

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 20 أوت 1955 -سكيكدة-

كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل:

إستراتيجيات المواجهة لدى متأخرات الإنجاب وعلاقتها بجودة الحياة

-دراسة ميدانية بعيادات خاصة في مدينة سكيكدة-

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه ل. م. د في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة الدكتورة:

لوشاحي فريدة

إعداد الطالبة:

بوروبة هناء

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
بومدين سليمان	أستاذ التعليم العالي	20 أوت 1955 -سكيكدة-	رئيسا
لوشاحي فريدة	أستاذة محاضرة -أ-	20 أوت 1955 -سكيكدة-	مشرفا ومقررا
أوباجي يمينة	أستاذة محاضرة -أ-	عبد الحميد مهري-قسنطينة-2-	ممتحنا
بوسنة عبد الوافي	أستاذ التعليم العالي	عبد الحميد مهري-قسنطينة-2-	ممتحنا
محدد سمير	أستاذ محاضر -أ-	20 أوت 1955 -سكيكدة-	ممتحنا

السنة الجامعية: 2024-2025

ملخص الدراسة

تأتي هذه الدراسة ضمن مسار بحثنا في مجال الضغوط النفسية، تسعى إلى التركيز على المتغيرات التي تجعل متأخرات الإنجاب يواجهن هذه الوضعيات الضاغطة مع الكشف عن خصائص شخصية تجعل كل واحدة منهن تتبنى نظرة وتفسيرا لهذه الوضعية التي تتكرر معاشتها كل شهر منذ زواجها بفترة معينة، هنا تحاول دراستنا الكشف عن العلاقة الموجودة بين إستراتيجيات المواجهة المستخدمة من طرف متأخرات الإنجاب وجودة حياتهن، وقد تكونت عينة الدراسة من 60 امرأة يمتد عمرهن مابين 25 سنة إلى 42 سنة، منها 8 حالات عيادية ترددن على العيادات الخاصة بمدينة سكيكدة.

وللتحقق من صحة الفرضيات الموضوعة تم تطبيق مقياس استراتيجيات المواجهة ل Paulhan & al ومقياس جودة الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية في نسخته المختصرة إضافة إلى المقابلات العيادية ودراسة بعضا منهن دراسة معمقة.

كشفت النتائج عن وجود علاقة سلبية بين إستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى مفردات العينة، وهذا يدل على أن الإستراتيجيات المستخدمة لم تخفف الضغط النفسي الناتج عن وضعية تأخر الإنجاب وتحسين نوعية الحياة لدى هذه المرأة، كما بينت النتائج وجود علاقة إيجابية بين إستراتيجيات حل المشكلة وجودة الحياة فالبحث عن الحلول لهذه الوضعية تخفف مؤقتا من الضيق الانفعالي ومن شدة التوتر والإجهاد، أما عن الإستراتيجيات المرتكزة على الانفعال والمرتكزة على التجنب فقد تبين أن هناك علاقة سلبية بينها وبين جودة الحياة.

الكلمات المفتاحية: إستراتيجيات المواجهة، التأخر عن الإنجاب، جودة الحياة.

Abstract

This study comes within the framework of a research in the field of psychological stress, which seeks to focus on the variables that make childbearing woman to face this stressful situation, while revealing personal characteristics that make each of them adopt a view and interpretation of this situation, which she has repeatedly experienced every month since her marriage for a certain period.

Our study attempts to reveal the relationships between the coping strategies used by late childbearing woman and their quality of life. The study sample consisted of 60 woman whose ages ranged between 25_42 years including 8 clinical cases, who frequented private clinics in the city of Skikda.

To verify the validity of the established hypotheses, we used the coping strategies scale for Paulhan and other, and the quality of life scale issued by the world health organization in its abbreviation version were applied beside to clinical interviews and a study of some of them.

The results revealed a negative relationship between coping strategies and quality of life among the sample members and this indicates that these strategies used did not work to reduce the psychological stress resulting from delayed childbearing and improve the quality of life for this woman.

The result also showed that there is a positive relationship between problem-solving strategies and quality of life, simply searching for solutions temporarily alleviates emotional distress and reduces the intensity of tension and stress. As for strategies based on emotion and based on avoidance, it has been shown that there is a negative relationship between them and quality of life.

Key Words: Strategies of coping, late childbearing, quality of life.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

{ويسئلونك عن الروح قل الروح من أمر بي وما أتيتم من العلم إلا قليلا}



شكر وتقدير

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

{رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ} سورة النمل، الآية

19

أحمد الله عز وجل الذي وفقني لإتمام هذا العمل المتواضع، ثم لا يسعني إلا أن أتقدم بجزيل الشكر إلى الأستاذة الفاضلة

"لوشاحي فريدة" المشرفة على هذا البحث العلمي بنصائحها وتوجيهاتها القيمة

كما أتوجه بأسمى معاني الشكر إلى لجنة المناقشة التي قبلت بمناقشة هذا العمل

كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى الأطباء وممرضاتهم على كل المساعدات التي قدموها لي أثناء فترات التبرص

متقدم بعبارات الشكر والامتنان لزوجي ورفيق حياتي على كل المساعدات وكل أشكال الدعم التي منحني إياها

كما أشكر زميلاتي في الدفعة على كل التوجيهات والنصائح التي قدموها لي

الشكر موصول لكل من ساعدني ومدد لي يد العون في إنجاز هذا العمل من قريب أو من بعيد

بوروية هناء

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
	ملخص الدراسة
	شكر وتقدير
	فهرس المحتويات
	قائمة الجداول
الفصل الأول: الإطار التصوري للدراسة	
7	1- مقدمة-إشكالية
10	2- فرضيات الدراسة
10	3- أهمية الدراسة
11	4- أهداف الدراسة
12	5- التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة
الفصل الثاني: التأخر عن الإنجاب Infertility	
15	تمهيد
15	أولاً: الجانب المفاهيمي والطبي للتأخر عن الإنجاب
15	1- مفهوم التأخر عن الإنجاب
16	2- الأسباب العضوية للتأخر عن الإنجاب
26	3- العوامل النفسية للتأخر عن الإنجاب
29	4- علاج التأخر عن الإنجاب
34	5- المخاطر الناجمة لعلاجات التأخر عن الإنجاب
35	ثانياً: المعاش النفسي والتأثيرات الناجمة عن العلاج
35	6- التأثيرات النفسية لعلاجات التأخر عن الإنجاب على الزوجين
36	7- الآثار النفسية و الاجتماعية للتأخر عن الإنجاب
38	8- المعاش النفسي لمتأخرة الإنجاب
40	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: إستراتيجيات المواجهة Strategies of Coping	
42	تمهيد
42	أولاً: إستراتيجيات المواجهة، مفهومها، أبعادها تصنيفاتها
42	1- المدخل التاريخي لتطور مفهوم المواجهة

47	2- مفهوم إستراتيجيات المواجهة
48	3- النظرية المعرفية للإجهاد و المواجهة (النموذج التفاعلي)
53	4- أبعاد المواجهة وفق Lazarus و Folkman
58	5- تصنيفات إستراتيجيات المواجهة
69	6- فعالية إستراتيجيات المواجهة
72	ثانيا : قياس إستراتيجيات المواجهة وعلاقتها ببعض المتغيرات
72	7- أدوات قياس إستراتيجيات المواجهة
78	8- تقييم قياس إستراتيجيات المواجهة
80	9- علاقة إستراتيجيات المواجهة بالسن والجنس
82	10- علاقة إستراتيجيات المواجهة بالصحة والمرض
84	11- علاقة إستراتيجيات المواجهة بجودة الحياة
86	خلاصة الفصل

المحور الرابع: جودة الحياة Quality of life

88	تمهيد
88	أولاً: الجانب المفاهيمي لجودة الحياة
88	1- مفهوم جودة الحياة
92	2- المفاهيم ذات علاقة بمفهوم جودة الحياة
94	3- مكونات جودة الحياة
98	4- مظاهر جودة الحياة
100	5- أبعاد جودة الحياة
102	6- مقومات جودة الحياة
104	ثانيا: النظريات المفسرة وقياس جودة الحياة
104	7- الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة
106	8- النماذج النظرية المفسرة لجودة الحياة
114	9- أدوات قياس جودة الحياة
119	خلاصة الفصل

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

122	تمهيد
122	1- منهج البحث
123	2- الدراسة الاستطلاعية
136	3- حدود الدراسة الأساسية
141	4- أدوات البحث

142	5-أساليب المعالجة الإحصائية
143	خلاصة الفصل
الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
145	تمهيد
145	1- عرض وتحليل نتائج مقياسي الدراسة
152	2- عرض نتائج الدراسة
155	3- مناقشة نتائج الدراسة
165	4- عرض وتحليل الحالات العيادية
243	5- التحليل العام لحالات الدراسة على ضوء الفرضيات
247	خلاصة الفصل
248	خاتمة
252	قائمة المراجع
258	قائمة الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	مجالات جودة الحياة ومؤشراتها حسب شالوك	110
2	خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية	124
3	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن	127
4	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب مدة التأخر	127
5	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب ترددها على العيادات	127
6	مستويات جودة الحياة حسب المتوسط الحسابي	134
7	مستويات الدرجة الكلية المحولة لاختبار جودة الحياة	135
8	أسماء العيادات الخاصة للدراسة الأساسية ومقرها	136
9	خصائص عينة الدراسة الأساسية	138
10	نتائج مقياسي الدراسة المطبق على العينة	145
11	قيم معاملات الارتباط بين إستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى متأخرات الإنجاب	152
12	قيم معاملات الارتباط بين إستراتيجيات حل المشكل وجودة الحياة لدى متأخرات	153

الإنجاب

154	قيم معاملات الارتباط بين إستراتيجيات الانفعال وجودة الحياة لدى متأخرات الإنجاب	13
154	قيم معاملات الارتباط بين إستراتيجيات التجنب وجودة الحياة لدى متأخرات الإنجاب	14
166	المقابلات العيادية مع الحالة الأولى	15
170	نتائج مقياس إستراتيجيات المواجهة للحالة الأولى	16
171	نوع إستراتيجيات المواجهة المستخدمة من طرف الحالة الأولى	17
172	نتائج مقياس جودة الحياة للحالة الأولى	18
176	المقابلات العيادية للحالة الثانية	19
180	نتائج مقياس إستراتيجيات المواجهة للحالة الثانية	20
181	نوع إستراتيجية المواجهة التي تركز عليها الحالة الثانية	21
181	نتائج مقياس جودة الحياة للحالة الثانية	22
186	يمثل المقابلات العيادية للحالة الثالثة	23
190	نتائج مقياس إستراتيجيات المواجهة للحالة الثالثة	24
191	نوع إستراتيجية المواجهة التي تركز عليها الحالة الثالثة	25
191	نتائج مقياس جودة الحياة للحالة الثالثة	26
195	يمثل المقابلات العيادية للحالة الرابعة	27
199	نتائج مقياس إستراتيجيات المواجهة للحالة الرابعة	28
200	نوع إستراتيجية المواجهة التي تركز عليها الحالة الرابعة	29
200	نتائج مقياس جودة الحياة للحالة الرابعة	30
205	يمثل المقابلات العيادية للحالة الخامسة	31
208	نتائج مقياس إستراتيجيات المواجهة للحالة الخامسة	32
209	نوع إستراتيجية المواجهة التي تركز عليها الحالة الخامسة	33
209	نتائج مقياس جودة الحياة للحالة الخامسة	34
214	يمثل المقابلات العيادية للحالة السادسة	35
217	نتائج مقياس إستراتيجيات المواجهة للحالة السادسة	36
218	نوع إستراتيجية المواجهة التي تركز عليها الحالة السادسة	37
218	نتائج مقياس جودة الحياة للحالة السادسة	38
224	يمثل المقابلات العيادية للحالة السابعة	39
227	نتائج مقياس إستراتيجيات المواجهة للحالة السابعة	40
227	نوع إستراتيجية المواجهة التي تركز عليها الحالة السابعة	41

228	نتائج مقياس جودة الحياة للحالة السابعة	42
233	يمثل المقابلات العيادية للحالة الثامنة	43
237	نتائج مقياس إستراتيجيات المواجهة للحالة الثامنة	44
238	نوع إستراتيجية المواجهة التي تركز عليها الحالة الثامنة	45
238	نتائج مقياس جودة الحياة للحالة الثامنة	46

قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
1	نموذج التنبؤ في وضعية أين الإجهاد منخفض نسبيا أو مرتفع.	59

الفصل الأول: الإطار التصوري للدراسة

1- المقدمة - إشكالية

2- فرضيات الدراسة

3- أهمية الدراسة

4- أهداف الدراسة

5- التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة

1- مقدمة-إشكالية

يعتبر الزواج الإطار الذي ينظم النسل في أي مجتمع وخاصة المجتمعات العربية لما له من مكانة مقدسة عندها، "فهو رباط شرعي مقدس بين المرأة والرجل ويحظى بترحيب من الأسرة والمجتمع لأنه يعمل على حفظ النسل وتوارث العادات والتقاليد والقيم ونقل التاريخ الشخصي والعائلي عبر الأجيال، ويعتبر الزواج بالنسبة للمرأة مرحلة من الحياة تنتقل فيها من حياة العزوبية إلى الحياة الزوجية التي تؤهلها لاكتساب المكانة الاجتماعية والاستقرار النفسي من خلال تحقيقها الرغبة في الإنجاب، إذ يعتبر هذا الأخير والقدرة عليه دليل على جدارة الهوية الجنسية وحالة من استكمال لمقومات الكيان الراشد والعبور إلى التقدير والاعتراف على المستوى الاجتماعي". (حجازي، 2000، ص 95)، فالزواج هو ما يتيح فرصة الإنجاب وهو كذلك ما يتوج علاقة الزوج بزوجته وبالتالي بداية لبناء أسرة نووية أركانها الأب والأم والأطفال؛ ومنه فانتقال المرأة إلى هذه المرحلة الجديدة وإنجابها للطفل الأول تكسبها المكانة الاجتماعية متبوعة بالاستقرار النفسي بسبب إثباتها لهويتها الجنسية فهي كأنثى تكمن وظيفتها في مرحلة معينة في إنجاب الأطفال واختبار الوظيفة البيولوجية في حمل جنين بين أحشائها ووضعها في هذا العالم، كما يعتبر حمل وإنجاب الأطفال من التوقعات المؤكدة لدى الأزواج بعد فترة من زواجهم لأن هذا الطفل الذي يتم إنجابها هو الموضوع الذي يقوي العلاقة بين الأزواج، كما يعتبر ناقلا للتاريخ الشخصي والعائلي وحاملا لاسم والده، ومن جهة أخرى إنجاب طفل بالنسبة للمرأة يرتبط ارتباطا وثيقا بتأكيد ذاتها وذلك لأن الاعتبارات الاجتماعية والثقافية تزيد من أهمية هذا الموضوع وتسعى لتحقيقه وهو ما يزيد من رغبة النساء في الحمل خلال الأشهر الأولى من الزواج حتى تحمل لقب المرأة الولود. وفي الجانب الآخر نجد من النساء من تجد نفسها بعد فترة من زواجها لم تحظ بفرصة حمل واحدة، هذه الفترة تقدر طبيا بسنتين ولكن بحكم أن الإنجاب هو غريزة فطرية في المرأة فهي تتمنى حدوثه في الأشهر الأولى فتبدأ بحساب ذلك التأخر في الحمل منذ تاريخ زواجها، هاته المدة تعرف بتأخر الإنجاب وهي ظاهرة قيد الدراسة.

ولقد كان يطلق على ظاهرة عدم إنجاب الزوجين مصطلح العقم Sterility أي استحالة القدرة البيولوجية للزوجة أو الزوجين معا على الإنجاب، ولكن التحولات العلمية الهائلة والتقدم الكبير في مجال الإخصاب والإنجاب وضعوا مصطلحا آخرًا حلّ محله وهو التأخر عن الإنجاب Infertility والذي يشير إلى قدرة المرأة أو الرجل أو كليهما بشكل طبيعي على الإنجاب لأن العلم في تطور متزايد وفي كل مرة تظهر تقنية علاجية جديدة تحقق مشروع

الحمل للأزواج من خلال ما يسمى بالمساعدة الطبية الإنجابية (PMA Procréation médicalement assistée) خاصة في بعض الحالات التي نقشل فيها السيرورة الطبيعية للإخصاب لأسباب معينة مثل ضعف حركة الحيوانات المنوية أو تشوهها وعدم كبر حجم البويضة... إلخ وربحا للوقت أيضا.

يعد التأخر عن الإنجاب من خلال تكراره وتأثيره على جودة الحياة مشكلة مهمة للصحة العامة ومن الصعب تحديد مدى انتشاره بدقة بسبب عدم وجود بيانات دقيقة على نطاق عالمي، لكن مجموعة من الدراسات تقدر أن عدد الأزواج الذين يعانون من التأخر في الإنجاب حول العالم يصل إلى قيم تتراوح ما بين 50-130 مليون. (Young, 2016, p 29)، كما كشفت الإحصائيات الصادرة عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات سنة 2018 أن 15% من الجزائريين أو ما يعادل 6 ملايين و300 ألف جزائري يعانون من مشاكل في الإنجاب. (أسماء منور، 2018)

جراء هذا التأخر تعيش المرأة تحت ثلثية بارزة وهي مطلب داخلي ملح (الأمومة) ومطلب خارجي (انتظار المحيط للطفل) والقصور والعجز الجسمي، هذه الثلثية تجعلها تقع في دوامة القلق والتوتر والإحباط ناهيك عن أنها تصبح فريسة الاضطرابات النفسية حيث تؤكد كل البحوث والدراسات على وجود علاقة حتمية بين الجانب الجسمي والنفسي للمرأة وتأثرهما ببعضهما بشكل تلقائي فإذا حدث خلل في إحدى الجانبين يؤثر مباشرة على الجانب الآخر فالتأخر عن الإنجاب هو مرض جسمي له انعكاسات نفسية عميقة حيث يؤثر على فكرة المرأة عن نفسها وذاتها، وغياب هذا الموضوع وعدم تحقيق رغبتها يعني عدم تحقيق أحد مطالبها البيولوجية والاجتماعية وعدم تحقيق تكاملها النفسي والاجتماعي حيث تبقى ناقصة وغير مكتملة وفي هذا السياق نجد دراسة منال شحاتة (1989) التي هدفت إلى دراسة أثر الحرمان من الإنجاب على ذات العقيم وعلاقتها مع الآخر وقد أقيمت المقابلات العيادية على ثماني سيدات تعاني من العقم في سن 20-35 سنة باستخدام اختبارات متعددة (اختبار تفهم الموضوع، رسم المنزل، اختبار رسم الشجرة واختبار رسم الشخص)، وقد خلصت الدراسة إلى وجود استجابات متنوعة كالإحساس بالقصور والدونية نتيجة للفشل في إنجاز الدور الأنثوي بصورة كاملة.

وفي خضم هذه الآثار النفسية والاجتماعية أصبح الوضع مجهدا وضاعطا على نفسية المرأة مما جعلها تصدر مجموعة من الاستجابات الفيزيولوجية والانفعالية والسلوكية خاصة في فترات معينة مثل وقت نزول الدورة والذي

يعرضها للإحباط، عند زيارة الطبيب المختص... إلخ، حيث تعرف (Chily Taylor 2008) الإجهاد على أنه "خبرة انفعالية سلبية يترافق ظهوره مع حدوث تغيرات بيوكيميائية وفيزيولوجية ومعرفية وسلوكية يمكن التنبؤ بها ويمكن أن تؤدي إما إلى تغيير الحدث الضاغط أو التكيف مع آثاره" (تايلور، 2008، ص343) ففي بادئ الأمر تكون ردود الأفعال الصادرة عن هؤلاء النسوة انفعالية كالبكاء مرفوقا بزيادة ضربات القلب وتثبيط نشاط الجهاز الهضمي فنجد انقطاع للشهية مع قلق وثورات غضب وصراخ وتقلب في المزاج وما إلى ذلك تحاول في هذه الأثناء التفتيش عن حلول للخروج من هذا المأزق وبعد استمرار هذا الوضع لفترة طويلة ينهار جسدها وتستنفد طاقتها العميقة الداخلية حينها يبدأ حقل الاضطرابات السيكسوماتية في الظهور ويعبر جسدها عن معاناتها النفسية، وللتخفيف من هذه الأخيرة تتبنى إستراتيجيات مواجهة وهي أساليب تنتهجها متأخرة الإنجاب من أجل مواجهة الإشكال الذي يعترضها ويعكر صفو حياتها الزوجية، فما طبيعة هذه الاستراتيجيات التي تواجه بها المرأة التأخر عن الإنجاب؟ فالتأخر عن الإنجاب يعد مشكلة طبية ذات طابع اجتماعي سيء التأثير نفسيا وخاصة المرأة التي تعاني هذه المشكلة وبالتالي كانت تتحمل العبء النفسي، الغاية من الألم الذي قد يصل لدرجة الشعور بالذنب غير أن الدراسات الحديثة أثبتت أن المرأة مسؤولة عن 50% من حالات عدم الإنجاب في حين يتحمل الرجل مسؤولية 40% من تلك الحالات. (أبو الرب، 2006، ص 6) وبما أن المرأة تتحمل نصف المسؤولية في هذا الإشكال وفي بعض الحالات المسؤولية كاملة -إذا كانت هي المسؤولة عن السبب وزوجها لا يعاني من أي ضرر- تلجأ إلى استراتيجيات متنوعة منها المرتكزة على حل المشكلة في بداية الوضعية كون هذا الموضوع أمر جديد عليها يخالف كل توقعاتها فتبدأ في رحلة التقصي عن السبب وتجريب كل أنواع العلاجات، بعدها قد تتغير هذه الإستراتيجية لتبني واحدة أخرى تركز على الانفعال وهذا في حالة إذا ما استغرقت الوضعية وقتا طويلا، خلال هذه المدة يبدأ المجتمع بالتطفل عليها والتدخل في شؤونها الزوجية حتى أنه يوجه لها أصابع الاتهام بتأخرها عن إنجاب أول طفل له؛ وهنا تستخدم إستراتيجية التجنب قد تكون انسحابا من الوضعية وهروبا منها أو اعتزال كل ما يجرحها ويؤذيها، وبالتالي فالتأخر عن الإنجاب هو عامل مجهد يؤثر بدرجة كبيرة على نفسية المرأة وعلى صحتها الجسمية وحتى على علاقاتها الشخصية والاجتماعية أيضا، وبالتالي فهل هذه الظاهرة لها علاقة بجودة الحياة وهل تؤثر على درجة الاستمتاع بها والإحساس بالسعادة والرضا عنها؟ لأن الحياة بدون أطفال ناقصة والعلاقة الثلاثية للأسرة الصغيرة مختلة وغير مكتملة. ومن هنا جاءت دراستنا للبحث في هذه الظاهرة وتأثيرها على جودة الحياة ودور إستراتيجيات المواجهة في هذه الوضعية، لذا تسعى هذه الدراسة للإجابة على التساؤل العام الآتي:

هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى متأخرة الإنجاب؟
والتساؤلات الفرعية:

هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجية المرتكزة على حل المشكل وجودة الحياة؟

هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجية المرتكزة على الانفعال وجودة الحياة؟

هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجية المرتكزة على التجنب وجودة الحياة؟

2-فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

- توجد علاقة بين إستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى متأخرة الإنجاب.

الفرضيات الجزئية:

1-توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكل وجودة الحياة لدى متأخرة الإنجاب.

2-توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجية المواجهة المرتكزة على الانفعال وجودة الحياة لدى متأخرة الإنجاب.

3-توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجية المواجهة المرتكزة على التجنب وجودة الحياة لدى متأخرة الإنجاب.

3-أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية هذه الدراسة في البحث عن العلاقة بين إستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة التي تعيشها المرأة التي تعاني من تأخر في الإنجاب بعد زواج دام سنتين داخل إطار علاقة منتظمة بينها وبين زوجها.

إن تأخر الإنجاب يمثل وضعية ضغط للمرأة بعد الزواج بفترة معينة حيث تساهم العديد من العوامل النفسية وعلى وجه الخصوص العوامل الاجتماعية في تضخيم هذه الوضعية وثقلها على نفسية الزوجة لأن أول ما تنتظره هذه الأخيرة بعد زواجها هو حدوث الحمل وإنجاب طفل، لكن غيابه يعد موقفاً ضاغظاً ومهدداً لحياتها الزوجية خاصة في مجتمعاتنا العربية، ومنه تواجه المرأة هذه الوضعية على الصعيد النفسي-اجتماعي بالعديد من الإستراتيجيات والميكانيزمات الدفاعية للحفاظ على كيانها وزواجها ومستويات الرضا والشعور بالسعادة في حياتها.

ومنه تكمن أهمية دراستنا في البحث عن إستراتيجيات المواجهة الأكثر فعالية في مواجهة مشكلة تأخر الإنجاب والمساهمة في مساعدة هذه الفئة في تجاوز هذه المشكلة وتحسين جودة حياتهن والتركيز على الجوانب الإيجابية فيها. لذا نرى أن أهمية دراستنا تكمن في أنها تدعم ولو جزئياً البحث في العوامل التي تساهم في تنمية الموارد الشخصية والمهارات السلوكية بطريقة إيجابية تسمح بمواجهة هذه الوضعية لدى هؤلاء النساء.

4-أهداف الدراسة:

تتمثل أهداف هذه الدراسة فيما يلي:

-توضيح العلاقة القائمة بين متغيرات الدراسة ألا وهي إستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى شريحة متأخرات الإنجاب.

- التعرف على العلاقة الموجودة بين جودة الحياة لدى هذه الفئة وإستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال لدى هذه الفئة.

- الكشف عن العلاقة بين جودة الحياة وإستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكل لدى مفردات البحث.

- رصد العلاقة الموجودة بين جودة الحياة لدى متأخرة الإنجاب والإستراتيجيات المواجهة المرتكزة على التجنب.

5-التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

- تأخر الإنجاب:

هو عدم قدرة المرأة على الحمل بعد سنتين من الزواج في إطار علاقة جنسية منتظمة بدون استعمال وسائل منع الحمل أو تناول أي أدوية تمنع حدوثه.

إجرائياً يعرف على أنه عدم حدوث تجربة سابقة للحمل والإنجاب لدى المرأة بعد زواجها بمدة تفوق العامين ونخص بالذكر هنا متأخرات الإنجاب من ولاية سكيكدة.

- إستراتيجيات المواجهة:

هي مجموعة من المجهودات المعرفية والسلوكية التي يبذلها الفرد عند مواجهته لمواقف ووضعيات ضغط نفسي من أجل تجاوزها وحلها.

ويعرف إجرائياً على أنه الدرجة التي تحصل عليها مفردات الدراسة في مقياس إستراتيجيات المواجهة ل Paulhan وآخرون.

- جودة الحياة:

هي شعور الفرد بالرضا عن حياته والإحساس بالسعادة وقدرته على إشباع حاجاته وتحقيق ذاته وأهدافه مع التطلع إلى المستقبل بنظرة تفاؤلية.

ويعرف إجرائياً على أنه مجموع الدرجات التي تتحصل عليه متأخرة الإنجاب في مقياس جودة الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية في نسخته المختصرة.

العلماء

الفصل الثاني: تأخر الإنجاب Infertility

تمهيد

أولاً: الجانب المفاهيمي والطبي للتأخر عن الإنجاب

1- مفهوم التأخر عن الإنجاب

2- أسباب التأخر عن الإنجاب

3- العوامل النفسية للتأخر عن الإنجاب

4- علاج التأخر عن الإنجاب

5- المخاطر الناجمة لعلاجات التأخر عن الإنجاب

ثانياً: المعاش النفسي والتأثيرات الناجمة عن العلاج

6- التأثيرات النفسية لعلاجات التأخر عن الإنجاب على الزوجين

7- الآثار النفسية والاجتماعية للتأخر عن الإنجاب

8- المعاش النفسي لمتأخرة الإنجاب

خاتمة الفصل

تمهيد

أصبح التأخر عن الإنجاب ظاهرة تؤرق الزوجات حديثا خاصة في هذه السنوات الأخيرة حيث عرفت هذه الظاهرة انتشارا كبيرا في المجتمع الجزائري حسب الإحصائيات التي تحصلنا عليها، كما أن معظم الحالات التي أصبحت تتردد على العيادات تشكو من نفس المشكلة وهي غياب الحمل بعد مدة من الزواج. وعليه فحدث هذا الأخير يعكس توقعات الأزواج لأحداث حياتهم اللاحقة بعد زواجهم لتصبح وضعية مجهدة وضاغطة ينتج عنها العديد من المشاعر السلبية كالخوف من الطلاق أو الخوف من عدم إنجاب الأطفال نهائيا، الإحباط... إلخ. وفي هذا الفصل سنحاول التطرق إلى التعريف بهذه الظاهرة والأسباب العضوية والنفسية المؤدية إليها لدى كل من الزوجين وتقنيات العلاج المطبقة من أجل إنجاب طفل بعد إرادة الله عز وجل، كما سنتطرق إلى المعاش النفسي الناتج عنها.

أولا: الجانب المفاهيمي والطبي للتأخر عن الإنجاب

1- مفهوم التأخر عن الإنجاب

- يعرف على أنه عدم القدرة على الحمل لمدة سنة واحدة في حالة الزواج النشط دون استخدام أي وسيلة لمنع الحمل. (Pandya et al, 2015, p 10)

- عرفته الجمعية الأمريكية للطب الإنجابي على أنه "مرض يتم تعريفه بالفشل في تحقيق الحمل الناجح بعد 12 شهرا أو أكثر من الجماع المنتظم غير المحمي، وقد يكون هناك ما يبرر التقييم والعلاج المبكرين بناء على التاريخ الطبي والنتائج الجسدية ويكون ذلك مضمونا بعد 6 أشهر للنساء فوق سن 35 عاما. (Bayer et al, 2012, p4)

حسب القاموس الطبي "Larousse": التأخر عن الإنجاب l'infertilité هي حالة تتصف بعدم قدرة المرأة على وضع طفل حي في العالم. (Justine, 2021, p 39)

- تم تعريفه على أنه عدم القدرة على الإنجاب، قد يكون السبب مرض يصيب الرجال أو النساء وينتج عن إصابة المنسل (خصية الرجل أو مبيض المرأة) بمرض يفقده القدرة على إنتاج الخلايا التناسلية. (غنيم، 1998، ص190)

- يعرف على أنه عدم القدرة على الإنجاب بعد مرور فترة طويلة من الزواج (سنة كاملة)، وحدث لقاء جنسي منتظم وطبيعي بين الزوجين بمعدل مرتين إلى ثلاث مرات أسبوعياً دون أي موانع للحمل يستخدمها الزوجان. ويعود هذا التأخر إلى عدة أسباب يمكن أن تكون عند الرجل كما عند المرأة وقد تكون كلاهما. (أرزاوي، دت، ص6)

يعرفه سبيرو فاخوري على أنه: يشمل عدم القدرة على الإنجاب أو الخصوبة بعد مرور عامين من علاقة زوجية صحيحة دون استخدام وسائل منع الحمل. (فاخوري، 1984، ص 201)

من خلال التعريفات السابقة يمكننا القول بأن معظمها اتفقت على أن التأخر عن الإنجاب هو عدم القدرة على الحمل في حين أن الجمعية الأمريكية للطب الإنجابي عرفت أنه مرض وفشل في تحقيق الحمل الناجح وهذا يشير إلى أن التأخر عن الإنجاب يكون في بعض الحالات بسبب وجود ضرر على مستوى الجهاز التناسلي لأحد الزوجين أو كليهما أو نتيجة لاختلال النشاط الهرموني، وفي حالات أخرى قد تكون الحالة الصحية لا بأس بها ولكن لا يوجد حمل وفي كل مرة تفشل سيرورة الإخصاب في تحقيق الحمل وقد يعود السبب في مشكلة نفسية لدى الأزواج. كما اتفقت جُل المفاهيم أن التأخر عن الإنجاب قدّرت مدته بسنة أو أكثر في حين قدرها "فاخوري" بعامين، وعليه حتى نقول بأن هناك تأخراً عن الإنجاب يجب أن تكون المؤشرات التالية مجتمعة وهي: عدم القدرة على الحمل في إطار العلاقة الجنسية الصحيحة والمنتظمة، مرور سنة أو أكثر من الزواج، عدم استعمال موانع الحمل كالأدوية... وغيرها من الوسائل.

