤل الفرد ونظرته ايجابية للحياة تكون اساليب مواجهته للضغوط النفسية فعالة. (أبو الديار, 2010, ص

كما نجد ان الإنسان المتفاؤل يحمي نفسه من مشاعر الاكتئاب والحزن والقلق من خلال الأفكار والتوقعات الايجابية التي يحملها ،وفي المقابل نجد المتشائم يحمل الأفكار والتوقعات السلبية لمجريات الأحداث ومن ثم يتعرض لمشاعر الحزن والاكتئاب و القلق وفي هذا السياق يؤكد (Seligman) بأن أسلوب تفكير الإنسان هو الذي يحدد فيما إذا كان هذا الإنسان متفائلاً أم متشائماً (السهل والعبد الله 2009, ص16) وتكمن أهمية دراسة سمة التفاؤل كما يرى الحجار (الوارد في الحميري 2005 ص 38) في أهمية علاقته بمختلف جوانب شخصية الإنسان السوية و الغير سوية.

كما أكدت بحوث كثيرة في علم نفس الصحة ،ان التفاؤل والمزاج الايجابي أمران أساسيان لصحة الجسم ،حيث انه يسرع في الشفاء في حالة المرض .و أكدت بعض الدراسات على أن كفاءة جهاز المناعة تزداد لدى المتفائلين اذ يعتبر التفاؤل عامل وقائي ينشط عندما يواجه الفرد صعوبات الحياة مثل تلك الناتجة عن المرض(الأنصاري ,1998, ص 11) وتبين ايضاً ان المتفائلون يكونون أفضل تكيفا للتغيرات التي تطرأ على حياتهم (Scheier, & ,1997,p 7) al .فقد اشار (Peterson & Bossio) الى ان التفاؤل يؤثر على التوافق الشخصي والصحة الجسمية والنفسية والدافعية والتعليم. (Peterson & , Bossio 1991)

وقد كشفت عدد من الدراسات عن علاقة التفاؤل ببعض المتغيرات النفسية، فقد بينت دراسة (Hirsch 2006) أن التفاؤل يقلل من التفكير في الانتحار واليأس، كما أظهرت دراسة (Lyuns, 2009) أن ارتفاع التفاؤل وانخفاض التشاؤم يقلل من التوتر.

خلاصة

من خلال ما جاء في هذا الفصل يتضح ان التفاؤل يعتبر عاملاً أساسياً للبقاء ومن خلاله يمكن التنبؤ بالصحة النفسية والجسمية للأفراد كما يساعد في التخفيف من صعوبات الحياة و يشجع على الإنجاز والنجاح و التفوق كما يؤدي الى الإحساس بالوجود الأفضل لهذا نجد الشخص الناجح و القوي يميل إلى التفاؤل والمتفائلين هم أقل قلقاً، وأكثر قدرة على تحمل الشدائد. كما اكدت دراسات نفسية عديدة على أن التفاؤل والمزاج الإيجابي أمران أساسيان لصحة الجسم، وأن هناك جانبا مهما يمكن أن يميز بين مريض وآخر، ألا وهو الأمل في الشفاء وهذا ما يجعلنا نقول أن التفاؤل مهم لبقاء الإنسان متحررا من المخاطر التي يمكن أن تضر بصحته البدنية والنفسية. لهذا نعتقد ان التفاؤل بإمكانه ان يلعب دورا مهما في حالة الإصابة بالعقم هذا الاخير الذي سنتطرق اليه بالتفصيل في الفصل الموالي

الفصل الخامس

العقم

تمهيد

يعتبر الإنجاب من العوامل الأساسية في تكوين الأسرة وأحد أهم الرغبات والأهداف التي تتمنى الزوجة تحقيقها في بداية حياتها الزوجية، فالأمومة هي أمنية وهدف تسعى لتحقيقه معظم النساء. بالإضافة إلى الاعتبارات الاجتماعية والثقافية التي تزيد من أهميته وتلح على تحقيقه، حيث تنظر المجتمعات الشرقية بصفة عامة والمجتمعات العربية بصفة خاصة للزواج على أنه وعاء لإنتاج الذرية، لذلك فإن العقم يؤدي في أغلب الأحيان إلى ضغوط ومعاناة نفسية عند المرأة. وحتى يتسنى لنا فهم كيف تعيش المرأة العقم على المستوى الشخصي والاجتماعي علينا أولاً أن نفهم العقم من باب الفسيولوجي أو التشريحي وهو ما سنتطرق إليه في هذا الفصل.

1- تعريف العقم

هناك تعريفات متعددة للعقم نذكر منها تعريف:

"محمود الحافظ" (2001) الذي عرف العقم بأنه "عدم الإنجاب بعد مضي سنتين من الزواج رغم إرادة الزوجين وكان الزوجان سليمين" (محمود الحافظ، 2001، ص 176) أما "إبراهيم" (2005) فقد عرفته بأنه "عدم القدرة على الإنجاب ويكون البديل لهذه الحالة اللجوء إلى أطفال الأنابيب" (إبراهيم، 2005، ص 205) ويعرف كذلك بأنه "عدم القدرة على الحمل بعد مرور سنة كاملة دون استخدام أي وسيلة من وسائل منع الحمل" (مهدي، 2005، ص 18) ويعرفه الباز بأنه "مشكلة طبية تصيب الجهاز التناسلي، وخاصة القدرة التناسلية وقد تكون أسبابه خلقية أو وراثية" (الباز، 1987، ص 25) ويعرفه كل (Galhardo & cunha) أنه "مرض يصيب الجهاز التناسلي مما يؤدي إلى عدم القدرة على الإنجاب خاصة بعد مرور 12 شهر على العلاقة الزوجية الجنسية". (Galhardo & cunha, 2013, p65)

كما يعرفه "العيسوي وعبد الحميد" بأنه "الحياة الزوجية التي لا تثمر أطفالاً وقد يكون السبب في ذلك أحد الزوجين أو الاثنين معا" (العيسوي وعبد الحميد , 1975 , ص 73)
 وللعلم فان الباحثين والمختصين في مجال العقم يميزون بين مفهومي: العقم و عدم الخصوبة (Infertilité) فالأول يشير إلى عدم القدرة على الإنجاب في حين تشير عدم الخصوبة إلى عدم القدرة على

الاستمرار بالحمل حتى يصبح الجنين قابلاً للحياة وذلك بسبب الإجهاضات المتكررة او الولادات المبكرة او الحمل خارج الرحم المتكرر او لموت الجنين قبل ولادته. (إبراهيم , 2005 , ص 205)

كما يستعملون مصطلح انخفاض الخصوبة للإشارة إلى صعوبة الحمل وتترجم عملياً بامتداد مدة الحمل رغم انعدام الأسباب المؤدية للعقم عند المرأة. (Baudet J.H & al 1992, p 160)

من خلال ما سبق ذكره يتضح ان العقم هو عدم قدرة المرأة على الانجاب بعد مضي سنتين على الاقل من الحياة الزوجية رغم رغبتها في ذلك ويرجع ذلك لاضطرابات مختلفة تحدث على مستوى جهازها التناسلي.

2- أنواع العقم

قسم المختصون في أمراض النساء العقم الى نوعين عقم اولي وعقم ثانوي .

2-1- العقم الأولي

هو العقم الذي يصيب المرأة منذ بداية حياتها الجنسية وتكون اسبابه غديه أو هرمونية أ وعدم نضوج الاعضاء التناسلية لا سباب تكوينية (خطاب , 2012 , ص 393)

2-2- العقم الثانوي

هو العقم الذي يصيب المرأة بعد إنجابها لطفل أو طفلين او بعد اجراء عملية اجهاض وهو ناجم في غالب الاحيان عن مضاعفات الولادة بحد ذاتها وكذلك الحميات النفاسية ومضاعفات

الاجهاض وجميع الالتهابات التي تصيب الرحم و النفيرين (سبيرو فاخوري , 1979 , ص 217)

2-3 العقم النفسي

يرى العديد من الباحثين كأحمد النابلسي (1991) أن العوامل النفسية لها دور أكيد في إحداث العقم إلى جانب العوامل العضوية الأخرى. و يرى هذا الباحث أن العوامل النفسية للعقم يمكن تقسيمها إلى:

- عوامل تؤدي إلى فشل الاتصال الجنسي

وتتمثل في التنشئة التي تقوم عليها الفتاة والتي غالبا ما تكون قائمة على الكبت الجنسي ،اذ انها تقبل على الحياة الزوجية وهي تحمل افكار خاطئة عن الاتصال الجنسي وهو ما يجعلها تفشل في إرخاء عضلاتها عند الجماع وهو ما يؤدي الى شل حركة الحيوانات المنوية المتوجهة نحو المبيض لتخصيب البويضة ،و تموت في المهبل مما يؤدي إلى عدم الإنجاب.

- عوامل تؤدي إلى عدم المقدرة على إنتاج البويضة

يرى العديد من الباحثين أن التوتر الانفعالي والقلق والصراعات النفسية تؤثر سلبا على إفراز الغدد الصماء للهرمونات خاصة الغدة النخامية المسؤولة عن إفراز هرمون انطلاق البويضة ،و الغدة الدرقية المسؤولة عن إفراز هرمون تكوين الجسم الأصفر الذي يغذي البويضة المخصبة ،و منه فأي خلل على مستواهما يؤدي إلى عدم تكوين البويضة وانطلاقها ،كما قد يؤدي إلى تشنج وانكماش الأنبوب بحيث لا يسمح للبويضة بالمرور إلى الرحم ،كما يؤدي إلى اضطرابات في الدورة الشهرية و قد تختفي تماما و هذا سبب كافي للإصابة بالعقم.

(منى الصواف، قتيبة الجلي،2003)

يتضح مما سبق ذكره أن أي خلل يصيب الجهاز التناسلي للمرأة فإنه سيعرضها للإصابة بالعقم وهذا بغض النظر عما إذا كان عقم أولى أم ثانوي. لذلك ارتأينا أن نتطرق فيما يلي إلى الجهاز

التناسلي للمرأة وعرض أهم مكوناته و مراحل تشكل البويضة حتى يتسنى لنا فهم الإضطرابات التي تحدث على مستواه والتي تكون سببا في حدوث العقم .

3- الجهاز التناسلي للمرأة

يتكون الجهاز التناسلي للمرأة من أعضاء داخلية و أخرى خارجية و يفصل بينهما غشاء البكارة، فالأعضاء الخارجية تتمثل في الشفرين الكبيران و الشفرين الصغيران و البظر و غشاء البكارة. (سبيرو فاخوري, 1979, ص 188) أما الأعضاء الداخلية و التي غالبا ما يكون سبب عدم الحمل نتيجة لخلل على مستواها فتتمثل في:

3-1- المهبل (Vagin)

هو قناة عضلية تمتد من فتحة المهبل إلى عنق الرحم ، وطولها من 7 إلى 10 سنتمترات ، و يتألف من غشاء مخاطي داخلي يتصل بغشاء الرحم ، و من طبقة عضلية أنسجتها متشابكة في الطول وفي العرض كما هي الحال بالنسبة لجدار الأمعاء ، وهو سهل التمدد والتوسع و به مادة حليبية تتضج باستمرار من الأوعية الدموية الليمفاوية التي تغذي جدرانه بغزارة وهذه المادة الحليبية تحتوي على نوع من الجراثيم تسمى بالجراثيم المهبلية يفرز بعضها حامضا يشبه الحامض القلوي وهو كفيل بالقضاء على الميكروبات التي تدخل المهبل وخاصة في أثناء الحمل. اما اذا زادت هذه الحموضة فلن يتسنى للخلايا المنوية الحركة بسهولة والعيش في المهبل . (سبيرو فاخوري, 1979, ص 192)

3-2- الرحم (Uterus)

هو عبارة عن عضلة سميكة تقع خلف المثانة البولية وأمام المستقيم في نهاية الامعاء يبلغ طوله في الغالب 8,5 سم وعرضه حوالي 5 سم وسمكه 3,5 و له عنق يسمى (Cervix) يصل القناة المهبلية بجوف الرحم ويحمل على جانبيه أوعية الدم الرحمية الثخينة، و يوجد في منتصف العنق قناة تصب في المهبل من الخارج وفي جوف الرحم من الداخل تمر عبرها الخلايا المنوية

لتصل إلى الرحم وهي قابلة للتوسع في فترة الإخصاب ، و يعتبر الرحم بيت الجنين حيث تجد البويضة الملقحة مكانا صالحا للتعشيش. (محمد الصفيان, 2001, ص 25)

3-3- النفيران (Trompe utérine)

يتصل بالرحم أنبويان بسماكة قلم الرصاص مثل جناحي طائر يصلان بينه و بين المبيضان، و يدعى هذان الأنبويان النفيران ،و يتألف جدارهما من عضلات طولية وعرضية ، ومن غشاء داخلي يحتوي على خلايا تتموج باستمرار باتجاه الرحم ، ومن شأنها مساعدة البويضة التي تنزل من المبيض على عبور النفير إلى مكان تعشيشها في جوف الرحم ، وإلا لفظها الرحم إلى الخارج. (سبيرو فاخوري, 1979, ص 192)

3-4- المبيضان (Ovaires)

يوجد المبيضان على جانبي الرحم وهما بيضاوي الشكل وطولهما يتراوح بين 3-5 سم وعرضهما 1,5 سم و سمكهما 3 سم , قوامهما مرن ومطاط ولكنه متين جدا و سطحهما الاعلى يتعرض لاختلالات دورية بسبب اكياس جراف ونموها وهي تحوي البويضات .(محمد رفعت, 1993, ص 21) ويربطهما بالرحم اربطة من الالياف العضلية و يقوم المبيضان بوظيفتين هامتين و هما: افراز الهرمونات (Testostérone, Estrogène, Progestérone) (و الإباضة التي تحدث بشكل دوري شهريا

4- عملية تشكل البويضة و تعشيشها في الرحم

إن البويضات تتواجد ضمن جريبات داخل المبيض، وفي كل دورة يتطور جريب واحد معطيا بيضة ناضجة كما يلي : يتطور الجريب البدائي إلى جريب ثانوي ثم إلى جريب ناضج يدعى جريب دوغراف وهذا تحت تأثير هرمون (FSH) (هرمون تنشيط الجريبات)،حيث يظهر على سطح المبيض و به سائل فوليكوليبي (Folliculaire) تسبح فيه بويضة غير ناضجة محاطة بهيكل إشعاعي من الخلايا ذات الإفراز الهرموني و بنضج هذه البويضة يرق جدار المبيض

وكذا غشاء الجريب ، وتحت تأثير إنزيمات خاصة يتمزق الجداران وتحرر البويضة الناضجة لتلتقها فوهة النفير (Boury C.L . & Hyler J. 1990, p.15)

ويظل تجويف الكيس (أي ما تبقى من جريب دوغراف) ممتلئاً بمادة يطلق عليها الجسم الأصفر الذي يتكون تحت تأثير هرمون (L.H) (هرمون تحول الجريب إلى جسم أصفر) و الذي بدوره يفرز هرمون (Progesterone) ، ليسري في الدم و يعمل على تهيئة الرحم لاستقبال البويضة و ذلك بتخين بطانته الداخلية حيث تصبح غنية بالشعيرات الدموية لتغذية البويضة الملقحة. ففي حالة حدوث الإخصاب بواسطة النطفة ، تمر البويضة الملقحة عبر الأنبوب إلى الرحم الذي يكون مهياً لاستقبالها ، فتغرز في جداره لمدة حوالي أربعة أيام ثم تدخل جوف الرحم ليتم تعشيشها ، ويبقى الجسم الأصفر يواصل إفرازاته ليتمكن الرحم من تغذية البويضة حيث تدخل فيما بعد في سلسلة من الانقسامات المتساوية مكونة الجسم التوتي (الزيغوت) و من ثم الجنين. أما في حالة عدم تلقيح البويضة فإن جدار الرحم يتمزق وتتفجر الشعيرات الدموية فتتجرف معه البويضة ويذبل الجسم الأصفر و يفقد حيويته وهذا ما يؤدي إلى نزيف يسمى الطمث (Langlois P. 1983, p. 63,65)

بعد عرضنا للجهاز التناسلي للمرأة والذي اتضح أنه جهاز معقد مما يفسر صعوبة التعامل مع الاختلالات التي تحدث على مستواه , فإننا سنتطرق فيما يلي إلى الأسباب التي تحدث العقم.

5- أسباب العقم

أسباب العقم عديدة ومتعددة تختلف باختلاف موضع الإصابة من الجهاز التناسلي للمرأة و فيما يلي سنذكر البعض منها :

5-1- ضيق المهبل

يعتبر ضيق المهبل أول الأسباب الآيلة لعقم المرأة، حيث انه في هذه الحالة لا يدخله القضيب بشكل طبيعي و بالتالي لا يتم الإيلاج الكافي فيحدث القذف في مدخل المهبل أو في القسم الأسفل منه. وأسباب ضيق المهبل إما تكوينية كقصر طول المهبل و توتر الأربطة الرحمية،

أو عصبية كانقباض عضلات الجهاز المهبلية الذي يحدث بتأثير زيادة الحساسية في الأعضاء التناسلية، كما قد نجد أسباب أخرى لضيق المهبل كحروق غشاء البكارة، والتهاب الأغشية المهبلية.

5-2- حموضة المهبل

يكون السائل المهبلية في حالته الطبيعية حامضاً ليحمي المهبل من الجراثيم الفتاكة، ويساعد المني على الانزلاق في مجرى عنق الرحم، لكن إذا زادت حموضته شلت حركة الحيوانات المنوية وبالتالي تقل فرص حدوث الحمل وقد تنعدم. قاما الطبيبان " Master " و " Jonson " بفحص السائل المهبلية لدى عدد من النساء العقيمت بعد ساعات من معاشرته أزواجهن، فوجدوا الحيوانات المنوية متجمعة في قعر المهبل مقتولة، وأخرى مشلولة الحركة بينما دل فحص المني المقذوف خارج المهبل لهؤلاء الرجال في المختبر على انه جيد وقادر على الإخصاب، فخلصا الى أن زيادة الحموضة في مهبل تلك النساء قد ادى الى قتل الحيوانات المنوية.