2- الأسباب العضوية للتأخر عن الإنجاب

بشكل عام هناك نوعان من الأمراض المرتبطة بالتأخر عن الإنجاب حيث يتعلق الأول بالمشاكل التشريحية والوراثية والغدد الصماء والمناعية، ويرتبط النوع الثاني من الأمراض بعوامل الخطر التي يمكن الوقاية منها مثل الأمراض المنقولة جنسياً (السيلان la Gonorrhée، عدوى بكتيريا الكلاميديا)

والتهابات ما بعد الولادة وما بعد الإجهاض والسل الحوضي وداء البلهارسيا وبشكل أكثر تحديدا تختلف العناصر التي يجب مراعاتها عند الحديث عن التأخر عن الإنجاب L'infertilité لدى المرأة عنه لدى الرجل، عند النساء يمكن أن تكون مؤشرات معالجة الخصوبة، احتياطي المبيض، الدورة الشهرية، المَعْلَمَات الهرمونية والعمر (تنخفض الخصوبة تدريجيا اعتبارا من سن 30 وخاصة بين 35-40 عاما وتصبح شبه معدومة عند سن 45 عاما). عند الرجال يتعلق الأمر بشكل أساسي بنوعية الحيوانات المنوية والمؤشرات الهرمونية، دوالي الخصية، إصابات الخصية، الأمراض البولية والأمراض المنقولة جنسيا.

عندما يتعلق الأمر بالتأخر عن الإنجاب بين الزوجين فإن العوامل الفردية مهمة ويقتصر الشرح على وقت الحمل، والوقت الذي يقضيه الأزواج والذي يظل يعانون من التأخر في الإنجاب بشكل لاإرادي كما قد ترتبط الصعوبة في الحمل بنفاد صبر أحد الشريكين أو كليهما، يمكن أن تكون مقابلات في العلاج النفسي كفيلة بإبراز العناصر المفتاحية لفهم الرغبة في طفل وعدم القدرة على الحمل. (Seide, 2020, p3)

بما أن التأخر عن الإنجاب قد يكون سببه وجود ضرر يعيق سيرورة الحمل والإنجاب بطريقة طبيعية، وهذا الضرر قد يكون متعلقا بالنساء وقد يكون متعلقا بالرجال، وقد يكون متعلقا بهما معا. وهنا سنعرض بشيء من التفصيل الأسباب المانعة للإنجاب لدى النساء والرجال.

2-1 أسباب التأخر عن الإنجاب لدى النساء

عادة ما يتم تنظيم دورة المبيض لدى النساء بشكل جيد، إلا أن العديد من المشاكل يمكن أن تتداخل وتعطلها. في بعض الأحيان يمكن أن تكون المشاكل الميكانيكية هي سبب التأخر عن الإنجاب عند النساء ومع ذلك فالعامل الأكثر أهمية للخصوبة عند النساء يبقى العمر.

1-1-2 اضطرابات التبويض troubles ovulatoires

غالبا ما تكون أحد الأسباب المؤدية إلى التأخر عن الإنجاب، ومن الأسباب الرئيسية لهذه الاضطرابات نجد:

-متلازمة المبيض المتعدد الكيسات (PCOS)

متلازمة تكيس المبايض Syndrome des ovaires polykystiques وهو عبارة عن مرض هرموني يصيب من 5-20% من النساء في جميع أنحاء العالم بسبب اضطرابات في التبويض ويؤدي إلى العديد من حالات التأخر عن الإنجاب عند النساء. لهذا الاضطراب ثلاثة أعراض أساسية هي: اضطراب الإباضة (خلل في الإباضة أو انقطاعها)، فرط الأندروجينية ومتلازمة التمثيل الغذائي (مع الاستعداد لمقاومة الأنسولين والسكري). ومن المحتمل أن يتم تشخيص إصابة المرأة التي تعاني من عرضين من الأعراض الثلاثة بمتلازمة تكيس المبايض بعد فحص الحوض بالموجات فوق الصوتية، الجريبات الزائدة (122) و/أو حجم المبيض أكبر من 10 سم، وكذلك بالتقييم الهرموني le Bilan hormonal (LH, FSH, TSH)، البرولاكتين، الأندروجينات، نسبة السكر في الدم والأنسولين، فرط الأندروجينية، فرط هرمون التستوستيرون).

غالبا ما يتم تشخيص متلازمة تكيس المبايض في وقت متأخر عندما تواجه المرأة صعوبة في الحمل، حيث تعاني من اضطراب في التبويض وهو ما يعني مشكلة في الخصوبة ويتم التعبير عن ذلك من خلال وجود خلل في الإباضة أو انقطاعها لأنه لا يوجد جريب سائد يتطور أثناء الدورة وبالتالي لا يوجد إباضة، وقد تحدث إباضة ولكن لا توجد دورة ثابتة.

- قصور المبيض Insuffisance ovarienne

مرض شائع يصيب من 1-2% من الإناث ويزداد انتشاره بشكل حاد مع تقدم العمر ويعتبر السبب الرئيسي في التأخر عن الإنجاب لدى النساء فوق سن 35 سنة، كما أن هناك حالتين من قصور المبيض:

الحالة الأولى: بسيط مرتبط بالعمر، وبعد 37 سنة تنخفض نوعية وكمية البصيلات بشكل ملحوظ وهذا له تأثير على خصوبة المرأة ومع ذلك فهي ظاهرة فيزيولوجية.

الحالة الثانية: قصور المبيض المبكر (POI) *Insuffisance ovarienne prématurée IOP* يصيب كل امرأة يقل عمرها عن 40 عاما وتعاني من انقطاع في الطمث أو غزارة الطمث لأكثر من أربعة أشهر؛ وفي هذه الحالة غالبا ما يكون هذا بسبب وراثي أو حتى أو حتى علاجي المنشأ *Itrogénique*. وعلى أية حال فهذه حالة لا يمكن علاجها ويحدث هذا القصور بسبب فقدان مجموعة البصيلات المتوفرة عند الولادة، كما يمكن أن يكون بسبب الآليات الفيزيولوجية المرضية *physiopathologiques* (الاستنفاد الأولي للجريبات البدائية، انسداد نضوج الجريبات، آلية رتق الجريبات وهي الآلية الأكثر شيوعا)، وأسباب وراثية تتمثل في: الأسباب المرتبطة بالكرموزوم X (وهي أسباب علاجية المنشأ كالعلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي)، أسباب المناعة الذاتية، الأسباب الفيروسية (النكاف *oreillons*) وهو سبب ذو أولوية في التكفل بالتأخر عن الإنجاب.

يكون معدل الحمل التلقائي في هذه الحالات منخفض من 4-6% فقط ولذلك فإن الوقت محدود وسيتم إحالة المريضة في كثير من الأحيان إلى الحفاظ على الخصوبة (حفظ البويضات أو الأجنة بالتبريد في بعض الدول)

-الوراثة

من بين الأسباب الوراثية هناك أسباب مرتبطة بالصبغي X وأسباب مرتبطة بالصبغي الجسدي، سيكون لهذه الاضطرابات تأثير على عملية التبويض لدى المرأة من بينها:

الأولى: الأسباب المرتبطة بالكرموزوم X، منها متلازمة تيرنر *Syndrome de Turner* حيث تعاني المرأة من غياب كامل أو جزئي لأحد الكرموزومات X، وتؤثر هذه المتلازمة على عمل المبيض وعلى أعضاء أخرى خاصة القلب والشريان الأبهر. وفي بعض الحالات يتم ملاحظة " فسيفساء " تيرنر " وهذا يعني أن بعض الخلايا لديها النمط النووي 46 XX طبيعي والبعض الآخر لديه النمط النووي 45 XO غير طبيعي، في هذه الحالة يمكن أن يحدث الحمل تلقائيا أو عن طريق الإخصاب في المختبر (FIV)

بعد التبرع بالبويضات كما أن هناك خطر كبير لارتفاع ضغط الدم المرتبط بتضيق الأبهر، تمزق أو تمدد الأوعية الدموية.

الثانية: متلازمة X الهش، وهي شذوذ وراثي يؤدي إلى تقليل قدرات المبيض، تشوهات وراثية للجينات.

الثالثة: أسباب مرتبطة بالجسيمات الجسدية "Autosomes"، منها متلازمة بيرولت Syndrome de Perrault وهو مرض يسبب تشوه الغدد التناسلية والأصل الجيني لا يزال غير محدد. الكلاكتور Galactosémie وهو نقص إنزيمي في إنزيم الجالاكتور، فوسفات، يوريديل ترانسفير Uridyl Tranysférase (GALT) (الجين الموجود على الكروموسوم 9) وهو مرض نادر يسبب قصور المبيض المبكر لدى النساء اللاتي يحملن الطفرة في 60-70% من الحالات. (Peyronel, 2021,) (p40)

2-1-2 بطانة الرحم Endométriose

وهو مرض التهابي مزمن ناجم عن وجود أنسجة بطانة الرحم خارج تجويف الرحم. تتأثر 10% من النساء بهذا المرض. لا يزال الأمر غير مفهوم بشكل جيد لكن يبدو أن التهاب بطانة الرحم يحدث بسبب تدفق الدورة الشهرية الرجعي (موجود في 90% من النساء ولكن 10% فقط لديهم هذا المرض)، أو حتى نقص المناعة (لا يتم التخلص من الأنسجة خارج التجويف عن طريق الخلايا المناعية).

غالبا ما يكون التشخيص متأخرا بعد 7-10 سنوات من ظهور الأعراض الأولى، هذه البؤر خارج التجويف تخضع للتأثير الهرموني كما هو الحال في بطانة الرحم ويظهر الألم بشكل دوري حسب إيقاع الدورة الشهرية لدى المرأة نتيجة ظهور نزيف خارج الرحم، اعتمادا على موقعها لوحظ تأثير ضار على الخصوبة في أغلب الأحيان تقع هذه البؤر على مستوى المبيضان، قناة فالوب... يمكن أن يكون لها تأثير على هجرة الحيوانات المنوية والجنين من أربطة الرحم إلى بطانة الرحم الداخلية والتي تسمى أيضا بالعضل الغدي، حيث تتسلل بطانة الرحم إلى عضل الرحم وبالتالي يمكن أن تؤثر على جميع مراحل الخصوبة سواء الإباضة أو هجرة الحيوانات المنوية أو حتى عملية الزرع.

إن علاج تأخر الإنجاب عن طريق الجراحة يعتبر علاجاً قياسيًّا، إذا تمت الإشارة إلى العلاج المضاد للفيروسات فسيتم أخذ التقنيات التالية في الاعتبار بالنسبة للمستوى الأول والثاني فالتلقيح داخل الرحم منظر جيد للتكفل العلاجي، أما بالنسبة للمراحل الأكثر تقدماً سيتم تفضيل التلقيح الاصطناعي.

3-1-2 اضطرابات قناة فالوب Troubles Tubaires

هو اضطراب يؤدي إلى انخفاض في نفاذية قناة فالوب وبالتالي يمنع مرور الحيوانات المنوية إلى الأنبوب أو مرور الجنين نحو تجويف الرحم وهذا ما يسمى بانسداد الأنابيب Obstruction Tubaire. كما نذكر اضطرابات أخرى في قناة فالوب هي:

-عوائق البوق "Hydrosalpinx"

هو انسداد كامل للصيوان مع اختفاء الأطراف وانتفاخ السائل في الجزء البعيد من الأنبوب، وغالباً ما يكون ذلك بسبب عدوى نسائية (نوع الكلاميديا)، أو بعد التهاب الزائدة الدودية أو حتى التهاب بطانة الرحم يمكن أن تكون أحادية أو ثنائية. هذا الاضطراب له آثار سلبية على حالات الحمل وغالباً ما يتم تنفيذ التلقيح الاصطناعي إذا كان الحمل مرغوباً فيه، وعلى الرغم من كل شيء هناك انخفاض في معدل الزرع ومعدل الإخصاب حتى في فترة الحمل وحتى في حالة التلقيح الاصطناعي، بالإضافة إلى ذلك فإن وجود السائل الذي يمر إلى تجويف الأنبوب له تأثير سلبي على عملية الإنغراس ويحدث التهابات ويتداخل مع الحيوانات المنوية في حالة وجودها، هناك أيضاً خطر متزايد للإجهاد. التكفل العلاجي يكون عن طريق: استئصال البوق، أو الاستبعاد البوقي أو العلاج بالتصلب الأنبوبي.

-Hematosalpinx

وهو تراكم الدم في أنبوب الرحم مما يؤدي إلى تشويه الأنبوب وتعطيل الخصوبة، ويظهر هذا غالباً أثناء الحمل خارج الرحم (EUG)، وهي ظاهرة تظهر بشكل متكرر مع التهاب بطانة الرحم أو مع اللولب (جهاز داخل الرحم) أو الجراحة أو مرض التهابي. التكفل العلاجي يكون عن طريق الجراحة، استئصال البوق أو الاستبعاد البوقي أو العلاج بالتصلب الأنبوبي، ويمكن أن يكون للعمل الجراحي تأثير ضار على

الخصوبة ويمكن أن يظهر التهاب البوق وكذلك التصاق الأغشية وعليه سيكون من الضروري إجراء تنظير الرحم التشخيصي لمنع ظهورها.

2-1-4 تشوهات الرحم Anomalies Utérines

هذه التشوهات هي سبب العقم الميكانيكي لدى النساء بالإضافة إلى ذلك فهي غالبا ما تكون مسؤولة عن تقليل عملية زرع البويضات وزيادة خطر الإجهاض. تعتبر الأورام الحميدة والأورام الليفية والحواجز والالتصاقات بعضا من هذه التشوهات الرحمية. كما نذكر:

-البوليبيات Polypes

وهي نمو غير طبيعي للأنسجة على مستوى الرحم (عق الرحم وبطانة الرحم) ويمكن أن يكون لها وجود واحد أو متعدد في الجسم الرحمي للمرأة، يتم التكفل العلاجي عن طريق منظار الرحم الجراحي.

- الأورام الليفية الرحمية Fibromes

هي أورام حميدة تتطور في الأنسجة العضلية للرحم ولا يمثل مظهرهم أي خطر لانتشار الورم إلى باقي الجسم، تخضع لمستويات هرمون الأستروجين الموجود لدى النساء، موقعها وحجمها كذلك يختلف يمكن أن تنمو وتحتل الجزء الداخلي بالكامل من تجويف الرحم وهذا يؤثر على خصوبة المرأة حسب حجمه وموقعه ويكون التكفل العلاجي عن طريق تنظير الرحم الجراحي.

-الحاجز Septums

هو القسم الذي يفصل بين التجاويف، تطور مثل هذه البطانة في الرحم يمكن أن يسبب التأخر عن الإنجاب أو حتى العقم. يكون التكفل العلاجي به هو تنظير الرحم الجراحي.

-الالتصاقات Syneciae

هو التصاق جزئي أو كامل لجدران مناطق معينة من الرحم (جسم الرحم، عنق الرحم) بمرور الوقت سوف تتحول الالتصاقات إلى أنسجة ليفية والتي ستصبح أكثر تعقيدا للعلاج. هذا الالتصاق يؤثر على

الإخصاب عن طريق منع هجرة الحيوانات المنوية أو حتى فشل زرع الجنين بسبب تغير الأوعية الدموية في بطانة الرحم ومن المحتمل ظهور الالتصاقات بشكل خاص (أورام ليفية).

يكون علاجها عن طريق سل الرحم أو الإنهاء الطوعي للحمل (IGV) بعد إجراء عملية جراحية سيكون من الضروري إجراء تنظيف الرحم التشخيصي كفحص بعد 6 أسابيع من العملية الجراحية لمنع ظهورها ويتم ذلك من خلال تطبيق هلام مضاد للالتصاق للوقاية كلما تم العلاج مبكراً كلما كان أفضل وستكون العملية أسهل فبمجرد استعادة التجويف يمكن تحقيق الحمل من خلال التلقيح الاصطناعي.

2-1-5 أسباب أخرى

-العمر Age

وهو العامل الأول الذي يؤثر على خصوبة المرأة وهذا عنصر مهم للغاية يجب أخذه بعين الاعتبار، ويلاحظ انخفاض في كمية ونوعية البويضات ابتداء من سن 37 عاماً، كما يمكن رؤيته على منحى الانخفاض في بصيلات المبيض هذه، ويرجع الانخفاض الواضح إلى ظاهرة فيزيولوجية تتمثل في رتق الجريبات *Atrésie des follicules*. ستكون الخصوبة لدى النساء مثالية في سن 25 عاماً وستبدأ في الانخفاض بشكل ملحوظ في سن 37 عاماً (الجودة والكمية) وستصبح تقريباً معدومة بعد سن 45 سنة (

(Peyronel, 2021, p40-49)

هناك علاقة عكسية بين التقدم في عمر المرأة والقدرة على الإنجاب، وذلك بسبب الضعف الذي يطرأ على إنتاج البويضات من المبيض لضعف التأثير وإفراز الهرمونات الأساسية للإباضة، بالإضافة إلى انخفاض مستوى خصوبة غشاء بطانة الرحم وتناقص قدرتها على احتواء البويضة الملقحة والمساعدة على نموها فيه، وقد يكون ذلك بسبب تناقص في كمية التحويل الدموي للغشاء المبطن للرحم. (أبو الرب،

2007، ص 81)

2-2 أسباب التأخر عن الإنجاب لدى الرجال

يتطلب تخصيب البويضة بالحيوان المنوي عدة خطوات أولية: التكوين الطبيعي للحيوانات المنوية، نضج البربخ مما يسمح بتخزين الحيوانات المنوية بشكل كاف، الأداء الطبيعي للغدد الإضافية، الوظيفة الجنسية الطبيعية وأخيرا العلاقات الجنسية في الوقت المناسب، وأي خلل في إحدى هذه الوظائف يمكن أن يؤثر على خصوبة الرجال بشكل دائم أو عكسي ومنه فالعوامل السببية والتي يمكن أن تعيق خصوبة الذكور وتأثيراتها على الوظائف الإنجابية هي:

1-2-2 أسباب خلقية Causes congénitales

منها: الخصية الخفية Cryptorchidie ويمكن أن تؤدي إلى ضعف تكوين الحيوانات المنوية، الغياب الخلقي لمختلف قنوات الأسهر والذي يؤدي إلى الانسداد Obstruction

2-2-2 أسباب تشريحية Causes anatomiques

نجد: التواء الخصية Torsion testiculaire وصدمة الخصية Traumatisme testiculaire وللذان يؤديان إلى ضمور بسبب نقص التروية Atrophie par ischémie، نجد كذلك سرطان الخصية الذي يؤدي إلى ضعف تكوين الحيوانات المنوية (Atteinte de la spermatogenèse)، عامل علاجي المنشأ (استئصال الأسهر، الجراحة) يؤدي إلى انسداد أو نقص التروية أو تلف عصبي، وأخيرا الضرر العصبي والمبال التحتاني Hypospadias ويؤديان إلى العجز الجنسي.

3-2-2 أسباب وراثية Causes génétiques

الحذف الدقيق للكرموزوم "Y" ومتلازمة كلاينفلتر Syndrome de Klinefelter يؤديان إلى ضعف تكوين الحيوانات المنوية، كما نجد متلازمة كارتاجينر Syndrome de Kartagener التي تجعل الحيوانات المنوية غير متحركة، ومتلازمة كالمان Syndrome de Kahlmann التي تؤدي إلى قصور الغدد التناسلية.

كما نذكر سبب الغدد الصماء مثل السكري وفرط البرولاكتين في الدم اللذان يؤديان إلى ضعف الانتصاب Dysfonction érectile، أسباب وعائية قلبية كدوالي الخصية Varicocèle التي تؤدي إلى ضعف تكوين الحيوانات المنوية.

4-2-2 أسباب كيميائية Causes chimiques

كالمبيدات الحشرية، المعادن الثقيلة (الرصاص)، المذيبات Solvants (الحبر، الطلاء، diluant) وثنائي كبريتيد الكربون sulfure de carbone، حيث تؤدي كلها إلى العجز الجنسي كما تؤثر على تكوين الحيوانات المنوية وضعفها إلى جانب ضعف الانتصاب وقصور الغدد التناسلية.

5-2-2 أسباب دوائية Causes médicamenteuses

مثل العلاج الكيميائي chimiothérapies الذي يؤدي إلى ضعف تكوين الحيوانات المنوية والعديد من الأدوية الأخرى التي تؤدي إلى نفس النتيجة إضافة إلى انخفاض حركة الحيوانات المنوية والضعف الجنسي.

6-2-3 العدوى Causes infectieuses

كالتهاب الخصية (النكاف أو غيره) Orchite (Ourlienne ou autre)، ضمور الخصية Atrophie Testiculaire والتهاب البربخ Epididymite هذه الأمراض تؤدي إلى ضعف تكوين الحيوانات المنوية إلى جانب ذلك نجد التهاب البروستاتا (الأمراض المنقولة جنسياً أو سبب آخر) المؤدي إلى الانسداد.

7-2-2 سبب سام Cause toxique

الستيرويدات الابتنائية Stéroïdes anabolisants التي تؤدي إلى انخفاض إفراز هرمون الملوتن (LH) والهرمون المنبه للجريب (FSH) وضعف تكوين الحيوانات المنوية القابل للعكس في أربعة أشهر إذا توقف المريض عن الاستهلاك. كما نجد السجائر والمخدرات (الماريجوانا والكوكايين) التي تؤدي إلى ضعف تكوين الحيوانات المنوية، استهلاك الكحول بكميات كبيرة ولفترات طويلة تؤدي إلى نفس النتيجة

زيادة عليها عدم القدرة على الانتصاب، مواد التشحيم المهبلية ذات الأساس المائي Lubrifiant vaginaux التي تسبب ضعف حركة الحيوانات المنوية.

2-2-8 أسباب أخرى

مثل التشعيع irradiation وارتفاع الحرارة Hyperthermie التي تؤدي إلى ضعف تكوين الحيوانات المنوية. (Comean, 2002, p78)

إن التأخر عن الإنجاب مسؤولية يتحملها أحد الزوجين أو كلاهما معا كل حسب نوع الضرر والأسباب المؤدية إليه فالاضطرابات الموجودة على مستوى الجهاز التناسلي عادة تكون واضحة إضافة إلى أسباب أخرى كما ذكرناها سابقا والعلاج رغم تكلفته العالية إلا أنه متوفر للشفاء من تلك الأمراض بعد إرادة الخالق وحده.

رغم أنه في بعض الحالات نجد أن الرجل هو المسؤول الوحيد عن عدم القدرة على الحمل، إلا أن المجتمع يحمل المرأة وحدها مسؤولية التأخر عن الإنجاب ويوجهون أصابع الاتهام لها، لأننا في مجتمعاتنا العربية -خاصة هي مجتمعات ذكورية- نقدر فيها مكانة الرجل ونسقط كل اللوم على المرأة وحدها بحكم أن هذه الوظيفة البيولوجية من اختصاصها هي لكي تبقى صورة الرجل واضحة المعالم، إلا أنه في حقيقة الأمر يمكن أن يكون الضرر منه ويعجز عن إنجاب طفل لأسباب تم ذكرها سابقا.

3-العوامل النفسية للتأخر عن الإنجاب

بما أن الحمل تجربة نفسية قبل أن تكون جسدية وذلك لما للنفس من تأثير على الجسد، فالحالة النفسية تؤثر على المخطط الهرموني لجسد المرأة وتخلق حالة من الاختلال في إفراز الهرمونات وتنظيم الدورة الشهرية لها، كما تتسبب في أمراض واضطرابات على مستوى الجسد عامة والجهاز التناسلي خاصة. "إن العوامل النفسية للإنجاب لها نفس أهمية العوامل العضوية، فقد يؤدي الإجهاد إلى التأثير على العلاقة القائمة بين الدماغ والغدة النخامية والمبيض فيحدث اضطراب في وظيفة المبيض". (لراري، 2015، ص

(84)

إلى جانب ذلك فالمشاعر السلبية كالأحباط والقلق والتوتر والإجهاد... وغيرها تؤثر على سيرورة الإخصاب والحمل. "قد تؤدي الاضطرابات الانفعالية إلى التأخر عن الإنجاب ومثل هذا التأخر قد يجعل المرأة أكثر قلقاً وهكذا تدخل المرأة في دائرة القلق مما يجعل الاستقرار النفسي للزوجة إلى المستوى الطبيعي اللازم لعملية الإخصاب". (Cousineau & Domar, 2007, p 30)

وعليه من العوامل النفسية التي تتسبب في التأخر عن الإنجاب نذكر ما يلي:

-أسباب مؤدية إلى فشل الاتصال الجنسي: المرأة التي تربت في أسرة محافظة جداً تكون تربيتها قائمة على الكبت الجنسي فيعلمونها أن الاتصال الجنسي أمر قبيح مما يجعلها تفشل في إرخاء عضلاتها عند الجماع بعد الزواج، ومنه تشل حركة الحيوانات المنوية التي من المفروض أن تتجه إلى المبيض لتخصيب البويضة وبالتالي تموت في المهبل مما يؤدي إلى عدم الإنجاب.

-التوتر والقلق والصراعات النفسية كلها عوامل تؤثر سلباً على إفراز الغدد للهرمونات خاصة الغدة النخامية المسؤولة عن إفراز هرمون انبساط البويضة والغدة الدرقية المسؤولة عن إفراز هرمون تكوين الحيوان المنوي الذي يغذي البويضة المخصبة، ومنه فأى خلل بينهما يؤدي إلى عدم تكوين البويضة وانطلاقها، كما يؤدي إلى تشنج وانكماش القناة مما لا يسمح للبويضة بالمرور إلى الرحم، كما يؤدي إلى اضطرابات في الدورة الشهرية وقد تختفي تماماً ويسبب التأخر عن الحمل. (الضمور والهوارى، 2022، ص1562)

كما تشير العديد من الأبحاث العلمية والدراسات الطبية أن للحالة النفسية والعوامل النفسية دور في تأخر الحمل والإنجاب "هناك علاقة بين الإخصاب والحالة النفسية، حيث تؤثر الحالة النفسية على الهرمونات، وهناك علاقة بين الاكتئاب والتأخر عن الإنجاب أو عدم القدرة على الإنجاب، فقد تبين على المستوى العالمي أنه من 10 إلى سبعين من أسباب العقم هي أسباب نفسية. (Wichman & al, 2009, p 77) ومن هذه العوامل نذكر:

- عدم التوافق في العلاقة الزوجية وما يتبع ذلك من صراع وشجار يؤثران على التوازن الهرموني وعلى انقباض وانبساط عضلات الرحم والأنابيب وغيرها مما يؤثر على عملية التبويض وعلى استقرار

البويضة في الجهاز التناسلي الذي يحتاج إلى حالة من الاستقرار ليتمكن من حضانة البويضة الملقحة ورعايتها في هدوء حتى تصبح جنينا.

- الشخصية الأنثوية غير الناضجة بيولوجيا ونفسيا وفيها تكون عملية التبويض ضعيفة أو يكون الرحم صغيرا أو الأنابيب ضيقة وتكون غير ناضجة انفعاليا.

- الشخصية الذكورية العدوانية والتي ترفض بغير وعي الدور الأنثوي المستقل والحاضن للحيوان المنوي ثم للبويضة الملقحة ثم الجنين، واعتبار ذلك عدوانا عليها تقاومه بالرفض وهذه الشخصية لديها صراعات كثيرة حول دورها الأنثوي.

- وجود صراعات داخلية لدى المرأة حول فكرة القرب من الرجل وإقامة علاقة معه وذلك بسبب مشكلات نفسية عميقة الجذور أو بسبب الخوف الاجتماعي المبني على المبالغة في التحريم أو استقرار هذه العلاقة واعتبارها دنسا يلوث الكيان الروحي.

- وجود أم مسيطرة ومستبدة تجعل المرأة تكره دور الأمومة وترفضه.

- وجود رغبات متناقضة في الحمل وعدمه فهي ترغب فيه لتحقيق الدافع الفطري لديها في أن تكون أم، وترفضه في نفس الوقت خوفا من مشاكله وتبعاته أو لشعورها بأن حياتها الزوجية تعيسة وغير مستقرة.

- الصدمات الانفعالية المتكررة والتي تؤثر على الغشاء المبطن للرحم وتؤدي إلى انقباضات كثيرة وغير منتظمة في الأبواق والأنابيب والرحم وعنق الرحم.

-شدة التعلق بالإنجاب، فالرغبة الجامحة في حدوث الحمل ربما تؤدي إلى نزول البويضة قبل نضجها.

- تكرار الإثارة الجنسية دون إشباع يصيب عنق الرحم بالاحتقان والجفاف والتزلج.

- الزوجة التي تأخذ دور الأم لرجل سلمي واعتمادا، فالتركيبية النفسية لها كأم لهذا الزوج الطفل أو الابن تحدث خلافا في العمليات البيولوجية فلا يحدث حمل.

وحتى الرجل يتأثر بالعديد من العوامل النفسية التي تؤدي إلى التأخر عن الحمل وهي:

التعب والإجهاد في العمل وتغلب حالات الطقس تعد من العوامل التي تؤدي إلى نقص إنتاج الحيوانات المنوية.

قدرة الرجل الجنسية تتحكم فيها العوامل والأسباب العاطفية، وقد ينجح العلاج النفسي في علاج حالات القذف السريع وحالات انعدام القذف عند الرجل وحالات عدم الانتصاب وقد أوضح العلماء أن خير من يعالج الزوج في مثل هذه الحالات هي زوجته. (عمر الأمين، 2018، ص 25)

4- علاج التأخر عن الإنجاب

على عكس علاج التأخر عن الإنجاب لدى النساء يوجد القليل من العلاجات النمطية (محددة) لعلاج التأخر عن الإنجاب لدى الرجال، قبل النظر في هذه العلاجات يجب أن نذكر أن الانتظار يمكن أن يكون حلاً ممكناً إذا كانت المدة تقل عن ثلاث سنوات وإذا كان عمر الزوج أقل من 30 سنة لأن خصوبة المرأة يمكن أن تعوض قلة النطاف وضعف الحيوانات المنوية. وهذه العلاجات هي كالاتي:

4-1 العلاج الطبي Traitement médical

في حالة وجود قصور الغدد التناسلية بسبب قصور تحت المهاد أو الغدة النخامية يمكن لحقن الغدد التناسلية (GMP/HCG) أو مضخة الهرمون النابض المطلق لمواجهة الغدد التناسلية (GL-RH) إنتاج حيوانات منوية عالية الجودة للحصول على الحمل. يمكن أن يكون فرط البرولاكتين في الدم بسبب قصور الغدة الدرقية أو تناول الأدوية Phénothiazine (بعض الأدوية الخافضة للضغط) أو أمراض الكبد أو مرض الغدة النخامية حيث يكون علاجها من خلال تصحيح أو معالجة السبب الكامن وراءه حيث يتم علاجه بالبروموكريبتين Bromocriptine.