5-3- ضيق مجرى عنق الرحم

للرحم فوهة داخلية وأخرى خارجية، تمر عبرها الخلايا المنوية من المهبل إلى جوف الرحم، فإذا صادف وحصل ضيق في مجرى هذه القناة لسبب من الأسباب أصيبت المرأة بالعقم ومن أسباب ضيق القناة الرحمية نجد:

- عدم نضج الأعضاء التناسلية عند المرأة.
 - انسداد القناة بسبب عيوب تكوينية.
 - انسداد القناة بسبب الإلتصاقات والالتهابات و الندوب والتقرحات.
 - انسداد فوهتي القناة بسبب الأورام الخبيثة، و غير الخبيثة منها و الليفية
- (سبيرو فاخوري , 1979 , ص 218 - 220)

5-4- أورام المبيض

تسبب أورام المبيض التصاقات على مستوى الأنبوب ،وباقى الأعضاء التناسلية الداخلية فتصبح كتلة لحمية واحدة ،اذ يصعب رسم حدود كل عضو من هذه الأعضاء لتداخلها الشديد ،مما يعيق تشكل البويضة و انتقالها إلى الرحم و هذا ما يؤدي إلى العقم . لذا يحرص الجراح على فصل كل عضو على حدى وإجراء جراحة خاصة به ،حتى يتوصل إلى ورم المبيض فيستأصله كلياً أو جزئياً حسب الإصابة . غير ان الاستئصال الكلي يحرم المرأة من الإنجاب إلى الأبد بالإضافة الى ما ينتج عن هذه العملية من مضاعفات أخرى لحرمانها من إفرازات المبيض والهرمونات الأنثوية ،ألام الرأس ،التوتر الشديد و غيرها. (سبيرو فاخوري. 1984 ، ص. 189). كما انه هناك أورام تصيب المبيض و تفرز هرمونات الذكورة (Testosterone) عوضاً عن الهرمونات الأنثوية (progesterone) مما يسبب عقماً أكيداً عند المرأة نتيجة لانقطاع التبويض(Baudet J.H & al. 1996, p120)

5-5- أورام الرحم الليفية

إن سبب ظهور الأورام الليفية مجهولة لحد اليوم ، وهي عبارة عن كتل لحمية صلبة غير خبيثة تنشأ في عضلات الرحم وتتمو بسرعة غريبة في جميع الاتجاهات ، حيث يتراوح حجمها بين حجم حبة الحمص و ضخامة جوزة الهند و قد تبلغ من الضخامة بحيث تملأ حوض المرأة حتى جوف البطن بأكمله ، و قد تنشأ في مناطق حساسة من الرحم كمجرى عنق الرحم أو قناة الرحم ، فتكون السبب الرئيسي للعقم لما تسببه من انحرافات وانقلابات شديدة في الرحم مما يؤدي إلى ابتعاد الأنبوبين عن المبيضين و هذا يجعل العلق مستحيلاً ، وقد يؤدي إلى انسداد القناة كلياً مما يحول دون صعود الخلايا المنوية إلى المسالك التناسلية العليا وهذا يقود حتماً إلى العقم الكلي.

5-6- انقلابات الرحم وانحرافات

يعتبر انقلاب الرحم وانحرافات من الأسباب الشائعة لدى المرأة و يحدث ذلك بفضل عوامل عديدة منها النقص في النضوج ، تمدد الأربطة الرحمية بسبب الالتهابات ،لتنبدل بذلك وضعية الرحم و ينقلب فتتجه فوهته الخارجية إلى الخلف كثيرا ، أو إلى الأمام كثيرا ، أو إلى الجوانب. وابتعاد الفوهة الخارجية للرحم عن قعر المهبل و الذي بدوره قد يكون قصيرا مما يؤدي إلى اندفاع الحيوانات المنوية خارج التجويف المهبلية فلا يحدث العلق.

5-7- عيوب الرحم التكوينية و تشوهات

تختلف عيوب الرحم التكوينية ، وتتعدد تشوهات إلى درجة ازدواجية الرحم في بعض الأحيان و انعدام وجوده إطلاقا مع المهبل في حالات أخرى ، وتنشأ هذه العيوب لعدم اتحاد قناتي مولير عند الجنين اتحادا طبيعيا في جزئيهما السفليين أو عدم زوال الحاجز الذي يربط بينهما وأهم هذه العيوب:

- الرحم و المهبل مزدوج.

- الرحم ذو قرنيين.

- الرحم مقوس.

و يتم الكشف على هذه العيوب بعد الزواج نتيجة لعدم الحمل أو الاجهاض المتكرر ،وفي حالة الانعدام الكلي للرحم فإن المرأة لا تحمل أبدا (سبيرو فاخوري. 1988 ص. 200-210)

5-8- التهاب البوقين و انسدادهما

إن التهاب البوقين وانسدادهما هو المرض الأكثر انتشارا بين النساء المصابات بالعقم ، وهذا بسبب الالتهابات المزمنة على اختلاف مصادرها، وأهم أسباب انسداد البوقين نجد :

أ- التهابات الملحقات

ب- داء البطانة الرحمية (Endométriose)

ج- انعدام او نقص نشوء البوقين

د- التصاقات البوقين بما يجاورهما او انعدام حركة جدرهما نتيجة الالتهابات المجاورة قد تؤدي الى صعوبة الاقحاح. (محمود الحافظ, 2001, ص 187)

5-9 - اضطرابات الغدة الدرقية

من أحد أسباب العقم كسل الغدة الدرقية الموجودة في الجهة الأمامية لعنق الإنسان وعدم كفايتها في إفراز الهرمون الدرقي ،والسبب الرئيسي للعقم الناتج عن كسل الغدة الدرقية هو انعدام التبويض بسبب هزال الجسم الاصفر وعدم افرازه بكثرة لمادة (progesterone) (سبيرو فاخوري. 1979 ص. 261)

5-10 - مضاعفات الولادة العسيرة

ترافق عادة الولادة العسيرة تمزقات المسالك والأعضاء التناسلية الداخلية والخارجية وقد دلت التجارب ان تمزقات الولادة العسيرة تسبب عقما ثانويا عند النساء بنسبة 28 % واهم هذه التمزقات هي تمزقات المهبل وعنق الرحم .

5-11 - الحميات النفاسية

تشكل الحميات النفاسية سببا رئيسيا من اسباب العقم الثانوي وهي من اخطر الامراض التي تصيب المرأة بعد الولادة ويطلق اسم الحميات على جميع الحميات التي تحدث بعد اثناء النفاس والتي تنتقل عدوها الى النفاس عن طريق المسالك التناسلية .اذ تصيب الفرج والمهبل وعنق الرحم وبطانته و تتخذ شكل اصابات موضعية في بادئ الامر تم لا تلبث ان تنتشر بعد ذلك الى جوف البطن فتصيب النفيرين والمبيضين والنسيج الحوضي فتحمر هذه الاعضاء وتورم تم تنقيح وتشكل بعد انتشارها التصاقات و التحامات فتتسد فتحتا النفيرين مما يؤدي الى العقم.وقد يحدث احيانا ان تتصلب بطانة الرحم وتضمحل فيغيب الطمث نهائيا ويبطل التعشيش. (المرجع السابق ص 247- 250).

5-12 - تقدم عمر المرأة

تتناقص القدرة على الانجاب مع تقدم العمر وذلك بسبب الضعف الذي يطرأ على انتاج البويضات من المبيض لضعف تأثير وإفراز الهرمونات الاساسية للاباضة . بالإضافة الى انخفاض مستوى خصوبة الغشاء المبطن للرحم وتناقص قدرته على احتواء البويضة الملقحة والمساعدة على نموها فيه وقد يكون ذلك بسبب تناقص في كمية التحويل الدموي للغشاء المبطن للرحم. (ابو الرب محمود ,2007, ص 81)

5-13 - الأسباب النفسية

ان العوامل النفسية المهيأة للحمل لا تقل أهمية عن مجمل العوامل العضوية فقد يؤدي الاجهاد النفسي إلى تأثر العلاقة القائمة بين الدماغ والغدة النخامية والمبيض فيحدث اضطراب في وظيفة المبيض (شاهين , 1996 , ص 41). وقد تؤدي الاضطرابات الانفعالية إلى تأخر الحمل ومثل هذا التأخر قد يجعل المرأة أكثر قلقاً وهكذا تدخل المرأة في دائرة من القلق ، مما يجعل فرص الحمل محدودة جداً ، وهذا يستدعي كسر هذه الدائرة لإعادة الاستقرار النفسي للزوجة إلى المستوى الطبيعي اللازم لعملية الإخصاب.

(Cousineau & Domar ,2007,30)

كما انه هناك علاقة بين الإخصاب والحالة النفسية حيث تؤثر الحالة النفسية على الهرمونات ، وهناك أيضاً علاقة بين الاكتئاب وعدم الإنجاب فقد تبين على المستوى العالمي أنه من 10 الى 70 % من اسباب العقم هي أسباب نفسية (Wichman, et al , 2009 , p77)

6- تشخيص العقم

نتيجة لدراسات عديدة حددت المدة التي تشخص فيها المرأة على أنها عقيم بسنتين من الزواج أو المباشرة الزوجية الطبيعية، ومن بين هذه الدراسات نجد دراسة (Schwartz. D, 1981) الذي قسم فيها مجموعة من النساء المتزوجات إلى مجموعات حسب مدة عدم الاخصاب فوجد نسبة قليلة من العقم عند النساء اللاتي تزوجن منذ ايام او 6 اشهر. اما النساء اللاتي مر على زواجهن عامين وأكثر فقد تجاوزت نسبة العقم 50 % لدى المتزوجات منذ عامين و 89 % لدى المتزوجات منذ 5 سنوات. في حين أن إمكانية الخصوبة لدى هؤلاء النساء تبقى ممكنة لكن بنسبة ضئيلة جدا تقدر بـ 4 % .و يرى أن هذا، التحديد للمدة المتمثل في عامين يقتصر فقط على الأزواج الشباب، لكن عندما يتجاوز سن المرأة 35 سنة فإن الانتظار غير مجدي وأي تأخر في العلاج يقابله ضياع فرص الحمل. (Zorn J.R, Savale. M, 1999, p8) .

7- طرق تشخيص سبب العقم

بعد أن تياس المرأة من كثرة انتظارها لحدوث الحمل الذي يفشل في كل دورة شهرية تتجه إلى الطبيب المختص طالبة الاستشارة ، فيعمل الطبيب أولا على تشخيص سبب العقم وذلك عن طريق الكشف الطبي الذي ينقسم إلى قسمين:

7-1- الكشف الطبي العام

يقوم الطبيب خلاله بفحص المرأة فحصا طبيا شاملا (البول ، ضغط الدم ، تحديد وزن المرأة ،وكذا الكشف عن الثديين لمعرفة مدى خلوهما من الاورام) ، كما يقوم بوضع ملاحظة على حجم جسم المرأة وتكوين عضلاتها بصفة عامة وكل هذه الملاحظات مفيدة لتقرير وظيفة الغدد الصماء بالجسم ومستوى الهرمونات في الدم. (البرت فيليب تر:الفاضل عمر, 1979, ص

(81)

7-2- الكشف على الاعضاء التناسلية

إذا تعذر على الطبيب الوصول إلى سبب العقم خلال الفحص العام ، فإنه ينتقل إلى الكشف عن الأعضاء التناسلية بواسطة الفحوصات التالية:

7-3 جدول الحرارة الصباحي (Courbe de température Basale)

يعتبر قياس حرارة البدن الاساسية الطريقة المثلى للتعرف على طبيعة الدورة الطمثية حيث تستمر المرأة في قياس حرارة البدن الاساسية طيلة ثلاث دورات طمثية متعاقبة و تسجل تواريخ الاتصالات الجنسية خلال هذه الفترة لان فترة امكانية الاقحاح تتحدد في الايام الخمسة التي تسبق ارتفاع الحرارة لذا تكون فترة الاقحاح بالنسبة للمرأة ذات الدورة الطمثية ذات 28 يوما ما بين اليوم التاسع واليوم الثالث عشر للدورة الطمثية . اما اذا لم يلاحظ أي ارتفاع في حرارة البدن الاساسية خلال الدورة الطمثية فتكون هذه الدورة عندئذ من نوع الدورة الطمثية اللاباضية . و اذا حدث وكان مجموع الايام الذي تكون فيها الحرارة مرتفعة اقل من عشرة ايام فان المرأة ستصاب بالعقم نتيجة لقصور الجسم الاصفر .

7-4 فحص غشاء الرحم (la biopsie d'endomètre)

يرتكز هذا الفحص قبل كل شيء على دراسة خلايا الغشاء الداخلي الذي يبطن الرحم دراسة تشريحية تفصيلية لمعرفة مدى توافق نشاط هذه الخلايا مع المرحلة الزمنية المعينة من مراحل الدورة الشهرية لدى المرأة ومدى استعداد هذا الغشاء لاستقبال البويضة الملقحة. (سييرو فاخوري. 1979 ص. 297)

5-7 نفخ النفيرين بالهواء (Pertubation)

يقوم المختص بنفخ النفيرين بغاز ثاني اكسيد الكربون (CO2) في فترة ما قبل الاباضة فإذا توزع الغاز في جوف البطن فهذا يعني انهما نافدين اما اذا لم يحدث ذلك فهذا يعني انها مسدودين.

6-7 تصوير الرحم و النفيرين بالأشعة (Hystérosalpingographie)

يجرى التصوير الشعاعي (HSG) قبل الاباضة وهو يعطي صورة واضحة عن جوف الرحم وباطن النفيرين اذ يساعد على تشخيص انسداد النفيرين وتحديد مكان هذا الانسداد كما يساعد في معرفة وضع الرحم وحجم وحالة جوف الرحم (هل يوجد تشوهات ,اورام عضلية تحت المخاطية..الخ)

7-7 التحاليل الهرمونية

يقوم الطبيب بتحليل دم وبول المرأة 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

(progesterone) و (Estrogène) ، وغيرها من الهرمونات المسؤولة عن تعشيش البويضة

في الرحم وانقساماتها ونمو الجنين. (Baudet J.H & al. 1992, p189)

8- علاج العقم

إن علاج العقم هو من اهم القرارات التي تتخذها المرأة للتخلص من العقم والمعاناة النفسية التي يسببها لها والعلاج يكون وفق موضع الاصابة ويتمثل في:

8-1- علاج ضيق المهبل

إذا كان ضيق المهبل ناجما عن أسباب عضوية ، فان علاجه سهلا وذلك بمكافحة التهابات غشاء المهبل ، و مداواة جروح غشاء البكارة وتوسيع مدخله الضيق تدريجيا ، بحيث يقوم الطبيب بتوسيعه بواسطة الأصابع أو بواسطة أصابع معدنية مختلفة السماكة و الحجم وأحيانا يتطلب العلاج إجراء عملية جراحية بسيطة.

8-2- علاج الحموضة الزائدة في المهبل

تعالج الحموضة الزائدة في المهبل بإجراء دش مهبلي بالماء المعقم بواسطة الغلي والمبرد مع إضافة ملعقة كبيرة من بيكربونات الصودا إلى كل لتر ونصف من الماء المحضر و هناك محلول خاص يحضر في الصيدلية مؤلف من كلورات الصديوم و الكالسيوم و المغنيزيوم و البوتاسيوم وبيكربونات الصودا. ذو فعالية قوية في إزالة هذه الحموضة الزائدة

8-3 علاج ضيق مجرى عنق الرحم

إذا كان الضيق ناتج عن نقص في نضج وتكوين الأعضاء التناسلية ، فإنه يعالج بكميات وافرة من الهرمونات الجنسية المؤنثة التي من شأنها تنشيط وظيفة المبيض وتضخيم حجم الرحم ،وتتميته مع بقية الأعضاء التناسلية ،ويستغرق هذا العلاج عدة أشهر متتالية . وهناك أدوية هرمونية فعالة مثل (Gestyl) و (Humegon) تؤخذ بكميات معينة وفي أوقات معينة من الدورة الشهرية يحددها الطبيب المعالج . (سبيرو فاخوري. 1979 ، ص 223- 224)

8-4- علاج انسداد أنابيب الرحم

في هذه الحالات تجرى عمليات جراحية وهذا لفتح انسداد أنبوب الرحم حتى تتمكن البويضة الانتقال من المبيض إلى الرحم، وحتى يتمكن الحيوان المنوي الوصول إلى البويضة فهو لا يصل إليها و هي خارج الرحم، وهذه العمليات الجراحية تجرى في حالة ما اذا كان الانسداد خفيفا وليس مزمنًا.

8-5- علاج أورام المبايض

تجرى العمليات الجراحية في المبيض عند وجود الأورام أو في حالة وجود أنسجة تشبه الأنسجة التي تغطي التجويف الداخلي للرحم، و تختلف هذه العمليات باختلاف حجم الورم، إذ أن في بعض الحالات أين يكون الورم ضخم وخبث فإنه يستدعي استئصال المبيض كلية مما يؤدي إلى الإصابة بالعقم على مدى الحياة.

8-6- علاج أورام الرحم الليفية

هي عبارة عن كتل لحمية صلبة تنشا في عضلات الرحم وتعتبر أورام غير خبيث و إزالتها يكون بالجراحة. وفي حالة ما اذا كانت كبيرة الحجم تسبب أنزفة رحمية متواصلة فمن المرغوب فيه في هذه الحالة استئصال الرحم كليا.

8-7 علاج انقلابات الرحم و انحرافات

يكون العلاج إما جراحي أو عادي، فالعادي يكون بواسطة الحركات الرياضية كالاستلقاء الطويل على الظهر و البطن مثلا وذلك حسب انقلاب الرحم، أو بواسطة الحلقات البلاستيكية. و اما العلاج الجراحي فيكون بإعادة ربط ووصل الأربطة الرحمية لإعادة الرحم إلى وضعه الطبيعي السابق (سييرو فاخوري، 1979، ص. 234)

8-8 الأدوية المستخدمة في العلاج

من بين أشهر الأدوية المستعملة لعلاج العقم نجد:

كلوميد

هو الاسم التجاري لدواء يسمى كلومفين و يعتبر أول دواء يستخدم في علاج المبيض الذي عجز عن إنجاز البويضة، وقبل استعماله يجب ان تخضع المرأة لكشف دقيق ليتأكد من درجة حرارة المريضة ونتيجة عينة جدار الرحم ومن عدم وجود أورام أو أكياس في المبيض.

بروجتال

هو دواء مستخلص من بول النساء اللاتي تجاوزن سن اليأس لأن الغدة النخامية تستمر في إفراز الهرمونات المؤثرة على المبيض ولكن جسم المرأة في هذا العمر لا يحتاجها فيتخلص منها بإفرازها في البول، ليقوم الأطباء باستخلاص هذا الهرمون و استعماله في علاج المرأة العقيم ويكون على شكل حقن (البرت فيليب تر:الفاضل عمر , 1979 , ص 126).

خلاصة

من خلال ما عرض في هذا الفصل نستطيع ان نقول ان العقم لا يشخص إلا بعد مرور سنة من الحياة الجنسية الطبيعية دون استعمال لوسائل منع الحمل اما العوامل التي يمكن أن تسبب أو تساهم في إحداث العقم فهي عديدة و مختلفة ،منها ما استطاع الطب الوصول إلى علاجها ،ومنها ما هو مستعصي العلاج والذي قد يؤدي إلى عقم أبدي لدى المرأة. كل هذا بإمكانه ان يخلق لدى المرأة الما شديدا ومعاناة نفسية لا يستهان بها بالإضافة الى المضايقات التي تتعرض لها على المستوى الاجتماعي.

ومما لا شك فيه ان الحالة النفسية الغير المستقرة للزوجة قد تجعل مسالة الإنجاب أكثر تعقيداً وقد تعوق فاعلية التدخلات الطبية من اجل الإنجاب.

لذلك وحتى لا تنهار وتبقى محافظة على كيانها لابد من ان تحظى برعاية من هم حولها وذلك من خلال الاستماع اليها والتعرف على مخاوفها و امدادها بالمعلومات الازمة التي تساعدنا على التخلص من عقدة الذنب وجعلها تشعر بقيمتها كإنسانة وكعضو فاعل في المجتمع.

و يعبر هذا السلوك عن ما يسمى بالمساندة الاجتماعية التي سنحاول تسليط الضوء عليه في

الفصل الموالي

الباب الثاني

الجانب الميداني

الفصل السادس

منهج البحث وإجراءاته

تمهيد

يتناول هذا الفصل وصفا شاملا لإجراءات البحث الميداني الذي قامت به الباحثة لتحقيق اهداف البحث ،ويتضمن تحديد منهج الدراسة ،عينة الدراسة ،أدوات البحث والتحقق من صدق وثباتها والمعالجة الاحصائية المستخدمة في تحليل البيانات .