يعد العلاج بالمضادات الحيوية ضرورياً عند اكتشاف إصابة الغدد الملحقة، كما أنه لم تتم تجربة أي علاج تجريبي حتى الآن مثل هرمون التستوستيرون (HMG/HCG) ولم يثبت أن عقار سيترات الكلوميغان le Citrate de clomiphène وتاموكسيفين le Tamoxifène أو هرمون Folliculostimulante الهرمون المنبه للجريب FSH فعال.

4-2 العلاج الجراحي Traitement chirurgical:

إن العلاج الجراحي لدوالي الخصية لا يزال مثيرا للجدل، ومن ناحية أخرى فعندما ينخفض حجم الخصية أو عندما يتدهور مخطط الحيوانات المنوية يوصي بعض الأطباء بالنظر في العلاج الجراحي فبعض التشوهات التشريحية (انسداد الأسهر أو البربخ مثلا) يمكن تصحيحه عن طريق الجراحة.

4-3 التلقيح المماثل Insémination Homologue

ويقصد به التلقيح داخل الرحم بالحيوانات المنوية للشريك. تم تطويره لتعويض العقم لدى الرجال وعدم قدرة الحيوانات المنوية على اختراق مخاط عنق الرحم، فالسائل المنوي قد يحتوي على البروتينات والبروستاجلاندين Prostaglandines والبكتيريا، ومن الضروري تطبيق تقنية تسمى غسل الحيوانات المنوية قبل إيداعها في تجويف الرحم؛ هذا الغسيل له تأثير على زيادة حركة الحيوانات المنوية المستردة، والمطلوب ما لا يقل عن مليون حيوان منوي متحرك حتى تتمكن من المضي قدما في هذه التقنية لكن يبدو أن معدل الحمل في العينة التي تحتوي على أكثر من 10 مليون حيوان منوي علاوة على ذلك فإن التحفيز المتزامن بالإباضة يزيد من معدل النجاح.

معدلات النجاح تختلف تبعا للضرر الذي يلحق بالحيوانات المنوية ولذلك يصعب تقديرها لذا يجب استخدام تقنيات أخرى بعد بضعة اختبارات. (Young, 2016, p 29)

4-4 التلقيح غير المتجانس Insémination Hétérologue

يشار إلى التلقيح بالحيوان المنوي للشخص المانح في غياب النطاف Azoospermie أو قلة النطاف خطير Oligozoospermie ولخطر انتقال الأمراض الوراثية قد يتطلب أيضا استخدام هذا الحل.

يجب أن تخضع الحيوانات المنوية المانحة للحجر الصحي ستة أشهر على الأقل للحد من خطر انتقال عدوى الأمراض المعدية مثل الإيدز، التهاب الكبد "ب"، التهاب الكبد "س" والفيروس المضخم للخلايا CytomégaloVirus لأن نتائج اختبار المتبرع سلبية دائما في حالة هذه الأمراض.

4-5 الحقن المجهري للحيوانات المنوية Micro-injection de spermatozoïdes

ويقصد به حقن رأس الحيوان المنوي في البويضة في حالة وجود عدد قليل من الحيوانات المنوية في السائل المنوي، حيث يسمح البربخ أو الخصية بالحقن المجهري. ومع ذلك ترتبط هذه التقنية المتطورة بعلاج التأخر عن الإنجاب لدى الرجال لزيادة حدوث تشوهات الكرموزومات رقم 14 و 3 خاصة للكرموزوم Y عند الرجال الذين يعانون من قلة النطاف بشكل كبير ولهذا من المستحسن إجراء النمط النووي un Caryotype لهؤلاء الرجال قبل اللجوء إلى المساعدة الطبية للإنجاب procréation médicalement assistée.

العديد من حالات العقم لها سبب ذكري ولسوء الحظ هناك عدد قليل من العلاجات المحددة لتغلب عليها لذلك يجب التركيز على العوامل التي قد تضر بخصوبة الرجال، كما يجب حفظ الحيوانات المنوية بالتبريد كحل وقائي أثناء تطبيق الأسلوب العلاجي، كما أن هناك علاقة بين عمر الأب وتراجع وظائفه الإنجابية وهذا أيضا يجب أخذه بعين الاعتبار.

4-6 التلقيح داخل الرحم (IUI) Insémination intra-utérine

هو أول تلقيح في النوع البشري بالحيوانات المنوية للزوج، تم وصف هذه التقنية عام 1790 من قبل الجراح الإسكتلندي جون هانتر John Hunter. تم حقن الحيوانات المنوية لأول مرة في المهبل ثم عنق الرحم لأن التلقيح داخل الرحم يسبب تقلصات مؤلمة للغاية بسبب وجود مادة البروستاجلاندين في البلازما المنوية Plasma séminal وهنا يتطلب تحضير الحيوانات المنوية وفصلها عن خلايا البلازما المنوية. يتم اختيار الحيوانات المنوية الموضوعة في التجويف الرحمي فقط كذلك يتم تخفيفها في 0,3 مل في وسط الاستنبات الملائم حتى تصبح غير مؤلمة، بعدها يتم حقن المستحضر ببطء في عنق الرحم وذلك باستخدام قسطة مرنة متصلة بالحقنة.

الهدف من تقنية التلقيح داخل الرحم هو تعزيز اجتماع الأمشاج في الجهاز التناسلي الأنثوي عن طريق زيادة تركيز الحيوانات المنوية في تجويف الرحم وتحسين التزامن بين عمليات التلقيح والإباضة. تتم مراقبة النمو الجريبي (عن طريق الموجات فوق الصوتية والجرعات الهرمونية الاستراديول L'estradiol

الذي يجعل من الممكن تحديد الوقت الأمثل لتحفيز عملية التبويض التي ستنتهي بعد 36 ساعة الوقت الذي سيتم فيه إجراء التلقيح الاصطناعي).

4-7 التخصيب في المختبر (FIV) Fécondation in vitro

ظهرت هذه التقنية سنة 1978 على يد عالم الأحياء روبرت ادواردز Robert Edwards وطبيب أمراض النساء باتريك ستيبتو Patrick Steptoe. إن بروتوكول التلقيح الاصطناعي يبدو الآن بسيطا جدا بعد تحفيز أقوى للمبيض من عملية التلقيح داخل الرحم يتم إجراء ثقب قبل الإباضة مباشرة عبر المهبل الموجه بالموجات فوق الصوتية والذي يسمح بامتصاص السائل الموجات في كل من الجريبات المبيضية العشرة المعززة في المتوسط.

بالنسبة للمرأة هذا التعزيز يعني علاج لمدة 2-5 أسابيع بعد البروتوكولات العلاجية التي تم اختيارها وتشمل الحقن تحت الجلد، العديد من اختبارات الدم والموجات فوق الصوتية للحوض وأخيرا إجراء ثقب تحت التخدير الموضعي أو العام، في المختبر تحت المجهر المجسم سوف يقوم المختص بالتعرف على السوائل الجريبية، البويضات المحاطة بتاج من الخلايا الجريبية، درجة الحرارة، الرقم الهيدروجيني PH، الأسمولية Osmolarité، الضغط الجزئي للأوكسجين وثنائي أكسيد الكربون في محاولة للتكاثر قدر الإمكان بالقرب من البيئة الفيزيولوجية.

إن التحضيرات للحيوانات المنوية ضرورية لأنه لا يتم تخصيبها ولا تصبح كذلك إلا في الجسم الحي وبمجرد حدوث ذلك تصبح الحيوانات المنوية خالية من البلازما المنوية ومصفوفة البروتين الواقية لتغطيهم ومختلطة مع مخاط عنق الرحم. يتم جمع البويضات معا ويحدث الحيوان المنوي وبقية عملية الإخصاب كما يحدث في الجسم الحي إلا أنه يحدث في طبق استنبات Une boite de culture ونجاحه يحتاج إلى حوالي 40 ألف حيوان منوي، وإذا سارت الأمور على ما يرام سنرى هذا النجاح بعد 17 ساعة من اجتماع الأمشاج بحضور نواة الأب والأم داخل البويضة المخصبة والتي تسمى الزيجوت Zygote، تنقل الأجنة إلى رحم الأم في اليوم الثاني أو الثالث في بعض الأحيان حتى مرحلة الكيسة الأريمية إذ يسمح بذلك تحديد معين قبل النقل في اليوم الخامس أو السادس أي يسير الجنين بشكل جيد

ويواصل تطوره في الجسم الحي سيتم زرعه في اليوم السابع ويبدأ إفراز الغدد التناسلية المشيمية (HCG) الموجود في دم الأم عند اجتياح شرايين الغشاء المخاطي للرحم من خلال تكوين المشيمة لتدل على الحمل المبكر ومتابعته تكون مثل مراقبة تقدم أي حمل.

إن تقنية التخصيب في المختبر تم تصميمها لعلاج العقم الأنبوبي Stérilité tubaire ولسبب عدم فعالية الجراحة في إصلاح ذلك.

8-4 حقن الحيوانات المنوية في سيتوبلازم البويضة (الحقن المجهري) L'injection d'un spermatozoïdes dans le cytoplasme ovocytaire (ICSI)

يساهم الحقن المجهري في المساعدة في تقنية الإخصاب في المختبر حيث يتطلب امتلاك الحيوانات المنوية المخصبة جميع الصفات المطلوبة للمرور عبر الأغشية الخارجية من البويضة (الخلايا المحيطة بالبويضة والمنطقة الشفافة) مع غشاء البلازما ومرة واحدة في السيتوبلازم الأمشاج الأنثوية وبالتالي تتطلق عملية الإخصاب بأكملها (التنشيط) وتتشكل النواة الذكرية. إذا كانت الحيوانات المنوية غير حركية بشكل جيد وعددهم قليل جدا أو مجهزون بشكل سيء بالإنزيمات والبروتينات الضرورية لهذه الإجراءات وهنا تفشل العملية وحتى تقنية FIV.

من الواضح أن الحقن المجهري أصبح الأسلوب المستخدم في 60% من الحالات وأصبح يمثل علاج الضرر الشديد للحيوانات المنوية (قلة، وهن...) واللجوء إليه أيضا في حالة فقدان النطف. الفشل الوحيد في هذه التقنية استخدام الخلايا غير الناضجة لتكوين الحيوانات المنوية الذي تم التخلي عنه حاليا أما الآن تم تطوير هذه التقنية (الحقن المجهري بالحيوانات المنوية المختارة شكليا داخل السيتوبلازم) والذي يتكون من فحص للحيوانات المنوية وحقن دقيق بتكبير عالٍ جدا (6000 مرة بدلا من 400) وبذلك يمكننا تحديد العيوب حيث يتم تمثيلها بشكل أساسي بواسطة فجوات على مستوى رأس الحيوان المنوي والذي يؤدي إلى تحسن النتائج بشكل ملحوظ.

وعليه فهذه التقنيات تدخل في إطار المساعدة الطبية للإنجاب Procréation médicalement assistée هي طب التأخر عن الإنجاب الحالي أين يتم دراسة التاريخ الطبي للزوجين من قبل فريق

متعدد التخصصات من أجل تقديم الدعم الأنسب لهم، فالعلاج الموصوف وحتى أبسط علاج مثل سيترات، كلوميفين يكون عن طريق الفم مما يحفز نمو بويضات المبيض عن طريق آلية ردود الفعل غير المباشرة هي وسيلة مساعدة طبية للإنجاب، حتى الممارسات السريرية والبيولوجية (التلقيح في المختبر، نقل الأجنة، التلقيح الاصطناعي وكذلك أي تقنية ذات تأثير مكافئ يسمح بالإنجاب خارج العملية الطبيعية) لذلك سينظر في التلقيح داخل الرحم (IUI)، والتخصيب في المختبر (FIV) أو الحقن الجزئي للحيوانات المنوية (الحقن المجهرية)، التبرع بالأمشاج (الحيوانات المنوية أو البويضات) واستقبال الأجنة. وأخيرا الحفاظ على ذات الأمشاج أو الأنسجة المشيمية قبل العلاج أو حالات التعقيم المحتملة.

(Mandelbaum, 2011, p 18,17,14)

5-المخاطر الناجمة عن علاجات التأخر عن الإنجاب

يمكن التحدث عن حوادث أكثر أو أقل خطورة في كل مرحلة من مراحل العلاج وذلك بسبب العلاجات المقدمة وإجراءات الوخز والتخدير مثل أي إجراء جراحي ونذكر منها:

- يمكن أن يؤدي ثقب المبيض إلى مضاعفات تخديرية ونزيفية ومعديّة والتي قد تتطلب العلاج أو الإقامة في المستشفى أو إجراء عملية جراحية ولها عواقب وخيمة بشكل استثنائي على صحتك.

- الأكثر شيوعا يمكن أن تحدث استجابة مفرطة لتحفيز المبيض من خلال زيادة حجم المبيضين كما يمكن أن يكون لفرط تحفيز المبيض عواقب وخيمة (تكوين جلطات دموية)، أو عدم الراحة في البطن أو الألم والغثيان والقيء والإسهال.

- في حالات نادرة يؤدي ذلك إلى زيادة مفاجئة في الوزن وتراكم السوائل في الصفاق ascite ومشاكل في الجهاز التنفسي بشكل استثنائي.

وفي جميع الحالات فإن ظهور العلامات حتى البسيطة منها يتطلب استشارة طارئة لتقييم مدى خطورتها والنظر في العلاج في المستشفى إذا لزم الأمر. (Le guide de l'assistance médicale à la

procréation, 2016, p24)

ظهرت هذه التقنيات العلاجية من أجل مساعدة الزوجين على نجاح سيرورة الإخصاب وتحقيق الحمل الناجح ولكن يمكن أن تكون لهذه التقنيات ذاتها مخاطر وأضرار تختلف من حيث الشدة والآثار غير المرغوب فيها، إلى جانب ذلك يمكن أن تؤدي إلى خسارة أحد أعضاء الجهاز التناسلي للمرأة والذي يجرمها من الحمل نهائياً أو يؤدي بحياتها إلى الموت أحياناً، لكن هناك من النساء من تخاطر بحياتها وتكلف نفسها تحمل العواقب وكل ذلك في سبيل إنجاب طفل وتحقيق حلم الأمومة لديها.

ثانياً: المعاش النفسي والتأثيرات الناجمة عن العلاج

6-التأثيرات النفسية لعلاجات التأخر عن الإنجاب على الزوجين

إن قبول تجربة التأخر عن الإنجاب ليس بالأمر السهل، إلى جانب ذلك يوجد العديد من السيناريوهات الأخرى التي تعمل على إحياء الأمل أو تخفيفه، فالطريق إلى العيادة من أجل الإنجاب هو عامل مهم والبيئة السريرية حتماً تعمل على دورات الأمل من جهة والخيبات التي تبرز الشعور بالبده من جديد من جهة أخرى، فكل دورة تعيد الأزواج إلى بداية سعيهم وهذا يعيد ضبط الآمال التي تنهار مرة أخرى في نهاية الدورة الشهرية.

إن نتائج العلاج المستمرة تطارد حياة الأزواج الذين يعانون من التأخر عن الإنجاب وتزيد من حدة المعاناة في حياتهم ولكنها تسمح لهم أيضاً بالأمل، وهذا هو السبب الذي يجعلنا نرتبط في كثير من الأحيان بتقنية المساعدة الطبية للإنجاب (PMA) وهذا ما يجعل النساء يتعلمن كيفية التعايش مع دورات الصعود والهبوط العاطفي والوقاية منه.

إن هذه التقنيات الطبية تميل إلى استنزاف كافة الطاقات للبحث عن الخصوبة بسبب تراكم الإخفاقات والرغبة في إنجاب الأطفال حيث يمكن أن يتحول الاهتمام بجسد الشخص إلى هوس.

إن إحدى الظواهر التي يتم ذكرها بشكل متكرر في الأدبيات هي ضغط مرور الوقت والشعور بالإلحاح حيث صرح الأفراد الذين يعانون من التأخر عن الإنجاب بأنهم يعانون من نوع من الغثيان في بعض الأوقات وهذا ما يسبب لهم القلق.

إن تقنية المساعدة الطبية تعطي الأمل لحمل قريب وهذا يؤدي إلى صرف الانتباه عن أي مشروع حياة آخر طويل المدى، وعليه فالذهاب إلى العيادة إضافة إلى الآلام النفسية والجسدية للتجربة السريرية من أجل الإنجاب لا يستهان بها في التجربة اليومية للمرأة.

من الشائع أن الصعوبة في إنجاب طفل تصبح موجودة في العلاقة الزوجية وأن لذلك تأثير سلبي خاصة على المستوى الجنسي، حيث تتحول العلاقات الجنسية إلى مصدر للتوتر والإحباط لأنهم لا يقومون بإحدى وظائفهم الأساسية وهي إنجاب طفل. في برنامج المساعدة الطبية الإنجابية PMA تصبح هذه الأمور مبرمجة وغير عفوية وبالتالي يكون لها تأثير مدمر للإشباع المستمدة عادة من العلاقة الجنسية حيث يتم تعطيل هذه العلاقات فتصبح مبرمجة، مزعجة وغير طبيعية ويتم اختزال الفعل الجنسي نفسه إلى أبسط تعبير جسدي، حيث تصبح النساء أقل ميلا إلى الفعل.

كل هذا التوتر داخل العلاقة الزوجية يدفع بعض النساء إلى تركهم وعرض الزواج عليهم بزوجة أخرى حتى يتمكنوا من الحصول على أطفال، وفي أوقات أخرى نجد العكس تماما فبعض النساء تطلب الانفصال من أجل الزواج بأخر من أجل نفس الهدف.

حتى لو اعترف الأزواج بأن تكلفة العلاج مرتفعة بالنسبة لهم ولمستوى حياتهم إلا أن الرجال عموما لا يريدون حرمان زوجاتهم من حاجاتهن (فرصة الحمل والولادة) وعليه يتركون لهن حرية الاختيار الاستمرارية في العلاج أم لا. (Lalonde, 2016 ,p138)

7- الآثار النفسية والاجتماعية للتأخر عن الإنجاب

إن التأخر عن الإنجاب لديه العديد من الآثار النفسية والاجتماعية على حياة الأزواج وخاصة على حياة المرأة، حيث كشفت دراسة مقارنة أجريت في البرتغال سنة 2015 على مجموعة سكانية تضم أشخاصا يعانون من التأخر عن الإنجاب وأشخاصا عاديين (أنجبوا أطفال) وغيرهم من الأشخاص الذين يختارون التبني؛ أن التأخر عن الإنجاب له آثار نفسية ويجبر بعض الأزواج على التكيف مع وضعهم (التأخر عن الإنجاب). كما تعتقد النساء اللواتي يعانين من التأخر عن الإنجاب أنه ينظر إليهن على أنهن سلبيات وغير جذابات ومعيبات وأقل شأنا كما أنهن يطورن سلوكيات عدم تقبل الذات وعدم التعاطف.

يرتبط التأخر عن الإنجاب بمرحلة انتقالية فاشلة وهذا يميل إلى التأثير على علاقات النساء اللاتي يعانين منه مع نساء أخريات ويفسر ذلك أن الرغبة في الأمومة تعتبر مرحلة مهمة في حياة المرأة من خلال التنشئة الاجتماعية منذ الصغر، فالتأخر عن الإنجاب يدعو إلى التشكيك في أنوثتهن وفي هذه المرحلة يصبح الأمر بمثابة حاجز اجتماعي يفصل النساء عن بعضهن البعض، النساء الخصبات والنساء العقيمات.

أجرت الباحثة Nana وآخرون سنة 2011 دراسة في الكاميرون حيث لاحظوا آثارا نفسية مماثلة لدى الأشخاص الذين يعانون من التأخر عن الإنجاب بالإضافة إلى الخجل، التوتر، الاكتئاب والشعور بالذنب. فالتأخر عن الإنجاب له أيضا آثار على العلاقة الزوجية حيث يشرح معظم الأشخاص الذين يعانون منه حالتهم بالعنات ويلجئون إلى استشارة الممارسين التقليديين للتعامل مع هذه المشكلة. (Régine, 2020, p5)

من الآثار النفسية لهذه الظاهرة أيضا نجد أن العلاقة الزوجية تكون غالبا مشحونة بجملة من الصراعات والخلافات ويكون الجو الأسري مضطربا وذلك لسيادة الروتين اليومي للزوجين من جهة والشعور بالنقص في بناء أسرتهم وعجزهم عن إنجاب طفل يملاً منزلهم بالبهجة ويغير النظام المتصلب داخل البيت ويشبع تلك الرغبة في الأمومة والأبوة لديهما من جهة أخرى، وفي هذا الصدد نجد دراسة خليفة (1991) حيث أوضحت بأن الأوضاع النفسية للأزواج العرب غير المنجيين وردود أفعالهم وسلوكياتهم ومواقفهم تتأثر بشكل سلبي وواضح بغياب الطفل عن الأسرة، كما خلصت الدراسة إلى أن العجز عن الوصول إلى المرحلة الوالدية وغياب الطفل عن حياة الأسرة قد تزيد من مصادر الصراع بين الزوجين، كما قد تزيد من منسوب التوتر بينهما.

إن التأخر عن الإنجاب يولد العديد من المشاعر السلبية القاسية لدى الزوجين منها الإحباط في كل شهر عند موعد الدورة خاصة إذا كان لديهما أمل في الحمل في تلك الفترة وهذا ما يولد حالة من العصبية والانفعال والتوتر، كما يولد لهما ضعفا في تقدير الذات والشعور بالنقص أمام ذواتهم وأمام الآخرين، فالرجل يشعر بذلك العجز عن إثبات رجولته في إنجاب طفل يحمل اسمه والمرأة تشعر بالنقص لعدم

قدرتها على انجاز وظيفتها البيولوجية كوظيفة أساسية تثبت من خلالها أنها أنثى، لتتحول المعاناة من النفس إلى الجسد ويظهر الحقل السيكوسوماتي والتداعيات الجسدية وهنا نجد دراسة القشعان (2000) التي توصلت إلى أن للتأخر عن الإنجاب آثار نفسية تفوق آثاره البيولوجية على الزوجين الكويتيين، حيث بينت الدراسة أن هؤلاء الأزواج لديهم مستويات منخفضة من تقدير الذات، وبأن الزوجات كن أكثر معاناة مقارنة بالأزواج الذكور من حيث التداعيات النفسية والاجتماعية الناجمة عن تلك المشكلة، فالزوجة تصبح أقل تقديراً لذاتها وذلك بسبب عدم قدرتها على الحمل والإنجاب بشكل طبيعي ويؤثر ذلك سلباً على صحتها النفسية. كما نجد أيضاً دراسة Peterson (2008) التي توصلت إلى أهمية الآثار التي تتركها العوامل البيولوجية في فرص بروز تأخر الإنجاب لدى المرأة الكندية وانتهت النتائج إلى أن معاناة النساء من تأخر الإنجاب لها آثار نفسية سلبية عميقة عليهن وذلك لأسباب تتعلق بقصور الخبرة والتجربة لديهن وضعف المعرفة في التعامل مع مثل هذه الأزمات وما يرافقها من مشاعر سلبية وشعور بالعجز والقصور.

فالتأخر عن الإنجاب ظاهرة متعددة الاتجاهات، متشعبة تمتد انعكاساتها إلى شتى المجالات الحياتية البيولوجية والنفسية والاجتماعية للزوجين وخاصة للمرأة لأن الحمل هو وظيفة أساسية تثبت من خلاله هويتها الجنسية كأنثى قادرة على إشباع رغبتها وتلبية حاجتها في الأمومة إلى جانب ذلك إثبات ذاتها ومكانتها الاجتماعية كامرأة ولُود.

8- المعاش النفسي لمتأخرة الإنجاب

يعتقد الكثير أن التأخر عن الإنجاب لم يعد مصدراً لوصمة اجتماعية لكن لا يزال العديد من النساء يقلن أنهن مازلن يشعرن بذلك، لقد فشلوا في العيش والوفاء بمعايير الحياة الطبيعية عندما لا يكونون قادرين على الإنجاب وقد ركزنا هنا على معاناة النساء بحكم أن الأمومة مقارنة بالأبوة هي تجربة جسدية. فالمرأة هي التي تشعر بالقلق في المقام الأول لأنها هي التي تشعر به كل شهر (الحيض) الذي أصبح دليلاً متكرراً على فشل مشروع الحمل وفي نهاية المطاف لا ينجح العلاج إلا إذا أصبحت المرأة حاملاً، حيث وضحت دراسة Banchly (2011) أن النساء هن اللاتي يعشن تجربة تأخر الحمل بشكل مكثف وفي

هذا الصدد وضحت النساء اللاتي تمت مقابلتهن أن هذه الوضعية هي أصعب محنة زعزعت استقرار حياتهن في حين أن هذا هو الحال بالنسبة ل 15% فقط من الرجال.

عند قراءة بعض الأدبيات توضح أن النساء (وعموما بعض الرجال أيضا) الذين يعانون من التأخر عن الإنجاب يعانون أيضا من الشعور بالذنب، فهم مذنبون لعدم توافقه مع ما يتوقعه المجتمع من المرأة (الحمل والإنجاب) فهن مذنبات لأنهن أخرن سن الحمل الأول (هناك من الأزواج من يرغبون في تأخير مشروع إنجاب طفل لبضع سنوات بعد الزواج لأهداف أو أسباب معينة) مذنبات بالجوء إلى الإجهاض وقد أكدت النساء هذه الحقيقة خاصة أولئك الذين لجؤوا إلى الإجهاض في الماضي.

بعيدا عن الشعور بالذنب هناك معاناة شديدة عندما يعلمن أنهن يعانين من هذه الوضعية (كل شهر) هذه المعاناة لها مصادر متعددة: الشك في التشخيص والتنبؤ، الوصمة الاجتماعية وتصورها بأن جسدها فيه عيب فالتأخر عن الإنجاب يجعل حياة الأفراد مضطربة لأنه يمثل انقطاعا في تسلسل الأحداث التي يتخيلها الأزواج، بالإضافة إلى ذلك أن الولادة تعتبر في البداية ظاهرة طبيعية كقدرة جوهرية لكل امرأة حتى يأتي التأخر عن الإنجاب وبالتالي يمنع أو يعيق الشخص من أداء وظيفة بيولوجية أساسية في قلب مفهوم الحياة كالقدرة على التكاثر، المشاركة الاجتماعية للمتأخرين عن الإنجاب في سياقات مختلفة تتطلب العلاقة والدين-طفل فالحداد على كل هذا أمر صعب ولكنه ضروري. (Lalonde, 2016, p

134)

إن مجمل الدراسات النفسية تفيد بأن المرأة المتأخرة عن الإنجاب تعيش حالة نفسية غير مستقرة، وهذه الحالة من شأنها أن تجعل مسألة الإنجاب أكثر تعقيدا لديها. (Dearman et al, 1991, p 219)

خلاصة الفصل

وفي الختام يتضح أن التأخر عن الإنجاب مشكلة طبية (جسدية) ونفسية في آن واحد، فقد تكون الأوضاع الصحية للأزواج جيدة ولكن لا يوجد حمل (حالة نفسية محضّة) وقد يكون السبب في ذلك وجود ضرر على مستوى الجهاز التناسلي والمخطط الهرموني للزوجة أو وجود آفة تشريحية على مستوى الجهاز التناسلي للزوج وفي كلتا الحالتين فإن سيرورة الإخصاب لا تكتمل حتى يتحقق الحمل كما هو موضح في الأسباب العضوية والعوامل النفسية المؤدية إلى التأخر عن الإنجاب.

هناك بعضا من الحالات التي يتم علاجها وتطبيق تقنيات طبية من أجل نجاح عملية الإخصاب لكنها سلاح ذو حدين؛ حيث تجعل من العلاقات الزوجية أفعالا آلية مجردة من العاطفة وتمتد انعكاساتها إلى أبعد من ذلك فيعيش الزوجان حالة نفسية صعبة كما هو مذكور في هذا الفصل لتظهر أساليب دفاعية واستراتيجيات معرفية وسلوكية تواجهه من خلالها المرأة المتأخرة عن الإنجاب هذه الوضعية المجهدّة والتي أصبحت تضغط على نفسيّتها وتعكر صفو حياتها. وفي الفصل التالي سنعرض هذه الاستراتيجيات بشيء من التفصيل.

تمهيد

أولاً: إستراتيجيات المواجهة، مفهومها، أبعادها وتصنيفاتها

1 - المدخل التاريخي لتطور مفهوم المواجهة

2 - مفهوم إستراتيجيات المواجهة

3 - النظرية المعرفية للإجهاد والواجهة (النموذج التفاعلي)

4 - أبعاد المواجهة وفق Folkman و Lazarus

5 - تصنيفات إستراتيجيات المواجهة

6 - فعالية إستراتيجيات المواجهة

ثانياً: قياس إستراتيجيات المواجهة وعلاقتها ببعض المتغيرات

7 - أدوات قياس إستراتيجيات المواجهة

8 - تقييم قياس إستراتيجيات المواجهة

9 - علاقة إستراتيجيات المواجهة بالسن والجنس

10 - علاقة إستراتيجيات المواجهة بالصحة والمرض

11 - علاقة إستراتيجيات المواجهة بجودة الحياة

خاتمة الفصل

تمهيد

إن حياة الفرد مليئة بالأحداث المفرحة والشاقة التي تتسم بالسلبية، هذه الأخيرة تولد لدى الإنسان ضغوطات نفسية كبيرة، وحتى يواجهها هناك ما يسمى بإستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد دفاعاً منه عن كيانه النفسي من الدمار. تعتبر المواجهة أسلوب دفاعي واستجابية من الفرد اتجاه الضغوط التي تواجهه في حياته، وانطلاقاً من موضوعنا نذكر على سبيل المثال المرأة متأخرة الإنجاب أو التي تعاني من اضطرابات معينة في إنجاب طفل فالسؤال الذي يفرض نفسه هنا هو " هل تستخدم هذه المرأة إستراتيجيات نفسية لمواجهة هذه الوضعية؟ وفي هذا الفصل سنعرض تعريفات لمصطلح المواجهة، أدوات قياسها وعلاقتها مع متغيرات أخرى.

أولاً: إستراتيجيات المواجهة، مفهومها، أبعادها وتصنيفاتها

1- المدخل التاريخي لتطور مفهوم المواجهة

ظهر لفظ coping للمرة الأولى في ملخصات علم النفس عام 1967 ومنذ ذلك الحين تم إضافة العديد من العناصر: أساليب إستراتيجيات المواجهة " styles de coping"، موارد إستراتيجية المواجهة " ressources de coping"، تقييم إستراتيجيات المواجهة " évaluation du coping"... إلخ. وفي هذه السنوات الأخيرة تطورت الأبحاث حول فكرة المواجهة بشكل كبير ومنه من الصعب دراسة هذا المفهوم بشكل معزول لأن إستراتيجية المواجهة تتأثر بالعديد من العوامل.

أتت إستراتيجية المواجهة من دراسة ميكانيزمات الدفاع ولكن منذ البداية تم استدخالها ضمن سيرورات نفسية معقدة كل منهما تنطوي في ردود أفعال سلوكية ومعرفية للفرد. ومنه فلا بد من الحديث عن ميكانيزمات الدفاع التكيفية " les mécanismes de défense adaptés" كونها نشاطات للإستراتيجيات التكيفية، ولكن شيئاً فشيئاً أصبحت إستراتيجيات المواجهة فكرة قائمة بذاتها مدروسة من جهة لكن تشكيلها تغير، هذا التغير قد تم العمل به خاصة عندما أصبحت دراسة الإستراتيجيات التكيفية

يهتم بها كإستراتيجيات شعورية تستعمل في مواجهة الوضعيات الصعبة، هذه الإستراتيجيات عرفت كونها استجابة مواجهة "réponses de coping" (Chabrol et al ,2004,p 150)

Coping كلمة إنجليزية معناها "faire face"، وهو مصطلح جديد في علم النفس حيث نجد أصوله في دراسة لميكانيزمات الدفاع، وهو نوع جديد لوصف السلوك وبتحديد أكثر وصفه من الجانب المعرفي الموجود خلف الوسائل المستعملة في مواجهة وضعية ما. إن ترجمة مصطلح coping تثبت بصعوبة لأن تعريفه معقد وذو أوجه عديدة. اقترح Coraze (1992) سابقا مصطلح سيرورة السيطرة " processus de maîtrise" ،بالإضافة إلى أن Bruchon Schweitzer استعمل سنة 2001 مصطلح إستراتيجيات الضبط "stratégie d'ajustement"، في كندا استعمل مصطلح إستراتيجيات التكيف " stratégies d'adaptation" هذه الاقتراحات هي جزء من فكرة المواجهة ولكن مقيدة جدا.

من جهة نجد أن مصطلح إستراتيجية غير ملائم لأنه يقترح مفاهيم مثل: منعكس "réflexion"، تقويم "évaluation"، اختيار " choix" وهو رهان مبرمج للاستجابة التي لا تتناسب فقط مع أشكال إستراتيجيات المواجهة الأكثر فاعلية. ومن جهة أخرى فمصطلحي " الضبط" أو " التكيف" غير ملائمين لأنهما يقترحان بأن الفرد يتكيف مع محنته أو بالأحرى لا يسعى لتعديلها، ومصطلح الضبط لديه دلالة التفاوض أو الخضوع بدلا من المواجهة. أما مصطلح السيرورة " processus" هي جزء من التعاريف الحديثة للمواجهة ولكن كلمة " سيطر" تملك دلالة أكثر إيجابية لأن المواجهة لا تعني دائما السيطرة على الوضعية، خاصة الطريقة التي يتخذها الفرد للمواجهة لكي يكون إما إيجابيا أو سلبيا أو الاثنين معا. هنا يجب تمييز الاختلاف بين تصور المواجهة التي تعني بتعريفها العام المحضر في إطار علمي من طرف الباحثين، والتعاريف الكلاسيكية التي تدمج السلوكات النمطية المستعملة من أجل المواجهة أو حل مشكل. (Chabrol et al ,2004,p 2)

كان الاهتمام العلمي بالمواجهة بطيئا في البداية لكنه بدأ يتغير عام 1970 وتوسع نطاق إعادة البحث والتظير بشكل سريع بعد ذلك، حيث تشهد أربع كتب حديثة عن النضج المتزايد في مجال المواجهة وهي: كتاب Aldwin (1994) يتحدث عن التعامل مع مسائل تطوير قضايا عقلية، Gottlieb (1997)

الذي يتعامل مع الإجهاد المزمن، Eckenrode و Gore (1990) الذي يتعامل مع الضغوط الاجتماعية، وكتاب تم تحريره من طرف Endler و Zeidner (1996) الذين يحاولون بطموح تغطية المجال. بحث حديث في الأدب تم الإبلاغ عنه في فصل من كتاب من قبل Mccrae و Costa Somerfield (1996) حيث تم استدخال 113 مقالا حول المواجهة سنة 1974، و 183 مقال سنة 1980، و 639 مقال آخر سنة 1984 وأصبح مستوى عال من الاهتمام يتزايد منذ ذلك الحين على الرغم من أن الكمية لا تشهد على جودتها. (Lazarus ,1984 ,p 102)

أطلقت الأنجلوسكسونية مصطلح استراتيجيات المواجهة " coping strategy " وعُرف في الأدب الفرنسي تحت مفهوم استراتيجيات الضبط "stratégies d'ajustement"، هذه الاستراتيجيات يمكن أن تكمن في نشاط معين أكثر من سيرورة تفكير، وبالفعل حسب Steptoe (1999) " فالاستجابات الصادرة عن الفرد في مواجهته لوضعية مجهدة يمكن أن تكون معرفية كلياً أو عاطفية"، لكن بالتوازي مع ذلك يضيف عليها أشكالاً من السلوكيات المباشرة مثل مواجهة مشكلة، تبني تصرف تجنبى... إلخ. إن دراسة إستراتيجيات الضبط تلاءمت مع التغيير التأسيسي لطريقة فهم وإدراك الإجهاد stress، ليس البحث أكثر في وصف استجابات الإجهاد من خلال العوامل المجهدة stressors التي يتعرض لها الفرد ولكن طريقة تسييره للوضعية.

وهناك ثلاث نماذج قدمت تفسيرات مختلفة للمواجهة حسب المقاربة التي تنتمي إليها وهي:

1-1 النموذج الحيواني: عرف المواجهة coping على أنها "استجابة سلوكية مكتسبة" مواجهة مع تهديد حيوي مثال الهروب، التجنب الصادر عن الخوف أو المواجهة، أو الهجوم الصادر عن الغضب.

كذلك تجربة الجرذان التي تم وضعها داخل قفص ذو قسمين (قسم يستقبلون فيه الصدمة، وقسم آخر لا يخضعون فيه لشيء) يتعلمون سريعا الهروب تجنباً للصدمة وذلك بانتقالها للقسم الآخر منذ تردد إشارة مسموعة من المنبه بعودتها. فالمعيار الأساسي للمواجهة قد نجح لدى الحيوان والأحياء.

1-2 علم نفس الأنا: ظهرت المواجهة في دفاعات الأنا " *défense du moi* " بمعنى في مجموع العمليات المعرفية اللاشعورية التي لها غاية تقليص أو مسح كل ما يمكن أن يثير تطور القلق. إن مختلف السيرورات المعرفية المخصصة لتخفيض الحصر الناتج عن حدث ما تم استدخالها: الإنكار *déni*، العزل *isolation*، العقلنة *intellectualisation*... إلخ. لقد نجح المعيار الأساسي للمواجهة حيث يتعلق الأمر بجودة السيرورات (المرونة) وجودتها كونها سيرورة نفسية.

كما قادت الأبحاث في فرنسا إلى استحضار دور ميكانيزمات الدفاع لدى المرضى المقيمين في المستشفى، كما يوجد نوع من الميكانيزمات مثل الإنكار والعزل وهي بمثابة روح قتالية تحمي الفرد بفعالية من الحصر أكثر من الميل للإسقاط أو العدوانية - الغضب.

رغم أن هذا النموذج ساهم بشكل أوسع في فهم أفضل لردود فعل الفرد أثناء مواجهته لحدث مجهد إلا أنه يبقى غير كامل. وبالفعل إذا فكرنا في المواجهة كنظام دفاعي يعيد التوازن الانفعالي إلى ما كان عليه، كما وجه الانتباه أكثر إلى تقليص الضغط أو بالأحرى حل المشكل الناتج عن الحدث. وبحسب مختلف العلماء فإن تعريف كامل للمواجهة يحتاج إلى أن يشتمل على وظائف التعديل الانفعالي وحل المشكلة، بمعنى الاستراتيجيات الشعورية واللاشعورية التي يضعها الفرد من أجل ضبط وضعه مع الحادث الذي يدركه على أنه مهدد. (Paul et al, 1992, p 546)

نظر علماء نفس الأنا مثل Karl Menninger (1954) وNorma Haan (1969) إلى المواجهة والدفاع على أنهما يعكسان التسلسل الهرمي للصحة وعلم الأمراض، وقيل إن المواجهة هي الطريقة الأكثر نضجا للتعامل مع الإجهاد أو الصدمة. اعتبر الدفاع جهودا عصابية أو ذهانية للتكيف لأنها انحرفت بشكل كبير عن الواقع، ففي وقت مبكر كان ينظر إلى المواجهة على أنها خاصية شخصية هيكلية. يقول Lazarus: "إحدى مساهماتي الرئيسية في البحث هي صياغة السيرورة، وهي مبررة لأن الإجهاد يشير إلى حالة حياة مرضية يريد الشخص تغييرها، إلى جانب ذلك ليكون فعالا يجب أن تكون المواجهة حساسة للتغيير المطالب العلائقية". (Lazarus , 1984 , p 103)

1-3 مفهوم المواجهة كسمة للشخصية *trait de personnalité*: حيث اعتبر أن هناك خصائص ثابتة للشخصية كالقمع *répression*، الحساسية *sensibilité*، *le fatalisme*، الصلابة *l'endurance*، تجعل الفرد على استعداد لمواجهة الإجهاد بطريقة معينة. ومع ذلك فإن الفرضية التي مفادها أن الفرد يصدر سلوك بطريقة مماثلة مهما كان نوع الحدث لا يمكن التحقق من صحتها، وبالفعل فالعديد من الأبحاث أظهرت أن مقاييس السمة هي مؤشرات ضعيفة لاستراتيجيات المواجهة. وهناك العديد من الأسباب التي يمكن أن نستحضرها لشرح ذلك:

- الطبيعة المتعددة الأبعاد للسيرورة الحالية للمواجهة، على سبيل المثال في حالة المرض الجسدي يجب على المريض مواجهة مصادر متعددة للإجهاد: الألم، ظروف الاستشفاء، العجز، وفي نفس الوقت يجب عليه أن يحافظ على توازنه الانفعالي وصورة مرضية للذات مع ضمان موارد المالية علاقة جيدة مع عائلته... إلخ، وعليه فإن هذه الانشغالات المختلفة تحتاج نشر إستراتيجية مواجهة متنوعة للغاية لا يمكن التنبؤ بها من خلال قياس أحادي البعد مثل قياس السمة.

- الطابع المتحول والمتغير لإستراتيجيات المواجهة، حقيقة فإن المواجهة تتأثر بشدة وسياق الوضعية وكذلك فإن الفرد يمكنه في وضعية معينة تنفيذ إستراتيجية مواجهة معرفية موجهة لتقليص الضغط، وفي وضعية أخرى قد ينتهج إستراتيجيات سلوكية موجهة لحل المشكلة. يبدو أن الإستراتيجيات المعرفية يتم تبنيها في حالة إذا ما كان الحدث غير متحكم فيه (المرض الخطير مثلا)، في حين أن الإستراتيجيات السلوكية تكون في حالة أين يمكن أن تجلب المجهودات تغيير للوضعية (فقدان عمل مثلا).

حسب هذه النتائج يبدو أنه من الصعب التفكير في المواجهة من وجهة نظر ثابتة، حسب Lazarus & Folkman فإن سمات الشخصية وحدها غير كافية للتنبؤ بالطريقة التي يواجه بها الفرد الإجهاد. وعليه تم تقديم فكرة المواجهة من أجل مراعاة كلا الأمرين: الاستعدادات الشخصية الثابتة (الموارد)، و النمذجة السلوكية على نحو فعال أي العمل في وضعيات الإجهاد المختلفة (الاستجابة). (Fraisse , 1992, p 546- 548)

2- مفهوم إستراتيجيات المواجهة:

لقد تعددت التعاريف في تقديم مفهوم المواجهة فهناك من اعتبرها استجابة للأحداث ومواقف الحياة المختلفة، ومنهم من عرفها على أنها إستراتيجية الهدف منها خفض من شدة التوتر والقلق، والبعض الآخر قدمها على أنها أسلوب شعوري مقصود للضبط والتحكم في مصادر القلق والإجهاد وهناك من يعتبرها أنها مجهودات يبذلها الفرد أثناء العلاقة التفاعلية فرد-محيط، ومن بين هذه المفاهيم التي تناولت مفهوم المواجهة نذكر منها:

Lazarus وLaunier (1978) : عرفا المواجهة على أنها مجموع السيرورات التي تتداخل بين الفرد والمحيط والتي يدركها كتهديد من أجل التحكم فيه أو التقليل من تأثيره على الكيان الجسمي والنفسي. (Paul et al , 1992, p 545)

Lazarus وFolkman (1984) :مجموع الجهود المعرفية والسلوكية الموجهة للسيطرة، التقليل أو تقبل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تهدد أو تتجاوز موارد الفرد. (Paul et al , 1992, p 546)

يعرف (1988) Moos: إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية بأنها أنماط سلوكية تكيفية متعلمة تستهدف حل المشكلة والسيطرة عليها وكفها. (Moos, 1988, p 141)

يرى (1988) Edwards: أن مفهوم المواجهة هي تلك الجهود التي يبذلها الفرد لتجنب المعاناة والآثار السلبية الناتجة عن ضغوطات الحياة. (Edwards, 1988, p192)

يرى Menaghan: المواجهة بأنها أساس التحكم في الضغوط وإدارتها بنجاح، والغرض من استخدام المواجهة هو تخفيض الضيق والمشقة وتعديل الموقف إلى الأفضل. (Menaghan, 1983, p 157)

يعرفها الأمانة: "بأنها المحاولة التي يبذلها الفرد لإعادة اتزانه النفسي والتكيف للأحداث التي أدرك تقديراتها الآتية والمستقبلية. (أبو دلو، 2009، ص 194)

من خلال التعريف السابقة لإستراتيجيات المواجهة يتضح أن لها هدف واحد وهو التخفيض من شدة التوتر والضيق الانفعالي والتقليل من الإجهاد والتحكم في التهديد الناتج عن الوضعيات الضاغطة والذي يتجاوز طاقات الفرد التكيفية. فالمواجهة تعتمد على أفكار الفرد (التقييم) والتي بإمكانها تحديد أنماط استجاباته بحيث تكون قابلة للتغير والتطور، كما أنها ترتبط بالموقف وتتأثر بتقدير خصائص الوضعية الضاغطة، ومنه يمكن الحكم على الإستراتيجية المستخدمة على أنها إيجابية أو سلبية من خلال فعاليتها ونجاحها في معالجة المواقف المجهدة، فالمواجهة عملية مرنة وقابلة للتغيير حسب طبيعة العامل الضاغط كونها تتضمن سلسلة من التفاعلات بين الفرد وبيئته فكل منهما يؤثر ويتأثر بالآخر، فتتأثر جهود المواجهة و سلوكياتها بالموقف الراهن (خصائص الموقف المجهد وتقييم الفرد له).

3- النظرية المعرفية للإجهاد والمواجهة (النموذج التفاعلي)

بالنسبة لمؤيدي هذه النظرية فالإجهاد لا يكمن في الحدث ولا في الفرد ولكن في تفاعل ما بين الفرد والمحيط، عندما يتم تقييم الوضعية أو الموقف من قبل الفرد على أنه يستحوذ على موارده ويمكنه أن يضع كيانه في خطر، فاستجابة الإجهاد تكون نتيجة لاختلال التوازن ما بين المتطلبات الداخلية أو الخارجية وموارد الفرد من أجل تلبية مطالبه على سبيل المثال يمكن للفرد أن يدرك موضوع نقله من الوظيفة كمشكلة لا يمكن التغلب عليها وتحملها، على غرار شخص آخر لا يمكنه أن يدركها على أنها فرصة ربح شخصي أو مغامرة شيقة. إن خصائص العوامل المجهدة لا تشير إذا إلى شدة الإجهاد أكثر من خصائص الشخص الذي يمكن أن يتعرض له.

وبالفعل فحسب النموذج التفاعلي للإجهاد فإن العوامل المجهدة تمر عبر مجموعة من المرشحات والتي لها وظيفة تغيير الحدث الضاغط أو المجهد وعليه التقليل من ردود فعل الإجهاد، وهناك ثلاث مرشحات تم استدخالها وهي:

- يتأثر إدراك العوامل المجهدة بالتجارب السابقة (الخبرات) مع عوامل مجهدة مماثلة " الدعم الاجتماعي والدين".

- الميكانيزمات الدفاعية للأنا (الإنكار، القمع... إلخ) التي تعمل لا شعوريا.

- الجهود الشعورية: تنفيذ خطة العمل، العودة إلى تقنيات مختلفة (الاسترخاء، التمارين الجسدية، الأدوية... إلخ)

إن مختلف هذه المرشحات تعمل على شكل وسائط في العلاقة حدث مجهد - ضيق انفعالي حسب Lazarus وFolkman (1988)، وحسب هذان العالمان هناك سيوررتان تتوسط العلاقة بين المحيط والفرد وهما: التقويم والواجهة. (Paul et al , 1992 , p 548)

3-1 مراحل المواجهة

حسب لازاروس وفولكمان فالتقييم يحدد نوع العلاقة التي تربط الفرد بمحيطه إذا ما كانت ضاغطة أم لا، إلى جانب ذلك يفسر الاختلافات الموجودة في نوع ودرجة الاستجابة بين الأفراد في مواقف متشابهة، هذه الاستجابات الانفعالية والسلوكية هي نواتج لهذه العملية المعرفية. ونظرا لأهمية التقييم في تحديد أنماط الاستجابة والإستراتيجيات التي يعتمدها الفرد في تحديد الطاقات والموارد اللازمة لمواجهة إما التحدي أو التهديد الناتج عن الوضعيات التي تعترضه سنحاول التعرف على هذا المفهوم وتحديد دوره في عملية المواجهة.

3-1-1 التقييم (Appraisal) évaluation

التقييم عبارة عن سيرورة معرفية والتي من خلالها يقيم الفرد وضعية جزئية (بطريقة معينة) تضع كيانه في خطر، وموارد المواجهة المتوفرة لمواجهة. وقد ميز كل من Lazarus وFolkman نوعين للتقييم التي تتقارب لتحديد الإمكانيات المجهدة للوضعية وموارد المواجهة القابلة للتعبئة. هناك نوعان من التقييم المعرفي وهما:

3-1-1-1 التقييم الأولي (évaluation primaire) :

وهنا يقوم الفرد بتقييم ما هو على المحك في الوضعية (الموقف)، قد يكون فقدان (جسمي، علائقي، مادي... إلخ) أو تهديد (احتمالية الفقدان)، أو تحدي (احتمالية وجود فائدة). فطبيعة التقييم تساهم كذلك بشكل

مختلف بطبيعة وشدة الانفعال، وبالفعل فتقييم فقدان أو التهديد يولد انفعالات سلبية مثل الشعور بالعار، الغضب، الخوف، في حين تقييم التحدي يولد انفعالات إيجابية كالصبر، النشوة.

3-1-1-2 التقييم الثانوي L'évaluation secondaire:

في هذا النوع من التقييم يتساءل الفرد عما يمكنه فعله لتدارك الفقدان (الخسارة)، الوقاية من التهديد، أو الحصول على الفائدة (الفوائد)، ثم النظر في أشكال المواجهة المختلفة: تغيير الوضعية، التقبل، الهروب، التجنب، البحث عن معلومات أكثر، البحث عن الدعم الاجتماعي أو نشاط مندفع. هذا النوع من التقييم يوجه إستراتيجيات المواجهة المستعملة لمواجهة الوضعية المجهدة فهذه الإستراتيجيات هو التقليل المباشر للضغط الانفعالي بدون تغيير شيء في المشكلة (مواجهة مرتكزة على الانفعال) أو الإستراتيجيات التي تغير شيء الوضعية وتتصرف بشكل غير مباشر على العاطفة (مواجهة مرتكزة على المشكلة).

حسب Folkman و Lazarus فإن سيرورة التقييم للعلاقة " فرد-محيط " تتأثر بخصائص شخصية سابقة (موارد شخصية) والمتغيرات المحيطة، وهذا ما يفسر تقييم الحدث على أنه تهديد بالنسبة للفرد ما، وتحدي بالنسبة لآخر، أما الخصائص الشخصية هي كالآتي:

- المعتقدات croyances: ومنها المعتقدات الدينية (مثل اعتبار الحدث على أنه اختبار مفروض من الله ويجب تقبله)، وأيضاً اعتقاد الفرد بقدرته الخاصة على التحكم أو السيطرة على الحدث وهذا ما أطلق عليه Rotter (1966) مكان التحكم الداخلي " lieu de contrôle interne"، وحسب العديد من الأعمال فإن الأفراد الذين يعززون ما يحدث لهم إلى الأسباب الداخلية والتحكم، استعملوا زيادة على ذلك إستراتيجيات مواجهة مرتكزة على المشكل والأفراد الذين يعزوا ما يحدث لهم إلى أسباب خارجية (مثل القضاء والقدر) وغير متحكم فيها.

- الصلابة النفسية (hardness) l'endurance: ميول مستقرة لدى الفرد كونه يقاوم المتطلبات الخارجية والتي تتوافق مع معنى السيطرة الشخصية على الأحداث المجهدة التي تحدث في الحياة، زيادة على ذلك فالأفراد ذوو الصلابة قادرين على تحمل الضغط النفس-اجتماعي بفعالية أكثر من الآخرين.

- الحصر كسمة: l'anxiété –trait مكون ثابت في الشخصية، عبارة عن ميول للحصر بمعنى ميل عام لإدراك الوضعيات المكروهة كوضعيات مهددة فالأشخاص الذين يملكون سمة الحصر ضعيفة ينظرون إلى الأحداث المجهدة كوضعيات أقل تهديد ولديهم تنبؤ كبير بقدرتهم على التحكم فيها على عكس الأفراد الذين يملكون سمة حصر مرتفعة. وحسب Folkman و Lazarus فإن هذه العوامل الشخصية تؤثر بشكل كبير على إدراك الوضعية على أنها جديدة وغامضة، في هذه الحالة يقدم الفرد استنتاجات بناء على استعدادات شخصية (موارد شخصية) لفهم ما يحدث.

أما بخصوص المتغيرات الخاصة بسياق الحدث (طبيعة العامل المجهد، المدة) فإنها تؤثر على تقييم الإمكانيات المجهدة "potentiel stressant" للوضعية (التقييم الأولي) كذلك على تقييم اختيار نوع المواجهة (التقييم الثانوي)، وبالفعل فإن اختيار إستراتيجيات المواجهة يستجيب للمتغيرات المحيطة وهي كالاتي:

- خصائص الوضعية les caractéristiques de la situation: طبيعة الخطر، وشيك، مدته، وبالتالي يتم استخدام المواجهة المرتكزة على المشكلة المراد حلها بشكل أكبر، إذا كانت الوضعية تم تقييمها من المحتمل أن تتغير أو تتطور، في حين إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على التقليل من الضغط الانفعالي هي أكثر من ذلك إذا الوضعية التي تم تقييمها يمكن تغييرها أو التحكم فيها.

- الموارد الاجتماعية: les ressources sociales أو شبكة الدعم للفرد le réseau d'aide de l'individu، عرفه العلماء من خلال مصطلح الدعم الاجتماعي لتعيين مجموع العلاقات ما بين الشخصية للفرد والتي تزوده بروابط عاطفية إيجابية (صداقة، حب)، مساعدة عملية (مالية، مادية) ومعلومات وتقييمات ذات علاقة بالوضعية المهددة، علاوة على ذلك الدعم الاجتماعي الحقيقي الذي يؤهب الفرد، هنا الإدراك الذي يلعب دور المعدل modérateur في حالة إذا ما واجه صعوبة في مواجهة الأحداث المجهدة. فقد أشارت الأبحاث بوضوح إلى أن المستوى المرتفع للدعم الاجتماعي يزيد من السيطرة أو التحكم المدرك في الحدث ومن شأنه أن يخفف من آثار الإجهاد وأكثر من ذلك يعيد الفرد إلى مواجهة هذا الإجهاد.

هذه العوامل المحيطة لها تأثير لا يمكن تجاهله على تقييم الفرد لقدراته في التحكم والسيطرة وهذا ما يوجهه إلى اختيار إستراتيجيات المواجهة لمواجهة الوضعية. ولهذا السبب فالمواجهة عبارة عن سيرورة متغيرة، مؤقتة والتي من الصعب إذن أن تفكر في أنها سمة ثابتة في الشخصية.

هذا الجدل القائم حول تصنيفات إستراتيجيات المواجهة هي نفسها غير مهمة، فالأهم هو العلم بأن واحدة من هذه الإستراتيجيات من ناحية الوظيفة فعالة أكثر بمعنى أنها تسمح بتقليص الضغط أو الحصر المتولد عن الوضعية. (Paul et al ,1992 , p 548 -554)

عندما يتم تقييم ظروف الإجهاد على أنها متغيرة - أي عندما ينظر إليها على أنها تقع ضمن سيطرة الفرد - تسود المواجهة المرتكزة على المشكلة، ومع ذلك عندما يتم تقييم ظروف الإجهاد على أنها متغيرة - الانفعال - تسود المواجهة المرتكزة على الانفعال. (Lazarus ,1984, p 121)

يعتبر مفهوم التقييم هو النواة الأساسية التي بنيت عليها النظرية التفاعلية للإجهاد والمواجهة، فهو الحلقة التي تتوسط العلاقة بين الفرد ومحيطه في ظل الوضعيات والمواقف المجهددة التي يعيشها في بيئته أثناء تفاعله مع الآخرين. يعتبر التقييم سيرورة معرفية يعالج من خلالها الشخص الوضعيات المجهددة التي تصادفه في حياته على أنها تحدٍ، تهديد بالخسارة أو فقدان... إلخ (التقييم الأولي)، حيث تتدخل في هذه العملية العديد من العوامل الشخصية أو ما يعرف بالموارد الشخصية (المعتقدات، الصلابة النفسية والحصر كسمة) والموارد الاجتماعية (مصادر الدعم الاجتماعي والعائلي) إلى جانب ذلك التي تتعلق بالوضعية أو ما يعرف بالمتغيرات المحيطة (الشدة والمدة وإذا ما كان الخطر وشيكا أم لا) من أجل اختيار نوع المواجهة (هروب، تجنب، إنكار، تقبل، استسلام... إلخ) التي يراها مناسبة (التقييم الثانوي) لتخفيف الضيق الانفعالي حيث هناك نوعان رئيسيان لإستراتيجيات المواجهة وهي: الأولى إستراتيجيات حل المشكلة التي تهدف إلى تغيير شيء في الوضعية وتقليص التوتر، والثانية إستراتيجيات الانفعال التي لا تغير شيئاً في الموقف الضاغط بل تسعى إلى تخفيف الضيق الانفعالي دون تغيير مصدر التهديد. وهو تصنيف لازاروس وفولكمان الذي اعتمدها في صياغة الفرضيات الجزئية للدراسة.

4- أبعاد المواجهة

يسعى الفرد في مواجهته للمواقف والوضعيات الضاغطة إلى تحقيق التكيف مما يضمن له الحفاظ على توازنه الداخلي ورفاهيته النفسية، وهو ما جعل الباحثين يولون أهمية كبيرة لتحديد أهداف المواجهة، وقد حاول عدد كبير منهم تحديد الأبعاد الأساسية لسلوكيات المواجهة.

اتفق كل من Holahan وزملائه (1996)، وكذا Schwarzer على وجود مقاربتين شائعتين لتصنيف إستراتيجيات المواجهة، فالأولى تركز على أنشطة الأفراد من أجل تحديد الوظيفة الأساسية لإستراتيجية المواجهة المستخدمة وخير مثال على ذلك تصنيفها إلى فئتي المواجهة المرتكزة على المشكلة والمرتكزة على الانفعال، أما الثانية فتصنيف استجابات الفرد من حيث الأسلوب الذي تم اتباعه ومثال ذلك التصنيف إلى فئتي المواجهة النشطة والمواجهة السلبية.

4-1 أبعاد المواجهة وفق Lazarus & Folkman:

من خلال أبحاث Lazarus وزملائه تم تحديد وظيفتين أساسيتين للمواجهة: الأولى تسمح بتعديل الموقف الضاغط فيما تعمل الثانية على تعديل الاستجابات المعرفية والانفعالية الناتجة عنه وبالتالي تتخذ أشكالاً مختلفة فكرية أو انفعالية أو سلوكية. وهو ما ذهب إليه Pearlin و Schooler من خلال تحديد ثلاثة أنواع من أساليب المواجهة:

- أساليب تهدف إلى تعديل الوضعية الضاغطة (المواجهة النشطة).

- أساليب تهدف إلى تغيير المعنى الذاتي للوضعية قصد جعلها أقل تهديداً.

- أساليب تهدف إلى التخفيف من التوتر وتعديل الضيق من خلال التحكم في الانفعال.

بناءً على هذا ميز كل من Lazarus & Folkman نوعين أساسيين من إستراتيجيات المواجهة وهي:

4-1-1 المواجهة المرتكزة على المشكل Problem focused coping:

يعمل هذا النوع على تعديل الوضعية والتغيير المباشر لأسباب الضغط من خلال المواجهة والتخطيط، ويحدث ذلك عند تقييم الفرد لإمكانية التحكم في الموقف خلال تفاعله مع المحيط مما يسمح له بالتعرف على المشكل وعلى مختلف الحلول الممكنة ومن ثم اختيار أحدها، مما يجعل المواجهة أكثر تعقيدا من الاستجابات السلوكية البسيطة وميكانيزمات الدفاع اللاشعورية. يرى Dantchev أن هذا النوع من المواجهة يعمل على تغيير الأسباب المباشرة للوضعية التي يعيشها الفرد مما يؤدي بطريقة غير مباشرة إلى تعديل الحالة الانفعالية المرتبطة بها.

يمكننا أن نميز مجموعتين من أساليب المواجهة: الأولى تعمل على تعديل طبيعة العوامل الخارجية المهددة من خلال البحث عن المعلومات حول طبيعة التهديد أو العائق وخصائصه وتحديد الإمكانيات والوسائل اللازمة (جمع المعلومات حول الموقف من خلال طلب النصيحة والمساعدة وإيجاد السند الاجتماعي) مع إعداد الخطط اللازمة لمواجهة الوضعية المهددة. أما الثانية فهي موجهة نحو الذات بحيث تعمل على تعديل مستوى الطموح الشخصي والبحث عن مصادر جديدة للإشباع وتحقيق الرضا (تطوير العلاقات الاجتماعية ومهارات الاتصال أو تنمية الاستقلالية الذاتية...) وهناك قليل من الإستراتيجيات المرتكزة على المشكلة التي يمكن استعمالها في جميع المواقف.

4-1-2 المواجهة المرتكزة على الانفعال Emotion focused coping:

يحتوي هذا النوع على مجموعة من الأساليب المعرفية الهادفة إلى خفض التوتر والضييق الانفعالي، ويعرف Lazarus & Folkman هذا النوع بأنه مجموع الجهود التي تعدل الحالة الانفعالية المصاحبة للحدث الضاغط.

هذه الإستراتيجية تؤثر على الانفعال بطرق مختلفة فنجد مثلا أساليب التجنب أو الهروب التي يسعى من خلالها الفرد إلى التقليل من أهمية الحدث الضاغط وتغيير الانتباه، تؤثر على الانفعال وتؤدي إلى الارتياح وتخفيف درجة التوتر، لكن تأثيرها يبقى مؤقتا نظرا لأنها لم تتخلص نهائيا من مصدر الإزعاج. وهو ما جعل Lazarus يصنفها على أنها ميكانيزمات ذات تأثير مرحلي أو انتقالي، أي أنها أقل فعالية في مواجهة العوامل الضاغطة.