1- منهج البحث

اعتمدنا في هذا البحث على المنهج الوصفي المقارن والذي "يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع اذ يهتم بوصفها وصفاً دقيقاً ،ويعبر عنها تعبيراً كيميا او كميما فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة ويبين خصائصها بينما التعبير الكمي يعطينا وصفا رقميا لمقدار الظاهرة او حجمها ودرجات ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى (عبيدات دوقان وآخرون، 1993، ص 219).

ومن خلاله "يلاحظ الباحث المتغيرات التابعة و يقوم بدراسة المتغيرات المستقلة لمحاولة معرفة علاقتها المحتملة وأثارها على المتغيرات التابعة " (داودي وآخرون , 2013 , ص 124) حيث قمنا بمقارنة بين النساء العقيمات اللاتي تحصلن على مساندة مرتفعة واللاتي تحصلن على مساندة معتدلة واللاتي تحصلن على مساندة منخفضة من طرف الزوج وذلك فيما يخص الشعور بالتفاؤل وتبني استراتيجيات المواجهة الفعالة

2- عينة البحث وكيفية اختيارها

تم الاعتماد في اختيار عينة بحثنا على اسلوب العينة العرضية والتي تعني سحب عينة من مجتمع البحث عن طريق الصدفة ،فهي معاينة غير احتمالية و تواجه صعوبات اقل اثناء انتقاء العناصر (موريس انجرس , 2010)

وتضمنت العينة 60 امرأة تعاني من عقم اولي أو ثانوي واللاتي طبقنا عليهن المقاييس في شكل مقابلة. كما انها تميزت بالخصائص التالية:

2-1 خصائص عينة البحث من حيث نوع العقم

جدول رقم(2) : يوضح نوع العقم

نوع العقم	العدد	النسبة المئوية
عقم اولي	39	% 65
عقم ثانوي	21	% 35
المجموع	60	% 100

نلاحظ من خلال هذا الجدول ان نسبة النساء اللاتي تعاني من العقم الأولي أعلى من نسبة النساء اللاتي تعاني من عقم ثانوي وقد يرجع ذلك الى لجوء فئة ذوي العقم الاولي للاستشارة الطبية بكثرة لرغبتهن الملحة في الحمل وللتخلص من الضغوطات التي تمارس عليها من طرف المحيطين بها .في حين قد لا تشعر فئة ذوي العقم الثانوي بنفس الضغط لأنه سبق لها وان انجبت وذلك قبل او بعد اصابتها بالعقم.

2-2 خصائص عينة البحث من حيث مدة العقم

جدول رقم(3) : يوضح مدة العقم

مدة العقم	عدد الحالات	النسب المئوية
قصيرة تتراوح من 2 الى 3 سنوات	13	% 33,33
متوسطة تتراوح من 4 الى 6 سنوات	14	% 35,89
طويلة تتراوح من 7 سنوات الى ما فوق	12	% 30,76

نلاحظ من الجدول اعلاه ان نسبة النساء اللاتي تعاني من عقم أولي لمدة متوسطة , قصيرة أو طويلة هي متجانسة

2-3 خصائص عينة البحث من حيث مزاوله المهنة

جدول رقم(4) : يوضح مزاوله المهنة

النسبة المئوية	العدد	المهنة
43,34 %	26	تعمل
56,66 %	34	لا تعمل
100 %	60	المجموع

نلاحظ من خلال هذا الجدول ان نسبة النساء العقيمات اللاتي لا تعمل أعلى من نسبة النساء العقيمات اللاتي تعمل.

3- مكان اجراء البحث

الدراسة الميدانية لهذا البحث تمت على مستوى عيادة طب النساء والتوليد "ابراهيم غرافة" (Durondo) سابقا ,بباب الواد وذلك خلال السنة الجامعية 2014 / 2015

4- أدوات البحث

استخدمنا في هذا البحث ثلاث أدوات هي كالتالي:

4-1 مقياس الدعم الاجتماعي/العاطفي كما تدركه الزوجة من قبل الزوج

اعدت (Toylor,1974) مقياس الدعم الاجتماعي/العاطفي كما تدركه الزوجة من قبل الزوج ويتكون من 16 بندا يقيس ثمانية ابعاد.ويعد المقياس محاولة لتحديد الدرجة التي تشعر بها المرأة بالمساندة من قبل زوجها من خلال الابعاد التالية :المدح ,المساعدة ,الاعجاب بها ,التعاون معها ,الاستمتاع بمصاحبتها ,احترامها ,مشاركتها للمعلومات وتقبلها كما هي.

* طريقة التصحيح

المقياس متدرج من 11 نقطة (صفر - 10) ويمثل مجموع درجات الابعاد الثمانية درجة المساندة التي تتلقاها المرأة من قبل الزوج حيث تتراوح درجة كل بعد بين صفر و 60 والدرجة

الكلية بين صفر و 160 درجة. وكل بعد يقاس بواسطة بندين احدهما موجب الاتجاه والآخر سالب الاتجاه (الشناوي وعبد الرحمان, 1994, ص 115- 116)

* الخصائص السيكومترية للمقياس

لقد تم تحديد الخصائص السيكومترية للمقياس على النحو التالي:

- **صدق المقياس:** تم التأكد من صدق المقياس عن طريق حساب الارتباطات البينية لأبعاد المقياس والتي تراوحت بين (0,33- 0,76) وكلها دالة عند (0,01) بالإضافة الى ما تمتع به المقياس من الصدق الظاهري والصدق الذاتي

- **ثبات المقياس:** تم التأكد من ثبات المقياس عن طريق حساب معاملات ثبات المقياس والتي تراوحت بين (0,71 - 0,92) فيما عدا بعد التقبل فقد كان معامل ثباته (0, 68) ,مما يدل على ان المقياس يتمتع بدرجة مناسبة من الثبات

وفي بحثنا الحالي تم تقدير الخصائص السيكومترية للمقياس بعد تطبيقه على عينة استطلاعية متكونة من 30 امرأة مصابة بعقم اولي أو ثانوي فكان ما يلي:

- **بالنسبة لصدق المقياس:**اعتمدنا على صدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية حيث كانت النتائج كما هي موضحة في الجدول الاتي:

جدول رقم (5) : دلالة الفروق بين متوسطي درجات الفئة العليا والفئة الدنيا لمقياس الدعم الاجتماعي/العاطفي كما تدركه الزوجة من قبل الزوج

الفئات	العينة n	المتوسط الحسابي \bar{x}	الانحراف المعياري s	قيمة اختبار t	الدلالة الاحصائية
الفئة العليا	15	12,92	15,26	6,094	دالة احصائيا
الفئة الدنيا	15	93,73	17,01		

$t_{0,05:30} = 2,04$

يتضح من خلال الجدول انه يوجد فرق بين متوسط درجات الفئة العليا ($\bar{x} = 12,92$) و متوسط درجات الفئة الدنيا ($\bar{x}=93,73$) اذ قدرت قيمة اختبار t ب: (6,094) وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة ($t_{0,05:30}$) نجدها دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha:0,05$) ومنه فان المقياس قادر على التمييز بين أعلى الدرجات المتحصل عليها على المقياس وأدناها وبالتالي فهو صادق

- **ثبات المقياس:** تم تقديره باعتماد ثبات التباين بطريقة التجزئة النصفية ونظرا لتجانس تباين نصفي الاختبار طبقنا معادلة Spearman/Brown حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب بين درجات نصفي الاختبار ب 0,65 وتم تصحيحها بمعادلة تصحيح الطول Spearman/Brown وبهذا اصبح معامل ثبات كل اختبار يقدر ب 0,78

4-2 مقياس اساليب مواجهة احداث الحياة اليومية الضاغطة

أعد هذا المقياس (Leonardo.W.Poon) عام 1980 وقام علي عبد السلام علي بترجمته, يتكون من (30 عبارة) يطبق بصورة فردية او جماعية و يقيس ثلاث ابعاد:
أ- التفاعل الايجابي في مواجهة احداث الحياة اليومية الضاغطة

يرمز لهذا المقياس الفرعي بالرمز (ت ج) ويتكون من (13 عبارة) أرقامها : 1, 3, 4, 6, 7, 12, 13, 16, 17, 18, 23, 24, 27,

ب- التفاعل السلبي في مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة

يرمز لهذا المقياس الفرعي بالرمز (ت س) ويتكون من (7 عبارات) أرقامها : 11, 14, 19, 21, 26, 29, 30

ج- التصرفات السلوكية لمواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة:

يرمز لهذا المقياس الفرعي بالرمز (ص ك) ويتكون من (10 عبارات) أرقامها : 2, 5, 8, 9, 10, 15, 20, 22, 25, 28,

* طريقة التصحيح

تجيب المفحوصة على عبارات المقياس طبقاً للإجابات التالية: "تنطبق تماماً" و "تأخذ ثلاث درجات", "تنطبق الى حد ما" و "تأخذ درجتان", "لا تنطبق" و "تأخذ درجة واحدة".

* الخصائص السيكومترية للمقياس

حددت الخصائص السيكومترية للمقياس على النحو التالي:

- **الصدق**: تم التأكد من صدق المقياس عن طريق:

أ- **الصدق الظاهري**: والذي على أساسه تم ابقاء العبارات التي حصلت على نسبة اتفاق تصل الى (80%) من تقييم المحكمين

ب- **الصدق العاملي**: طبق المقياس على عينة قوامها (100) وأظهرت النتائج تشبع الأبعاد الثلاثة للمقياس على عامل واحد يستوعب (79,9% من التباين) مما يدل على ان درجة صدق المقياس مرتفعة.

- **ثبات المقياس**: تم التأكد من ثبات المقياس باستخدام معادلة الفا كرونباخ والتجزئة النصفية باستخدام معادلتى "سبيرمان/براون و جتمان وتراوحت معاملات ثبات المقياس

بين (0,79 - 0,86) مما يدل على ان المقياس يتمتع بدرجة مرتفعة من الثبات (علي عبد السلام, 2003, ص 19-25)

وفي بحثنا الحالي تم تقدير الخصائص السيكومترية للمقياس بعد تطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من 30 امرأة مصابة بعقم اولي أو ثانوي فكان ما يلي:

- **صدق المقياس:** اعتمدنا على صدق الاتساق الداخلي لكل بعد وذلك باستخدام معامل الارتباط (Pearson) فكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم(6) معامل الارتباط Pearson لكل بعد من ابعاد المقياس بالدرجة الكلية للمقياس

الابعاد	معامل الارتباط Pearson	الدالة الاحصائية
بعد المواجهة بالتفاعل الايجابي	0,39	دالة
المواجهة بالتفاعل السلبي	0,36	دالة
بعد المواجهة بالتصرفات السلوكية	0,56	دالة

يتضح من الجدول أن معاملات الارتباط لكل بعد دالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha:0,05$) وبذلك فان الابعاد الثلاثة تتمتع بخاصية الاتساق الداخلي ومنه فالمقياس يتميز بالصدق

- **ثبات المقياس :** اعتمدنا على ثبات الاتساق الداخلي بطريقة التباين بتطبيق معادلة ألفا كرونباخ والنتائج جاءت كما هي موضحة في الجدول الاتي:

جدول رقم (7) معامل ثبات ألفا كرونباخ لكل بعد من ابعاد المقياس

الابعاد	معامل الفا كرونباخ
بعد المواجهة بالتفاعل الايجابي	0,32
المواجهة بالتفاعل السلبي	0,76
بعد المواجهة بالتصرفات السلوكية	0,92

يتضح من الجدول أن الابعاد الثلاثة لمقياس اساليب مواجهة احداث الحياة اليومية الضاغطة تتميز بالثبات

3-4 مقياس التفاؤل

هو المقياس الفرعي الذي تضمنته القائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم من تأليف أحمد عبد الخالق (1996). و تشتمل القائمة على مقياسين فرعيين منفصلين: مقياس التفاؤل (15 بندا) ومقياس التشاؤم (15 بندا) ويجاب عن كل فقرة على أساس خمسة اختيارات. و وصل معامل ثبات ألفا كرونباخ إلى 0,93، 0,94 لمقياسي التفاؤل والتشاؤم على التوالي وهي كلها معاملات ثبات مرتفعة . كما انها تعتبر قائمة موجزة وسهلة التطبيق و تصلح للاستخدام مع اللراشدين.

* طريقة التصحيح

تجيب المفحوصة على عبارات المقياس طبقا للإجابات التالية : "لا" و تأخذ درجة واحدة , "قليلا" و تأخذ درجتان , "متوسط" و تأخذ ثلاث درجات , "كثيرا" و تأخذ اربع درجات , "كثيرا جدا" و تأخذ خمس درجات.

* الخصائص السيكومترية للمقياس

حددت الخصائص السيكومترية للمقياس على النحو التالي:

- صدق المقياس: تم التأكد من صدق المقياس بالطرق الاربعة الاتية :

حساب الارتباط بين المقياسين ومقياس التوجه نحو الحياة، الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية على المقياس الواحد، التحليل العاملي لبند المقياس و الارتباطات المتبادلة بين كل من المقياسين ومقاييس اخرى تقيس ابنية مختلفة وأخرى متشابهة .وقدر معامل الارتباط بين مقياسي التفاؤل والتشاؤم بـ 0,65 و بين التفاؤل واليأس 0,26 ،وبين التفاؤل والاكتئاب 0,54 في حين ارتبط مقياس التشاؤم باليأس 0,32 وبالاكتئاب 0,73

- **ثبات المقياس:** تم حساب الثبات عن طريق الاتساق الداخلي باستخدام معادلة الفا كرونباخ التي قدرت بـ 0,91 و 0,95 للمقياسين على التوالي مما يدل على ثبات مرتفع وفي بحثنا الحالي تم تقدير الخصائص السيكومترية للمقياس بعد تطبيقه على عينة استطلاعية متكونة من 30 امرأة مصابة بعقم اولي أو ثانوي فكان ما يلي:

- **بالنسبة لصدق المقياس:**اعتمدنا على صدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية حيث كانت النتائج كما هي موضحة في الجدول الاتي:

جدول رقم (8): دلالة الفروق بين متوسطي درجات الفئة العليا والفئة الدنيا لمقياس التفاؤل

الفئات	العينة n	المتوسط الحسابي \bar{x}	الانحراف المعياري s	قيمة اختبار t	الدلالة الاحصائية
الفئة العليا	15	67,47	7,15	7,93	دالة احصائيا
الفئة الدنيا	15	27,27	6,10		

$t_{(30 dl, 0,05: \alpha)} : 2,04$

يتضح من خلال الجدول انه يوجد فرق بين متوسط درجات الفئة العليا ($\bar{x}= 67,47$) و متوسط درجات الفئة الدنيا ($\bar{x}27,27$) اذ قدرت قيمة اختبار t بـ: (7,93) وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة $t_{(2,04)}$ نجد دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha:0,05$) وهذا يدل على ان المقياس يتميز بالصدق

- **ثبات المقياس:** اعتمدنا على ثبات الاتساق الداخلي بطريقة التباين بتطبيق معادلة ألفا كرونباخ يتضح أن معامل ثبات حيث قدر ألفا كرونباخ ب: 0,92 وهذا يدل على ان المقياس يتمتع بثبات عال جدا

5- الأساليب الإحصائية المعتمدة لتحليل نتائج البحث

تم تحليل بيانات هذا البحث باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- معامل الارتباط Pearson لتحديد معامل ثبات نصفي الاختبار بطريقة التجزئة النصفية
- معادلة سبيرمان/براون لحساب معامل ثبات كل الاختبار بطريقة التجزئة النصفية
- معادلة الفا كرونباخ لحساب معامل الثبات لمقاييس البحث
- إختبار F لتحليل التباين للتأكد من صحة الفرضية الأولى, الثانية والرابعة
- اختبار Scheffé للمقارنات المتعددة للكشف عن اتجاه دلالة الفروق لاختبار تحليل التباين
- إختبار t للفرق بين المتوسطات للتأكد من صحة الفرضية الثالثة, الخامسة والسادسة

خلاصة

تم التعرض في هذا الفصل الى المنهج المستعمل في البحث الحالي والمتمثل في المنهج الوصفي المقارن كما تطرقنا الى عينة البحث من حيث طريقة جمعها ,حجمها وخصائصها الى جانب جملة المقاييس المستخدمة والمتمثلة في : مقياس الدعم الاجتماعي /العاطفي كما تدركه الزوجة من قبل الزوج من اعداد (Tylor) والذي تم تحديد خصائصه السيكومترية عن طريق اعتماد الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية وذلك لحساب الصدق وقد تبين أنه صادق أما فيما يخص الثبات فقد اعتمدنا على ثبات التباين بطريقة التجزئة النصفية وقد تبين انه ثابت .

كما تم استخدام مقياس اساليب مواجهة احداث الحياة اليومية الضاغطة من اعداد (Poon,L.W) تم تحديد خصائصه السيكومترية عن طريق اعتماد صدق الاتساق الداخلي لكل بعد من ابعاد المقياس وقد تبين انه صادق اما الثبات فقد اعتمدنا في حسابه على ثبات الاتساق الداخلي بطريقة التباين وأكدت النتائج على انه ثابت

اما مقياس التفاؤل من اعداد "عبد الخالق" تم تحديد خصائصه السيكومترية عن طريق اعتماد الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية لحساب الصدق وقد تبين انه صادق اما الثبات فقد اعتمدنا في حسابه على ثبات الاتساق الداخلي بطريقة التباين وقد أكدت النتائج على انه ثابت وكل هذه الاجراءات اتخذت من اجل اجراء التطبيق في الميدان وتحليل بياناته منهجيا.