كما أن هناك طريقة أخرى تؤثر بها هذا النوع من المواجهة من خلال نشاطات معرفية تعمل على إعادة تقييم الوضعية عبر تغيير المعنى الشخصي للتجربة كالانسحاب وإعادة التقييم والتركيز على النقاط الإيجابية وتحويل الموقف إلى تحدٍ.

إن إستراتيجية المواجهة المرتكزة على الانفعال قد تكون فعالة في تقليص التوتر والأثر الانفعالي، أي أن هذه الفعالية ترتبط إلى حد ما بدرجة الضغط حيث أنه لا يمكنها تحقيق فوائد كبيرة في وضعيات تهدد حياة الفرد مثلا، وبالتالي فإنها تكون عاجزة عن تحقيق التكيف وهو ما يستلزم اللجوء إلى أساليب المواجهة المرتكزة على المشكل. ونظرا للتداخل بين الأساليب المرتكزة حول الانفعال والمرتكزة حول المشكل فإنه يصعب الفصل بينهما خلال دراسة مختلف المواقف، فالنوعان يتفاعلان فيما بينهما ويحدثان بصفة متزامنة وهو ما يجعلنا نهتم بدراسة العلاقة بينهما.

4-1-3 العلاقة بين نوعي المواجهة:

أثبتت الدراسات وجود ارتباط كبير بين نوعي المواجهة المرتكزة على الانفعال والمشكلة، فالعلاقة بينهما تبادلية وتلعب دورا هاما في التكيف النفسي. حسب Lazarus & Folkman (1984) يميل الأفراد إلى استخدام كلا النوعين وفي وقت واحد وذلك تبعا للموقف الذي يواجهونه، ويرجع السبب إلى مرونة وإمكانية استعمال أساليب من نوع التقرب وأخرى من نوع التجنب بفعالية في مواجهة التهديد.

هناك دراسة Schoorler وPerlain (1978)، Lazarus وFolkman (1984-1985)، Roth وCohen (1986)، Seiffge-krenk و Kavsek (1996) على وجود فكرة قدرة فعالة من خلال استعمال الأسلوبين معا، حيث أن أساليب التقرب تسمح للفرد بالتعامل المباشر مع الوضعية في حين تعمل أساليب التجنب على توفير الراحة الانفعالية وتخفيف التوتر لمدة تسمح بجمع الإمكانيات والمعلومات الكافية، ودراسة الحلول الممكنة للصراع.

تعتمد إستراتيجية المواجهة المرتكزة على المشكل على الحصول على المعلومات ومن ثم استعمالها في تغيير حقيقة التفاعل المدرك على أنه موقف ضاغط أو إذا كان خلاف ذلك. لذا يرى Lazarus أن الأساليب المرتكزة على الانفعال تؤثر بدرجة ما في الأساليب المرتكزة على المشكل، فالانفعال المرتفع

والتوتر الشديد الذي لا يمكن للفرد السيطرة عليه يؤثر في العمليات الفكرية والمعرفية وبالتالي في الجهود اللازمة لمواجهة الوضعية، وهو ما يعني لجوء الفرد إلى بذل جهد أكبر للحفاظ على طاقات التكيف.

كما أن الانفعال الإيجابي والتقاؤل يدعم الأساليب المرتكزة على المشكل ويجعل الفرد أكثر هدوءا واستعدادا لتغيير الموقف ما يعطي جديدا للتجربة من خلال جعلها أكثر إمتاعا ويرفع مستوى الطموح الشخصي وقدرة الفرد على التحكم. إن الأفكار الإيجابية حول الذات تجعل للفرد قدرة على المواجهة وتعديل الوضعية بحيث يصبح بمقدوره توقع ما هو آتٍ ثم يطور المهارات اللازمة لمواجهتها وينمي مشاعر إيجابية، وهو ما يجعل من العلاقة بين الانفعال والمواجهة علاقة ذات اتجاهين فكل منهما يؤثر في الآخر.

يشير كل من Lazarus & Folkman أنه من خلال التراث النظري والبحوث العلمية أن الأشكال المعروفة من الإستراتيجيات المرتكزة حول المشكلة والتي يلجأ لها الأفراد أمام المواقف الضاغطة أقل ظهورا مقارنة بعدد الإستراتيجيات المرتكزة على الانفعال. وفي هذا الصدد وضع الباحثان سنة 1980 قائمة طرق المواجهة " WOC " الذي تم تطويره عدة مرات، ويحتوي على 67 بندا تعمل على تقرير سلوكيات وأفكار الأفراد أمام الضغط الذي يواجهونه في الحياة اليومية بحيث يقيس العوامل الثمانية التالية:

- المواجهة Confrontation: محاولات مؤكدة لتغيير الموقف وتستخدم قدرا من العدائية وسلوك المخاطرة.

- العزل distancing : جهود معرفية لعزل الذات عن الموقف كمحاولة لتقليص وتخفيف التأثير.

- ضبط الذات self-controlling: محاولات الفرد للتحكم في مشاعره وتصرفاته.

- طلب المساندة الاجتماعية seeking social support: كالمساعدة المعلوماتية، الانفعالية أو المادية.

- تحمل المسؤولية accepting responsibility: إدراك أو معرفة الفرد لدوره في الموقف وتعهده بحله.

- الهروب - التجنب espace - avoidance: جهود واعية لتجنب الموقف أو المشكلة.

- التخطيط لحل المشكلة planful problem solving : جهود من أجل تغيير الموقف أو حل المشكلة.

- إعادة التقييم الايجابي positive reappraisal : للشعور بالأهمية والتركيز على الإنجاز الشخصي.

يعتبر تقييم Lazarus و Folkman لأساليب المواجهة واحد من أشهر التصنيفات في هذا المجال إذ تبناه العديد من الباحثين مثل Troubs, Cohen, Compas وغيرهم عبر تأكيدهم أن المواقف الضاغطة تسمح باكتشاف قدرات جديدة للمواجهة والتي تساعد بدورها في تدعيم المصادر الاجتماعية والشخصية في ظل التفاعل الدينامي بين العوامل الاجتماعية والنفسية وجهود المواجهة. (ساعد، 2018-2019، ص 157-158)

في ميدان مواجهة الضغوط النفسية يوجد نوعان من المقاربات اللتان وضعتا تصنيفا لإستراتيجيات المواجهة، واحدة منها تركز على نشاط الفرد الذي من خلاله يستطيع اختيار نوع إستراتيجية المواجهة التي يستخدمها أثناء الموقف الضاغط (هروب، إنكار، تجنب، قبول، استسلام... إلخ) والأخرى تقيم استجابات الفرد للوضعية الضاغطة من خلال نوع المواجهة الصادرة عنه إذا ما كانت سلبية أم نشطة. وقد جاء في المقاربة الأولى التصنيف الشائع لإستراتيجيات المواجهة للعالمين لازاروس وفولكمان اللذان وضعا نوعين من هذه الإستراتيجيات، إستراتيجية حل المشكلة وهذا النوع يهدف إلى تعديل الوضعية والتغيير المباشر لأسباب الضغط من خلال المواجهة والتخطيط ويحدث ذلك عند التحكم في الموقف والتعرف على المشكل وعلى مختلف الحلول الممكنة، وهناك مجموعة من أساليب المواجهة منها العمل على تعديل طبيعة المواقف الضاغطة وتحديد الموارد الشخصية من خلال البحث عن الدعم الاجتماعي والمعلوماتي إضافة إلى إستراتيجيات أخرى تعمل على تعديل طموح الشخص والتفتيش عن مصادر الإشباع وتحقيق الرضا. كما نجد النوع الثاني وهي إستراتيجيات الانفعال التي تعدل الحالة الانفعالية المصاحبة للحدث الضاغط. حيث تؤثر على الانفعال بطرق على سبيل المثال أساليب التجنب أو الهروب التي يسعى من خلالها الفرد إلى التقليل من أهمية الحدث الضاغط وتغيير الانتباه، تؤدي إلى الارتياح وتخفيف التوتر، لكن تأثيرها يبقى مؤقتا نظرا لأنها لم تتخلص نهائيا من مصدر التهديد، وهناك طريقة

أخرى هي النشاطات المعرفية التي تعمل على إعادة تقييم الوضعية عبر تغيير المعنى الشخصي للتجربة كالانسحاب وإعادة التقييم والتركيز على النقاط الإيجابية وتحويل الموقف إلى تحدٍّ.

إن إستراتيجيات الانفعال وظيفتها الأساسية تقليص التوتر ولكن هذه الفعالية تبقى مؤقتة فقط لأنها ترتبط بدرجة الضغط لكن إذا كان هذا الموقف مهدداً لحياة الفرد هنا تفقد فعاليتها في تحقيق التكيف ولا بد من استبدالها بإستراتيجيات حل المشكلة، ومن جهة أخرى فالانفعال المرتفع والتوتر الشديد الذي لا يمكن للفرد السيطرة عليه يؤثر في العمليات الفكرية والمعرفية وبالتالي في الجهود اللازمة لمواجهة الوضعية ومنه فالعلاقة بين نوعي إستراتيجيات المواجهة علاقة ذات اتجاهين فكل منهما يؤثر في الآخر.

5- نماذج (تصنيفات) إستراتيجيات المواجهة

في هذا العنصر سنعرض مجموعة من النماذج التي صنفت إستراتيجيات المواجهة انطلاقاً من أبحاث لازاروس وفولكمان ولكن هناك من العلماء من اختلفوا حول هذه التصنيفات وفي طريقة قياس ومعالجة ظاهرة المواجهة. هذه النماذج هي كالاتي:

5-1 نموذج Holahan و Moos

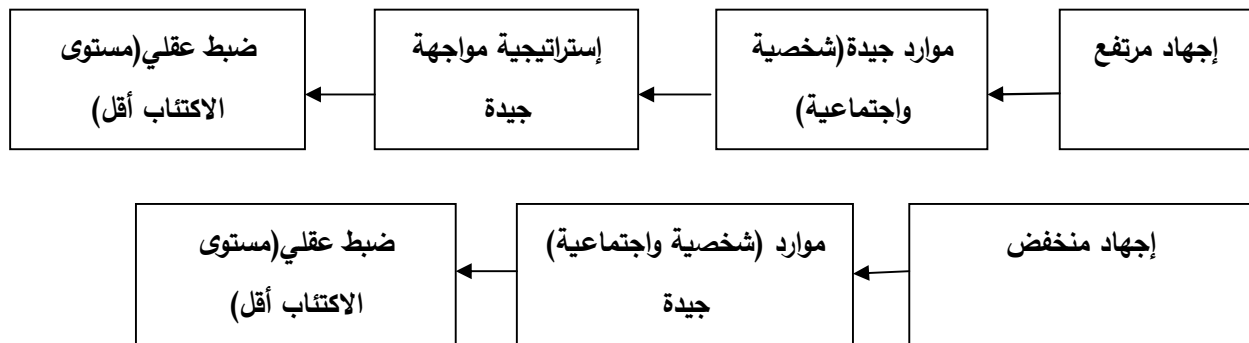
أعد كل من Holahan و Moos سنة 1991 نمودجا لإستراتيجيات المواجهة، حيث ربطا فيه كلاً من العوامل المجهدة " les stressseurs " والموارد (الشخصية والاجتماعية) مع تأثيرهما على الاكتئاب (نمودج الإجهاد، الموارد والاكتئاب). هاته العوامل الموضوعية في هذا النموذج تشمل كذلك الثقة كاستعداد يزيل التوتر بالإضافة إلى استعمال إستراتيجيات مواجهة نشطة (موارد شخصية)، والدعم العائلي (موارد اجتماعية). فاختيار هذه المتغيرات أملي من خلال بحث سابق، الذي أثبت تأثيرها على استجابات إستراتيجيات المواجهة.

بالإضافة إلى أن فكرة الضبط العقلي " Ajustement Mental " والتكيف " Adaptation " غالباً ما تكون مرتبطة بالإستراتيجيات المواجهة، درس هذان العالمان الاكتئاب في هذا النموذج من جهة أخرى للتمييز بين الإجهاد البسيط " Stress Bas " والإجهاد المرتفع " Stress élevé "، وحسب العالمان فإن العلاقة

بين الاستجابة الصادرة من إستراتيجيات المواجهة والضبط العقلي ستتغير حسب درجة الإجهاد إذا ما كان بسيطاً أو مرتفعاً.

أجريت هذه الدراسة في فترة قدرت بأربع سنوات مع سكان تم اختيارهم بشكل عشوائي، حيث قام هؤلاء الأشخاص بملاً استبانات يدور مضمونها حول الشخصية، الدعم العائلي، نسبة إستراتيجيات المواجهة النشطة، الاكتئاب وأحداث الحياة السلبية التي عاشها الأشخاص في السنة السابقة للدراسة، بعدها قاموا بإعادة ملاً هذه الاستبانات نفسها بعد أربع سنوات، وقد أظهرت هذه الدراسة بأن الموارد الشخصية والدعم العائلي لهما تأثير إما مباشر أو غير مباشر على استجابات إستراتيجيات المواجهة، كما أنهما ينبآن بظهور الاكتئاب لاحقاً، علاوة على ذلك فنمط الإجهاد يؤثر على تفاعل هذه المتغيرات بشكل مهم. والجدير بالذكر أن هذا النموذج بيّن نمطين من التنبؤ حسب وضعية الإجهاد مرتفع أو بسيط، ففي حالة الإجهاد المرتفع يظهر تأثير إيجابي للموارد (الشخصية والاجتماعية) على إستراتيجيات المواجهة التكيفية والتي بدورها تعطي ضبطاً عقلياً إيجابياً (مستوى أقل من الاكتئاب). وفي حالة الإجهاد المنخفض نسبياً بيّن النموذج أن الموارد تتسبب مباشرة في الضبط العقلي (كما هو موضح في المخطط أدناه) وسيظهر الاكتئاب عندما لا يملك الشخص موارد لمواجهة وضعيته.

كما أكد كل من Moos وHolahan أن إستراتيجيات المواجهة مهمة لمقاومة الإجهاد، ويقدر ما يكون الإجهاد مرتفع يتطلب إستراتيجية مواجهة فعالة.



الشكل (1): نموذج التنبؤ في وضعية أين الإجهاد منخفض نسبياً أو مرتفع

5-2 نمذجة Valentiner وآخرون

يسعى Valentiner وآخرون (1994) لتفعيل نموذج ميكانيزمات الوساطة في سيرورات إستراتيجيات المواجهة لدى الطلبة. لذا يقوم هذا النموذج بفحص التفاعلات بين دعم الوالدين، الطلبة، الضبط النفسي، وتقدير التحكمية في الحدث *contrôlabilité*، حيث أصروا على أن إستراتيجيات المواجهة كسيرورة وساطة متأثرة إلى حد كبير بالدعم الاجتماعي كما هو الحال بالنسبة لـ Moos و Holahan (1987) اللذان يجدان أن الأفراد الذين يملكون موارد شخصية واجتماعية أكثر هم الأفراد الذين يستعملون إستراتيجيات نشطة (*coping actif*) وعليه فالدعم الاجتماعي يزود إستراتيجيات المواجهة بنوع من المساعدة إن صح القول. بالإضافة إلى ذلك فالتحكمية عبارة عن معدّل للسيرورات، كما أنها تتغير حسب السياق ويمكن أن تؤثر في إستراتيجية المواجهة من حيث الاختيار وكذلك النتائج النهائية، وكما هو معروف فالتحكم لديه أثر على نوع الإستراتيجية المستعملة.

قام هذان العالمان بتقييم الأفراد الذين أقيمت عليهم الدراسة في فترة العامين من حيث: دعم الوالدين، نسبة إستراتيجيات المواجهة النشطة، الضبط النفسي والتحكم في الأحداث، حيث أسفرت النتائج أنه في الوضعيات المتحكم فيها يكون الدعم الوالدي أساسي مرتبط بنسبة كبيرة بالإستراتيجيات النشطة، واستعمال مثل هذه الإستراتيجيات لها وظيفة الضبط العقلي الجيد غير أن الدعم الوالدي ليس لديه علاقة مباشرة مع الضبط العقلي بل استعمال الإستراتيجيات التكيفية النشطة هي التي تعطي مكانا لهذا الضبط الإيجابي، وعلى العكس بالنسبة للأحداث غير المتحكم فيها، فالدعم الوالدي مرتبط مباشرة بالضبط العقلي ولكنه لا يُنبأ باستعمال إستراتيجيات تكيفية نشطة، وفي نفس هذه الأحداث فإن اللجوء إلى استعمال إستراتيجيات تكيفية نشطة غير مرتبط بالضبط العقلي.

تصب أهمية هذه النتائج على نموذج إستراتيجيات المواجهة أين سيكون التكيف *adaptation* مرتبط بالصحة العقلية العامة من خلال ميل مباشر أو غير مباشر لإستراتيجيات المواجهة، والأكثر من ذلك أظهر هذا النموذج إلى أي درجة يمكن للتحكم أن يغير تأثير الدعم وفعالية الإستراتيجيات المستعملة. حسب هذا النموذج فإن إستراتيجيات المواجهة أصبحت سيرورة وسيطة في العلاقة ما بين الموارد والضبط في سياق الإجهاد الحاد.

3-5 إستراتيجية المواجهة والدعم الاجتماعي كسيرورة وساطة

اقترح Dunkley وآخرون هذا النموذج سنة (2000)، حيث درس هؤلاء الباحثون بصفة خاصة le perfectionnisme وأثره على الإجهاد، حيث اقترح Dunkley وزملاءه أن إستراتيجيات المواجهة عبارة عن سيرورة وساطة مع الدعم الاجتماعي الملحوظ وتجارب الإحباط اليومية.

بالنسبة لهؤلاء العلماء فإن le perfectionnisme الكمالية سيكون تنبؤ لنوع إستراتيجية المواجهة التي يستخدمها الفرد، حيث ميزوا نوعين منها، هما:

- أسلوب المعياري الشخصي "le type standard personnels": يتضمن موقف (وضع) الكمالية نحو الذات وخاصة ما يتعلق بالأهداف والأداء، ومن المعروف أن النوع الأول يرتبط بإستراتيجيات المواجهة النشطة.

- أسلوب الاهتمام التقييمي "Le type d'inquiétude évaluative": يعبر عن موقف سلبي نحو الآخرين والذين يُروا على أنهم أشخاص متطلبون، كما يتيح الفرصة للتشوهات المعرفية، ويرتبط هذا النوع بإستراتيجيات المواجهة المرتكزة على التجنب.

إن هذا النموذج يبحث في تحليل العلاقة بين perfectionnisme d'inquiétude évaluative والإحباطات اليومية من جهة، وإستراتيجيات المواجهة المرتكزة على التجنب والدعم الاجتماعي المدرك من جهة أخرى. وبالفعل فإن اقتراحاتهم أسست على أثر أن هذا النوع من perfectionnisme الذي يؤدي إلى ضيق عام من خلال الإحباطات اليومية وإلى إدراك نقص الدعم.

قام الأفراد الذين شاركوا في هذه الدراسة بملء استمارات حول perfectionnisme، إستراتيجيات المواجهة، الإجهاد اليومي، الدعم الاجتماعي المدرك والأعراض الحالية للضيق، وقد أظهرت النتائج تحقق الفرضية التي مضمونها أن الإحباطات اليومية، الدعم الاجتماعي المدرك وإستراتيجيات المواجهة المرتكزة على التجنب عبارة عن معدّلات تشرح العلاقة بين perfectionnisme والضيق. كما أن هذا النموذج وضع بديهية مضمونها أن هذا النوع من perfectionnisme d'inquiétude évaluative له

انعكاسات على إدراك الواقع (المتكون من الدعم الاجتماعي، الإحباط المولد من المضايقات والمعاش النفسي الناتج عن الضيق). وهذه طريقة تدرك إستراتيجيات المواجهة من خلال الأثر الممارس من طرف الفرد، كما أن إدراك هذا الأخير سيكون مركبا أساسيا في إستراتيجية المواجهة المستعملة لكنه ليس مدهشا إذا لم يرجع إلى مفهوم الإجهاد الذي يعطي أهمية لإدراكه سواء كان حقيقيا أو خياليا.

4-5 نموذج (Cheng 2003)

من أجل دراسة تأثير السيرورات الدافعية والمعرفية، اختبر cheng مفهوما محددا لإستراتيجية المواجهة وهو المرونة (coping flexibility). بحيث يشرح فكرة المرونة بأنها احتلت اهتمام باحثي إستراتيجيات المواجهة أكثر فأكثر. وبالفعل فمرونة إستراتيجيات المواجهة ستكون وسيلة لفهم هذه الإستراتيجية كونها ما وراء القدرات "méta-capacité" هذه القدرة تقيس اختيار إستراتيجيات المواجهة المستعملة والمشملة على ضبط عقلي جيد وغالبا ما تكون مرتبطة أكثر بالسياق.

أشار Cheng سنة 2003 أنه حتى تحدث المواجهة يجب ضبط هذه الإستراتيجيات المستعملة بدقة تامة وللوصول إلى ذلك سيستعمل الفرد قدرات معرفية. يريد الباحث هنا اختيار فحص سهولة التمييز "facilité discriminante" أي قدرات الفرد على تقدير الوضعية واختيار السلوكات الملائمة استجابة لتغيرات محتملة. هذه السهولة في التمييز تنظم سلوكات إستراتيجيات المواجهة عبر مختلف المؤشرات التي تبني سياقها محدد، وبالفعل فالأفراد الذين يظهرون هذه القدرة هم أكثر مرونة بخصوص استعمالهم لإستراتيجيات المواجهة، وقد اختيرت كقدرة معرفية لهذه الدراسة، بما أن السيرورات الدافعية والسيرورات المعرفية تؤثر على إستراتيجيات المواجهة لأن هذا الأخير غالبا ما يوجه نحو هدف معين (حل المشكلة، تخفيض القلق... إلخ).

اهتم Cheng بالسيرورات الدافعية، لأن الدافعية تلعب دورا مهما في الواقعية réalisation لأي هدف كان، ولإدراك الدافعية هناك وسيلة ستكون ملاحظة وهي الحاجة إلى الحاجز "besoin de clôture" وهو مصطلح أدخل من طرف Kruglanski سنة 1989 ويعني به إعادة الربط ما بين الرغبة في التأكد وعدم التساهل مع الغموض، والأكثر من هذا فالفرد بحاجة إلى حاجز والأكثر من ذلك فهو يملك ميلا للتصرف

حسب غريزته الأولى والمثابرة باكرا على العناصر ضمن سيرورات المواجهة. حقق Chang ثلاث دراسات فحص فيها أدوار هذه السيرورات من خلال القياس ليس فقط للسيرورات وإنما قياس الحصر، الأعراض الفيزيولوجية، جودة الحياة والوجدان السلبي. أظهرت هذه الدراسات أن سهولة التمييز عبارة عن سيرورة معرفية كامنة وراء المرونة في حين أن الحاجة إلى الحاجز عبارة عن سيرورة دافعية تأثرت بالمرونة والتي تستطيع تغيير الضبط العقلي. (Goode, 2004, p 118-12)

5-5 نموذج Fletcher وSuls

قام كل من Fletcher وSuls بتحليل الدراسات الخاصة بالواجهة بين عامي 1960-1985 وتوصلا إلى تحديد نوعين من المواجهة:

- مواجهة السلبية *passif coping*: حيث يضم هذا النوع الإستراتيجيات السلبية التي يأخذ فيها الفرد موقفا بعيدا عن المشكل وتقتصر على إستراتيجيات تكيفية تكون نتائجها ذات مدى قصير، أو في وضعيات خارجة عن قدرة الفرد على التحكم ولا يمكن حلها كالإنكار، التجنب، النقبل المرغم... وغيرها، وفي هذا الإطار يشير Lazarus من خلال دراسة قام بها رفقة Cohen إلى أن للإنكار نتائج متعددة خلال ثلاث مراحل للإصابات القلبية خاصة عند ظهور الأعراض لأول مرة حيث يجب على المريض طلب المساعدة الطبية أو الإنكار وانتظار الموقف ليتضح أكثر ويعرف حقا طبيعة تلك الأعراض.

- المواجهة النشطة *active coping*: ينطوي هذا النوع على الإستجابات السلوكية أو النفسية التي تستهدف تغيير طبيعة الضغوط، حيث يمثل تلك الجهود أو الإستراتيجيات الأكثر قدرة على التكيف مع الضغوط، وهنا يحاول الشخص تغيير الوضع أو تقديره له، ووفقا لذلك يطور المهارات والإستراتيجيات النشطة كوضع مخطط لحل المشكل أو جمع المعلومات المتعلقة بالوضعية مع توقيت مثالي والتحكم في تنفيذ الإجراءات المخططة، ضبط النفس أو البحث عن السند الاجتماعي... إلخ.

5-6 المواجهة التقريبية – التجنبية: Approach/ avoidance coping

يصنف Moos و Bilings (1981) إستراتيجية مواجهة الضغوط إلى استراتيجيات مواجهة تقريبية وأخرى تجنبية، فالتقريبية تتضمن محاولات معرفية لتغيير أساليب التفكير لدى الفرد عن المشكلات ومحاولات سلوكية بهدف حل المشكلة بشكل مباشر، أما الإستراتيجيات التجنبية فتتضمن القيام بمحاولات معرفية وذلك بهدف الإنكار أو التقليل من التهديدات التي يسببها الموقف والقيام بمحاولات سلوكية لتجنب التحدي مع المواقف الضاغطة.

وحسب رأي كل من Taylor و Stanton (2007) فإن الإستراتيجيات التقريبية أكثر تكيف من الإستراتيجيات التجنبية التي تتكون من إستراتيجيات أخرى فرعية مثل الإنكار والتشتت والكبت والقمع والتقبل أو الاستسلام.

ويميز Mann و Janis (1977) أسلوبين أساسيين في المواجهة التقريبية: البحث عن المعلومات قصد التعرف أكثر على الوضعية، ووضع مخطط لحل المشكلة. كما يتفق Compas و Seiffge-Krenk مع هذا التقييم حيث يميزان نوعين من إستراتيجيات التقرب هما:

- التقرب السلوكي: ويشمل الأساليب الخاصة بجمع المعلومات أو البحث عن السند.

- التقرب المعرفي: ويضم الأساليب المتعلقة بالتخطيط لحل المشكلة.

ويطرح Seiffge-krenk أبعاد أخرى عامة: أنشطة تهدف إلى جمع المعلومات والنصيحة، أنشطة عقلية تهدف إلى تقييم الموقف واستخدام قدرات التفكير في البحث عن حلول ممكنة أو الانسحاب الذي يتضمن دفاعات نفسية داخلية كالإنكار والنكوص والتمركز حول الذات. وبعبارة أكثر وضوحاً فإن المواجهة التقريبية تتضمن النزعة للاستجابة بشكل فعال نحو الأحداث الضاغطة والسعي للحصول على معلومات بشأن هذه الأحداث الضاغطة وحل الموقف أو المشكلة، وذلك من خلال استخدام أساليب سلوكية ومعرفية محددة، في المقابل تتضمن إستراتيجيات المواجهة الإحجامية النزعة نحو التشتت وصرف ذهن

الفرد عن الحدث الضاغط وتجنب التفكير الواقعي فيه وتقبل المشكلة والاستسلام لها أو التنفيس الانفعالي لخفض التوترات، الانفعالات السلبية المصاحبة للحدث الضاغط.

من جهة أخرى توصل كل من (Sandler, Ayres, Roosa & West (1996) إلى نموذج مكون من أربعة أبعاد يتضمن المواجهة النشطة، التجنب، التشتيت والبحث عن الدعم، كما يرون أن هذا النموذج هو الأنسب من بين النماذج السابقة ذات البعدين، ففي هذا النموذج تشمل الإستراتيجيات الفعالة تلك التي تركز على المشكل أو على الانفعال، الإلهاء والذي يشير إلى الاستثمار في أنشطة ترفيهية كمشاهدة التلفزيون والتي تميزها الجهود المعرفية لإزالة الأفكار المرتبطة بالموقف المجهد.

5-7 نموذج Cohen (1994)

لاحظ كل من Cohen وRoth (1986) من خلال تحليلهما لاستجابات الضغط وملاحظتهما حول نوعي المواجهة التجنبية والتقريبية أن استخدام المواجهة التقريبية يهدف إلى الشعور بالتحكم فيما يجري والوصول لفهم أكبر لطبيعة العامل الضاغط، فيما تسعى المواجهة التجنبية للتحكم في التهديد الذي تسببه المواقف الضاغطة على نمط حياتنا. وقد قدم Cohen (1994) مجموعة من الإستراتيجيات المعرفية لمواجهة الضغوطات الحياتية شملت مايلي:

- التفكير العقلاني Rational thinking: يلجأ فيه الفرد إلى التفكير المنطقي بحثاً عن مصادر القلق وأسبابه المرتبطة بالضغوط.

- التخيل Imagining: يتجه فيها الفرد إلى التفكير في المستقبل.

- الإنكار Denail: عملية معرفية يسعى من خلالها الفرد إلى إنكار مصادر القلق بالتجاهل وكأنها لم تحدث على الإطلاق.

- حل المشكلة problem solving: نشاط معرفي يتجه من خلاله الفرد إلى استخدام أفكار جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط.

- الدعابة أو الفكاهة Humor: إستراتيجية تتضمن التعامل مع الضغوط والأمور الخطيرة ببساطة وبروح الفكاهة، كما أنها تؤكد على الانفعالات الإيجابية أثناء المواجهة.
- الرجوع إلى الدين Turning to religion: وتشير هذه العملية إلى رجوع الفرد نحو المعتقدات الدينية قصد مواجهة المواقف الضاغطة والتغلب عليها عن طريق الإكثار من العبادات كمصدر للدعم الروحي والانفعالي.

5-8 نموذج المواجهة الاستباقية Proactive coping theories

من خلال أدبيات موضوع المواجهة اعتبرت هذه الأخيرة كمجموع الأنشطة الموجهة للتحكم أو السيطرة أو التخفيف من المطالب الخارجية أو الداخلية كتهديد حقيقي أو فقدان، لكن حديثاً تطور بالتوازي اتجاهان نظريان حول ما سمي "المواجهة الاستباقية" وهما نظرية Schwarzer (2000) ونظرية Aspinwall و Taylor (1997)، ومضمون هذا النوع من المواجهة هو أن الأفراد استباقيون وليسوا استجابيين، وعليه فإنهم يملكون نظرة تجعلهم يدركون المخاطر والمطالب والفرص في المستقبل القريب لكن لا يتم تقديرها كتهديد أو خسارة بل تدرك تلك المواقف كتحد شخصي، وبذلك تصبح المواجهة كعملية تسيير للأهداف بدل تسيير المخاطر، فتسعى لتحسين حياة الفرد وبناء الموارد التي تضمن له استمرار أدائه وجودته وبالتالي خلق ظروف معيشية ومستويات أداء أعلى كفرصة للبحث عن هدف في الحياة وهنا يترجم الضغط في صورة إيجابية منتجة.