الفصل السابع

عرض ومناقشة نتائج البحث

تمهيد

بعد تطبيق المقاييس وتصحيحها قمنا بفرز المعطيات وتجميعها في جداول احصائية، لتحليلها بالأساليب الاحصائية المناسبة، وذلك بغرض التحقق من صدق فرضيات البحث، إذ تمثلت نتائج المعالجة الاحصائية فيما يلي :

أولاً: عرض و مناقشة نتائج البحث

في سبيل التأكد من مدى صدق فرضية البحث طبقنا مقياس مواجهة احداث اليومية الضاغطة وقمنا بفرز معطيات الميدان في جداول خاصة وتحليل نتائج الميدان بالأساليب الاحصائية المناسبة وتمثل عرض ومناقشة نتائج فرضيات بحثنا على النحو التالي:

1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الاولى

يوجد اختلاف بين النساء العقيمات اللواتي تلقين المساندة من طرف الزوج بمستوياتها (منخفضة، معتدلة، مرتفعة) وذلك فيما يخص تبني استراتيجيات المواجهة بإبعاها (التفاعل الايجابي، التفاعل السلبي، التصرفات السلوكية)

1-1 يوجد اختلاف بين النساء العقيمات اللواتي تلقين المساندة من طرف الزوج بمستوياتها (منخفضة، معتدلة، مرتفعة) وذلك فيما يخص استراتيجية التفاعل الايجابي

للتحقق من صدق هذه الفرضية عالجانها احصائيا بتطبيق اختبار F لتحليل للتباين للمقارنة بين متوسط درجات النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة منخفضة واللواتي تلقين مساندة معتدلة واللواتي تلقين مساندة مرتفعة من ازواجهن فيما يخص المواجهة بالتفاعل الايجابي وتمثلت النتائج فيما يلي:

جدول رقم (09) : دلالة الفروق بين متوسطي درجات المواجهة بالتفاعل الايجابي بدلالة درجة الشعور بمساعدة الزوج

الدلالة الاحصائية	F	MS	dl	SS	مصدر التباين	قيمة اختبار Hartley للتجانس
غير دالة	4,074	46,69	2	93,39	بين المجموعات	1,706
		11,46	57	653,35	داخل المجموعات	
			59	746,74	التباين الكلي	دالة عند $\alpha:0,005$ $F_o = 4, 16$

$$F (\alpha : 0,05 ; dl : 2 , 57) : 3,15$$

يتضح من خلال الجدول ان الفرق بين متوسط درجات المواجهة بالتفاعل الايجابي الذي تبنته النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة مرتفعة من طرف ازواجهن والذي قدر بـ ($\bar{x}_1=34$) ومتوسط درجات المواجهة بالتفاعل الايجابي الذي تبنته النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة معتدلة من طرف ازواجهن والذي قدر بـ ($\bar{x}_2=31,70$) و متوسط درجات المواجهة بالتفاعل الايجابي الذي تبنته النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة منخفضة من طرف ازواجهن والذي قدر بـ ($\bar{x}_3=30,85$) دال احصائيا عند مستوى دلالة ($\alpha:0,05$) اذ قدرت قيمة F بـ (4,074) وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة ($F_o= 4,16$) نجدها دالة احصائيا أي أن الفرق حقيقية . و للتأكد من طبيعة هذه الفروق والى أي مجموعة ترجع قمنا بتطبيق اختبار Scheffé للمقارنات المتعددة بين المتوسطات وتمثلت النتائج فيما يلي:

**جدول رقم (10): نتائج اختبار Scheffé للمقارنات المتعددة بين متوسطات درجات
المواجهة بالتفاعل الايجابي**

المقارنة بين المتوسطات	الفرق بين المتوسطات	قيمة الفرق	CD _s	الدلالة الاحصائية
$\bar{X}_1 - \bar{X}_2$	34 - 31,70	2,3	2,2	دالة
$\bar{X}_1 - \bar{X}_3$	34 - 30,85	3,15	2,94	دالة
$\bar{X}_2 - \bar{X}_3$	31,70 - 30,85	0,85	2,68	غير دالة

نلاحظ من خلال نتائج اختبار Scheffé ان :

* الفرق بين متوسط درجات الواجهة بالتفاعل الايجابي الذي تبنته النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة مرتفعة من طرف ازواجهن ($\bar{X}_1=34$) ومتوسط درجات الواجهة بالتفاعل الايجابي الذي تبنته النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة معتدلة من طرف ازواجهن ($\bar{X}_2=31,70$) دال احصائيا وهذا يؤكد وجود اختلاف بينهما .

* الفرق بين متوسط درجات الواجهة بالتفاعل الايجابي الذي تبنته النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة مرتفعة من طرف ازواجهن ($\bar{X}_1= 34$) ومتوسط درجات الواجهة بالتفاعل الايجابي الذي تبنته النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة منخفضة من طرف ازواجهن ($\bar{X}_3=30,85$) دال احصائيا. وهذا يؤكد وجود اختلاف بينهما

* الفرق بين ومتوسط درجات الواجهة بالتفاعل الايجابي الذي تبنته النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة معتدلة من طرف ازواجهن ($\bar{X}_2=31,70$) ومتوسط درجات الواجهة بالتفاعل الايجابي الذي تبنته النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة منخفضة من طرف ازواجهن ($\bar{X}_3=30,85$) غير دال احصائيا مما يدل على عدم وجود اختلاف بينهما

وهذا يعني ان النساء اللواتي تلقين مساندة مرتفعة من طرف أزواجهن تملن أكثر إلى تبني استراتيجيات التفاعل الايجابي.

1-2 يوجد اختلاف بين النساء العقيمات اللواتي تلقين المساندة من طرف الزوج بمستوياتها (منخفضة, معتدلة, مرتفعة) وذلك فيما يخص استراتيجية التفاعل السلبي

كي نتحقق من صدق هذه الفرضية عالجانها احصائيا بتطبيق اختبار F لتحليل التباين للمقارنة بين متوسط درجات النساء العقيمات اللاتي تلقين مساندة منخفضة و اللاتي تلقين مساندة معتدلة و اللاتي تلقين مساندة مرتفعة من أزواجهن فيما يخص المواجهة بالتفاعل السلبي وتمثلت النتائج فيما يلي:

جدول رقم (11) : دلالة الفرق بين متوسطي درجات المواجهة بالتفاعل السلبي بدلالة

درجة الشعور بمساندة الزوج

الدلالة الاحصائية	F	MS	dl	SS	مصدر التباين	قيمة اختبار Hartley للتجانس
دالة	4,96	9,30	2	530,49	بين المجموعات	2,48
		46,22	57	92,45	داخل المجموعات	
			59	622,94	التباين الكلي	دالة عند $\alpha:0,05$ $F_{0}= 4,16$

$F (\alpha : 0,05 , dl : 2 , 57) : 3,15$

يتضح لنا من خلال الجدول ان الفرق بين متوسط درجات المواجهة بالتفاعل السلبي الذي تبنته النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة مرتفعة من طرف أزواجهن والذي قدر بـ $(\bar{x}_1=15,31)$ ومتوسط درجات المواجهة بالتفاعل السلبي الذي تبنته النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة معتدلة من طرف أزواجهن والذي قدر بـ $(\bar{x}_2=17,88)$ و متوسط درجات المواجهة بالتفاعل

السلبى الذي تبنته النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة منخفضة من طرف أزواجهن والذي قدر بـ $(\bar{X}_3=18,14)$ دال احصائيا عند مستوى دلالة $\alpha:0,05$ اذ قدرت قيمة F بـ $(4,96)$ وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة $(F_0= 4,16)$ نجد دالة إحصائية أي أن الفرق حقيقية . و للتأكد من طبيعة هذه الفرق وإلى أي مجموعة ترجع قمنا بتطبيق اختبار Scheffé للمقارنات المتعددة بين المتوسطات وتمثلت النتائج فيما يلي:

جدول رقم (12) :نتائج اختبار Scheffé للمقارنات المتعددة بين متوسطات درجات

المواجهة بالتفاعل السلبى

المقارنة بين المتوسطات	الفرق بين المتوسطات	قيمة الفرق	CD _s	الدالة الاحصائية
$\bar{X}_3 - \bar{X}_1$	18,14 – 15,31	2,83	2,65	دالة
$\bar{X}_3 - \bar{X}_2$	18,14 – 17,88	0,26	2,42	غير دالة
$\bar{X}_2 - \bar{X}_1$	17,88 – 15,31	2,57	2,57	دالة

نلاحظ من خلال نتائج اختبار Scheffé ان :

*الفرق بين متوسط درجات المواجهة بالتفاعل السلبى الذي تبنته النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة منخفضة من طرف أزواجهن $(\bar{X}_3=18,14)$ ومتوسط درجات المواجهة بالتفاعل السلبى الذي تبنته النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة مرتفعة من طرف أزواجهن $(\bar{X}_1=15,31)$ دال احصائيا وهذا يؤكد وجود اختلاف بينهما .

*الفرق بين متوسط درجات المواجهة بالتفاعل السلبى الذي تبنته النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة منخفضة من طرف أزواجهن $(\bar{X}_3= 18,14)$ ومتوسط درجات المواجهة بالتفاعل السلبى الذي تبنته النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة معتدلة من طرف أزواجهن $(\bar{X}_2=17,88)$ غير دال احصائيا. مما يدل على عدم وجود اختلاف بينهما

*الفرق بين متوسط درجات المواجهة بالتفاعل السلبي الذي تبنته النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة معتدلة من طرف أزواجهن ($\bar{X}_2 = 17,88$) ومتوسط درجات المواجهة بالتفاعل السلبي الذي تبنته النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة مرتفعة من طرف أزواجهن ($\bar{X}_1 = 15,31$) دال احصائيا وهذا يؤكد وجود اختلاف بينهما. وهذا يعني ان النساء اللواتي تلقين مساندة منخفضة من طرف أزواجهن تملن أكثر إلى تبني استراتيجيات المواجهة بالتفاعل السلبي.

1-3 يوجد اختلاف بين النساء العقيمات اللواتي تلقين المساندة من طرف الزوج بمستوياتها (منخفضة, معتدلة, مرتفعة) وذلك فيما يخص استراتيجية التصرف السلوكي

للتحقق من صدق هذه الفرضية عالجاها احصائيا بتطبيق اختبار F للتباين للمقارنة بين متوسط درجات النساء العقيمات اللاتي تلقين مساندة منخفضة واللاتي تلقين مساندة معتدلة و اللاتي تلقين مساندة مرتفعة من أزواجهن فيما يخص المواجهة بالتفاعل السلبي وتمثلت النتائج فيما يلي:

جدول رقم (13): دلالة الفروق بين متوسطي درجات المواجهة بالتصرف السلوكي بدلالة درجة الشعور بمساندة الزوج

الدالة الاحصائية	F	MS	dl	SS	مصدر التباين	قيمة اختبار Hartley التجانس
		15,31	2	30,62	بين المجموعات	1,711
غير دالة	1,842	8,31	57	473,78	داخل المجموعات	دالة عند $\alpha : 0,05$ $F_0 = 2,46$
			59	504,40	التباين الكلي	

$F (\alpha : 0,05 , dl : 2 , 57) : 3,15$

يتضح من خلال الجدول انه لا يوجد فرق دال احصائيا بين النساء اللواتي تلقين المساندة من طرف الزوج بمستوياتها (منخفضة, معتدلة, مرتفعة) وذلك فيما يخص تبني استراتيجيات

المواجهة بالتصرف السلوكي اذ قدرت قيمة F بـ (1,842) وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة ($F_0 = 4,16$) اتضح لنا عدم وجود فروق دالة احصائيا. مما يدل على انه مهما كان مستوى تلقي المساندة من طرف الزوج فان النساء العقيمات تلجأ إلى تبني المواجهة بالتصرف السلوكي هذا يعني وجود اختلاف لصالح النساء اللواتي تلقين مساندة مرتفعة وذلك فيما يخص المواجهة بالتفاعل الايجابي وهو ما يعكس صدق فرضيتنا

2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية

يوجد اختلاف بين النساء العقيمات اللواتي تلقين المساندة من طرف الزوج بمستوياتها (منخفضة, معتدلة, مرتفعة) وذلك فيما يخص درجة شعورهن بالتفاؤل حتى نتحقق من صدق هذه الفرضية عالجاها احصائيا بتطبيق اختبار F لتحليل للتباين للمقارنة بين متوسط درجات النساء المصابة بالعقم واللاتي تلقين مساندة منخفضة واللواتي تلقين مساندة معتدلة واللواتي تلقين مساندة مرتفعة من ازواجهن وذلك فيما يخص اجابتهن على مقياس التفاؤل وتمثلت النتائج فيما يلي:

جدول رقم(14) دلالة الفروق بين متوسطي درجات التفاؤل بدلالة الشعور بمساندة الزوج

الاحصائية	F	MS	dl	SS	مصدر التباين	قيمة اختبار Hartley للتجانس
دالة	6,74	502,9	2	1005,8	بين المجموعات	1,719
		74,58	57	42,51	داخل المجموعات	
			59	1048,31	التباين الكلي	دالة عند $\alpha : 0,05$ $F_0 = 4,16$

$$F (\alpha : 0,05 , dl : 2 , 57) : 3,15$$

يتضح لنا من خلال الجدول ان الفرق بين متوسط درجات الشعور بالتفاؤل لدى النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة مرتفعة من طرف ازواجهن والذي قدر بـ ($\bar{x}_1 = 65,26$) ومتوسط

درجات الشعور بالتفاؤل لدى النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة معتدلة من طرف أزواجهن والذي قدر بـ $(\bar{x}_2=55,92)$ و متوسط درجات الشعور بالتفاؤل لدى النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة منخفضة من طرف أزواجهن والذي قدر بـ $(\bar{x}_3=58)$ دال احصائيا عند مستوى دلالة $(\alpha:0,05)$ اذ قدرت قيمة F بـ $(6,74)$ وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة $(F_0= 4,16)$ نجد دالة إحصائية أي أن الفرق حقيقية .

وللتأكد من طبيعة هذه الفروق والى أي مجموعة ترجع قمنا بتطبيق اختبار Scheffé للمقارنات المتعددة بين المتوسطات. وتمثلت النتائج فيما يلي:

جدول رقم (15) نتائج اختبار Scheffé للمقارنات المتعددة بين متوسطات درجات التفاؤل

المقارنة بين المتوسطات	الفرق بين المتوسطات	قيمة الفرق	CD_s	الدلالة الاحصائية
$\bar{X}_1 - \bar{X}_3$	65,26 – 58	7,26	7,1	دالة
$\bar{X}_1 - \bar{X}_2$	65,26 – 55,92	9,34	6,1	دالة
$\bar{X}_3 - \bar{X}_2$	58 – 55,92	2,08	6,85	غير دالة

نلاحظ من خلال نتائج اختبار Scheffé ان :

*الفرق بين متوسط درجات الشعور بالتفاؤل لدى النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة مرتفعة من طرف أزواجهن $(\bar{X}_1=65,26)$ ومتوسط درجات الشعور بالتفاؤل لدى النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة منخفضة من طرف أزواجهن $(\bar{X}_3=58)$ دال احصائيا وهذا يؤكد وجود اختلاف بينهما .

*الفرق بين متوسط درجات الشعور بالتفاؤل لدى النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة مرتفعة من طرف أزواجهن $(\bar{X}_1= 65,26)$ ومتوسط درجات الشعور بالتفاؤل لدى النساء العقيمات

اللواتي تلقين مساندة معتدلة من طرف أزواجهن ($\bar{X}_2 = 55,92$) دال احصائيا. مما يدل وجود اختلاف بينهما

*الفرق بين متوسط درجات الشعور بالتقاول لدى النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة منخفضة من طرف أزواجهن ($\bar{X}_3 = 58$) ومتوسط درجات الشعور بالتقاول لدى النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة معتدلة من طرف أزواجهن ($\bar{X}_2 = 55,92$) غير دال احصائيا وهذا ينفي وجود اختلاف بينهما

مما يعني ان النساء اللواتي تلقين مساندة مرتفعة من طرف أزواجهن تملن الى التقاول اكثر من الاخريات وهو ما يعكس تحقق فرضيتنا

3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة

يوجد اختلاف في كل من درجة المساندة المقدمة من طرف الزوج ,درجة تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها و درجة الشعور بالتقاول بين النساء العقيمات عقم أولي و العقيمات عقم ثانوي

3-1 يوجد اختلاف في درجة المساندة المقدمة من طرف الزوج بين النساء العقيمات عقم أولي و العقيمات عقم ثانوي

وللتحقق من صدق هذه الفرضية عولجت احصائيا بتطبيق اختبار t لدلالة الفرق بين متوسطين ونظرا لعدم تساوي حجم العينة النساء المصابة بالعقم الاولي ($n_1 = 39$) والنساء المصابة بالعقم الثانوي ($n_2 = 21$) قمنا بتحديد مدى وجود تجانس بينهما بتطبيق اختبار F للتجانس والذي قدرت قيمته ب: ($F = 1,031$) وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة ($F_0 = 1, 84$) نجد دالة مما يدل على عدم وجود تجانس بين المجموعتين لذلك طبقنا قانون اختبار t لعينتين غير متساويتين في الحجم وغير وتمثلت نتائجه كما هي موضحة في الجدول ادناه:

جدول رقم (16) دلالة الفروق بين متوسطي درجات مساندة الزوج بدلالة نوع العقم

نوع العقم	عدد العينة n	المتوسط الحسابي \bar{x}	الانحراف المعياري s	قيمة اختبار t	الدلالة الاحصائية
اولي	39	113,25	23	0,735	غير دالة
ثانوي	21	108,80	3,66		

to : (dl: 58, $\alpha:0,05$) : 1,984

يتضح من خلال الجدول انه لا يوجد فرق دال احصائيا بين النساء اللواتي تلقين المساندة من طرف الزوج بمستوياتها (منخفضة , معتدلة , مرتفعة) بدلالة نوع العقم (اولي , ثانوي) اذ قدرت قيمة t بـ (0,735) وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة ($t_0 = 1,984$) اتضح لنا عدم وجود فروق دالة احصائيا . مما يدل على انه مهما كان مستوى تلقي المساندة من طرف الزوج ومهما اختلف نوع العقم فان تأثيره يبقى نفسه . وبالتالي لم تتحقق فرضيتنا

3-2 يوجد اختلاف في درجة تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها بين النساء العقيمات عقم أولي و العقيمات عقم ثانوي

للتحقق من صدق هذه الفرضية عالجنها احصائيا بتطبيق اختبار t لدلالة الفرق بين متوسطين ونظرا لعدم تساوي حجم العينة : النساء المصابة بالعقم الاولي ($n_1 = 39$) والنساء المصابة بالعقم الثانوي ($n_2 = 21$) قمنا بتحديد مدى وجود تجانس بينهما بتطبيق اختبار F للتجانس والذي قدرت قيمته بـ: ($F = 1,319$) وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة ($F_0 = 1,84$) نجدها دالة مما يدل على عدم وجود تجانس بين المجموعتين لذلك طبقنا قانون اختبار t لعينتين غير متساويتين في الحجم وغير متجانستين وتمثلت نتائجه كما هي موضحة في الجدول ادناه:

جدول رقم (17) دلالة الفروق بين متوسطي درجات المواجهة بدلالة نوع العقم

نوع العقم	عدد العينة n	المتوسط الحسابي \bar{X}	الانحراف المعياري S	قيمة اختبار t	الدلالة الاحصائية
اولي	39	71,89	6,70	1,076	غير دالة
ثانوي	21	73,71	5,84		

to : (dl: 58, α :0,05) 1,984

يتضح من خلال الجدول انه لا يوجد فرق دال احصائيا في تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها (التفاعل الايجابي, التفاعل السلبي, التصرفات السلوكية) بدلالة نوع العقم (اولي, ثانوي) اذ قدرت قيمة t بـ (1,076) وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة ($t_0 = 1,984$) اتضح لنا عدم وجود فروق دالة احصائيا. مما يدل على ان تبني استراتيجيات المواجهة لا يتأثر بنوع العقم وبالتالي لم تتحقق فرضيتنا

3-3 يوجد اختلاف في درجة الشعور بالتفاوتل بين النساء العقيمات عقم أولي و العقيمات عقم ثانوي

وللتحقق من صدق هذه الفرضية عولجت احصائيا بتطبيق اختبار t لدلالة الفرق بين متوسطين ونظرا لعدم تساوي حجم العينة النساء المصابة بالعقم الاولي ($n_1 = 39$) والنساء المصابة بالعقم الثانوي ($n_2 = 21$) قمنا بتحديد مدى وجود تجانس بينهما بتطبيق اختبار F للتجانس والذي قدرت قيمته بـ: ($F = 1,57$) وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة ($F_0 = 1,79$) نجدها دالة مما يدل على عدم وجود تجانس بين المجموعتين لذلك طبقنا قانون اختبار t لعينتين غير متساويتين في الحجم وغير وتمثلت نتائجه كما هي موضحة في الجدول الاتي:

جدول رقم (18) دلالة الفروق بين متوسطي درجات التفاؤل بدلالة نوع العقم

نوع العقم	عدد العينة n	المتوسط الحسابي \bar{x}	الانحراف المعياري s	قيمة اختبار t	الدلالة الاحصائية
اولي	39	59,41	8,50	0,142	غير دالة
ثانوي	21	59,76	10,67		

to : ($\alpha:0,05$, dl: 58) : 1,984

يتضح من خلال الجدول انه لا يوجد فرق دال احصائيا الشعور بالتفاؤل بدلالة نوع العقم (اولي , ثانوي) اذ قدرت قيمة t ب(0,142) وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة ($t_0 = 1,984$) اتضح لنا عدم وجود فروق دالة احصائيا . مما يدل على ان شعور العقيمت بالتفاؤل لا يتأثر بنوع العقم وبالتالي لم تتحقق فرضيتنا

4- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة

يوجد اختلاف في كل من درجة المساندة المقدمة من طرف الزوج ,درجة تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها ودرجة الشعور بالتفاؤل بين النساء العقيمت لمدة قصيرة والعقيمت لمدة متوسطة والعقيمت لمدة طويلة

4-1 يوجد اختلاف في درجة المساندة المقدمة من طرف الزوج بين النساء العقيمت لمدة قصيرة والعقيمت لمدة متوسطة والعقيمت لمدة طويلة

حتى نتحقق من صدق هذه الفرضية عالجانها احصائيا بتطبيق اختبار F لتحليل للتباين للمقارنة بين متوسط درجات النساء المصابة بالعقم واللاتي تلقين مساندة من طرف الزوج بمستوياتها(منخفضة ,معتدلة,مرتفعة) وذلك فيما يخص مدة العقم وتمثلت النتائج فيما يلي:

جدول رقم (19) دلالة الفروق بين متوسطي درجات المساندة بدلالة مدة العقم

الدالة الاحصائية	F	MS	dl	SS	مصدر التباين	قيمة اختبار Hartley لتجانس
غير دالة	0,898	478,12	2	956,25	بين المجموعات	1,91
		532,31	36	19163,19	داخل المجموعات	
			38	20119,44	التباين الكلي	دالة عند $\alpha : 0,05$ $F_{0,4,85}$

$$F (\alpha : 0,05 , dl : 2 , 36) : 3,23$$

يتضح من خلال الجدول انه لا يوجد فرق دال احصائيا بين النساء اللواتي تلقين المساندة من طرف الزوج بمستوياتها (منخفضة, معتدلة, مرتفعة) وذلك فيما يخص مدة العقم (مدة قصيرة, متوسطة, طويلة) اذ قدرت قيمة F بـ (0,898) وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة ($F_{0,4,85}$) اتضح لنا عدم وجود فروق دالة احصائيا . مما يدل على عدم تحقق الفرضية

4-2 يوجد اختلاف في درجة تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها بين النساء العقيمات لمدة قصيرة والعقيمات لمدة متوسطة والعقيمات لمدة طويلة

حتى نتحقق من صدق هذه الفرضية عالجنها احصائيا بتطبيق اختبار F لتحليل للتباين للمقارنة بين متوسط درجات المواجهة بأبعادها وذلك فيما يخص مدة العقم وتمثلت النتائج فيما يلي:

جدول رقم (20) دلالة الفروق بين متوسطي درجات المواجهة بدلالة مدة العقم

الدلالة الاحصائية	F	MS	dl	SS	مصدر التباين	قيمة اختبار Hartley لتجانس
غير دالة	0,388	19,19	2	38,38	بين المجموعات	1,55
		49,40	36	1778,7	داخل المجموعات	
			38	1817,08	التباين الكلي	دالة عند $\alpha : 0,05$ $F_{0,16}$

$$F (\alpha : 0,05 , dl : 2 , 36) : 3,23$$

يتضح من خلال الجدول انه لا يوجد فرق دال احصائيا في تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها (التفاعل الايجابي, التفاعل السلبي, التصرفات السلوكية) وذلك فيما يخص مدة العقم (مدة قصيرة ,متوسطة ,طويلة) اذ قدرت قيمة F بـ (0,388) وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة ($F_{0,16}$) اتضح لنا عدم وجود فروق دالة احصائيا . مما يدل على عدم تحقق الفرضية

3-4 يوجد اختلاف في درجة الشعور بالتفاؤل بين النساء العقيمات لمدة قصيرة

والعقيمات لمدة متوسطة والعقيمات لمدة طويلة

حتى نتحقق من صدق هذه الفرضية عالجانها احصائيا بتطبيق اختبار F لتحليل للتباين للمقارنة بين متوسط درجات التفاؤل وذلك فيما يخص مدة العقم وتمثلت النتائج فيما يلي:

جدول رقم(21) دلالة الفروق بين متوسطي درجات المواجهة بدلالة مدة العقم

الدلالة الاحصائية	F	MS	dl	SS	مصدر التباين	قيمة اختبار Hartley لتجانس
غير دالة	0,375	40,36	2	80,72	بين المجموعات	1,37
		107,45	36	3868,36	داخل المجموعات	
			38	3949,08	التباين الكلي	دالة عند $\alpha : 0,05$ $F_{0=4,16}$

$$F (\alpha : 0,05 : dl, 2 : 36) : 3,23$$

يتضح من خلال الجدول انه لا يوجد فرق دال احصائيا في الميل الى التفاؤل وذلك فيما يخص مدة العقم (مدة قصيرة ,متوسطة ,طويلة) اذ قدرت قيمة F بـ (0,375) وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة ($F_{0=4,16}$) اتضح لنا عدم وجود فروق دالة احصائيا . مما يدل على عدم تحقق الفرضية

5- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة

يوجد اختلاف في كل من درجة المساندة المقدمة من طرف الزوج ,درجة تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها ودرجة الشعور بالتفاؤل بين النساء العقيمات اللاتي تزاول مهنة و العقيمات اللاتي لا تزاول مهنة

5-1 يوجد اختلاف في درجة المساندة المقدمة من طرف الزوج بين النساء العقيمات اللاتي

تزاول مهنة و العقيمات اللاتي لا تزاول مهنة

وللتحقق من صدق هذه الفرضية عولجت احصائيا بتطبيق اختبار t لدلالة الفرق بين متوسطين ونظرا لعدم تساوي حجم العينة : النساء العقيمات اللاتي تعمل ($n_1= 26$) والنساء

المصابة اللاتي لا تعمل ($n_2 = 34$) قمنا بتحديد مدى وجود تجانس بينهما بتطبيق اختبار F للتجانس والذي قدرت قيمته بـ ($F = 1,09$) وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة ($F_0 = 1,824$) نجد أنها دالة مما يدل على وجود تجانس بين المجموعتين لذلك طبقنا قانون اختبار t لعينتين غير متساويتين في الحجم وغير متجانستين وتمثلت نتائجه كما هي موضحة في الجدول ادناه:

جدول رقم (22) دلالة الفروق بين متوسطي درجات المساندة بدلالة المهنة

المهنة	عدد العينة n	المتوسط الحسابي \bar{x}	الانحراف المعياري s	قيمة اختبار t	الدلالة الاحصائية
تعمل	26	113,61	23,15	0,576	غير دالة
لا تعمل	34	110,23	22,08		

to : ($\alpha:0,05$, dl: 58) : 1,984

يتضح من خلال الجدول انه لا يوجد فرق دال احصائيا بين النساء اللواتي تلقين المساندة من طرف الزوج بمستوياتها (منخفضة , معتدلة , مرتفعة) بدلالة المهنة اذ قدرت قيمة t بـ ($0,576$) وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة ($t_0 = 1,984$) اتضح لنا عدم وجود فروق دالة احصائيا . مما يدل على ان مما يدل على انه لا يوجد اختلاف بين النساء العقيمات التي تعمل والتي لا تعمل فيما يخص مستوى المساندة التي تتحصل عليها من طرف ازواجهن مما يدل على عدم تحقق الفرضية

2-5 يوجد اختلاف في درجة تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها بين النساء العقيمات اللاتي تزاول مهنة و العقيمات اللاتي لا تزاول مهنة

وللتحقق من صدق هذه الفرضية عولجت احصائيا بتطبيق اختبار t لدلالة الفرق بين متوسطين ونظرا لعدم تساوي حجم العينة : النساء العقيمات اللاتي تعمل ($n_1 = 26$) والنساء المصابة اللاتي لا تعمل ($n_2 = 34$)

قمنا بتحديد مدى وجود تجانس بينهما بتطبيق اختبار F للتجانس والذي قدرت قيمته بـ ($F = 1,06$) وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة ($F_0 = 1,824$) نجد دالة مما يدل على وجود تجانس بين المجموعتين لذلك طبقنا قانون اختبار t لعينتين غير متساويتين في الحجم وغير متجانستين وتمثلت نتائجه كما هي موضحة في الجدول ادناه:

جدول رقم (23) دلالة الفروق بين متوسطي درجات المواجهة بدلالة المهنة

المهنة	عدد العينة n	المتوسط الحسابي \bar{x}	الانحراف المعياري s	قيمة اختبار t	الدلالة الاحصائية
تعمل	26	72,03	6,61	0,292	غير دالة
لا تعمل	34	72,55	6,82		

to : (dl: 58, $\alpha:0,05$) : 1,984

يتضح من خلال الجدول انه لا يوجد فرق دال احصائيا في تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها (التفاعل الايجابي, التفاعل السلبي, التصرفات السلوكية) بدلالة المهنة اذ قدرت قيمة t بـ (0,292) وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة ($t_0 = 1,984$) اتضح لنا عدم وجود فروق دالة احصائيا . يدل هذا على انه لا يوجد اختلاف بين النساء العقيمات التي تعمل والتي لا تعمل فيما يخص تبني استراتيجيات المواجهة مما يدل على عدم تحقق الفرضية

3-5 يوجد اختلاف في درجة الشعور بالتفاوت بين النساء العقيمات اللاتي تزاول مهنة و العقيمات اللاتي لا تزاول مهنة

للتحقق من صدق هذه الفرضية عالجانها احصائيا بتطبيق اختبار t لدلالة الفرق بين متوسطين ونظرا لعدم تساوي حجم العينة : النساء العقيمات اللاتي تعمل ($n_1 = 26$) والنساء المصابة اللاتي لا تعمل ($n_2 = 34$) قمنا بتحديد مدى وجود تجانس بينهما بتطبيق اختبار F للتجانس والذي قدرت قيمته بـ ($F = 1,311$) وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة ($F_0 = 1,892$)

نجدها دالة مما يدل على وجود تجانس بين المجموعتين لذلك طبقنا قانون اختبار t لعينتين غير متساويتين في الحجم وغير متجانستين وتمثلت نتائجه كما هي موضحة في الجدول ادناه:

جدول رقم (24) دلالة الفروق بين متوسطي درجات التفاؤل بدلالة المهنة

المهنة	عدد العينة n	المتوسط الحسابي \bar{x}	الانحراف المعياري s	قيمة اختبار t	الدلالة الاحصائية
تعمل	26	60,23	8,74	0,609	غير دالة
لا تعمل	34	58,70	10,01		

to : (dl: 58, $\alpha:0,05$) : 1,984

يتضح من خلال الجدول انه لا يوجد فرق دال احصائيا الشعور بالتفاؤل بدلالة المهنة اذ قدرت قيمة t بـ (0,609) وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة ($t_0 = 1,984$) اتضح لنا عدم وجود فروق دالة احصائيا. مما يدل على انه لا يوجد اختلاف فيما يخص الشعور بالتفاؤل بين النساء العقيمات التي تعمل والتي لا تعمل

ثانياً: تفسير نتائج البحث

بعد التطرق لإجراءات بحثنا الميدانية وعرض نتائج الفروض بالتفصيل نناقش فيما يلي دلالات النتائج التي كشف عنها البحث الحالي ونفسرها على ضوء ما توفر لدينا من نتائج دراسات سابقة ومقارنتها بنتائج بحثنا هذا.

1- فيما يخص المواجهة و المساندة

من المتعارف عليه نظرياً أن مساندة الزوج تؤثر في نفسية المرأة وعلى الكيفية التي تواجه بها المشكلات الصحية. وهذا ما كشفه لنا التحليل الاحصائي لنتائج فرضية بحثنا الاولى حيث تبين أن النساء اللواتي تلقين مساندة مرتفعة من طرف الزوج تملن أكثر إلى تبني المواجهة بالتفاعل الايجابي.

وبالرجوع الى التراث السيكولوجي تأتي نتيجة فرضية بحثنا الاولى موافقة لنتائج بعض الدراسات حيث:

وجد (Brown et Harris) من خلال دراسة قام بها على نساء (Camberwell) ممن تعرضن لأحداث خطيرة و حظيت بمساندة ازواجهن حيث وجد نسبة الاكتئاب لديهن أقل بعشر مرات مما هي عليه عند النساء اللواتي عاشت احداث مشابهة و لم تحظى بمساندة الزوج .
(Brown .G & Harris. T, 1978)

هذه الدراسة تتفق ايضاً مع ما توصل (Cutrona & al) إلى أن المساندة الاجتماعية تعد عاملاً جوهرياً للحالة الصحية الجسمية ، وأن الصحة النفسية ترتبط بالتفاعل بين الضغوط والمساندة الاجتماعية (محمد الشناوي ومحمد عبد الرحمن، 1994، ص 62)

وفي نفس السياق توصلت دراسات أخرى الى نتائج مشابهة حيث خلصت الى إن الاكتئاب ما بعد الولادة هو مرتبط بغياب مساندة الزوج .(Leavy. R.L, 1983)

و تبين ايضاً ان النساء اللواتي تعاني من اكتئاب وتحظى بمساندة الزوج , محاولة الانتحار لديهن هي اقل مما هي عليه عند النساء اللاتي لا تحظى بمساندة الزوج كما وجد ان النساء

الخاضعة للاستشفاء تتعافى بشكل أسرع إذا كان لديهم زوج يساندهم (P. Surtees, 1980)

وفي هذا السياق تأتي فكرة (Sharon & Kassin) مؤكدة لما سبق ذكره حيث يرى ان الافراد الذين يلقون القبول الاجتماعي لسلوكهم والذي ينبع من التنشئة الاسرية السوية والحماية والرعاية من أسرهم هم الذين يميلون الى المواجهة بالتفاعل الايجابي وهو ما يؤدي بهم الى التكيف السريع مع البيئة المحيطة بهم من خلال المواجهة الايجابية لأحداث الحياة الضاغطة (Breham & Saul, 1990)

وعلى غرار ما ورد في الجانب النظري وما توصل اليه البحث الحالي يظهر ان لعامل المساندة الاجتماعية اهمية في مواجهة الامراض المزمنة والمستعصية والتي يكون فيها المريض بحاجة ماسة الى الدعم . وقد تبث فيما يخص تجربة العقم ان المساندة الاجتماعية تلعب دورا إيجابيا (Hirsch, A.M & Hirsch, S.M, 1995)

اما فيما يخص مرض الالتهاب الرئوي المزمن فقد بينت دراسة (Keel et al) ان الاحساس بالرضى عن مستوى المساندة يخفف من الاثار السلبية التي تحدثها الوحدة النفسية و الاعراض الاكتئابية لديهم (علي عبد السلام, 2005, ص 64)

كما خلصت نتائج دراسة (Manne et Glassman, 2000) التي اجراها على مرضى الاورام السرطانية متزوجون وخاضعون للعلاج ان المساندة الاجتماعية من الازواج تساعد على المواجهة مع المرض كما ان لاستماع للمريض والعناية به وإظهار المحبة له يعد من اهم المتغيرات التي تعمل على رفع تقدير الذات لدى المرضى .(هناك شويخ, 2007, ص 180) و أسفرت نتائج دراسة (Trief,1995) التي قام بها على مرضى الام الظهر المزمنة إلى أن هناك فروقا بين المرضى المكتئبين وغير المكتئبين في المساندة الاجتماعية المدركة .

و خلصت نتائج دراسة " محمد بيومي خليل" التي اجراها على المصابين بمرض مفض للموت الى وجود علاقة ايجابية بين الدمج الاجتماعي للمريض وكل من ارادة القوة والمقاومة أي ان كل ذلك يقوي ارادته ويدعمه في مواجهة الالم (محمد بيومي خليل, 1996, ص 109)

اما فيما يخص توصلنا في هذا البحث الى عدم وجود فروق تتعلق بالمواجهة بالتفاعل السلبي والمواجهة بالتصرفات السلوكية لدى النساء العقيمات التي تضمنتها عينة بحثنا فهذا قد يكون راجع حسب اعتقادنا الى مشكلة العقم بحد ذاته وما يحمله من دلالات سلبية اذ انه يعتبر حالة مستمرة من الضغط النفسي الذي قد يولد بدوره معاناة نفسية حقيقية قد تصل إلى حد الاضطراب النفسي (Domar & al, 1992, p299)

والمتعارف عليه انه كلما زادت شدة الموقف الضاغط وتعذر على الفرد التكيف معه فانه سيعمل على الابتعاد عنه من خلال الاحجام عن التفكير فيه وهو ما يمثل المواجهة بالتفاعل السلبي. خاصة اذا علمنا ان العقم يرتبط بهبوط في تقدير الذات وزيادة في عدم الرضا عن الدعم الاجتماعي المتحصل عليه من الزوج وأفراد العائلة أو الاصدقاء وأعضاء الفريق الطبي بالإضافة الى الميل القوي للتقليل أو إنكار أهمية المشكل وعواقبه المرتبطة بالجانب العاطفي (Wright.J &al 1990, p 91-92) أن النساء العقيمات عموما تتخبط في معاناة نفسية تكون احيانا حادة تجعلها تستجيب بطريقة سلبية.

وهو ما جاء موافق لدراسة ايرانية كان الهدف منها دراسة دور استراتيجيات المواجهة في التنبؤ بالضغط المتعلق بالعقم والتي خلصت الى أن اغلبية النساء العقيمات لجأت الى التجنب السلبي لمواجهة العقم (Aflakseir A, Zarei M, 2013)

وفي نفس السياق توصلت دراسة (Davis& Dearman) الى أن النساء العقيمات يستخدمن مجموعة متنوعة من استراتيجيات المواجهة من بينها تجنب تذكر العقم ،استعادة ضبط الذات،الإستسلام للمشاعر وتقاسم العبء(Davis DC & Dearman,1991)

كما بينت دراسة (Stanton & al) أنه هناك من النساء من تستعمل أسلوب الهروب - تجنب وتقبل مسؤولية العقم ويرتبط بهذا النوع من المواجهة زيادة في الشعور بالمعاناة في حين هناك من تسعى الى الحصول على مزيد من الدعم الاجتماعي وهو ما يقلل الشعور بالمعاناة لديهن (Stanton, A.L , 1992) وبما ان سلوك الفرد يتأثر بالعوامل الاجتماعية والتفافية فان أسلوب المواجهة قد يختلف باختلاف المجتمع الذي تعيش فيه المرأة العقيم.

إذ وجد ان بعض النساء العقيمات في باكستان تلجا الى التبني حتى تتجاوز محنة العقم وتتمكن من مواصلة حياتها وفي هذه الحالة يصبح التبني عبارة عن إستراتيجية لمواجهة العقم (Bhatti L.I& al 1999)

2- فيما يخص التفاؤل والمساندة

لقد تبين من خلال التحليل الاحصائي لفرضيتنا الثانية أن النساء اللواتي تلقين مساندة مرتفعة من طرف الزوج تملن أكثر الى التفاؤل .

هذه النتائج يعززها الجانب النظري لبحثنا وكذلك وما تضمنته الدراسات التي تناولت المساندة الاجتماعية و التفاؤل وعلاقتها بالصحة الجسمية والنفسية . اذ انه باعتبار العقم مشكلة صحية واجتماعية لا تقل صعوبة عن الامراض المزمنة فإننا نرى ان المساندة الاجتماعية في حالات العقم تلعب نفس الدور الذي تلعبه في الامراض المستعصية أو المزمنة .

حيث اكدت دراسة (Von Ah Kang & al) التي هدفت الى البحث عن العلاقة بين التفاؤل والمساندة الاجتماعية والضغط على الاستجابة المناعية لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي والتي بلغت 54 امرأة مجهزة لعملية استئصال الورم حيث انه من بين ما توصلت اليه هذه الدراسة انه هناك علاقة بين التفاؤل والمساندة الاجتماعية كما اشار اصحاب الدراسة الى

ان الشعور بالتفاؤل والسرور يقوي الخلايا المناعية ويساعد صاحبها على مقاومة المرض ولقد بينت احدى الدراسات التي اختبرت العلاقة بين مصادر متعددة من الدعم الاجتماعي (على سبيل المثال الشريك والعائلة والأصدقاء)، والتفاؤل والرفاهية (well-being) بين أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد ان المساندة قد ارتبطت بمستوى مرتفع في التفاؤل والجدير بالذكر ان نتائج الأمهات قد ارتبطت مباشرة بمساندة الشريك (الزوج) والصديق. (Ekas, N. V al, 2010)

كما اكدت دراسة (Applebaum.A.J & al, 2014) حول دور التفاؤل كوسيط للعلاقة بين الدعم الاجتماعي، القلق، الاكتئاب، اليأس وجودة الحياة لدى المرضى الذين يعانون من

السرطان في مراحله المتقدمة ان قلة الأعراض الاكتئابية، القلق و اليأس ارتبطت بشكل كبير بالمستويات العالية من التفاؤل وبنوعية الحياة التي ارتبطت بدورها بالمستويات العالية من المساندة الاجتماعية كما تبين انه كانت هناك علاقة سلبية قوية بين المساندة الاجتماعية عند افراد العينة ذوي التفاؤل المنخفض.

وفي نفس السياق جاءت دراسة (Ekas, N. V al, 2010) لتؤكد ما سبق ذكره وذلك من خلال فحصها للعلاقة الموجودة بين المصادر المتعددة للمساندة الاجتماعية (على سبيل المثال: الشريك، العائلة والأصدقاء) والتفاؤل والرفاهية (well-being) بين أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد حيث كشفت النتائج أن المساندة ترتبط بزيادة في التفاؤل اما مساندة الشريك والصديق فهي ترتبط مباشرة بنتائج الأمهات

كما اوضحت دراسة اخرى اجراها (Byrnes & al ,1998) على نساء حاملات لفيروس الايدز ان التفاؤل ارتبط بزيادة النشاط التسمي للخلايا الطبيعية القاتلة (NK.CC) وكذا نشاط (CD3 et CD8) والذي يؤدي الى نتائج ايجابية من شأنها ان تبطئ من نسبة انتشار المرض (Segestron, 2005, p 195)

وهو ما اكدته الدراسة التي قام بها (Sheier , Mathews et Owens ,1998) بهدف التعرف على أثر التفاؤل على الشفاء من جراحة الشريان التاجي لدى مجموعة من الراشدين ، وتكونت العينة من 51 مريضا بأمراض الشريان التاجي في مستشفى بترسبورغ الأمريكي تتراوح أعمارهم بين 48 و 50 عاما ،وانتهت إلى أن المرضى الأكثر تفاؤلا بالنسبة للعملية الجراحية كانوا أسرع تماثلا للشفاء ، كما كانوا أسرع في العودة إلى ممارسة أنشطتهم الطبيعية (الأنصاري،1998)

كما بينت دراسة (Hirsch ,2006) التي هدفت إلى التحقق من أن مستويات التفاؤل العالية تقلل من اليأس والكآبة والتفكير في الانتحار، وتكونت العينة من 284 طالباً جامعياً ،وجود تفاعل بين اليأس والتفاؤل وأن التفاؤل يقلل من التفكير في الانتحار واليأس .

و ايضا دراسة (Mosher et al, 2006) التي هدفت للكشف عن العلاقة بين التفاؤل والتكيف النفسي لدى 133 طالباً أسود من كلية بلاك كولج، أظهرت أن الدعم الاجتماعي يتوسط بين التفاؤل وأعراض الاكتئاب وأنه توجد علاقة إيجابية بين التفاؤل والتكيف النفسي. وأسفرت دراسة (عبد الحميد حسن وعلي كاظم, 2003) التي هدفت إلى معرفة مستوى التفاؤل والتشاؤم والدعم الاجتماعي لدى طلبة جامعة السلطان قابوس ومعرفة طبيعة العلاقة بين المتغيرات الثلاثة، عن مستوى منخفض في التشاؤم والقلق ومستوى مرتفع في التفاؤل والدعم الاجتماعي، أما الارتباطات فقد كانت سالبة ودالة بين القلق وكل من التفاؤل والدعم الاجتماعي، وبين التشاؤم وكل من التفاؤل والدعم الاجتماعي ودالة موجبة بين القلق والتشاؤم وبين التفاؤل والدعم الاجتماعي .

3- فيما يخص كل من المساندة من طرف الزوج، المواجهة والشعور بالتفاؤل بدلالة نوع ومدّة العقم والمهنة

لقد تبين من خلال التحليل الاحصائي لفرضيتنا الثالثة، الرابعة والخامسة أنه لا يوجد اختلاف من حيث المساندة من طرف الزوج، المواجهة والتفاؤل بدلالة نوع العقم، مدته والمهنة

ويرجع ذلك حسب اعتقادنا الى طبيعة مشكلة العقم في حد ذاته وما يترتب عليه من اثار نفسية سلبية تجعل مستوى المساندة مهما كان مرتفعاً لا يستطيع ان يغير من حقيقة ان المرأة التي تعاني من العقيم سواء كان عقم اولي او ثانوي، لمدة قصيرة او طويلة تبقى عقيماً في تصورنا الشخصي وفي نظر المجتمع كما ان امتهانها لمهنة معينة او بقاءها في البيت لا يغير في الامر شيء فالمرأة حسب المجتمع وظيفتها الاولى والأساسية هي الانجاب وتربية الاطفال وفي ظل غياب هذا الشرط الذي تكتسب به التقبل الاجتماعي والاحترام فان عملها خارج البيت لن ينسيها واقعها النفسي والاجتماعي اذ ان المرأة بعد اصابتها بالعقم تشعر بالدونية وفقدان الثقة في نفسها وبعدة الذنب اتجاه زوجها باعتقادها أنها السبب في حرمانه في

أن يصبح أبا كما، أنها قد تفسر احيانا مساندة الزوج لها على انها مجرد تمويه يخفي نية الزواج عليها مما قد يؤدي الى سوء التوافق الزوجي.

وهذا ما تؤكده دراسة (Denga I.D) التي قام من خلالها بمقارنة بين النساء العقيمات والنساء غير العقيمات فيما يخص التوافق الزوجي ،حيث توصل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين ،لصالح النساء المنجبات (حسين مصطفى ،راوية محمود 1993 ، ص 17) كما انه قد تزداد الأوضاع تدهورا عند تدخل أهل الزوج والذين يشجعونه على الزواج بأخرى وهو ما يفتح أمام كل من الزوجين سجل الشكوك و الهواجس حول مدى قدرتهما على الاستمرار مع بعض.

و هنا تظهر حاجة المرأة للإنجاب على المستوى الاجتماعي حيث يعتبر الانجاب أساس الرباط الزوجي المتين فقد تبين في معظم حالات الطلاق ان للأطفال دور في مراجعة الزوجين لقرارهما. اما على المستوى الشخصي فان المرأة تكون بحاجة الى الطفل لعلاج نرجسيتها المجروحة وللاحتفاظ بزوجها .

وما يؤكد ذلك دراسة (أحمد سهير كامل, 1998) والتي وكان الهدف منها التعرف على أهم الحاجات لدى المرأة وذلك بمقارنة المرأة المصرية بالمرأة الكويتية وكذا ترتيب هذه الحاجات من حيث الأهمية في حياتها ،وقد أسفرت دراسته لدى كل من المرأة المصرية والكويتية الى أن الحاجة إلى الإنجاب وإلى الأمومة بجانب الحاجة إلى الحب ،والسعادة وكذا الأمن والاستقرار في الحياة الزوجية ،كما أن المرأة الكويتية والمصرية ترى أنها عن طريق الإنجاب تستطيع الاحتفاظ بموضوع الحب (الزوج) وأن الإيجابية في مواجهة الآخرين تأتي عن طريق هذه الحاجة (أحمد سهير الكامل, 1998, ص 131)

وفي الأخير نؤكد بدورنا على أهمية عامل المساندة الاجتماعية كونها مؤشر وقائي من معاناة العقم ومخلفاته على المستوى النفسي والاجتماعي .

ثالثاً: الإستنتاج العام

بعد عرض ومناقشة النتائج المتحصل عليها من تطبيق مقياس الدعم الاجتماعي /العاطفي كما تدركه الزوجة من قبل الزوج ,مقياس اساليب مواجهة احداث الحياة اليومية الضاغطة و مقياس التفاؤل والتي تمت معالجتها احصائيا باستعمال معامل الارتباط Pearson ,معادلة سبيرمان/براون , اختبار Scheffé للمقارنات المتعددة ,معادلة الفا كرونباخ ,اختبار t لدلالة الفروق بين عينتين تبين انه :

- يوجد اختلاف بين النساء العقيمات اللواتي تلقين المساندة من طرف الزوج بمستوياتها(منخفضة,معتدلة,مرتفعة) وذلك فيما يخص تبني استراتيجيات المواجهة بإبعادها(التفاعل الايجابي ,التفاعل السلبي ,التصرفات السلوكية)

بحيث تبين ان :النساء اللواتي تلقين مساندة مرتفعة من طرف الزوج هن اللواتي لجأن أكثر إلى استراتيجية التفاعل الايجابي

- يوجد اختلاف بين النساء العقيمات اللواتي تلقين المساندة من طرف الزوج بمستوياتها(منخفضة,معتدلة,مرتفعة) وذلك فيما يخص الشعور بالتفاؤل أي ان :النساء اللواتي تلقين مساندة مرتفعة من طرف الزوج هن اللواتي يشعرن بالتفاؤل اكثر في حين تبين انه:

- لا يوجد اختلاف في درجة المساندة المقدمة من طرف الزوج ,تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها والشعور بالتفاؤل بين النساء العقيمات عقم أولي و العقيمات عقم ثانوي

- لا يوجد اختلاف في درجة المساندة المقدمة من طرف الزوج ,تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها والشعور بالتفاؤل بين النساء العقيمات لمدة قصيرة والعقيمات لمدة متوسطة والعقيمات لمدة طويلة

- لا يوجد يوجد اختلاف في درجة المساندة المقدمة من طرف الزوج ,تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها والشعور بالتفاؤل بين النساء العقيمات اللاتي تزاول مهنة و العقيمات اللاتي لا تزاول مهنة

ويتفق هذا مع ما جاء في الجانب النظري لهذا البحث ومع العديد من الدراسات التي اكدت على ان المساندة الاجتماعية تساهم بشكل كبير في دعم الصحة الجسمية والنفسية خاصة عندما يتعلق الامر بالأمراض والمشاكل الصحية المستعصية كالعقم. اذ ثبت ان الاستجابة الايجابية في المواقف الصعبة ترتبط بمدى تلقي المساندة الاجتماعية .

خاتمة

خاتمة

يعدُّ الإنجاب العامل الأساسي في تكوين النظام الأسري الذي يتصف بالتكامل وهو من أهم الرغبات والأهداف التي تتمنى المرأة تحقيقها بعد زواجها، حيث إن متعة الزواج لا تكتمل إلا بإنجاب الأطفال والأمومة بغض النظر على أنها أمنية تسعى أغلبية النساء إلى تحقيقها فهي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بتقدير الذات وتوكيدها. لذلك يعتبر العقم بالنسبة للمرأة من الخبرات غير المرغوب فيها والتي تتطوي على الكثير من مصادر التوتر والتهديد لكيانها النفسي والاجتماعي إذ يعرضها لمعاناة نفسية كبيرة واحتقار ورفض من طرف المجتمع.

وفي هذا السياق تمثل موضوع بحثنا الذي كان غرضه الكشف عن "تأثير مساندة الزوج للزوجة المصابة بالعقم على شعورها بالتفاؤل وتبني استراتيجيات المواجهة الفعالة" بحيث انطلق من اشكالية التأثيرات السلبية للعقم على حياة المرأة سواء فيما يتعلق بذاتها أو بما يتعلق بعلاقتها مع زوجها والمجتمع لذلك فكرنا في دراسة المساندة الاجتماعية وبالأخص مساندة الزوج بغرض الكشف عن مدى اهميتها بالنسبة للمرأة العقيم وبعد تصفحنا للتراث السيكولوجي بالمطالعة، قمنا بصياغة مشكلة بحثنا في "هل تأثر مساندة الزوج للزوجة المصابة بالعقم على شعورها بالتفاؤل وتبني استراتيجيات المواجهة الفعالة ؟ "

وللإجابة على تساؤلات البحث التي كانت تهدف بالدرجة الاولى الى التعرف على الاختلاف الموجود بين النساء العقيمات اللواتي تلقين مساندة من طرف الزوج بمستوياتها (المرتفعة، المعتدلة والمنخفضة) وذلك فيما يخص المواجهة بدلالة ابعادها والشعور بالتفاؤل قمنا بصياغة فرضيات بحثنا. لكن قبل الشروع في اختبارها ميدانيا والتأكد من صحتها، حددنا أ ولا إجراءات منهجية البحث على النحو الآتي :

تمثل المنهج المعتمد في المنهج الوصفي المقارن، والذي قمنا من خلاله بالمقارنة بين النساء اللاتي تحصلن على مساندة الزوج بمستوياتها المرتفعة، المعتدلة و المنخفضة وذلك فيما يخص الشعور بالتفاؤل وتبني استراتيجيات المواجهة الفعالة.

واعتمدنا في ذلك على :مقياس الدعم الاجتماعي /العاطفي كما تدركه الزوجة من قبل الزوج و مقياس اساليب مواجهة احداث الحياة اليومية الضاغطة ومقياس التفاؤل بغرض اختبار فرضيات بحثنا

أما من الناحية التطبيقية للبحث فإننا قمنا بتطبيق المقاييس الثلاثة قي شكل مقابلة نصف موجهة وبعد حصولنا على المعطيات الازمة من خلال تنقيط المقاييس قمنا بتحليلها احصائيا معتمدين في ذلك على الاساليب الاحصائية اللازمة وأسفرت النتائج على ما يلي :

- يوجد اختلاف بين النساء العقيمات اللواتي تلقين المساندة من طرف الزوج بمستوياتها (منخفضة,معتدلة ,مرتفعة) وذلك فيما يخص تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها (التفاعل الايجابي ,التفاعل السلبي ,التصرفات السلوكية)

- يوجد اختلاف بين النساء العقيمات اللواتي تلقين المساندة من طرف الزوج بمستوياتها (منخفضة, معتدلة, مرتفعة) وذلك فيما يخص الشعور بالتفاؤل

- لا يوجد اختلاف في كل من درجة المساندة المقدمة من طرف الزوج ,درجة تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها و درجة الشعور بالتفاؤل بين النساء العقيمات عقم أولي و العقيمات عقم ثانوي

- لا يوجد اختلاف في كل من درجة المساندة المقدمة من طرف الزوج ,درجة تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها و درجة الشعور بالتفاؤل بين النساء العقيمات لمدة قصيرة والعقيمات لمدة متوسطة والعقيمات لمدة طويلة

-لا يوجد اختلاف في كل من درجة المساندة المقدمة من طرف الزوج ,درجة تبني استراتيجيات المواجهة بأبعادها ودرجة الشعور بالتفاؤل بين النساء العقيمات اللاتي تزاول مهنة و العقيمات اللاتي لا تزاول مهنة

ومن العرض السابق لنتائج البحث ،يتضح ان فرضية بحثنا الاولى والثانية قد تحققت ،في حين لم تتحقق الفرضيات الاخرى

وفي الختام نأمل أن يسمح هذا البحث بفتح آفاقا جديدة لدراسة العقم عند المرأة لأنه لم يحضأ بعد بالإهتمام العلمي اللازم من طرف الباحثين النفسانيين والمختصين في مجال المرأة و الأسرة ،وذلك رغم أهميته وخطورة عواقبه على الصحة النفسية للمرأة وتكيفها الاجتماعي.