حسب Schwarzer (2000) هناك أربع أنواع للمواجهة:

- المواجهة الاستجابية Reactive coping: وتعرف على أنها محاولة للتكيف مع موقف ضاغط حدث بالفعل حيث يتم توجيه جهود المواجهة مباشرة إما للتعويض عن خسارة أو تخفيف ضرر.
- المواجهة التوقعية Anticipatory coping: وتعني محاولة التعامل مع تهديد وشيك أي مواجهة حدث خطير من المؤكد أن يحدث في المستقبل القريب، والخطر هنا يتمثل في أن هذا الحدث قد يسبب

أدى أو خسارة في وقت لاحق وعلى الفرد مواجهة الخطر المتصور، فوظيفة المواجهة تتمثل في حل المشكلة الحالية عبر زيادة الجهد والحصول على مساعدة أو استثمار موارد أخرى.

- المواجهة الوقائية Preventive coping: ويمكن تعريفها على أنها محاولة لبناء موارد عامة للمقاومة تقلل من شدة نتائج الضغط ومن احتمال ظهور الأحداث الضاغطة في المقام الأول. ففي هذا النوع يواجه الأفراد مختلف الأحداث بالغة الأهمية التي قد تحدث أو لا تحدث في المستقبل.

- المواجهة الاستباقية Proactive coping: تشمل الجهود الهادفة لبناء موارد عامة تسهل تحقيق الأهداف الصعبة وتعزز النمو الشخصي، فالأفراد يختلفون اختلافا كبيرا في الموارد التي يلجئون لها خلال المواقف الضاغطة وتشمل الموارد الشخصية مثل فعالية الذات والدعم الاجتماعي وكلما زادت الموارد الشخصية ارتفعت إمكانية التعامل بشكل أكثر فعالية مع الضغوط.

5-9 نموذج Carver وزملائه

يعتبر Carver و Scheier (1998) بأن الفرد أو الأفراد يحتاجون إلى أن يتخذوا أهدافا في الحياة وإلى أن تبقى تلك الأهداف مرتبطة بهم، فاعتماد الهدف والمثابرة عليه يعتمد على عاملين أساسيين: الأول قيمة الهدف، حيث لا يمكننا التركيز على الأهداف التي لا تشكل أهمية بالنسبة لنا وإذا فعلنا فإننا لن نستمر في متابعتها عندما تصبح الأمور أكثر صعوبة، أما العامل الثاني فيتمثل في إمكانية التحقيق فإذا كان الهدف يبدو بعيد المنال منذ البداية لن نحاول على الإطلاق، وإذا فشلنا باستمرار في تحقيق أهداف التزامنا بها تفقد حياتنا معناها، في المقابل يرتبط الأمل بقيمة الأهداف وما تعود به عملية التغذية الراجعة كمحاولة للمضي قدما.

كما اقترح Carver وزملائه (1989) ثلاثة عشر إستراتيجية تم تجميعها في خمسة فئات تمثل أبعاد جديدة للمواجهة وهي:

- التكيف الفعال، وذلك باتخاذ خطوات فعالة ومباشرة لإزالة مصدر الضغط أو على الأقل الحد من تأثيره ويشمل هذا النوع المبادرة بالإجراء المباشر وزيادة محاولات الفرد بصورة تدريجية للتصدي للموقف وهو ما يشبه ما أطلق عليه Folkman و Lazarus المواجهة المرتكزة على المشكل.

- التخطيط، ويشمل الخروج بإستراتيجيات عمل، والتفكير بماهية الخطوات الواجب اتخاذها وجدوى معالجة المشكلة.

- تقليص مدى المجال الظاهري، بإهمال كل شيء عدا المشكلة بغية التركيز تماما على التهديد القائم بوضع الأمور الحياتية جانبا لتجنب التشتت بأحداث أخرى قصد التعامل المباشر مع مصدر الضغط.

- البحث عن الدعم الاجتماعي، قد يبحث الفرد عن الدعم لسببين: الأول هو البحث عن المعلومة وهذا التعامل مركز على المشكلة، أما الثاني فيتمثل في البحث عن الدعم المعنوي والعاطفي وهو تعامل مركز على العاطفة وفي هذه الحالة فإن المواجهة ليست أسلوبا تكيفيا بمعنى الكلمة لأنها لا تمثل مواجهة حقيقية للمشكلة بقدر ما هي تنفيس عن المشاعر الذاتية.

- التحرر السلوكي، يقصد به الأهداف التي يتداخل فيها تقليل جهد الفرد للتعامل مع مصدر الضغط. (ساعد، 2018-2019، ص 159-165)

انطلاقا من النماذج المقدمة لمفهوم المواجهة يتضح أن هذه التصنيفات انطلقت من التصنيف الرئيسي لإستراتيجيات المواجهة التي وضعها كل من فولكمان ولازاروس ، فالإستراتيجيات التي تهدف إلى المواجهة المباشرة لمصدر الضغط بغية التغيير من الوضعية المجهددة باستخدام مجموعة من الموارد الداخلية والخارجية للقضاء على مصدر التهديد وهذه الإستراتيجيات هي ما تعرف بإستراتيجيات حل المشكلة والتي أخذت تسميات أخرى حسب ما وضعه علماء آخريين من بين هذه التسميات المواجهة النشطة، المواجهة الاستباقية، المواجهة التقريبية...إلخ، أما الإستراتيجيات التي تهدف إلى الاستسلام إلى الموقف المجهد والتقبل المرغم للخسارة أو إنكار الوضع والهروب منه ومحاولة تجنبه وعدم تغيير شيء في الوضعية المجهددة مع اللجوء إلى التفريغ الانفعالي كتعبير عن العجز عن المواجهة هي ما يعرف بإستراتيجيات المرتكزة على الانفعال والتي تتضمن إستراتيجيات التجنب أيضا، حيث أخذت هذه

الإستراتيجيات تسميات أخرى مثل: المواجهة السلبية، إستراتيجيات المواجهة الإحجامية، الإستراتيجيات المواجهة التجنبية... إلخ.

وعليه فقد اعتمدنا في صياغة الفرضيات الجزئية للدراسة الحالية على ثلاث إستراتيجيات أساسية وهي إستراتيجيات حل المشكلة، إستراتيجيات مرتكزة على الانفعال وإستراتيجيات التجنب. هذه الإستراتيجيات تبقى الأكثر وضوحا وبروزا من المفاهيم الموجودة في التصنيفات الأخرى لمفهوم المواجهة.

6- فعالية إستراتيجيات المواجهة

حسب Laborit 1980 إذا كان التحكم في الحدث فعال، فالقليل من التوتر (الاضطراب) البيولوجي، الفيزيولوجي، أو السلوكي... يُظهر النتيجة. وبالفعل فإن مجموع الأعمال المطع عليها أشارت أن معايير فعالية المواجهة ذات أبعاد متعددة، وتكون إستراتيجية المواجهة جيدة إذا سمحت للفرد بالسيطرة أو التقليل من تأثير الاعتداء على الوضع الجسدي والنفسي، والسؤال المطروح هنا أي الإستراتيجيات (المرتكزة على الانفعال أو على المشكل مثلا) هي الأكثر فعالية من حيث دورها المعدل للعلاقة إجهاد - ضيق؟ .

إن دراسة فعالية المواجهة حول الضيق الانفعالي *la détresse émotionnelle* أصبحت موضوع العديد من الأبحاث وقد تم تقييم المعايير الرئيسية وهي الاكتئاب والحصر، وهنا نذكر أعمال Schmidt(1988) حول المرضى المقيمين بالمستشفى من أجل إجراء تدخل جراحي، حيث أظهر أن المرضى الذين استعملوا إستراتيجيات المواجهة النشطة (البحث عن المعلومات حول تفاصيل العملية الجراحية، نتائجها، المشاركة أثناء العلاج) هم أقل قلقا بشكل ملحوظ (مستوى الحصر أقل)، والمضاعفات ما بعد الجراحة أقل من الأفراد الذين استعملوا إستراتيجيات مواجهة سلبية (الاستسلام للموقف). وفي نفس السياق نجد (Miklincer&Solomon 1989) اللذان وجدا أن خطورة الاضطرابات ما بعد الصدمة لدى الجنود مرتبط بشكل إيجابي بإستراتيجية المواجهة المرتكزة على الانفعال إضافة إلى ذلك يثبت أن نوع المواجهة النشطة المرتكزة على المشكلة أكثر فعالية من نوع المواجهة السلبية المرتكزة على الانفعال من أجل تقليص الضغط الانفعالي الناجم عن الحدث.

إن فعالية إستراتيجية المواجهة تستجيب أيضا لخصائص الوضعية (الظرفية): المدة، السيطرة على الحدث المجهد أو القدرة على التحكم فيه، وكذلك التجنب فهو أكثر فعالية على المدى القصير (من صفر إلى ثلاثة أيام بعد الحدث المجهد) والإستراتيجيات النشطة على المدى الطويل انطلاقا من أسبوعين بعد الحادث).

إن أسلوب المواجهة السلبي (الإنكار *dénégation* مثلا) سيجنب الشعور بالارتباك ويسهل العمل النفسي والذي يسمح وبدون شك استيعاب الواقع بشكل تدريجي. حسب Lazarus & Folkman الإستراتيجيات النشطة أكثر فعالية إذا كان الحدث تحت سيطرة الفرد وفي حالة إذا ما كان الحدث غير متحكم فيه فإن الإستراتيجيات السلبية ستكون متكيفة أكثر، كذلك أعمال مختلفة سلطت الضوء على حالة الأمراض الخطيرة مثل السرطان، وهنا فالإنكار أو إعادة التقييم الإيجابي عبارة عن إستراتيجية تسمح بضبط جيد لدى الأفراد المصابين بسرطان الثدي. وبالفعل لا يوجد إستراتيجية مواجهة فعالة في حد ذاتها بغض النظر عن المفاهيم الإدراكية -المعرفية (التحكم، الدعم الاجتماعي) التي تحدد التحكم المدرك وخصائص الوضعية المجهدة.

ولأسباب منهجية (الدراسات المستقبلية، الفحوصات الطبية الحيوية المكلفة) فإن دراسة فعالية المواجهة على الحالة الصحية الجسدية يبدو أقل وضوحا للتقييم. حسب Lazarus & Folkman يمكن أن تؤثر المواجهة على الصحة الجسدية بثلاث طرق مختلفة وهي:

1- يمكن أن تؤثر على التواتر *la fréquence*، الشدة *tensité*، ومدة الاستجابات الفيزيولوجية (نبض القلب، ارتفاع الضغط الشرياني، الشد العضلي والعصبية - الكيميائية للإجهاد (نسبة الكاينيكولامين في البول، نسبة الكورتيزول في الدم مثلا) في حالة إذا ما:

- لم يمنع الفرد أو يحسن الظروف المحيطة المجهدة بشكل افتراضي أو غير ملائم (الإستراتيجية المرتكزة على المشكل (مجهودات محبطة)).

- مواجهة حدث غير متحكم فيه، هنا لا يستطيع الفرد أن يعدل من الضيق الانفعالي (إستراتيجية مرتكزة على الانفعال غير فعالة).

- لدى الفرد نمط حياة أو أسلوب مواجهة وهو بحد ذاته في خطر، أفضل مثال على ذلك النمط A (نمط الشريان التاجي) والذي يتصف بمجموعة من السمات التالية: القدرة التنافسية، نفاذ الصبر، العدائية، إدراك الأحداث المجهدة كتحديات.

2- إمكانية التأثير وبشكل مباشر وسلبى على الصحة (ارتفاع نسبة الوفيات والأمراض)، وعندما تتلاءم مع الاستعمال المفرط للمواد الضارة كالسجائر، الكحول، المخدرات... إلخ أو عندما يلجأ الفرد لنشاطات ذات خطر كبير (السرعة في قيادة المركبات على سبيل المثال).

3- أشكال المواجهة المرتكزة على الانفعال يمكن أن تهدد الصحة لأنها تعرقل ترشيح السلوكات التكيفية، وهنا في حالة الإنكار أو التجنب الذي يقود الفرد لعدم إدراك أعراضه أو الاستشارة في الوقت متأخر (Paul et al , 1992, p 555- 554)

لا يمكن الحكم على فعالية إستراتيجية مواجهة دون الأخرى المستخدمة من طرف الفرد خلال وقوع الموقف الضاغط إلا إذا أخذنا بعين الاعتبار مجموعة من العوامل ترتبط من جهة بالفرد نفسه (الموارد الشخصية والاجتماعية المتوفرة لديه) ومن جهة أخرى عوامل ترتبط بالوضعية نفسها (الشدة والمدة وانعكاساتها) فيمكن لإستراتيجيات التجنب أن تكون فعالة في موقف معين حيث تتمكن من السيطرة على التهديد وفي موقف آخر تكون غير فعالة ومؤذية ونفس الشيء بالنسبة للإستراتيجيات المرتكزة على الانفعال أيضا. أما بالنسبة لإستراتيجيات حل المشكلة فتكمن فعاليتها في قدرتها على التغيير من الموقف الضاغط وتعديله بما يتوافق ومتطلبات الشخص الداخلية والخارجية من أجل السيطرة على مصدر الضغط أو تعويض الخسارة أو إزالة الموضوع المهدد واحتواء المشكلة وحلها.

ثانيا: قياس إستراتيجيات المواجهة وعلاقتها ببعض المتغيرات

7- أدوات قياس إستراتيجية المواجهة

7-1 مقياس استجابات (CRI) coping

حضر كل من Billings و Moos اختبارا لإستراتيجيات المواجهة والذي عرف عدة أشكال منذ طبعته الأصلية عام 1981 انطلاقا من نظرية Lazarus و Folkman وضعا أول اختبار يشمل 19 عبارة نوع (نعم أو لا) مصنفة حسب إستراتيجية المواجهة ووظيفة المواجهة.

فالإستراتيجيات المستخرجة من خلال البحث الإمبريقي كانت: معرفي - نشط، سلوكي - نشط، التجنب.وظائف هذه الإستراتيجيات تتبع المقاربتين التاليتين: الإستراتيجيات المرتكزة على المشكل أو المرتكزة على الانفعال حسب نظرية Lazarus و Folkman سنة 1984. بعد الاختبار الأول تغيرت هذه الأداة إلى 28 عبارة مع سلم إجابات مكون من أربع إجابات حسب سلم ليكارت، يقيس هذا الاختبار إستراتيجيات مصنفة حسب ثلاث محاور هي:

- المحور الأول يدور حول تقييم إستراتيجيات المواجهة المرتكزة حول المقاربة وتتمثل في أربع عبارات.
- المحور الثاني، صنف إستراتيجيات المواجهة المرتكزة حول المشكل حسب سلمين فرعيين: البحث عن المعلومة (سبع عبارات)، البحث عن الحلول (خمس عبارات).
- اقترح المحور الثالث سلمين فرعيين لإستراتيجيات مرتكزة على الانفعال: انتظام الوجدان *régulation de l'affect* (ست عبارات) التفريغ الإنفعالي (ست عبارات).

بالرغم من أن (CRI) تمت مواصلة استعماله خاصة في الولايات المتحدة لكنه لم يمنح خصائص سيكومترية مُرضية لأغلبية الباحثين، زيادة على ذلك فالدليل الإمبريقي *la preuve empirique* لتحضير السلالم لم يُقدم أبدا.

Ways of coping check list(WCCL)2-7

تبعاً لنظرية Folkman et Lazarus فإن WCCL أصبح لاحقاً WCQ (ways of coping questionnaire) ويهدف لتقييم نوعين من إستراتيجيات المواجهة واحدة مرتكزة على الانفعال، وواحدة مرتكزة حول المشكل. أُعد هذا المقياس سنة 1970 بهدف تشجيع البحث حول الإجهاد وإستراتيجيات المواجهة، يتكون من 68 بندا ذو الإجابة ب (نعم /لا) منها 40 بندا يدور حول سلم الإستراتيجيات المرتكزة حول المشكلة و24 بندا يخص سلم الإستراتيجيات المرتكزة على الانفعال. ولأن هناك وفرة في الإجابات التي لا تمثل بصفة صحيحة هذان العاملان، هناك العديد من الدراسات التي أعادت صياغة الإستراتيجيات بتفصيل أكثر حيث انتهت إلى WCQ الذي يحمل 50 بندا مقسمة على ثمانية سلالم أنتجت من ناحية إمبريقية: المواجهة، التباعد distanciation، الرقابة الذاتية، البحث عن الدعم الاجتماعي، تحمل المسؤولية، التجنب/الهروب، الحلول المخطط لها وإعادة التقويم الإيجابي، حتى الإجابات تغيرت حسب سلم ليكارت المكون من 4 درجات. لاحقاً اقترحت Vitaliano سنة 1993 تغيير آخر لـ WCCL وهو المستعمل بصفة واسعة اليوم. اقترح في هذا الاختبار خمس سلالم لإستراتيجيات ناتجة عن التحليل العاملي Analyse factorielle: المرتكزة على المشكلة، البحث عن الدعم الاجتماعي، التائب الذاتي Auto blâme، الاهتمام بالرغبات من أجل الوقائع، التجنب.

غالبا قام WCCL بتحليل العوامل بهدف فهم إستراتيجيات المواجهة، هذه التحليلات وضحت كيف تتصف هذه الإستراتيجيات وكيف تنقسم إلى أنواع لكن النتائج غالبا ما تكون مخيبة لأنه لا توجد دراسة مقارنة بأخرى، هذا القياس لإستراتيجيات المواجهة لقي مشاكل أخرى خاصة بالصدق، فمن الصعب قياس إستراتيجيات المواجهة أين تتغير هذه الأخيرة حسب الوضعية، وفي نفس السياق نجد أن أغلبية الدراسات تشير إلى أن WCQ لا تقترح جودة سيكومترية مُرضية وخاصة على مستوى الثبات الداخلي.

3-7 مقياس إستراتيجيات المواجهة للوضعيات المجهدة

أعد كل من Paker و Endler سنة 1990 مقياس إستراتيجية المواجهة للوضعيات المجهدة (Coping Inventaire de coping pour les situations stressantes وباللغة الإنجليزية)

(inventory for stressful situation). صمم هذا المقياس أو الاختبار من خلال أبحاث إمبريقية ومنطقية من خلال مقارنة متعددة الأبعاد لتقويم إستراتيجيات المواجهة.

يتكون المقياس من 44 بنداً معمماً من خلال تحليل العوامل، حيث يقيس 3 أنواع لإستراتيجية المواجهة: 19 بنداً متركزاً حول الوظيفة، 12 بنداً متركزاً حول الانفعال، 13 بنداً متركزاً حول التجنب. تم قياس الثبات الداخلي من خلال معامل & كرونباخ وهو مقبول لهذه العوامل الثلاثة، هذه العوامل تم تفعيلها من خلال المقارنة مع السلالم الأخرى، فالسلم المتركز حول المشكلة والسلم المتركز حول الانفعال يرتبط مع السلالم المطابقة لسلم WCQ والذي يقترح صدقاً نظرياً. السلم المرتكز حول التجنب يطابق سلم البحث عن الدعم ضمن اختبار WCQ.

يبدو أن CISS يقترح اختباراً يقيس أبعاد إستراتيجيات المواجهة التي أعدها كل من Folkman و Lazarus مزودة بخصائص سيكومترية مقبولة أكثر من WCQ هذا الاستبيان يملك معايير لمجموعات مختلفة أما CISS يوجد في نسخة فرنسية تتمتع بالصدق.

7-4 مقياس le cope

أعد هذا المقياس من طرف Carver وآخرون سنة 1989 وقد عرف succès مهم في ميدان إستراتيجيات المواجهة. صمم هذا الاختبار انطلاقاً من حجج نظرية أدمجت فيها خصائص وظيفية نوعاً ما لإستراتيجيات المواجهة. بدأ الباحثون بأحد عشر ميداناً مختلفاً، أما التحليلات للعوامل الأولى أسست لأربعة عشر ميداناً وهي: إستراتيجيات المواجهة النشطة، التخطيط، حذف الأنشطة التنافسية، إستراتيجيات المواجهة المقيدة، البحث عن الدعم المعلوماتي، البحث عن الدعم الانفعالي، إعادة الصياغة الإيجابية، التقبل، إستراتيجية المواجهة المرتبطة بالجانب الديني، الانتباه للآخرين والتعبير عن الانفعالات، الإنكار، عدم الالتزام السلوكي désengagement comportemental، عدم الالتزام العقلي وعدم الالتزام بالانحراف نحو المخدرات والكحول / désengagement par le biais des drogues / alcool .

بعض الميادين تم تقسيمها لأن التحليلات أشارت بوجود اختلاف، على سبيل المثال: عدم الالتزام والذي تم تقسيمه إلى سلوكي وعقلي وانحراف نحو المخدرات /الكحول، المعاملات ألفا كانت مُرضية لهذه السلاسل الفرعية إلا عدم الالتزام العقلي. أقر الباحثون بأن عدم الالتزام العقلي يشتمل على سيرورة متعددة الأبعاد والذي لا يُدان بسهولة لفكرة الثبات الداخلي.

يزودنا اختبار cope بلمحة عن استجابات خاصة بإستراتيجيات المواجهة بالنسبة للفرد واحتمالية وضع هذه الأخيرة في علاقة مع الشخصية كما يمكننا فهم العلاقة بين الفرد واختياراته لنوع إستراتيجيات المواجهة.

5-7 مقياس مؤشر إستراتيجيات المواجهة Coping strategy indicator

أعد هذا المقياس سنة 1990 من طرف Amirkhan (CSI) بالفرنسية inventaire des stratégies de coping وبالإنجليزية coping strategy indicator. أعد Amirkhan هذا الاختبار من خلال مقاربتين: النظرية والإمبريقية حتى اقترح أداة التقييم التي بإمكانها إعطاء إجابات بسيطة عن الإجهاد مع تطبيق واسع. إن البنود المستعملة لبناء CSI واردة عن عدة سلاسل خاصة بإستراتيجيات المواجهة خاصة WCQ (ways of coping questionnaire) حيث بدأ Amirkhan بـ 161 بندا بعدها تقلص عدد البنود إلى 63 بندا، بعدها إلى 36 بندا وأخيرا 33 بندا. هذه النسخة تم اختبارها على عدد كبير من الأفراد قدر بـ 1000 فرد، كما أن تحليل العوامل لهذه النسخة وضعت بديها ثلاثة عوامل تفسر 46% من التباين، البحث عن المشكلة، البحث عن الدعم والتجنب.

من المفروض أن CSI يقيس الإستراتيجيات الكبرى المستعملة الأكثر نمطية في ميدان coping بدون أن يحدث تأخر للإجابات idiosyncrasiques، إن اختبار CSI مختصر يزود بمعايير ويقترح خصائص سيكومترية مُرضية وبالتحديد فيما يتعلق بالثبات الداخلي والصدق discriminante.

7-6 مقياس إستراتيجيات المواجهة المرتكز حول المشكل

أعد هذا الاختبار من طرف العالمين Heppner و Baker سنة 1997 (بالفرنسية coping centré sur le problème وبالإنجليزية PSI) problem soloing inventory) يهدف هذا الاختبار إلى قياس النشاطات السلوكية، المعرفية والعاطفية التي تم تنظيمها بهدف إيجاد حل للمشكلة، كما يبحث في تقييم الفرد أثناء توظيف قدراته لحل مشكلة يواجهها. لجأ الباحثان في تشكيل البنود بطريقة خاصة حتى لا تكون هذه البنود مهددة أو مجتاحة أكثر وهذا ما يفسر أن المشاكل الاجتماعية غير المرغوب فيها أصبحت متقلصة.

يحتوي هذا الاختبار على 32 بنداً ينقط على سلم ليكارت المكون من 6 درجات والمقسم إلى 3 سلالم تحتية وهي: الثقة في حل المشكلة، أسلوب التجنب، الرقابة الذاتية contrôle personnel، كل سلم من هذه السلالم يحتوي على إستراتيجيات سلوكية، معرفية وعاطفية. بالنسبة للخصائص السيكومترية خاصة الثبات الداخلي كانت مرضية وبحسب الباحثين فإن هذه الأداة تم توظيفها في أكثر من دراسة.

7-7 مقياس إستراتيجيات المواجهة المرتكز على الانفعال

درس Stanton وآخرون (2000) إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال لكي يروا إذا ما يستطيعون سحب استراتيجيات تكيفية لهذا الأسلوب من coping حيث ارتكزوا على النظريات الوظيفية fonctionnalistes قام الباحثون بشرح فكرة أن القدرة على الفهم وتقبل انفعالات الفرد لذاته وللآخرين يتضح أنه مفيد جدا في تكيف الفرد، بالنسبة لهم فإن الخلط ينتج عن غموض البنود في السلم خاصة فيما يخص البنود التي تبدو مختلطة بالضيق وعلم النفس المرضي مع الانفعال. وحتى يتم بناء يتجنب هذا النوع من الخلط اختار Stanton وزملائه بنودا صادرة عن سلالم معروفة (WCQ, COPE... إلخ) المصنفة في ثلاث سلالم هي استدخال الانفعالات، سيرورة الانفعال، التعبير الانفعالي.

أظهر التحليل العملي أسلوبين مختلفين لإستراتيجية المواجهة المرتكزة على الانفعال وبحسب الأبحاث التي حققها Stanton وزملائه فإن المقاربة الانفعالية تتضح بأنها تكيفية أكثر في ظروف وأفراد ووضعيات مختلفة، أما بالنسبة للخصائص السيكومترية لهذه السلالم فقد كانت مرضية.

7-8 استبيان إستراتيجية المواجهة

استبيان إستراتيجية المواجهة CSQ (coping strategies questionnaire) عبارة عن أداة مقترحة في إطار عيادي جدا للإستراتيجيات المستعملة من طرف العميل والتي تسمح بتقييم التغييرات عبر الزمن على مستوى اختيار الإستراتيجيات أعدت الأداة الأصلية من طرف Rosentiel و Keefe عام 1983 لكنها تلقت انتقادات كثيرة لأن الخصائص السيكومترية لم تكن مرضية بالنسبة للسلام الفرعية وأيضا لطول هذه الأداة (42 بند) وكذلك لأن صياغة البنود طرحت مشكلة لدى العملاء. هذه المشاكل تمت معالجتها من طرف Horland وGeorgieff سنة 2003 في دراسة كان الهدف منها الانتهاء إلى أداة سريعة وبسيطة التنقيط مع تطبيقات إكلينيكية ملائمة.

إن تحليلهم ل 42 بندا الأصلية فسح المجال لتقليص جذري لعدد البنود بالإضافة إلى استبدال بنوية عوامل جديدة لديها خصائص سيكومترية مرضية جدا (ارتباط سامي حتى 40 بالنسبة لكل بند وكذلك ألفا كرونباخ عالي 70)، 23 بندا النهائية تم تنقيطها على سلم ليكارت المكون من 7 نقاط والمنظم في أربع عوامل هي: الميل إلى رؤية الأشياء بطريقة مأساوية أو كارثية (6 بنود)، التحويل diversion (6 بنود)، إعادة التفسير (6 بنود)، إستراتيجيات المواجهة المعرفية (5 بنود). (Chabrol, 2004, p 125-130)

تم تصميم استبيانات قياس إستراتيجيات المواجهة انطلاقا من التصنيف الذي وضعه لازاروس وفولكمان في تحديد نوع الجهود المبذولة من طرف الفرد في مواجهة الوضعيات الضاغطة، إلى جانب دراسات نظرية وإمبيريقية يسعى من خلالها الباحثون إلى التحقق من الخصائص السيكومترية لهذه الأدوات منها الصدق بأنواع والثبات، فمنها من أصبح يتمتع بخصائص سيكومترية مرضية يلجأ إليهم الباحثين والطلبة أثناء إعداد بحوثهم ومن بينهم مقياس إستراتيجيات المواجهة لبولهان " WCQ " الذي استخدمناه في الدراسة الحالية لتقييم إستراتيجيات المواجهة المستخدمة من طرف متأخرات الإنجاب في مواجهة هذه الوضعية الضاغطة.

كما أن تصميم هذه السلالم خضع للعديد من التعديلات انطلاقاً من نتائج التحليل العملي فمنها من قام بتغيير البنود ومنها من قام بإلغاء عدد منها وتقليص عددها وصولاً إلى نسخة مضبوطة للمقياس والذي يتمتع بنوع من الصدق والثبات.

8- تقييم قياس إستراتيجيات المواجهة

إن قياس إستراتيجية المواجهة أظهر طموحاً كبيراً، فجزء منه لم يتحقق في البحث رغم أن التعاريف كانت محددة لكن الاختلافات فيما بينها أوجدت صعوبة في قياس إستراتيجيات المواجهة حتى لو أضفنا كل المتغيرات الأخرى التي أدخلت في النماذج المقترحة فإن التقييم يصبح معقداً أكثر. لا يمكن قياس هذه الإستراتيجيات من خلال اختبارات إسقاطية مثلما الحال مع ميكانيزمات الدفاع لأنه من المؤكد أن العمق النظري لمفهوم إستراتيجيات المواجهة لا يمكن إحاطته إلا من خلال أسئلة للشخص الملاحظ والتي تتم غالباً من خلال الاستعانة باستبيان.

إن قياس المواجهة يتبع المقاربات *interindividuelle* والمقاربة *intra-individuelle* كل من هذه المقاربات تميّز إستراتيجيات المواجهة كونها سمة وكونها سيرورة، فالمقاربة الأولى تهتم بتقييم استجابات عدة فرق من الأفراد كما أنها توجه نحو وضعية محددة أو وضعيات مختلفة، أما المقاربة الثانية تتميز بتقييم ميول فرد محدد، كما تقيم نوع إستراتيجيات المواجهة المفضل بالنسبة للفرد، وعليه نأخذ بعين الاعتبار الأنماط الثلاثة للقياس (تقييم استجابات عدة لفرق من الأفراد، تقييم الاستجابات إزاء وضعية معينة أو عدة وضعيات مختلفة) وسنأخذ بعين الاعتبار أساليب القياس الثلاثة مع تقديم الوسائل وتقييم حالة الأماكن البحثية الحالية في ميدان تقييم إستراتيجيات المواجهة.

8-1 وضعيات نمطية *les situations spécifiques*

هذا النمط من التقييم يهدف إلى قياس الإستراتيجية التي يلجأ إليها الفرد عند مواجهة وضعية مجهدة محددة (مثال ألم، مرض، فقدان وظيفة... إلخ)، حيث توجد العشرات من الاستبيانات وهي غالباً المستعملة في البحث في علم النفس الصحة، فالعلاقة بين الصحة وإستراتيجية المواجهة ميدان مدروس كثيراً في علم النفس كما أن الباحثين يميلون إلى واحد من هذه النماذج التالية من أجل وضع مفهوم لهذه العلاقة:

- الحدس بأن إستراتيجيات المواجهة لها تأثير واضح على متغيرات الصحة مثل ضغط الدم.
 - التأثير غير المباشر لإستراتيجية المواجهة على الصحة في القياس، أي يتسبب في التغير على مستوى السلوك المتعلق بالصحة مثل الأكل بطريقة متوازنة، استشارة الطبيب بانتظام... إلخ.
 - إستراتيجية المواجهة تعدل أو تهدئ الإجهاد الناتج عن مشكل في الصحة.
- كذلك فالاستبيانات المبتكرة لميدان البحث هذا لا يحمل على وضعية نمطية فقط ولكن طريقة وضع مفاهيم العلاقة صحة-إجهاد. ميزت المقاربة التي وضعها Klauer وآخرون سنة 1989 ثلاث درجات من الإجابات والتي أكدتها العديد من الدراسات الإمبريقية في سياق المرض وهي:
- هدف الانتباه la cible de l'attention: ستكون موجهة ما بين الآخرين نحو الوضعية المجهد.
 - الجماعة la socialisation: وتتحدد من خلال إذا ما كان الفرد يبحث عن دعم الآخرين أم لا.
 - مستوى الإجابة le niveau de réponse: يسمح بالمعرفة إذا ما كان الفرد يعبئ إستراتيجيات سلوكية أم معرفية.

2-8 وضعيات متعددة situations multiples

هذا النوع من التقييم يهدف إلى قياس إستراتيجيات المواجهة التي يمكن تطبيقها في وضعيات متعددة، عبارات هذا النوع من الاستبيانات تقيم مجموعة واسعة من النشاطات التي يقوم بها الأفراد في الوضعيات المجهد. غالبا يفكر الأفراد في الوضعية المجهد ثم يبحثون في تفاصيل الإستراتيجيات التي يميلون إليها لمواجهة مشكلتهم، يمكنهم كذلك تحديد الإستراتيجيات التي يستعملونها غالبا دون الأخذ بعين الاعتبار الوضعية بصفة خاصة.

هذه الاستبيانات يمكن استعمالها بصفة متكررة مع نفس الأفراد لفترة طويلة وفي وضعيات مختلفة، وهي طريقة لمعرفة إذا ما كانت الإستراتيجيات تغيرت مع الزمن و/أو الوضعية وإذا ما كانت تستجيب لمتغيرات أخرى على سبيل المثال الشخصية التي تقاس من خلال استبيان آخر.

8-3 القياس ما بين الأفراد les mesures entre les individus

إن المتغيرات المتعلقة بالفرد صعبة القياس ولهذا فإن ميدان البحث هذا متناقض جدا، حيث أصر (Folkman 1992) على أن قياس سمات إستراتيجيات المواجهة ليست بالضرورة تنبئية لاستجابة الفرد عند مواجهته لوضعية حقيقية ومجهددة. وفي هذه السنوات الأخيرة ركز الباحثون على إعداد مقاييس موثوقة وصادقة لأنماط المواجهة. (Chabrol et al, 2004 , p 123-124)

إن قياس إستراتيجيات المواجهة لا يمكن أن يعطي نتائج موثوقة إلا من خلال تصميم استبيانات تقيس عمق المعنى النظري لهذه الإستراتيجيات من خلال مجموعة من البنود التي يجب عليها الفرد المراد دراسة استجاباته في وضعية معينة محددة مثل المرض وهنا يعنى بالكشف عن استجاباته ونوع المواجهة المستخدمة مع تحديد نوع الإستراتيجية في كل مرحلة من مراحل المرض، أو مجموعة من الأفراد في وضعية معينة أو في وضعيات متعددة تقيم فيها مجموعة النشاطات التي يقومون بها في الوضعيات المجهددة.

9-9 علاقة إستراتيجيات المواجهة ببعض المتغيرات (بالسن، الجنس، أحداث الحياة)

عرفت المواجهة اهتماما متزايدا منذ ظهورها سنة 1960 فقد كانت ولا تزال الدراسات واسعة جدا، وعليه سنعرض باختصار علاقة إستراتيجيات المواجهة ببعض المتغيرات على سبيل المثال: السن، الجنس، أحداث الحياة... إلخ.

9-1 إستراتيجيات المواجهة، الجنس والسن

هناك العديد من الدراسات المتناقضة تبحث في تحديد الاختلافات بين إستراتيجيات المواجهة المستعملة حسب الشرائح العمرية، منهم Billing وMoos (1981) الذين لم يجدوا أي اختلافات ذات دلالة، فكل سن يملك مظهرا غير متجانس لأسلوب الإستراتيجيات المستعملة. نجد كذلك Quayhagen (1982) يقول إنه من البديهي أن الأشخاص الكبار سنا يميلون لاستعمال المقاربة الانفعالية، غير أن الفروق العمرية الأخرى تتبنى مقاربة متمركزة حول المشكلة.

Folkman وآخرون (1987) يقول "وجدنا أن البحث عن الدعم ظهر لدى فئة الشباب على عكس الأشخاص كبار السن الذين يتميزون باللجوء إلى التمسك بالمسؤولية وبمقاربة منطقية مع تقبل الوضعية".

Blanchard-Fields وآخرون (1987) يقدمون شرحاً مفاده أن الراشدين يملكون مقاربة متمركزة على الانفعال ولكن مع تقدم السن فإن هؤلاء الأفراد يظهرون إستراتيجيات تركز أكثر على المشكلة.

Zeman وآخرون (2002) يرون بأن العلاقة بين المواجهة والسن معقدة جداً لدى الطفل حيث يقترح بأن يأخذ بعين الاعتبار على الأقل ثلاثة مفاهيم للانفعال وهي : وعي الطفل بانفعالاته، القدرة على استدخال هاته الانفعالات والتحكم الممارس على مستوى التعبير عن الانفعالات (التثبيط والمبالغة)، الإستراتيجيات المستعملة لتنظيم المعاش الانفعالي. وعليه يرى الباحثون بأن الأطفال الذين لا يلجئون لاستدخال انفعالاتهم، لا تثبيطها يميلون إلى استيعاب أعراضهم، كما أن قدرتهم على مواجهة غضبهم ترتبط بالتعبير المتكيف عن أعراضهم.

أما الفروق في استعمال إستراتيجيات المواجهة حسب الجنس فيرى كل من Laubouvie-Vief et al (1989) بأن الرجال في الطفولة والمراهقة إلى غاية سن الرشد يتوجهون نحو الخارج إذا أردوا تسيير الصراع بدلاً من النساء اللواتي يملن أكثر فأكثر إلى التوجه نحو حياتهم الداخلية من خلال التجنب وكذلك البحث عن الدعم بالقرب من الآخرين، وفي مواجهة الصراع فالنساء يملن إلى اللوم والذم إلا أن الرجال يستحضرون سبباً خارجياً لشرح وتفسير المشكلة.

9-2 إستراتيجيات المواجهة وأحداث الحياة

حسب المقاربة التي استعملناها لتعريف إستراتيجيات المواجهة يمكن أن يؤثر السياق تأثيراً مهماً على الإستراتيجيات المستعملة، لكن هذا السياق ليس له علاقة مباشرة بإستراتيجيات المواجهة، كما يجب تحديد السياق بحسب أحداث الحياة ويمكن للأحداث أن تكون مرتبطة بشكل نمطي (الإحباطات اليومية) أو أحداث معاشة من طرف الجميع (كالوفاة مثلاً) أو أحداث صدمية ونادرة كالحروب مثلاً.

وضع Moos وHolahan سنة 1991 نموذجا يدمجون فيه السياقات المختلفة منها مع إجهاد منخفض وأخرى مع إجهاد مرتفع، بالنسبة للنوع الأول لم يتم تنفيذ إستراتيجيات المواجهة حتى يتمكن الفرد من تحقيق تكيفه، أما بالنسبة للنوع الثاني فتدخل إستراتيجيات المواجهة ضمن موارد الفرد من أجل تكيف أفضل.

أما Kohn (1996) قد التحق بهذه الاختلافات في السياقات، حيث اقترح أن الإحباطات اليومية تشترط تكيفا (أو/لا) لكن لا تطبق إستراتيجيات مواجهة إن صح القول.

وفي نفس السياق نجد Hobfoll وآخرون (1996) يقدمون نظريتهم حول استهلاك الموارد، حيث يرون بأن الأحداث المتطرفة تحتاج استجابات مجهزة بإستراتيجيات المواجهة غير أنهم أثبتوا أن الإجهاد الحاد يضع الموارد في تحدٍ، كما أن الاستجابة المتكيفة للفرد يمكن أن تحدث فقداناً مهماً للموارد وهذا يمكن أن يخلق أثراً على قدرة الفرد في استرجاعها. أقر هذان العالمان بأن العلاقة بين الموارد المتوفرة وإستراتيجيات المواجهة المستعملة غير واضحة وسوف تتأثر بمتغيرات أخرى منها الشخصية. (Chabrol et al,2004 ,p 83)

10 - علاقة إستراتيجيات المواجهة بالصحة والمرض

هناك العديد من الدراسات مضمونها إيجاد العلاقة التي تربط مفهوم المواجهة بمفاهيم أخرى وعلى سبيل المثال نذكر بعض الدراسات التي درست العلاقة بين المواجهة والصحة والمرض، وهنا يشير Leventhal وآخرون (1984) إلى أن تمثل المرض يبني بشكل فردي عبر ثلاثة مصادر قاعدية للمعلومات وهي:

المصدر الأول: يتمثل في الأرضية المشتركة للمعلومات التي يستوعبها الفرد ومصدرها علاقات الفرد وتواصله الاجتماعي ومعلوماته حول المرض والتي تكون مرتبطة بانتمائه الثقافي.

المصدر الثاني: المعلومات الآتية من الموارد المدركة كمصادر للثقة مثل المعالج وأولياء الأمور.

المصدر الثالث: المعلومات الآتية من التجارب المرضية الشخصية للمريض وما يحمله في ذاكرته من مؤشرات تربط بين هذه الأعراض والتشخيصات المحتملة.

كما نجد (Dantzer 2001) الذي يضع نموذجاً نفسياً-حيوياً حيث أن هذا الأخير يعتمد على إستراتيجيتين أساسيتين هما: الأولى عبارة عن محاولات هادفة للحفاظ على التحكم والمصحوبة بزيادة نشاط الجهاز الودي ونخاع الكظر. والثانية، الانسحاب المرتبط بتنشيط المحور النخامي-الكظري.

هذا التمييز في الاستجابة (نشطة - سلبية) والذي اقترحه (Henry 1977) وآخرون سمح بالكشف أن تأثير الاعتداء الجسدي والنفسي على الجهاز العصبي ونظام الغدد الصماء يعتمد على قدرات التحكم بالوضع وبالتالي فأي سلوك ممكن لتعديل اختلال التوازن الفيزيولوجي يمكن اعتباره كإستراتيجية مواجهة " تكيف"، يضاف إلى ذلك بعض المؤشرات الموضوعية التي تكون استجابة للضغوط كمعدل ضربات القلب وضغط الدم (معايير لتفعيل الجهاز الودي ولب الكظر) والكورتيزول في الدم أو اللعاب أو البول (معايير لتفعيل المحور النخامي الكظري).

وفي دراسة أخرى يعتبر كل من (Holahan & Moos 2007) أن وظائف المواجهة لدى المريض تتمثل في:

- التحكم في الأعراض: أي التحكم في حالة عدم الراحة والعجز وغيرها من الأعراض الصحية، على سبيل المثال تنظيم النظام الغذائي وممارسة الرياضة اليومية أو محاولة منع الأزمات المحتملة الناجمة عن مضاعفات السكر الزائد أو صدمة الأنسولين عند مرضى السكري.

- التحكم في العلاج: وتشمل التدابير اللازمة للتكيف مع العلاج (الاستعداد لإجراء العمليات الجراحية، العلاج الإشعاعي والكيميائي وعلى الآثار الجانبية المصاحبة لها) وكذا التعايش مع البيئة الاستشفائية (غرف الإنعاش، العناية المركزة... إلخ).

- العلاقة مع مقدمي الخدمات الصحية: وتتضمن التطوير والحفاظ على علاقات كافية مع مقدمي الرعاية الصحية.

- التحكم في المشاعر: ويقصد به الحفاظ على توازن عاطفي معقول عبر إدارة المشاعر المزعجة التي أثارها الأزمات الصحية وتداعياتها حيث ترتبط العديد من المشاعر المزعجة مع أزمة صحية كالتشاؤم من المجهول، الشعور بالاغتراب والعزلة والشعور بالنقص، الشعور بالغضب والجانب الأهم هو الحفاظ على بعض الأمل خلال الظروف الصعبة.

- الحفاظ على الصورة الإيجابية للذات: ويقصد بها محاولة الحفاظ على الشعور بالكفاءة والتحكم.

- الحفاظ على شبكة العلاقات الاجتماعية: أي الحفاظ على علاقات إيجابية مع أفراد العائلة والأصدقاء وغيرها من الشبكات الاجتماعية، لأن المرض الخطير يمكن أن يجعل من الصعب على الفرد الحفاظ على تواصله مع المحيطين به لأن هذه الموارد يمكن أن تساعد الفرد للحصول على معلومات حول ماهو ضروري لمواجهة المرض واتخاذ قرارات حكيمة حول الرعاية الصحية.

- الاستعداد لمواجهة مستقبل غامض: حيث تزيد تهديدات الخسارة (فقدان البصر، السمع، الكلام، أحد الأعضاء أو الحياة نفسها في حين لا يزال الاعتقاد بأن الحفاظ عليها ممكن). (شفيق، 2018-2019، ص 183، 182، 185)

11- المواجهة وعلاقتها بجودة الحياة

درس بعض الباحثين أمثال (Maes & al (1987) و (Solomon & al (1988) و (Paulhan (1994) أثر المواجهة على جودة الحياة واهتموا بالبحث في تلك العلاقة حيث كانت النتائج في الغالب متقاربة إلى حد كبير. يذكر بورخوم شويتزر (2002) أن مفهوم جودة الحياة مفهوم واسع يتأثر بشكل معقد بعدة متغيرات (مثل الصحة الجسمية، الحالة النفسية، العلاقات الاجتماعية، مستوى التحكم في الذات) بالإضافة إلى علاقته مع العوامل الفعالة في البيئة، فقد أظهرت بعض الدراسات أن المواجهة المرتكزة على الانفعال ترتبط بسوء نوعية الحياة، في حين ترتبط استراتيجيات المواجهة المرتكزة على المشكل بآثار مفيدة على نوعية الحياة.

وهنا ترى (Paulhan 1994) أن هذا من شأنه أن يكون معيارا يتحدد من خلاله كيف يواجه المريض مسار المرض والعلاج، ونوعية الحياة المرتبطة به وهو الأمر نفسه الذي أظهرته دراسة Maes وآخرون (1987)، وخلصت دراسة Cousson –Gélie وآخرون (1999) إلى أن إستراتيجية المواجهة المرتكزة على الانفعال ترتبط إلى حد كبير بستة أبعاد لنوعية الحياة هي: ضعف الصحة الجسمية، القيود على الأنشطة الاجتماعية، الافتقار إلى الحيوية، الألم، اعتلال الصحة العقلية وأخيرا ضعف الصحة العامة. وعليه فاستخدام المواجهة المرتكزة على الانفعال للتعامل مع الضغوط يبدو في الواقع غير وظيفي، إلى جانب ذلك وجدت المقارنة بين نتائج الدراسات أن تلك الإستراتيجيات تترافق مع توافق جيد على المدى القصير ولكنها تصبح ضارة على المدى الطويل. وفيما يتعلق بالتوافق وجودة الحياة تعد بعض الإستراتيجيات المرتكزة على الانفعال أكثر ضررا من غيرها. (المرجع نفسه، 2018-2019، ص 181)

خلاصة الفصل:

إستراتيجيات المواجهة جهود سلوكية ومعرفية تصدر من الفرد عند مواجهة وضعيات ضاغطة تهدد كيانه النفسي والجسدي وتضعه في خطر، والغاية منها التخفيف من الآثار السلبية لهذه الأحداث على حياته؛ فحسب التصنيف الذي وضعه لازاروس وفولكمان هو تصنيف قاعدي انبثقت عنه العديد من التصنيفات الأخرى لمفهوم المواجهة، وتكمن فعالية هذه الإستراتيجيات سواء إستراتيجيات حل المشكلة أو إستراتيجيات الانفعال في المواجهة الفعالة والتخفيض من الضيق الانفعالي الذي يشعر به الفرد إزاء الوضعية المجهدة، ولقياس هذه الإستراتيجيات هناك العديد من أدوات القياس (استبيانات) التي تعطي قيمة مضبوطة ذات دلالة سيكولوجية توضح من خلالها مدى استخدام الفرد لهذه الإستراتيجيات وأي إستراتيجية يركز عليها أو يستخدمها أكثر، وفي نهاية الفصل تطرقنا إلى علاقة جودة الحياة والمرض بهذه الإستراتيجيات والتي تعد حلقة وصل مع الفصل التالي الذي سنفصل فيه عن مفهوم جودة الحياة لدى الفرد.

تمهيد

أولاً: الجانب المفاهيمي لجودة الحياة

1- مفهوم جودة الحياة

2- المفاهيم المشابهة لجودة الحياة

3- مكونات جودة الحياة

4- مظاهر جودة الحياة

5- أبعاد جودة الحياة

6- مقومات جودة الحياة

ثانياً: النظريات المفسرة وقياس جودة الحياة.

7- الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة

8- النماذج النظرية المفسرة لجودة الحياة

9- أدوات قياس جودة الحياة

خاتمة الفصل

تمهيد

يعد موضوع جودة الحياة من المواضيع التي يسلط الضوء عليها في علم النفس عامة وعلم النفس الإيجابي خاصة، وهي من المتغيرات النفسية المهمة التي تقاس عليها مدى رفاهية ورضا الفرد وسعادته وكذلك بالنسبة للمجتمع، ليس هذا فقط فجودة الحياة بصفة عامة هي شعور الفرد بالرضا، الرفاهية، الإحساس الإيجابي بحسن الحال في ظل الظروف الحياتية التي يعيشها مع قدرته على إقامة علاقات مع الآخرين وتنمية النواحي الإيجابية في شتى ميادين حياته، وهذا من خلال إشباع حاجاته والسعي وراء تحقيق أهدافه التي يرسمها وقيمه وفق ثقافة مجتمعه. وفي هذا الفصل سنتطرق إلى ذلك بشيء من التفصيل من خلال توضيح مظاهر جودة الحياة، مقوماتها، مكوناتها، النظريات المفسرة لها وأدوات قياسها وعناصر أخرى توضيحية.

أولاً: الجانب المفاهيمي لجودة الحياة

1- مفهوم جودة الحياة

من الناحية اللغوية يعود أصل كلمة الجودة *Qualité* إلى الكلمة اللاتينية *Qualitas* وتعني طبيعة الفرد أو طبيعة الشيء، وتعني كذلك الدقة والإتقان.

- حسب قاموس *Oxfords*: تعني الجودة الدرجة العالية من النوعية أو القيمة، فالجودة عبارة عن مجموعة من المعايير الخاصة بالأداء الممتاز والتي لا تقبل المناقشة أو الجدل، ويشير هذا إلى أن الأفراد يتعلمون من خلال خبراتهم أن يميزوا بين الجودة العالية والجودة المنخفضة عن طريق استخدام مجموعة من المعايير التي تميز بين نوعين من الجودة. (عزت، 2019)

- حسب قاموس ابن منظور: فالجودة أصلها من الفعل الثلاثي "جود" والجيد نقيض الرديء، وجاد بالشيء جوده أي صار جيداً وبهذا يرتبط مفهوم الجودة بالتميز والاتساق والحصول على محكات ومستويات محددة مسبقاً، وباختصار يقصد بالجودة المطابقة لمتطلبات أو مواصفات معينة. (ابن منظور، د.ت،

ص 235)

من الناحية الاصطلاحية فقد تعددت المفاهيم حول مصطلح جودة الحياة منها:

- إن عبارة جودة الحياة قد استعملت في طرق مختلفة ولنهايات متغيرة مع أنه تم مصاحبته أو ربطه بمفهوم الحياة الجيدة *la bonne vie* بالرغم من أن مفهوم جودة الحياة غامض. لقد استعملت العبارة في ميادين كثيرة مثال ذلك: مجال الصحة، علم النفس، الطب وفي عدة بلدان. (Goode ,2000 ,P99)

- لقد توصل كل من Brown ,Bayer, Mac farlane سنة 1989 بعد فحص عدد كبير من التعاريف، واقتراحات كل من Rogers و Converse سنة 1975 وآخرون كثيرون، بتعريف مفهوم جودة الحياة وذلك بتوظيف فكرة المباعدة أو الفجوة " L'écart " كمايلي: هي المباعدة بين الحاجات والتطلعات المرضية وغير المرضية، فالأمر يتعلق هنا بتقويم شخصي لمدرجات الفرد وبتقويم موضوعي كذلك. زيادة على ذلك فالمباعدة تكون كبيرة وجودة الحياة أكثر فقراً، ومنه نتوصل إلى تقدم محقق من طرف الفرد عند مراقبة حياته مهما كانت وضعيته في الانطلاق. ومنه فتعريفنا لجودة الحياة مستوحى من نظام ترتيب الحاجات لـ Maslow. (Goode ,2000, P 66)

- حسب كومنس يشير مفهوم جودة الحياة إلى الصحة الجيدة أو السعادة أو تقدير الذات أو الرضا عن الحياة أو الصحة النفسية. (شيخي، 2013-2014، ص 72)

- ويرى ليتوين أن جودة الحياة لا تقتصر على تدليل الصعاب والتصدي للعقبات والأمور السلبية فقط، بل تتعدى إلى تنمية النواحي الإيجابية. (نفس المرجع، 2013-2014، ص 72)

- يرى كل من ليمن وجيناس أن جودة الحياة تتمثل في الشعور بالرضا والإحساس بالرفاهية والمتعة في ظل الظروف التي يحياها الفرد. (نفس المرجع، 2013-2014، ص 72)

- ويرى Ruff أن جودة الحياة هي الإحساس الإيجابي بحسن الحال، كما يرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا المرء عن ذاته وعن حياته بشكل عام وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية مقدرة وذات قيمة ومعنى بالنسبة له واستقلالته في تحديد وجهة ومسار حياته وإقامة علاقات

إيجابية مع الآخرين، كما ترتبط جودة الحياة بإحساس عام بكل من السعادة والسكينة والطمأنينة النفسية. (نفس المرجع، 2013-2014، ص 73)

- وعرف روبن جودة الحياة بأنها الدمج والتكامل بين عدة اتجاهات لدى الفرد من ناحية الصحة الجسمية والحياة الاجتماعية متضمنة كل من المكونات الإدراكية والتي تشمل الرضا، والمكونات العاطفية والتي تشمل السعادة. (نفس المرجع، 2013-2014، ص 74)

- حسب Madis Kajandi يمكن تصنيف المداخل إلى تعريف جودة الحياة إلى اتجاهين هما: الأول، الدراسات الإمبريقية حيث يجمع الباحثون معلومات عن مختصين أو عينة من المجتمع من أجل اكتشاف ما يمكن إدراكه وفهمه من هذه العبارة. أما الثاني، الدراسات الفرضية حيث يضع الباحثون الخطوط الأولى لتعريف موضوعي لجودة الحياة مستوحى من أقوال منبثقة من علم النفس والفلسفة. بعدها اتبعنا الأثر الفرضي إلى حد كبير لأننا نعلن بأن كل بحث حول جودة الحياة يجب أن يكون موضوعيا ونقديا، وببساطة نزن أن جودة الحياة تقدم لكل واحد استجابة لرحلته الشخصية *son cheminement* و *personnel*، درجة الوعي بنمط نمذجة الحياة، إدراكه لذاته، توقعاته ومستوى طموحاته...، وفي غياب إطار مرجعي موضوعي سيكون من الصعب تبني معنى نقدي. (Goode et al, 2000 ,P 23)

- حسب منظمة الصحة العالمية OMS: تعرف جودة الحياة بأنها إدراك الفرد لموقعه في الحياة في سياق الثقافة والقيم التي يعيش فيها، وربطها مع أهدافه الخاصة وتوقعاته ومعتقداته واهتماماته، فمفهوم نوعية الحياة مفهوم واسع النطاق يتأثر بحالة الفرد النفسية والبدنية وعلاقاته الاجتماعية.

- وفي تعريف آخر يستخدم مفهوم جودة الحياة أحيانا للتعبير عن الرقي في مستوى الخدمات المادية، الاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، كما يستخدم أحيانا أخرى للتعبير عن إدراك الأفراد لقدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاتهم المختلفة. (سند إبراهيم، 2016، ص 15)

- حسب أبو سريع وآخرون: جودة الحياة هي المشاعر الذاتية بالسعادة الشخصية والرضا عن النفس وعن الجوانب ذات الأهمية في حياة الشخص، كما يؤكدون على مفهوم الذاتية باعتبارها أن تقدير

الشخص الذاتي لمدى سعادته ورضاه عن حياته هو الأساس في الحكم على جودة حياته. (أبو سريع وآخرون، 2006، ص 206)

- ويرى (Lehman 1988): بأنها الإحساس بالرفاهية والرضا الذي يشعر به الفرد في ظل ظروفه الحالية. (Lehman, 1988, p 51)

- حسب (Lio(2001): مصطلح جودة الحياة قد استخدم بشكل واسع النطاق ليشير إلى الرفاهية (السعادة) الذاتية للفرد ورضاه عنها. (Lio, 2001, p 1)

- يرى الأنصاري: أن مفهوم جودة الحياة يرتبط بصورة وثيقة بمفهومين أساسيين هما: الرفاه والتعم، وكذلك ترتبط جودة الحياة بمفاهيم أخرى مثل التنمية (توسيع خيارات متعددة تضم حريات وحقوق الإنسان والمعرفة وتعتبر هذه الخيارات ضرورة لرفاه الإنسان والتقدم)، والتحسين وإشباع الحاجات (الشعور بالرضا والارتياح والأمن عند إشباع الحاجات والدوافع). (عبيد، 2017، ص 354)

وعليه من خلال ما تقدم نرى بأن مصطلح جودة الحياة اتخذ عدة تعاريف، فكل عالم يعرفه حسب وجهة نظره وسياق الثقافة السائدة في مجتمعه، وبالتالي فسماع كلمة جودة الحياة يوحي بالحياة الجيدة، العلاقات الإيجابية مع الآخرين، السعادة، الرضا، الرفاهية، الصحة النفسية والجسدية الجيدة، تقدير الذات ورضا الفرد عن موقعه في الحياة مع تنمية النواحي الإيجابية لميادين حياته المختلفة.

إن فن جودة الحياة مفهوم متعدد التعاريف ولا يوجد مفهوم محدد ومضبوط يضع هذا المصطلح في قالب مفاهيمي واحد.

2- المفاهيم ذات علاقة بمفهوم جودة الحياة

هناك العديد من المفاهيم التي تتداخل مع مفهوم جودة الحياة مثل السعادة، الصحة النفسية، جودة الحياة الذاتية، جودة الحياة الانفعالية، والمرونة النفسية والعديد من المفاهيم الأخرى والآن سنعرض بعضاً منها:

- **السعادة:** هي الدرجة التي يحكم فيها الشخص سلباً أو إيجاباً على نوعية حياته الحاضرة بصفة عامة، حيث أكد (Veenhoven 2003) أن السعادة تعكس حب الشخص للحياة واستمتاعه بها وتقديره الذاتي لها ولهذا اعتبر السعادة قيمة عامة وغاية قصوى يسعى الفرد إلى تحقيقها.

كما أكد (Dinner 1997): في تعريفه للسعادة "كحالة ذاتية بأنها تلك الحالة التي يشعر الفرد من خلالها بالرضا عن حياته والاستمتاع بها". وهذا يعكس اتجاه الفرد نحو الحياة وجودتها وبالتالي فأن الفرد يشعر بالسعادة الذاتية إذا ما مر هو بذاته بخبرات تجعله راض عن هذه الحياة ويتقبلها، وبالتالي تجعل من الحياة خبرة يعيشها الفرد بصورة متكررة ودائمة في حياته فيشعر بالسعادة عندما تقل الخبرات غير السارة في حين يشعر الفرد بمستوى منخفض من السعادة الذاتية إذا مر بخبرات تتسم بكونها قليلة السعادة وغير مرضية تثير القلق أو الغضب. (مسعودي، جوان 2017، ص 135)

يعرفها Michael Argyle في كتابه سيكولوجية السعادة، أن السعادة هي الرضا عن الحياة والشعور بالبهجة والصحة والعلاقات الاجتماعية الإيجابية. (النجار، 2020، ص 25)

- **أسلوب الحياة Style of life:** وهو نمط من العادات والسلوكيات التي تميز الفرد والجماعات حيث يمكن تغيير أسلوب الحياة إذا لم يتلائم مع الحالة الصحية أو النفسية للإنسان. (الشربيني، 2001، ص 358)

- **نمط الحياة Pattern of life:** وهو مصطلح يستخدم في الجغرافيا البشرية يدل على مجموعة من الأشكال المادية لوجود الجماعات البشرية التي تعيش ضمن اقتصاد مغلق أو شبه مغلق تتميز بموضوع

أساسي للنشاط الحيوي كأنماط الحياة الرعوية وأنماط حياة تقوم على الصيد البحري والبري... إلخ. (بيار، 2002، ص 768)

- **جودة الحياة الذاتية:** استخدمت بعض الدراسات مصطلح جودة الحياة الذاتية Subjective well being بصورة متبادلة مع جودة الحياة النفسية. ووفقا لما يراه (Dinner (1995 فإن جودة الحياة الذاتية تعبر عن تقييم الشخص لردود أفعاله في حياته الشخصية بما يتضمنه من الرضا عن العلاقات مع الآخرين والحالة المزاجية أو الوجدانية الإيجابية.

- **الصحة النفسية الإيجابية:** يشير (Dinner (1995 إلى أن مفهوم جودة الحياة النفسية يحل بديلا في كثير من الدراسات لمفهوم الصحة النفسية الإيجابية، كما ورد هذا المصطلح في تعريف منظمة الصحة العالمية OMS والذي ينص على أن الصحة النفسية حالة من الشعور بالسعادة.

- **جودة الحياة الانفعالية:** يمكن تعريفها على أنها الخلو أو التحرر من المشكلات الانفعالية مثل الاكتئاب، القلق، المخاوف المرضية والقدرة على التوافق مع الضغوط بدون اللجوء إلى أساليب غير توافقية، وقدرة الشخص على التعبير عن مشاعره والتواصل الإيجابي مع الآخرين.

- **المرونة النفسية:** قدرة تمكن الإنسان من المواجهة الإيجابية أو التأقلم والتوافق الإيجابي مع التهديدات أو العثرات والنكبات التي يتعرض لها في حياته، وتحقيق أو إحراز نواتج حياتية إيجابية بالرغم من هذا التعرض.

- **جودة الحياة النفسية:** توصل (Dinner et al (1999 إلى أن جودة الحياة النفسية ترتبط بمحاولة رصد "كيف يدرك أو يقدر الناس مختلف جوانب حياتهم النفسية؟ مشيرا إلى أن هذا المنظور يسمى منظور جودة الحياة النفسية ويؤسس على ما يعرف بالصحة النفسية الإيجابية بدلا من التركيز على الخلل أو المرض النفسي، الأمر الذي يتسق مع توجهات علم النفس الإيجابي. (مسعودي، جوان 2017، ص

(137

للحكم على جودة الحياة يجب الأخذ بعين الاعتبار مجموعة من المعايير التي تعتبر كنقاط أساسية تقيم من خلالها نوعية حياة الفرد إذا ما كانت سيئة أم جيدة مثل الرضا والسعادة وتحقيق الذات، فالفرد يعيش في محيطه الخاص مع مجموعة من بني جنسه في تفاعل دائم يواجه العديد من المواقف التي يتم تقييمها حسب منظوره الخاص مما ينتج عنها العديد من المشاعر التي تخص ذاته والآخرين وعليه فالإحساس بالسعادة في حياته تجعل من نوعية حياته جيدة ويخلق نوعاً من الرضا أيضاً، إلى جانب ذلك فالفرد الذي يتميز بالمرونة في المواجهة الإيجابية للأحداث مع القدرة على تجاوزها والاستمرار في الحياة بصفة عادية حتى تكون حياته الانفعالية ذات جودة من خلال خلوها من الاضطرابات النفسية كالاكتئاب وغيرها من المشكلات الانفعالية الأخرى وتحقيق الصحة النفسية له إضافة إلى ذلك قدرته عن التعبير عن مشاعره وربط علاقات إيجابية مع الآخرين كل هذه تعتبر من مقومات جودة الحياة الجيدة. ومنه فالمفاهيم السابقة عبارة عن مصطلحات لها اتصال وثيق بمفهوم جودة الحياة كما أنها أصبحت مشابهة من حيث الاستخدام.