اقتراحات البحث

في ضوء النتائج التي توصلنا إليها في هذا البحث وبالرجوع الى المواقف والسلوكيات التي أثارت انتباهنا عند تعاملنا مع النساء العقيمات خلال سير هذا العمل فإننا نقترح المواضيع الآتية:

- 1- القيام بدراسة مقارنة بين العقم الأولي والعقم الثانوي.
- 2- القيام بدراسة حول العلاقة بين مركز التحكم وإستراتيجيات المواجهة لدى المصابين بالعقم.
- 3- القيام بدراسات نفسية حول العقم النفسي
- 4- القيام بدراسة تبرز مدى أهمية العوامل النفسية في الصحة الإنجابية.
- 5- القيام بدراسة مقارنة بين العقم لدى الرجال والنساء وعلاقته باستمرار العلاقة الزوجية.
- 6- إعداد برنامج علاجي للمصابين بالعقم بهدف تدريبهم على استخدام إستراتيجيات المواجهة الفعالة التي تساهم في التخفيف من معاناتهم النفسية خاصة فيما يخص التشاؤم الذي قد يؤدي إلى تدهور حالتهم الإنجابية ،وكذا تعليمهم الأساليب التوافقية التي تضمن لهم إمكانية استمرار حياتهم الزوجية
- 7- القيام بدراسة نفسية حول مرحلة تهيؤ المرأة للقيام بعملية التلقيح الاصطناعي (أطفال الأنابيب)
- 8- تقديم برامج إرشادية وإعلامية حول التلقيح الإصطناعي (أطفال الأنابيب) لتبديد خوف الزوجين من العملية ،ولإعلام الأزواج عن توفر هذه العملية على مستوى الوطن
- 9- دراسة التفاؤل والتشاؤم الدفاعي عند النساء العقيمات

المراجع

المراجع العربية

- 1- أبو الديار، مسعد نجاح (2010). فاعلية برنامج للإرشاد العقلاني - الانفعالي في تنمية التفاؤل لخفض حدة الضغوط النفسية لدى عينة من أسر الأطفال المعوقين سمعيًا . مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، 38 (3)
- 2- الانصاري بدر محمد (1998) التفاؤل و التشاؤم المفهوم والقياس والمتعلقات ط 1 .، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت. الكويت
- 3- الأنصاري بدر محمد (2002)، التفاؤل غير الواقعي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية لدى طلاب جامعة الكويت ، مجلة العلوم التربوية والنفسية، 3(4)، جامعة البحرين، البحرين.
- 4- الأنصاري، بدر، وكاظم، علي (2007). التفاؤل والتشاؤم لدى طلبة الجامعة: دراسة ثقافية مقارنة بين الطلبة الكويتيين والعمانيين. مجلة العلوم التربوية والنفسية، جامعة البحرين، 9
- 5- ألبورت فيليب. تر: الفاضل عبيد عمر. (1979) العقم عند النساء والرجال أسبابه وطرق علاجه، مكتبة الهلال.
- 6- إسماعيل بشرى (2004). المساندة الاجتماعية والتوافق المهني. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية. مصر
- 7- إبراهيم عثمان أحمد عبد الرحمن (2001). المساندة الاجتماعية من الأزواج وعلاقتها بالسعادة والتوافق مع الحياة الجامعية لدى طالبات الجامعة المتزوجات. مجلة كلية التربية الزقازيق 37
- 8- احمد شويخ هناء (2007) اساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الاورام السرطانية(مع تطبيقات على حالات اورام المثانة السرطانية) ط1 ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة

- 9- أيوب حمدان مومني. فواز (2008) أثر استراتيجيات التعامل والدعم الاجتماعي في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى ضحايا وأسر تفجيرات فنادق عمان رسالة دكتوراه جامعة اليرموك. اردن. الاردن
- 10- إبراهيم شلبي أبو العلا سوسن ، توفيق مبروك مصطفى .أسماء (2007) علاقة الانفعالات المسيطرة على الحياة بكل من استراتيجيات المواجهة و التفكير الناقد لدى طلاب المرحلة الثانوية. حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية.كلية الآداب جامعة القاهرة .مصر
- 11- أبو هاشم السيد محمد (2010) النموذج البنائي للعلاقات بين السعادة النفسية والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية وتقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة . مجلة كلية التربية , جامعة بنها 20 (81)
- 12- أبو ركاب إسماعيل و قوته سمير (2010)المشاكل النفسية و الإجتماعية لدى المسنين في غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات .جمعية الوداد لتأهيل المجتمعي. برنامج البحث العلمي والتدريب
- 13- بن حميد السهلي .عبد الله (2009) أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الشباب من المرضى المترددين على مستشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة . رسالة الدكتوراه جامعة أم القرى، السعودية
- 14- بن محمد بن عبد الله القحطاني. عبد الهادي (2013)الضغوط النفسية وعلاقتها بالتفاؤل والتشاؤم وبعض المتغيرات المدرسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة الخبر رسالة ماجستير جامعة البحرين
- 15- بني مصطفى منار و مقاله تامر (2014)الحكم الأخلاقي وعلاقته بمستوى التفاؤل والتشاؤم لدى طلبة جامعة اليرموك.المجلة الأردنية في العلوم التربوية ، 10 (4) الاردن
- 16- جودة، آمال (2004)أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة الأقصى، كلية التربية الحكومية، غزة. فلسطين

- 17- جعفر حسن هدى (2006) التفاؤل والتشاؤم وعلاقتها بضغط العمل والرضا عن العمل. دراسات نفسية , 16 (14)
- 18- حنصالي مريامة (2014) إدارة الضغوط النفسية وعلاقتها بسمتي الشخصية المناعية (الصلابة النفسية والتوكيدية) في ضوء الذكاء الانفعالي. دراسة ميدانية على الاساتذة الجامعيين الممارسين لمهام ادارية -جامعة محمد خيضر بسكرة رسالة دكتوراه بسكرة الجزائر.
- 19- حسين صالح . عواطف (2002). العزلة الاجتماعية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية والمساندة الاجتماعية لدى الشباب الجامعي . مجلة كلية التربية ببنها. 12
- 20- الحميري، عبده فرحان محمد (2005). التفاؤل - التشاؤم لدى طلبة جامعة ذمار. مجلة جامعة ذمار للدراسات والبحوث، اليمن. 2
- 21- دوقان عبيدات واخرون (1993)البحث العلمي مفهومه وادواته وأساليبه، دار أسامة للنشر، الرياض.
- 22- دسوقي مجدي محمد (2007)دراسات في الصحة النفسية، ج 1 ، ط 1 ، القاهرة، المكتبة الانجلو المصرية.
- 23- دسوقي مجدي محمد (2008)دراسات في الصحة النفسية "، ج 2 ، ط 1 ، القاهرة، المكتبة الانجلو المصرية
- 24- السرسى، أسماء ؛ وعبد المقصود، أماني (2000). المساندة الاجتماعية كما يدركها : المراهقين و علاقتها ببعض المتغيرات النفسية مجلة كلية التربية ببنها، 10 (44)، 198-244 .
- 25- سليمان تركي العنزي. أمل (2004)اساليب مواجهة الضغوط عند الصحاحات والمصابات بالاضطرابات النفسجسمية "السيكوسوماتية " دراسة مقارنة " رسالة الماجستير ف،جامعة الملك سعود،العربية السعودية.

- 26- سيد يوسف جمعه (2007) إدارة الضغوط ط 1. مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث -
آلية الهندسة جامعة القاهرة
- 27- سبيرو فاخوري. (1984)، العقم عند النساء والرجال، ط 5، دار العلم للملايين.
- 28- السهل، راشد علي ، والعبد الله يوسف محمد (2009). التقاؤل والتشاؤم لدى عينة من
الشباب الجامعي في بعض دول مجلس التعاون الخليجي (الكويت، قطر، البحرين)، المجلة
التربوية، جامعة الكويت، الكويت 23 (91)
- 29- شكري.مايسة (1999) التقاؤل والتشاؤم وعلاقتها بأساليب مواجهة المشقة، مجلة
الإرشاد النفسي - جامعة عين شمس. مصر
- 30- الشناوي، محمد محروس؛ وعبد الرحمن، محمد السيد (1994) المساندة الاجتماعية
والصحة النفسية مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية. ط 1، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 31- شفارتسر رالف (1994)، التقاؤلية الدفاعية والوظيفية كشرطين أساسيين للسلوك
الصحي، ترجمة سامر جميل رضوان ، مجلة الثقافة النفسية 38
- 32- - صلاح بن عبد الرحمن جمبي. نسرين (2008) تقدير الذات والمساندة الاجتماعية
لدى عينة من مجهولي الهوية ومعروفي ال هوية من الذكور والإناث بمنطقة مكة رسالة
ماجستير جامعة ام القرى .السعودية
- 33-- صلاح مراد و محمد أحمد (2001) أنماط التعلم والتفكير وعلاقتها بالتقاؤل والتشاؤم
لطلبة التخصصات التكنولوجية ، القاهرة ،المجلة المصرية للدراسات النفسية 14 (22)
- 34- الصواف منى، قتيبة الجلي. (2003) الصحة النفسية للمرأة العربية، دار المطبوعات
للنشر والتوزيع، مصر
- 35- الضريبي عبد الله (2010) أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها ببعض
المتغيرات -دراسة ميدانية على عينة من العاملين بمصنع زجاج القدم بدمشق. مجلة جامعة
دمشق، 26، (4)

- 36- عبد العظيم حسين طه و عبد العظيم حسين سلامة.(2006) استراتيجيات ادارة الضغوط التربوية النفسية. ط 1. دار الفكر. الاردن
- 37- عوض يوسف محيسن عون (2012) التفاؤل والتشاؤم لدى طلبة جامعة الأقصى بغزة في ضوء بعض المتغيرات, مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، 20 (2)
- 38- علي فايد حسين (2000) ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها ط 1 مكتبة زهراء الشرق مصر
- 39- عبد الحميد سعيد حسن و علي مهدي كاظم (2003). التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بقلق الامتحان والدعم الاجتماعي، دراسات العلوم التربوية ، 30 (2)
- 40- عبد السلام علي .علي (2000) : المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الجامعية لدى طلاب الجامعة المقيمين مع أسرهم والمقيمين في المدن الجامعية، مجلة علم النفس (35)
- 41- عبد الباسط ابراهيم لطفي (1994) عمليات تحمل الضغوط في علاقتها بعدد من المتغيرات لدى المعلمين مجلة مركز البحوث التربوية السنة 3(4) جامعة قطر
- 42- عباس ناجي، الخشاب إسماعيل (2002). دينامية العلاقة بين المساندة النفسية الاجتماعية وإرادة الحياة والاكئاب لدى مريض الإيدز ، دراسة إكلينيكية. رسالة دكتوراه ، كلية الآداب ،جامعة عين شمس.مصر
- 43- عبد العال، السيد محمد عبد المجيد (2002). فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات لدى عينة من معلمي ومعلمات رياض الأطفال والمرحلة الابتدائية . مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية، 13(2)
- 44- عبد الرازق عماد علي (1998). المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط في العلاقة بين المعاناة الاقتصادية والخلافات الزوجية. مجلة دراسات نفسية ، 8(1).

- 45- عبد الخالق أحمد محمد (2000) :التقاؤل والتشاؤم ، عرض لدراسات عربية ، مجلة ، علم النفس ، 56،الهيئة المصرية العامة للكتاب, مصر .
- 46- عبد السلام علي (2005) المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية، القاهرة، ط 1، مكتبة الانجلو المصرية مصر
- 47- كامل الشربيني منصور. السيد (2012) إستراتيجيات المواجهة وتقدير الذات والانفعال الايجابي والانفعال السلبي كمنبئات للكمالية التكيفية دراسات تربوية ونفسية مجلة كلية التربية . 77 الزقازيق .مصر
- 48- لطفي عبد الباسط ابراهيم 2004 عمليات تحما الضغوط في علاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى المعلمين .مجلة مركز البحوث التربوية 3(5) جامعة قطر .قطر
- 49- محمد السيد صقر ايمان (2001)النموذج السببي للعلاقة بين ضغوط احداث الحياة والمساندة الاجتماعية واساليب مواجهة الضغوط والاكتئاب لدى طلبة الجامعة رسالة دكتوراه جامعة الزقازيق.مصر
- 50- محمد الصبان عبير (2003) المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة.رسالة دكتوراه . جامعة ام القرى . السعودية
- 51- محمد عودة (2010) الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية.بقطاع غزة .رسالة ماجستير الجامعة الإسلامية بغزة،فلسطين
- 52- مروان عبد الله دياب (2006) دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين. رسالة الماجستير،الجامعة الإسلامية بغزة. فلسطين

- 53- محمد بن سليم الحربي سلمى (2008) العنف الموجه ضد المرأة ومساندة المجتمع لها
دراسة ميدانية على عينة من النساء في مدينة مكة المكرمة, رسالة ماجستير جامعة أم القرى
السعودية
- 54- مختار، أمينة محمد (1994). العلاقة بين المساندة الاجتماعية والعصابية لدى
المراهقين. مجلة البحوث النفسية والتربوية، كلية التربية، جامعة المنوفية، 10(1)
- 55- مخيمر ، هشام و عبد المعطي ، محمد السيد (2000). التفاؤل والتشاؤم وعلاقتها
بعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من طلاب وطالبات ،الجامعة ، مجلة دراسات تربوية.
 واجتماعية ، جامعة حلوان مصر. 6
- 56- محمد رفعت. (1993) العقم والأمراض التناسلية، مؤسسة عز الدين للطباعة والنشر.
- 57- محمد محمد بيومي خليل (1996) المساندة الاجتماعية و ارادة الحياة ومستوى الالم لدى
المرضى المصابين مفض الى الموت .مجلة علم النفس مجلة فصلية تصدر عن الهيئة العامة
للكتاب .السنة العاشرة(37)
- 58- ال هلول إسماعيل ومحيسن عون (2013) المساندة الاجتماعية و علاقتها بالرضا
عن الحياة والصلابة النفسية لدى المرأة الفلسطينية فاقدة الزوج. مجلة جامعة النجاح للأبحاث
(العلوم الانسانية)، 27، (11)
- 59- لنابلسي محمد أحمد. (1991)، معجم العلاج النفسي الدوائي، دار ومكتبة الهلال،
بيروت
- 60- اليحفوفي نجوى و الأنصاري بدر محمد التفاؤل والتشاؤم (2005)دراسة ثقافية مقارنة
بين اللبنانيين والكويتيين مجلة العلوم الاجتماعية جامعة الكويت 33 (2)
- 61- يوسف ميخائيل. أسعد، (1986) التفاؤل والتشاؤم. النهضة. القاهرة

المراجع باللغة الاجنبية

- 62- Aflakseir A, Zarei M.(2013) Association between Coping Strategies and Infertility Stress among a Group of Women with Fertility Problem in Shiraz. (14 (4), pp202-206), Iran. J Reprod Infertil
- 63-Agostini ,B. (2008). Que signifie l'optimisme en psychologie sociale Revue électronique de Psychologie Sociale?(2), 33-40
- 64-Aspinwall, L. G., & MacNamara , A. (2005,1 December). Taking positive changes seriously. *Cancer supplement*, vol 104,n°11
- 65-Aldwin,C.M.,& Yancura, L. A. (2004) .Coping and health and health: A comparison of the stress and trauma literatures. Encyclopedia of Applied Psychology, *Spielberger. C D*, Elsevier academic press, Vol 1, 507-510
- 66-Applebaum.A.J & al ,2014 Optimism, social support, and mental health outcomes in patients with advanced cancer, Psycho-Oncology (23) ,299-306
- 67- Billette ,V., Guay,S., & Marchand .A. (2005) Soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle : synthèse des écrits . Santé Mentale au Québec, vol. 30, n° 2, 101-120.
- 67- Barling, J, Macewen ,K.I., & PRATT , L.I. (1988) Manipulating the type and source of social support: An experimental investigation.canad. j. behav. sci./rev. canad. sci. comp. 20(2), 140-153

- 68-Bruchon-Schweitzer, M. (2006) Au-delà du modèle transactionnel.Vers un modèle intégratif en psychologie de la santé. Perspectives de Psychologie Différentielle, Presses Universitaires de Rennes, 5-21.
- 69-Bruchon-Schweitzer, M. (2001) Le Coping et les stratégies d'ajustement face au stress . Recherche en Soins Infirmiers, n° 67 ,68-83
- 70- Bruchon-Schweitzer. M (2002) Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes. Paris, Dunod.
- 71- Barrera, M. (1986). Distinctions Between Social Support Concepts, Measures, and Models, American Journal of Community Psychology, vol 14, no 4, 413-445.
- 72- Baudet, J.H.,& Aubard Y.(1992,Feb) Revision acceleree en gynecologie, Ed, Maloine.
- 72- Boury G.L & al. (1990). Abrégé de physiologie gynecologique, Ed Masson.
- 73- Bhatti L.I, Fikree F.F., & Khan A.(1999) The quest of infertile women in squatter settlements of Karachi, Pakistan, A qualitative study Social Science & Medicine ,vol 49, 637-649
- 74- Byrnes,D.M, Antoni M.H.,Goodkin ,K, Efantis-Potter, J, Asthana D, Simon T, & al (1998) Stressful events, pessimism, natural killer cell

cytotoxicity, and cytotoxic/suppressor T cells in HIV+ Black women at risk for cervical cancer. Psychosomatic Medicine ,60,714–722

75– Brown ,G.& Harris,T.(1978).*The Social Origins of Dépression : a Study of Psychiatrie Disorders among Women*, London, Tavistock

76–Beauregard, L., & Dumont, S. (1996) La mesure du soutien social . *Service Social*, vol. 45, n° 3, 55–76.

77– Braham,S & Saul,K (1990) social psychological aspects.American journal of psychiatry .vol138,n°1

78– Caron,J.,& Guay ,S.(2005) Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. Santé Mentale au Québec, vol. 30, n° 2, 15– 41

79– Cohen, S. (2004, nov) Social Relationships and Health . American Psychologist ,59 , 676 –684.

80–Cohen ,S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L.G.(2001) social relationships and health: chalenges for measurment and intervention. Advences in Mind–Body Medecine , 17, 129–141.

81– Capponi, I.,& Horbacz , C. (2007) femmes en transition vers la maternité : sur qui comptent–elles ? *Dialogue*, (1) n° 175, 115–127. doi : 10.3917/dia.175.0115.

82–Cobb, S. (1976) Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38(5), p 300–314

- 83–Coyne, J. C., & Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology: Stress, social support, and coping processes. Annual Review of Psychology, 42, 401–425
- 84– Cohen, S & Wills ,T.A.(1985) "Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis", Psychological Bulletin vol. 98, no 2, 310–357.
- 85– Cutrona, C. E.,& Russell, D., (1990) " Type of social support and specific stress : Toward a theory of optimal matching" , in Sarason , B. R., Sarason, I. G., Pierce, G., Ed, Social Support : An Interactional View, New York, Wiley , 319–366.
- 86– Crnic, K. A, Greenberg, M. T., Robinson, N. M. & Ragozin, A. S. (1984). Maternal stress and social support: Effects on the mother–infant relationship from birth to eighteen months. American Journal of Orthopsychiatry, 45,224–235
- 87– Crnic, K. A, Greenberg, M. T., Ragozin, A .S., Robinson, N. M&R. B. Basham. (1983). Effects of stress and social support on mothers and premature and fullterm infants. Child Development, 54,209–217
- 88– Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2003). Optimism. In S. J. Lopez and C. R. Snyder (Eds.),handbook of positive psychology assessment: a handbook of models and measures, Washington, DC: American psychological association ,p. 75–89

- 89- Chappe. J .,& Meyer,F.T(2007),optimisme et pessimisme comparatifs à l'exposition à plusieurs messages menaçants ,revue européenne de psychologie appliquée ,France,23-27
- 90- Chiba, H& al. (1997) Stress of female infertility: Relations to length of treatment. Gynecol Obstet Inves 43(3), 171-177
- 91- Devault ,A.,& Fréchette ,L. (2002,Nov) "Le soutien social et l'intervention de nature psychosociale ou communautaire" Cahier du GÉRIS: série RECHERCHES, Université du Québec en Outaouais no 19
- 92-Duchesne,S. (2008). Soutien social et familles vulnérables: conceptualisation, intervention et évaluation. in Tarabulsy,G.M., Provost,M.A.,Drapeau,S.,& Rochette,É. (Eds.), *L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables* Québec:Presses de l'Université du Québec,.. 33-51.
- 93-Dressler, W.W. & Bindon, J. (2000). The health consequences of cultural consonance: Cultural dimensions of lifestyle, social support and arterial blood pressure in an African American community. American Anthropologist, 102, 2, 244-260
- 94-Dujardin C. L., (1985) Des mères contre les femmes.Maternité et patriarcat au Maghreb, Ed La découverte, Paris

95–Erikson, K.T., (1976) Everything in its path destruction of the community in the buffalo greek flood Simon & Schuster publisher, New York.

96–DALL’AVA, M. C & ALBARET, J.M(1998) Relaxation et processus de coping à l'adolescence : réflexions sur quelques limites, Evolutions psychomotrices – Vol. 10 – n° 39

97–De Man, A.F., Balkou, S., & Iglesias, R. (1986) une version canadienne française du questionnaire sur le soutien social . Santé Mentale au Québec, vol. 11, n° 2, 199–202.

98– Davis, D.C & Dearman, C.N.(1991 ,May/June) Coping strategies Gynecological and Neonatal Nursing , 20(3): 221–228

99–Emmons, R.A & Colby, P.M., (1995). Emotional Conflict and Wellbeing relation to perceived availability Daily utilization, and observer reports of social support .Jornal of Personality and Social Psychology, 68, 947–959.

100–Ekas, N. V & al (2010) Optimism, Social Support, and Well-Being in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder Journal of Autism and Developmental Disorders, vol 40 n°10,1274–1284

101–Fomarier, M. (2007) "la relation de soin, concepts et finalités". Recherche en Soins Infirmiers, n° 89.

- 102–Freeman, E. W., & al. (1983) Behavioral and emotional factors: Comparisons of anovulatory infertile women with fertile and other infertile women. Fertil. Steril. 40, 195–201
- 103– Flis–Trèves, M et Gellman S, (2003) Sexualité et aide médicale à la procréation », Spirale, 2, no 26, p. 65–70.
- 104–Grebo, E., Paty, B.,& Dephanix, N. (2006) Styles défensifs et stratégies d’ajustement ou coping en situation stressante. L’Encéphale ,cahier 1, 32 , 315–24
- 105–Georges, D (1984) La stérilité masculine: le déni du mâle, Le genre humain: Le masculin Complexe, n° 10 23–38
- 106–Hodonou AKS, Bayiladou K, Vovor M. (1983) La stérilité conjugale en milieu africain au CHU de Lomé, les facteurs étiologiques : à propos de 976 cas. Med Afr Noire , 30 , 531–543.
- 107– Hirsch, A.M & Hirsch, S.M. (1995) The long–term psychosocial effects of infertility. Journal of Obstetrics, Gynecological and Neonatal Nursing , 24(6), 517–522.
- 108– Hirsch,K.,&Conner,R,(2006).Dispositional and Explanatory Style Optimism as Potential Moderators of the Relationship Between Hopelessness and Suicidal Ideation. Suicide and life–Threatening Behavior,vol36, n°6, 661–669

109–House,J.S., Umberson,D., and Landis, K, R. (1988). Structures and processes of social support. Annual. Review of Sociology, n°.14, p 293–318.

110– Kleinman R.L. (1989), Manuel de planification familiale à l’usage des médecins, Publications médicales de l’IPPF.

111–Kraft, AD, Palombo, J, Mitchell, D (1980) The psychological dimensions of infertility. Am J Am J Orthopsychiatry of infertile women
Journal of Obstetrics

112– king, G; willoughby,C; specht , J.A & brown, E. (2006) Social support processes and the adaptation of individuals with chronic disabilities, Qualitative Health Research. 16, 902–925.

113–Lyons,S,et al,(2009). Optimism, Pessimism, Mutuality, and Gender: Predicting 10–Year Role Strain in Parkinson's Disease, Gerontologist, vol49, n°3,378–387 .

114–Lin Y.L ,. Metalsky,G.I et. Alloy ,L.B (1989) Hopelessness depression: A theory–based subtype of depression. Psychological Review, vol. 96 no 2, p. 358–372.

115–Lin Y.A, Seligman,M.E & Teasdale,J.D (1978) Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, vol. 87 no. 1, p. 49–74.

- 116–Leavy R.L.,(1983) Social support and psychological disorder : A review, Journal of Community Psychology, , n° 1 – 21
- 117–Regourd–Laizeau .M, Martin–Krummb. C,*, Tarquinio.C (2012) Interventions dans le domaine du sport : le protocole d’optimisme. Pratiques psychologiques (18) 189–204
- 118–Langlois P. (1983), couple stérile, M.A. Paris.
- 119– Lazarus, R. S(200) Toward better research on stress and coping, American Psychologist Association, , Vol. 55, No. 6, 665–673.
- 120– Lemke, L . A., Lichtenberg, J. W.,& Arachtingi ,B. M. (1992) Differences In Social Support Between Rural And Urban Communities. Presented at the annual meeting of the American
- 121– Milhabet, I., Desrichard, O. & Verlhac, J–F. (2002). Comparaison sociale et perception des risques : l'optimisme comparatif. In Beauvois, J–L, Joulé, R–V. & Monteil, J–M. (Eds). Perspectives cognitives et conduites sociales, Rennes : Presses universitaires de Rennes, 8,215–245)
- 122– Martin–Krumm,C(2012) L'optimisme: une analyse synthétique. Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale,.103–134
- 123– Manajj J, Ironson G, Fletcher MA.(1998) Stressful events, pessimism, natural killer cell cytotoxicity, and cytotoxic/suppressor T cells

in HIV+ Black women at risk for cervical cancer. Psychosomatic Medicine, 60,714–722

124– Mosher,E,& al. (2006).Coping and Social Support as Mediators of the Relation of Optimism to Depressive Symptoms Among Black College Students. Journal of Black Psychology,vol 32,n°1, 72–86 .

125– Ruthing,C,et al,(2009).perceived Academic Control

126– Nyamathi, A., Leake, B., Keenan, C. & Gelberg, L. (2000). Type of social support among homeless women: Its impact on psychosocial resources, health and health behaviors and use of health services. Nursing Research, 49, 6, 318–326.

127– Newman, B. & Newman, P R. (1981): Living process of Adjustments. Dorsey press

128– Piquemal–Vieu ,L (2001) Le Coping Une Ressource À Identifier Dans Le Soin Infirmier , Recherche en soins infirmiers N° 67.

129– Peterson, B.D, Newton, C.R, Rosen, K.H, Skaggs, G.E.(2006) Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress Hum Reprod. ,21(9),2443–9

129– Peterson, C. & Bossio, L.(1991). Health and optimism. New York, free press.

- 130- Pragier S. F., (1995-1996), Identifier, s'identifier : Repères de l'identification dans la cure, Psychologie, Revue annuelle éditée par la société Algérienne de recherche en psychologie, no 5-6, 9-19
- 131- Peterson, C., Park, C., 1998. Learned helplessness and explanatory style. In: Barone, D.F., Van Hasselt, V.B., Hersen, M. (Eds.), Advanced personality. Plenum, New York, 287-310.
- 132- Peterson, C., Buchanan, G.M. & Seligman, M.E. (1995). Explanatory Style : History And Evolution Of The Field. In G.M. Buchanan & M.E. P. Seligman (Eds), Explanatory Style Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. , 1-20.
- 133-Perreault ,M .,Trempe-Masson,C., Gastaldo, D., Boyer, G., & Colin ,C. (1998) Le soutien social de l'intervenante tel que perçu par les participantes d'un programme de prévention en périnatalité en milieu d'extrême pauvreté. Santé Mentale au Québec, vol. 23, n° 1,163-186.
- 134- PRONOST,A.M (2001) la prévention du burn-out et ses incidences sur les stratégies de coping", Recherche en soins infirmiers N° 67,123.
- 135- Paulhan , I.(1992) Le concept de coping In: L'année psychologique. vol. 92, n°4, 545-557.

- 136- Sordes- Ader .f & al (1997) adaptation et stratégies de coping à l'adolescence Spirale Revue de Recherches en Éducation , n° 20 ,131-154
- 137- Sordes- Ader, F., ESPARBES, S., & TAP, P.(1994) Contrôle de soi et stratégies de développement: le coping en question" ,Psychologie et Education, n°16, 81-96
- 138- Shankland. R, Martin-Krumm,C (2012) Évaluer le fonctionnement optimal : échelles de psychologie positive validées en langue française" ,Pratiques psychologiques 18 , 171-187.
- 139- Shumaker, S.A.,& Brownell, A. (1984) Toward a Theo y of social Support: Closing Conceptual Gaps. Journal of Social Issues, Vol.40, no. 4, pp 11-36.
- 140- Stroebe, M., Gergen, M.M., Gergen, K.J., & Stroebe, W. (1992) "hearts or broken bonds. Love and death in historical perspective, American psychologist, Vol (47), n°10, 1205-1212.
- 141- Sarason, I. G.; Sarason, B. R. (1986) "Experimentally provided social support, Journal of Personality and Social Psychology, Vol 50(6), 1222-1225.
- 142-Seeman, T. (2001). How do others get under our skin? Social relationships and health. In C.D. Ryff & B.H. Burton (Eds.). Emotion,

social relationships and Health. Series in affective science. New York, Oxford University Press.

143–Savale M, Zorn J.R, (1999), Stérilité du couple, Masson, Paris.

144–Surtees ,P (1980) Social support, residual adversity and dépressive outcome, Social Psychiatry, n° 15, 71 – 80.

145–Scheier M. F., Carver C. S. (1985) Optimism, Coping and Health : Assessment and implications of generalized outcome expectancies, Health Psychology, 4, n°3,219–247.

146–Scheier,M.F.;Carver,C.S.&Bridges,M.W.(1994):Distinguishing optimism from Neuroticism and Trait Anxiety ,Self–Mastery, and Self – Esteem): A reevaluation of the life Orientation test. Journal of Personality and Social Psychology, Vol.67, n°.6,1063–1078.

147–Stone, A., Neale, J.(1984) New Measure of Daily Coping Development and Preliminary Results, Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 46, No. 4, 892–906.

148–Stanton, A.L, Tennen, H, Affleck, G& Mendola, R. (1992) Coping and adjustment to infertility. Journal of Social and Clinical Psychology, 11(1), 1–13

149–Tousignant, M.(1992) Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques .Paris: Presses universitaires de France.

150–Taylor.S.E.,& Brown, J.D. (1988). Illusion and well-being : A social psychological perspective on mental health. Psychological Bulletin,103,193–210.

151–Turner, R.J., and Marino, F. (1994). Social support and social structure: A descriptive epidemiology. Journal of Health and Social Behavior, 35, 193–212

152–Vanier ,C.,& Fortin, D.(1996) Une étude exploratoire des sources de stress et de soutien social chez les intervenantes communautaires en santé mentale . Santé Mentale au Québec, vol. 21, n° 2.

153–Veiel, H. O. F. (1985). Dimension of social support: a conceptual framework for research. Social Psychiatry, 20, 156–162

154–Von Ah, D. Kang, D.H & Carpente, J.S(2007) Stress, Optimism, and Social Support: Impact on Immune Responses in Breast Cancer. Research in Nursing & Health, 30, 72–83

155–Weinstein, N. (1980) unrealistic optimism about future life events *journal of personality and social psychology* vol.39, N°(5), 806–820.

156–Wright,J. Lecours, A. Duchesne, C & Sabourin,S. (1990) Le profil psychosocial de couples consultant à une clinique de fertilité , *Santé mentale au Québec*, vol. 15, n° 2, 89–106.

157–Wheeler ,L. &Reis ,H. (1983) Loneliness, Social interaction and sex roles, *Journal of Personality and Social Psychology* ,vol. 45(4), 943–953.

الملاحق

جامعة الجزائر

قسم علم النفس وعلوم التربية و الارطفونيا

سيدتي

نحن بصدد القيام ببحث علمي حول العقم ,نرجو منك الإجابة بدقة وصدق على كل الأسئلة التي تتضمنها المقاييس المقدمة أدناه ,وعلمي أن إجابتك ستستغل للجانب العلمي لا غير ونشكرك مسبقا على تعاونك .

البيانات الشخصية:

المهنة:

المستوى الدراسي:

السن:

مدة العقم:

بعد العقم:

قبل العقم :

عدد الأطفال ←

ملحق رقم (1) مقياس الدعم الاجتماعي /العاطفي كما تدركه الزوجة من جانب الزوج

فيما يلي بعض العبارات التي تشير إلى طبيعة العلاقة الزوجية, أرجو منك أن تقرئي كل عبارة بدقة وان تضعي دائرة حول الرقم الذي يوضح درجة انطباق العبارة عليك.

العبارات	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1- يتقبلني زوجي كما أنا بعجزي وضعفي كامرأة	لا يتقبلني إطلاقا	1	2	3	4	5	6	7	8	9	يتقبلني دائما 10
2- لا يوافق زوجي على ما عمله	لا يوافق إطلاقا	1	2	3	4	5	6	7	8	9	يوافق تماما 10
3- يضحك زوجي معي ويحاول أن يسعدني	لا يضحك معي إطلاقا	1	2	3	4	5	6	7	8	9	يضحك معي دائما 10
4- زوجي دائما مستعد لمساعدتي	لا يساعدني إطلاقا	1	2	3	4	5	6	7	8	9	يساعدني دائما 10
5- يتصيد زوجي أخطائي	يتصيد أخطائي دائما	1	2	3	4	5	6	7	8	9	لا يتصيد أخطائي دائما 10
6- يتمنى زوجي أن يراني أتغير باستمرار	يتمنى ذلك باستمرار	1	2	3	4	5	6	7	8	9	لا يتمنى ذلك أبدا 10
7- يحترمني زوجي احتراما شديدا	لا يحترمني إطلاقا	1	2	3	4	5	6	7	8	9	يحترمني تماما 10
8- زوجي معجب جدا بي	غير معجب بي إطلاقا	1	2	3	4	5	6	7	8	9	معجب بي تماما 10
9- لا يتحدث زوجي معي عندما نجلس معا	لا يتحدث معي إطلاقا	1	2	3	4	5	6	7	8	9	يتحدث معي دائما 10
10- زوجي حساس حتى لأعمالي البسيطة	حساس تماما	1	2	3	4	5	6	7	8	9	غير حساس لذلك تماما 10

لا يمدحني أبدا	1	2	3	4	5	6	7	8	9	يمدحني دائما 10	11- يمدحني زوجي ويشجعني
يتضايق باستمرار	1	2	3	4	5	6	7	8	9	لا يتضايق أبدا 10	12- يتضايق زوجي أحيانا من تصرفاتي
يرفض تماما	1	2	3	4	5	6	7	8	9	لا يرفض أبدا 10	13- يرفض زوجي طلبي إذا طلبت منه أن يساعدني
لا يتعاون أبدا	1	2	3	4	5	6	7	8	9	يتعاون دائما 10	14 يتعاون زوجي معي في أي عمل أقوم به
يرفض تماما	1	2	3	4	5	6	7	8	9	لا يرفض إطلاقا 10	15- يرفض زوجي أن يسع لوجهة نظري أو رأبي
يعتقد دائما	1	2	3	4	5	6	7	8	9	لا يعتقد ذلك إطلاقا 10	16- يعتقد زوجي أنني لا اعمل شيء ذات قيمة

ملحق رقم (2) مقياس أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة

ستجدين أمام كل سؤال الإجابات الآتية: تنطبق تماما, تنطبق إلى حد ما, لا تنطبق. ضعي علامة (x) أمام العمود الذي يناسب إجابتك

التعليمة: اذكرى من فضلك الموقف الضاغط الذي تمرين به حاليا.....

م	العبارات	تنطبق تماما	تنطبق إلى حد ما	لا تنطبق
1	أفكر أحيانا في أحداث الحياة اليومية الضاغطة التي مرت في حياتي			
2	ابتعد عن مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة غير المنطقية			
3	أحاول التفكير في بعض أحداث الحياة السعيدة التي مرت في حياتي لأقارنها بأحداث الحياة الضاغطة المؤلمة			
4	أجاهد من اجل تحقيق طموحاتي المستقبلية رغم أحداث الحياة اليومية الضاغطة التي تمر بي			
5	ابحث عن المتعة و مصادر التسلية لتخفيف الآثار السلبية لأحداث الحياة اليومية الضاغطة			
6	أحاول التوافق بأساليب ايجابية مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة			
7	المساندة الاجتماعية مع أفراد أسرتي و أصدقائي تخفف الكثير من مواقف أحداث الحياة اليومية الضاغطة			
8	اهتم بالنتائج التي تحدثها أحداث الحياة اليومية الضاغطة			
9	أحاول أن ابحت عن اهتمامات أخرى تبعدني عن المواجهة المباشرة لأحداث الحياة اليومية الضاغطة			
10	أحاول أن استفيد من خبراتي وثقافتي في وضع أساليب منطقية لمواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة			
11	أفضل أحيانا عدم مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة			
12	أحاول تفادي بعض المشكلات النفسية و الاجتماعية التي يمكن أن تحدثها أحداث الحياة اليومية الضاغطة			
13	أحاول أحيانا اللجوء إلى أخصائي إرشاد نفسي ليساعدني في كيفية التعامل مع أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة			

			14	أخشى أن أحداث الحياة اليومية الضاغطة تؤثر على أسلوب حياتي اليومية
			15	أصبحت أحداث الحياة اليومية الضاغطة تؤثر على تصرفاتي وسلوكي اليومي
			16	شعر بالرضا عن نفسي عند مواجهتي لأحداث الحياة اليومية الضاغطة
			17	أحاول الاستفادة من تجارب وخبرات الآخرين في أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة
			18	أحاول تجنب الانفعالات والمشاعر السلبية في مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة
			19	التزم الصمت أحيانا في مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة
			20	أحاول التصرف بسرعة مع أي موقف ضاغط يواجهني في حياتي اليومية
			21	أحاول أحيانا الانسحاب من الحياة لبعض الوقت حتى لا أواجه حدث ضاغط في حياتي اليومية
			22	أتخيل أحيانا بعض مواقف أحداث الحياة اليومية الضاغطة في المستقبل و أفكر في أسلوب مواجهتها
			23	أحاول أن انظر إلى أي حدث ضاغط يمر بي بواقعية قدر الإمكان
			24	أفكر أحيانا في أحداث الحياة اليومية الضاغطة التي حدثت لي في الماضي و أحاول الاستفادة منها في مواجهتي أحداث الحياة اليومية الضاغطة التي تمر بي حاليا
			25	أقوم أحيانا ببعض الأفعال و التصرفات غير الإرادية في مواجهتي لأحداث الحياة اليومية الضاغطة
			26	أشعر أحيانا بالقلق و الخوف من أي حدث ضاغط مؤلم أتوقعه في حياتي اليومية
			27	أحاول أن أكون متعاوناً مع الآخرين في مواجهتهم لأحداث الحياة اليومية الضاغطة
			28	أصرف أحيانا بطريقة سلبية في مواجهتي لأحداث الحياة اليومية الضاغطة
			29	أشعر أحيانا بأنني لست أفضل من الآخرين في أساليب مواجهتهم لأحداث الحياة اليومية الضاغطة
			30	أشعر أحيانا بأن التفكير في أحداث الحياة اليومية الضاغطة تؤخرني عن إنجاز أعمالي اليومية

ملحق رقم (3) مقياس التفاؤل

ستجدين أمام كل عبارة خمس إجابات ما عليك إلا أن تضعي علامة (×) في العمود الذي يناسب إجابتك.

أبد	نادرا	أحيانا	في معظم الأحيان	دائما	البنود
					1- تبدو لي الحياة جميلة
					2- أشعر أن الغد سيكون يوما مشرقا
					3- أتوقع أن تتحسن الأحوال مستقبلا
					4- أنظر إلى المستقبل على أنه سيكون سعيدا
					5- أنا مقبل على الحياة بحب وتفاؤل
					6- يخبئ لي القدر مفاجآت سارة
					7- ستكون حياتي أكثر سعادة
					8- لا يأس مع الحياة ولا حياة مع اليأس
					9- أرى أن الفرج سيكون قريباً
					10- أتوقع الأفضل
					11- أرى الجانب المشرق المضي من الأمور
					12- أفكر في الأمور البهيجة المفرحة
					13- إن الآمال أو الأحلام التي لم تتحقق اليوم ستتحقق غدا
					14- أفكر في المستقبل بكل تفاؤل
					15- أتوقع أن يكون الغد أفضل من اليوم