3- مكونات جودة الحياة

إن تحديد جودة الحياة ترتبط بمحددات الفرد الشخصية وبمجالات وموضوعات حياته بالإضافة إلى المتغيرات المرتبطة بالأفراد الذين يكونون في المجال الإدراكي الشخصي كالآباء والأمهات والإخوة والأقارب والأصدقاء كما أن مكونات الرضا عن الحياة تشمل مجموعة من الأبعاد التي تقيس جودة الحياة لدى الأفراد وهي:

-مكونات موضوعية: مثل الصحة البدنية، مستوى المعيشة، العلاقات الاجتماعية، العلاقات الأسرية، الأنشطة المجتمعية، الصحة النفسية، العمل، فلسفة الحياة، الحقوق، وقت الفراغ.

-مكونات ذاتية: وهي عبارة عن الإدراك الذاتي، والخصائص الشخصية للفرد.

أما Schalock سنة 2002 فيرى بأن مكونات جودة الحياة عبارة عن ثلاثة وهي:

-المكونات الذاتية: وتشمل التقييم الشخصي من خلال الرضا والسعادة.

-المكونات الموضوعية: وتضم التقييم الوظيفي للظروف والأحداث البيئية، التفاعل في الأنشطة اليومية، تقرير المصير، التحكم الشخصي، التعليم، المهنة، السكن، الدور...

-المكونات الخارجية: مستوى المعيشة، مستوى العمل...إلخ. (إيمان محمود، 2013، ص 72)

يعتبر الرضا مفهوما أساسيا في تحديد معنى جودة الحياة لدى الفرد وهو معيار أساسي للحكم على حياة الفرد من خلال ثلاث مكونات هي: المكونات الذاتية وتتمثل في طريقة إدراك الفرد للحياة من خلال تأثير مجموعة من الخصائص الشخصية في تفسير الحياة لديه وإحساسه بالسعادة والرضا، إلى جانب ذلك المكونات الموضوعية وتشمل جميع مناحي الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والدينية إضافة إلى مستوى المعيشة وطبيعة العمل والرضا عنه والعلاقات الاجتماعية هذه الثلاثة تعمل دور كبير في تقييم الفرد لحياته وخلق الإحساس بالسعادة والرضا عنها وإعطاء فرصة لتطوير الذات والارتقاء بها.

ليس هذا فقط بل بعد تأسيس المبادئ الفلسفية لمقاربة ومفهوم جودة الحياة، وضع الباحثون الإطار المفاهيمي المرتبط بمقياس جودة الحياة، هذه المكونات هي: être الكينونة، appartenir الانتماء devenir، وقد تم تقسيمها إلى ثلاث مكونات تحتية أو فرعية مفتوحة على تسعة أصناف مختلفة للتقويم. من نظر التقويم فالمكونات الرئيسية والمكونات التحتية تم تعريفها بالطريقة التالية:

1- الكينونة Etre: هو مكون جودة الحياة، حيث يعكس المفاهيم الأكثر عمقا للشخص " بعبارة: من أكون أنا كفرد" ويتعلق الأمر بأجزاء الذات وهي أساسية لتوظيف الكائن الإنساني. ولتقويم جودة الحياة، قسم الفريق "الكينونة" إلى ثلاث مكونات تحتية هي الجسمية، النفسية والروحية.

2- الكينونة الجسمية être physique: هذا المكون التحتي يستهدف الجانب الجسمي للفرد ورفاهيته ويشتمل على المفاهيم الجسمية للصحة، التغذية، التمارين، النظافة والفحوصات الشخصية أو العناية الشخصية، اللباس والمظهر الشخصي العام.

3- الكينونة النفسية être psychologique: هذا المكون التحتي يستوجب الرفاهية النفسية للفرد، ويشمل الصحة النفسية للشخص والتحكم والتوافق (بمعنى المعارف، الأحاسيس، التقويمات بالنسبة

للذات مثال ذلك تقدير الذات، مفهوم الذات، رؤيته لجنسيته *la vision de sa sexualité*، ومعنى مراقبة الذات).

4- الكينونة الروحية *être spirituel*: هذا المكون يستدخل القيم الخاصة بالشخص، المعايير الشخصية للحياة والمعتقدات الروحية. هذه المعتقدات الروحية يمكن أن تكون من طبيعة دينية أولاً (بمعنى يمكن أن تحمل خصائص ديانة مؤسسة *institutionnelle*).

5- الانتماء *Appartenir*: هذا المكون يرتبط بطريقة أين الشخص يتحكم ويتم قبوله في مختلف الوضعيات الحياتية، وفي الواقع الانتماء يعادل نصف المفهوم لجودة الحياة الذي يحتوي على المكونات التحتية الثلاث التالية: الجسمي *appartenance*، والاجتماعي والتواصل *communautaire*.

6- الانتماء الجسمي: هذا المكون التحتي يستدخل الروابط التي يقابلها الشخص في المحيط الجسمي (يعني إقامته، تجاوره، مدرسته، مكان عمله وجماعته برمتها) كما يمكن أن يشتمل هنا على الإحساس بالحماية امتلاكه مجال أو فضاءات خاصة جدا لذاته.

7- الانتماء اجتماعيا: هذا المكون التحتي يشمل روابط التعلق التي يؤسسها الفرد مع محيطه الاجتماعي، كما يتضمن معنى المرافقة وتقبله من طرف أقاربه يعني العائلة، الأصدقاء أو الصديقات، زملاء العمل، الجيران وأفراد جماعته والمجموعات الثقافية وتحت الثقافية.

8- الانتماء التواصل *Appartenir à la communauté*: هذا المكون التحتي يجمع علاقات الشخص مع مختلف الموارد التي تمنح للأفراد وللمجتمع، حيث تتضمن المعلومات المهمة من أجل امتلاك مدخل لأجر عادل في العمل على برامج تربوية وبرامج التسلية بالإضافة إلى الأحداث والنشاطات الجماعية أو الطائفية.

9- صيرورة *devenir*: يستهدف هذا المكون النشاطات المفيدة للفرد لكي يصيب أهدافه ويصل إلى آماله وتطلعاته على المدى الطويل والقصير وتشتمل هنا على أوقات الفراغ التي يباشر في استعمالها

كوسيلة للإبداع. قسمت هذه الصيرورة إلى المكونات التحتية التالية: الحياة العملية، التسلية ونشاطات النمو الشخصية.

10-النشاطات التطبيقية les activités pratiques: يحتوي هذا المكون التحتي على النشاطات التطبيقية أو العملية والمفيدة في مختلف الميادين، حيث يشمل الأعمال المنزلية، العمل بالأجر، الحضور في المدرسة، التطوع وأعمال الدعم الاجتماعي المختلفة، البحث عن خدمات مفيدة للأفراد مثل الفحوصات الصحية أو الدعم.

11-نشاطات التسلية activités de loisirs: يضم هذا المكون التحتي النشاطات التي تزيل التوتر وذات قيمة عملية أو تطبيقية ليست بالضرورة واضحة وجلية. هذه النشاطات مفيدة لإزالة التوتر والتقليل من الإجهاد، الترويح عن النفس، وإعادة التوازن بين العمل واللعب فالأمر يتعلق بالنشاطات ذات الوقت القصير مثل رحلة إلى الغابات، زيارة صديق، أو مجموعة من النشاطات ذات الفترات الطويلة جدا مثل العطل.

12-نشاطات النمو الشخصي activités de croissance personnelle: يشمل هذا المكون التحتي النشاطات التي تهدف إلى إكمال أو إتمام المعارف والكفاءات للفرد، في العادة ينهمك الفرد في نشاطاته من أجل تعلم الجديد، أو الحصول على كفاءة جديدة، أو من أجل تحسين كفاءة متحصل عليها من قبل، اكتشاف ميدان جديد وإضافة على ذلك حل المشاكل، كما نجد في هذا المكون الفرعي نشاطات التعلم الصريحة وغير الصريحة. (Goode, 2000, p 101)

وضح فريق من باحثين آخرين ثلاث مكونات أخرى لتقييم جودة الحياة لدى الفرد تتميز بالتكامل فيما بينها وهي: الكينونة التي تمثل البعد الجسمي (بما في ذلك الصحة، والمظهر العام للفرد من لباس وغيره، طبيعة التغذية والنظافة وهي مؤشرات موضوعية للحكم على حياة الفرد)، والنفسي (يمثل الصحة النفسية والقدرة على التحكم في الانفعالات والأحداث وكذلك التقدير للذات)، والروحي (تتمثل في المعتقدات الدينية...إلخ).

الانتماء مكون يمثل درجة القبول التي يتلقاها الفرد من نفسه ومن الآخرين في مختلف الوضعيات الحياتية ويمكن أن نحدد ثلاثة أنواع منه وهي الجسمي (الروابط التي يقيمها الفرد مثل الروابط التي يقيمها مع الجيران وفي المدرسة، والعمل... إلخ طبقا لتواجده الفيزيائي)، الاجتماعي (روابط التعلق التي تجمع الفرد مع أسرته، أصدقائه في المدرسة والعمل وغيرها)، أما الانتماء الاتصالي (يمثل مختلف النشاطات التي تضمن اتصالا للشخص مع جماعته).

أما الصيرورة أو ما يصبح عليه الفرد من خلال النشاطات التي يحقق بها آماله ويبلغ بها أهدافه وتطلعاته عن طريق النشاطات التطبيقية (الأعمال المنزلية، العمل بأجر وأعمال الدعم الاجتماعي... إلخ) إلى جانب نشاطات التسلية التي تعمل على إزالة التوتر والإجهاد وبالتالي توفير الراحة النفسية للفرد وتحقيق الرفاهية، نشاطات النمو الشخصي الذي يعمل على إتمام كفاءات الفرد وتعلم الجديد واكتشاف ميدان جديد. ومنه فهذه المكونات هي مكونات واقعية تقيس درجة جودة الحياة لدى الفرد من أجل الحكم عليها إذا ما كانت سيئة أم جيدة.

4- مظاهر جودة الحياة

اقترح عبد المعطي سنة (2005) خمسة مظاهر رئيسية لجودة الحياة تتمثل في خمس حلقات ترتبط فيها الجوانب الموضوعية والذاتية وهي:

- الحلقة الأولى، العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال نجد:

العوامل المادية والموضوعية: والتي تشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع لأفراده إلى جانب الفرد وحالته الاجتماعية والزوجية والصحية والتعليمية حيث تعتبر هذه العوامل سطحية في التعبير عن جودة الحياة وترتبط بثقافة المجتمع وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع هذه الثقافة.

حسن الحال well being: ويعتبر هذا بمثابة مقياس عام لجودة الحياة، ويعتبر كذلك مظهرا سطحيا للتعبير عن جودة الحياة، فالكثير من الناس يقولون بأن حياتهم جيدة ولكنهم يختزنون معنى حياتهم في مخازن داخلية لا يفتحونها لأحد.

- الحلقة الثانية: إشباع الحاجات والرضا عن الحياة:

إشباع الحاجات وتحقيقها fulfillment of needs: وهو أحد المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة، فعندما يتمكن الفرد من إشباع حاجاته فإن جودة حياته ترتفع وتزداد، وهناك حاجات كثيرة يرتبط بعضها بالبقاء كالطعام والسكن والصحة ومنها ما يرتبط بالعلاقات الاجتماعية كالحاجة للأمن والانتماء والحب والقوة والحرية وغيرها من الحاجات التي يحتاجها الفرد والتي يحقق من خلالها جودة الحياة.

الرضا عن الحياة satisfaction of life: يعتبر الرضا عن الحياة أحد الجوانب الذاتية لجودة الحياة فكونك راضيا فهذا لا يعني أن حياتك تسير كما ينبغي، وعندما يشبع الفرد كل توقعاته واحتياجاته ورغباته يشعر حينها بالرضا.

- الحلقة الثالثة: إدراك الفرد للقوى والمتضمنات الحياتية وإحساسه بمعنى الحياة:

القوى والمتضمنات الحياتية life potentials: قد يرى البعض أن إدراك القوى والمتضمنات الحياتية بمثابة مفهوم أساسي لجودة الحياة، فالبشر كي يعيشوا حياة جيدة لا بد من استخدام القدرات والطاقات والأنشطة الإبتكارية الكامنة داخلهم من أجل القيام بتنمية العلاقات الاجتماعية، وأن ينشغلوا بالمشروعات الهادفة، ويجب أن يكون لديهم القدرة على التخطيط واستغلال الوقت وما إلى ذلك، وهذا كله بمثابة مؤشرات لجودة الحياة.

معنى الحياة meaning of life: فكما شعر الفرد بقيمته وأهميته للمجتمع وللآخرين وشعر بإنجازاته ومواهبه وأن شعوره قد يسبب نقصا أو افتقادا للآخرين له، فكل ذلك يؤدي إلى إحساسه بجودة الحياة.

- الحلقة الرابعة: الصحة والبناء البيولوجي وإحساس الفرد بالسعادة

الصحة والبناء البيولوجي health and biological state: وتعتبر حاجة من حاجات جودة الحياة التي تهتم بالبناء البيولوجي للبشر والصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجي لأن أداء خلايا الجسم ووظائفها بشكل صحيح يجعل الجسم في حالة صحية جيدة وسليمة.

السعادة happiness: وتتمثل في الشعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات، وهي الشعور بالبهجة والاستمتاع واللذة، وهي نشوة يشعر بها الفرد عند إدراكه لقيمة ومتضمنات حياته مع استمتاعه بالصحة الجسمية.

- الحلقة الخامسة: جودة الحياة الوجودية.

وهي الوحدة الموضوعية لجوانب الحياة وهي الأكثر عمقا داخل النفس وإحساس الفرد بوجوده والتي تؤدي به إلى الإحساس بمعنى الحياة الذي يعد محور وجوده، فجودة الحياة الوجودية هي التي يشعر من خلالها الفرد بوجوده وقيمه من خلال ما يستطيع أن يحصل عليه الشخص من عمق للمعلومات البشرية المرتبطة بالمعايير والقيم والجوانب الروحية والدينية التي يؤمن بها الفرد والتي يستطيع من خلالها تحقيق وجوده. (بنات، 2018، ص ص 45 - 47)

لجودة الحياة العديد من المظاهر الدالة عليها من أهمها شعور الفرد بوجود معنى لحياته، إضافة إلى إشباع حاجاته ومن أهمها تحقيق الصحة الجسمية والحفاظ عليها من الأمراض والعلل وكذلك صحته النفسية والعقلية وإثبات ذاته وربط علاقات إيجابية مع الآخرين يشعر من خلالها بقيمته ومكانته مما يولد له الشعور بالسعادة والرضا عن الحياة التي يحيها. هذه المظاهر هي مؤشرات واقعية حقيقية تبرز من خلالها نوعية حياة الفرد، أما باقي المظاهر فهي مظاهر سطحية لا يمكن الحكم عليها والقياس لأنها قد تكون مزيفة وغير حقيقية يستطيع الفرد من ورائها إخفاء العديد من الحقائق التي لا يريد لأحد معرفتها والاطلاع عليها كمظاهر الحلقة الأولى التي تخص العوامل الموضوعية والتعبير عن حسن الحال، فهذا التعبير عن الحالة التي يعيشها الفرد قد يكون غير واقعي وعكس ما هو موجود في الواقع لغاية ما.

5- أبعاد جودة الحياة

حسب أبو حلاوة يمكن تحديد ثمانية أبعاد لتقويم جودة الحياة الشخصية لكل فرد، كما يشير أن الخبرات المتباينة التي يتعرض لها كل إنسان خلال دورة حياته وفي كل مرحلة من مراحلها تلعب دورا كبيرا جدا في ثبات أو تغير رؤيته لجودة الحياة الشخصية، حيث لا يوجد لهذه الأبعاد تنظيم هرمي محدد

أو ثابت بل كل إنسان يضع تنظيمًا هرميًا خاصًا به وفق أولوياته ورؤاه الشخصية أو الذاتية، وحسب أهمية كل قيمة بالنسبة لجودة حياته الشخصية وحسب الإطار الذي يعيش فيه، وهذه الأبعاد هي (مشري، 2014، ص 230):

- السلامة البدنية والتكامل البدني العام - الشعور بالقيمة والجدارة الشخصية - الإحساس بالانتماء للآخرين

- أنشطة الحياة اليومية ذات المعنى أو الهادفة - الشعور بالسلامة والأمن - الحياة المنظمة المقننة

- المشاركة الاجتماعية - الرضا والسعادة الداخلية

وحسب صفاء صلاح سند إبراهيم (2016) هناك ثلاث أبعاد لجودة الحياة وهي:

- البعد النفسي: ويتضمن الرضا عن الحياة، السعادة، تحقيق الذات، الكفاءة الذاتية.

- البعد الاجتماعي والاقتصادي: السعادة الأسرية بالنسبة للأبناء والزوج والزوجة وتحقيق حياة أسرية صحية.

- البعد الصحي: الصحة الجسدية والجنسية والرعاية الصحية. (ص 25)

يقصد بأبعاد جودة الحياة المجالات التي يشغلها الفرد في حياته اليومية والتي تتنوع ما بين جسدية، نفسية، اجتماعية واقتصادية... إلخ ولتقييم جودة حياة الشخص لابد من أبعاد نستند على مؤشراتنا في ذلك، حيث أن الأبعاد التي وضعها أبو حلاوة لم تكن محددة في إطار واضح على عكس صفاء سند إبراهيم التي وضعت أبعاد عامة مع مؤشرات يسهل استخراجها وتصنيفها أثناء عملية التقييم والتحليل.

وقد تم وضع هذه الأبعاد الثلاثة الرئيسية لأنها أساسية في حياة الشخص والجماعة على حد سواء، فيمكن لبعض المؤشرات أن تكون مشتركة بين أفراد جماعة واحدة مثل السعادة الأسرية والرعاية الصحية بالإضافة إلى المشاركة الاجتماعية على سبيل المثال. كما أن هذه الأبعاد ليس لها ترتيب محدد حسب

الأولويات فكل فرد يضع لها ترتيب خاص انطلاقاً من خلاصة تجاربه في الحياة والمواقف التي تعرض إليها أثناء تفاعله مع الآخرين في بيئته.

6- مقومات جودة الحياة

ويقصد بمقومات جودة الحياة كل ما يشبع حاجات الفرد سواء على المستوى النفسي أو العقلي أو الجسدي ومن مختلف النواحي: صحية أو اقتصادية أو اجتماعية، وعليه يمكننا القول بأنه تعريف نسبي يختلف من شخص لآخر حسب ما يراه من معايير تقييم حياته. كما توجد عدة عوامل تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة وهي:

- القدرة على التفكير وأخذ القرارات - القدرة على التحكم - الصحة الجسدية والعقلية - الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية - المعتقدات الدينية - القيم الثقافية والحضارية.

- الأوضاع المالية والاقتصادية والتي على أساسها يحدد كل شخص ماهو الشيء الأهم بالنسبة إليه والذي يحقق له السعادة في حياته.

إذا تحدثنا عن العامل الثالث وهو "الصحة" فإننا نتحدث عن حالة من السلامة البدنية والعقلية، الاجتماعية، العاطفية، النفسية، الاقتصادية والتعليمية كاملة وليس المقصود بها انعدام المرض أو الإعاقة فقط ومع ذلك فإن الصحة والسلامة لا يتوفران لغالبية الأشخاص مما يؤدي إلى خلق صراعات داخل الفرد وبالتالي يكون لها تأثير سلبي على صحته.

وإذا تحدثنا عن هذا العامل كأحد مقومات جودة الحياة نجده يتمثل في أربع نواحي أساسية وهي: الناحية الجسدية، الانفعالية، العقلية، النفسية والتي تؤثر على صحة الإنسان وعلى نموه، كما أنها تتفاعل مع بعضها البعض وهي احتياجات أساسية وضرورية لحياة الإنسان لا يستطيع العيش بدونها ونطلق عليها الاحتياجات الأولية.

كما تجدر الإشارة بأن جودة الحياة تنصرف إلى الجوانب والخصائص والعمليات المتشابهة التي توجد لدى جميع الأشخاص، أو بصيغة أخرى الأشياء المهمة لكل أفراد الجنس البشري ولهذا فإن قضايا مثل

التغذية، الصحة، السكن، الترابط الاجتماعي، الراحة هي قضايا مهمة لدى جميع الأشخاص سواء كان لديهم إعاقة أو لا والذين يعيشون في كل الأقطار وفي مراحل مختلفة عبر التاريخ.

هناك ما يعرف بجودة الحياة الشخصية ويظهر هذا المفهوم عندما تكون هناك عمليات متشابهة لدى جميع الأفراد تتغير إلى عمليات شخصية عندما يقرر كل فرد اختياراته ويستجيب لحاجاته الفريدة، وبهذا فإن جودة الحياة تحمل معنى شخصيا كذلك أي توجي إلى وجود اختلافات لدى كل شخص، ويوجد تفاعل بين هذا الشخص وخصائص بيئته، وهذا التفاعل هو الذي يحدد جودة الحياة كما أن فهم هذا التفرد هو مفتاح للمساعدة على فهم جودة الحياة.

جودة الحياة دائمة التغير من سنة إلى أخرى ومن يوم إلى آخر ويمكن لأي حدث من الأحداث المخططة أو غير المخططة أن يحدث تغيرا في جودة الحياة الفرد وبمرور الزمن تتغير أولويات الفرد وتقييمه للأشياء، وتبعاً لذلك توجد اختلافات في جودة حياة الأفراد تبعاً لاختلاف العوامل المساهمة في تحقيقها.

هناك من احتياجات الأفراد التي يمكن إضافتها مع مقومات جودة الحياة والتي تعتبر جزءاً مكملًا لها، كما أن الإخلال بأي عنصر فيها يؤدي إلى خلق صراع، هذه الاحتياجات هي:

- احتياجات فيزيولوجية مثل الهواء، الطعام، المسكن، والنوم... إلخ. - الحاجة إلى الأمن
- الحاجة إلى الانتماء والقبول الاجتماعي - الحاجة إلى تقدير الذات، الشعور بالذات، والاحترام للذات.
- الحاجة إلى تحقيق الذات

لكن هذا لا يمنع من وجود عوامل أخرى خارجة عن نطاق إرادة الفرد تؤثر على مقومات جودة حياته والتي تتصل بالناحية الصحية وتتمثل فيما يلي: العجز، التقدم في السن، الألم، الخوف، ضغط العمل، الحروب، الموت، الإحباط ولكن لا بد من أن نفرق بين ما هو طبيعي وبين ما يحدث نتيجة اتباع أسلوب حياة خاطئ أو مرض. (سند إبراهيم، 2016، ص 17 - 21)

إن قدرة الفرد على إشباع احتياجاته يجعل من جودة حياته ذات مستوى جيد، كما أن هذه القدرة على الإشباع هي ما يسمى بمقومات جودة الحياة التي تتأثر بمجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية. هذه المقومات منها ما يصنف على أنها أولية وأساسية ومنها الثانوية ويبقى هذا التصنيف متغيرا نسبيا من فرد لآخر.

تتصف جودة الحياة بأنها ديمومة التغيير (من سنة إلى أخرى ومن فترة لأخرى) لأن الأحداث والمواقف التي تحدث يمكن أن تُحدث تغيرا في جودة الحياة الفرد وبمرور الزمن تتغير أولويات الفرد وتقييمه للأشياء، وعليه توجد اختلافات في الحكم على جودة حياة الأفراد تبعا لاختلاف العوامل المساهمة في تحقيقها.

ثانيا: الاتجاهات، النماذج النظرية المفسرة لجودة الحياة ووسائل قياسها

7-الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة

هناك ثلاثة اتجاهات رئيسية قدمت تفسيرات مختلفة لجودة الحياة وهي:

- الاتجاه النفسي:

إن الحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها، حتى أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته (كالدخل، السكن، العمل، التعليم...) يمثل انعكاسا مباشرا لإدراك الفرد لجودة الحياة في وجود هذه المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد وذلك في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة ويظهر ذلك في مستوى السعادة والشقاء الذي يكون عليه.

يرتبط بمفهوم جودة الحياة العديد من المفاهيم النقدية منها: القيم، الإدراك الذاتي، الحاجات، مفهوم الاتجاهات، مفهوم الطموح، مفهوم التوقع إضافة إلى مفاهيم الرضا، التوافق، الصحة النفسية؛ ويرى البعض أن جوهر جودة الحياة يكمن في إشباع الحاجات كمكون لها وذلك وفقا لمبدأ إشباع الحاجات.

- الاتجاه الاجتماعي:

يرى Hankiss أن الاهتمام بدراسة جودة الحياة قد بدأ منذ 1984 وقد ركز على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، المستويات التعليمية للأفراد، إضافة إلى مستوى الدخل وهذه المؤشرات تختلف من شخص إلى آخر. ترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه من عائد مادي من وراء عمله ومكانته المهنية وتأثيره على الحياة، ويرى العديد من العلماء أن علاقة الفرد مع زملاء العمل تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله.

- الاتجاه الطبي:

ويهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسدية مختلفة أو نفسية أو عقلية وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية التي تتعلق بالوضع الصحي وبتطوير الصحة. (سند إبراهيم، 2016، ص 17)

فسرت هذه الاتجاهات الرئيسية جودة الحياة وفق المجال الذي تشغله وهذه المجالات هي نفسها أبعاد الفرد في الحياة، فقد فسر الاتجاه النفسي جودة الحياة على أنها كل ما يستطيع الإنسان أن يقدمه لإشباع احتياجاته في فترة محددة، كما أنها تعكس إدراك الفرد للمؤشرات الذاتية كالقدرات وإثبات ذاته والقدرة على التحكم وأخذ القرارات... إلخ إلى جانب المؤشرات الموضوعية كإشباع الحاجة إلى العمل والرضا بالدخل الذي يتحصل عليه الشخص مقابل عمله وإقامته في مكان مريح بالنسبة له، كل هذا يدركه الفرد في فترة معينة على أنه إشباع لحاجاته وبالتالي ارتفاع لجودة حياته.

أما الاتجاه الاجتماعي فقد قدم تفسيراً لجودة الحياة انطلاقاً من طبع الإنسان في حد ذاته، فهو كائن اجتماعي لا يستطيع العيش بمعزل عن الجماعة وذلك لما للعلاقات الاجتماعية من دور فعال في توفير الدعم والسند للفرد على سبيل المثال زملاء العمل لهم دور كبير في رفع إنتاجية العامل والنهوض بالعمل من خلال رضا العامل عن عمله ومنه رفع الأجور مما يحقق للفرد رفاهية وسعادة في حياته.

وأخيرا الاتجاه الطبي الذي يركز على الصحة الجسدية والنفسية والعقلية، واهتمامه بفئة المرضى والسعي إلى تحسين جودة حياتهم من خلال تقديم مختلف الخدمات الصحية والإرشادية من أجل تخفيف الضغط الذي يعانون منه جراء المرض.

8-النماذج والنظريات المفسرة لجودة الحياة

هناك العديد من النماذج التي فسرت هذا المفهوم في محاولة للتأثير إيجابا على درجة جودة الحياة التي يدركها ويشعر بها الفرد في حياته. وسنحاول التطرق لبعض هذه النماذج هي:

8-1 نموذج إيفانس (Evans 1994)

وهو النموذج الذي بني على أساس الوجهة التكاملية للأطر النظرية لجودة الحياة لدى الفرد ويتضمن:

- سمات الشخصية (تقدير الذات، التفاؤل، العصابية والانبساطية) وهي عبارة عن سمات نابغة من الداخل وتشتمل على الأبعاد المعرفية والانفعالية.
 - الهناء الشخصي ويتضمن: الانفعال الإيجابي أو السلبي ويكون داخلي المصدر وهو مكون انفعالي، الرضا العام عن الحياة ويكون داخلي المصدر وهو مكون معرفي.
 - محصلة جودة الحياة وتتضمن: جودة الحياة السلوكية وتكون خارجية المصدر، جودة الحياة المتصلة بالصحة وتكون داخلية أو خارجية المصدر وتتمثل في الجوانب المعرفية والوجدانية.
- وعليه فنموذج إيفانس جمع كل الأطر النظرية التي فسرت جودة الحياة في هذا النموذج، إن جودة الحياة بالنسبة إليه تتحكم فيها العديد من العوامل الذاتية (سمات الشخصية، الانفعال والرضا عن الحياة) إلى جانب عوامل أخرى كإدراك الفرد لكيفية العناية بصحته وقدرته على التحكم في سلوكياته أثناء احتكاكه بالآخرين في مواقف مختلفة. كما أن سمات الشخصية تؤثر بشكل مباشر في كيفية إدراك الفرد للحياة ودرجة الرضا عنها لتحقيق الهناء الشخصي.

8-2 نموذج فينوهوفن (veenhoven 2000)

وضع فينوهوفن عام 2000 نموذجا لتفسير جودة الحياة مكون من أربعة مفاهيم مرتبة وهي كالتالي:

فرص الحياة (life chance) وتنقسم إلى بعدين أساسيين هما:

- الجودة في البيئة الخارجية (outer qualities) وغالبا مصطلح جودة الحياة والهناء يستخدمان بهذا المعنى.

- القدرة الحياتية (life ability) وهي تشير إلى البيئة الداخلية للفرد من إمكانيات وقدرات تمكنه من مجابهة المشكلات الحياتية بطريقة أفضل.

نتائج الحياة (life results) وتنقسم إلى:

- الفائدة أو المنفعة (utility of life) وهي تشير إلى جودة الحياة من خلال المحصلة والتي يمكن الحكم عليها في ضوء قيم الفرد والبيئة أي استغلال البيئة الخارجية والتي تمثل رؤية الحياة على أنها جيدة.

- تقدير الحياة: تشير إلى جودة الحياة كما يراها الفرد، حيث أن التقدير الذاتي لها مثل الهناء الشخصي، الرضا عن الحياة، السعادة.

يفسر هذا النموذج أن تحقيق جودة الحياة يكون من خلال استغلال الفرص التي تمنحها الحياة للفرد لتحقيق السعادة من خلال تسخير إمكانياته وتوظيف قدراته في مواجهة مشكلات الحياة بطريقة فعالة حتى يتمكن من رؤيتها على أنها جيدة ويقدرها تقديرا إيجابيا.

8-3 نظرية فينتجودت وآخرون

فسر هذا الباحث جودة الحياة من خلال ثلاثة أبعاد أساسية وهي كالتالي:

- جودة الحياة الذاتية: وتتمثل في الهناء، الرضا عن الحياة، السعادة، معنى الحياة.

- جودة الحياة الموضوعية أو الخارجية: وتتمثل في التنظيم البيولوجي، إدراك الإمكانيات الحياتية، إنجاز الحاجات، المعايير الثقافية.

- الوجه البيولوجي الذي يشير إلى الوجود البيولوجي. (إيمان محمود، 2013، ص 72 - 73 - 74)

جودة الحياة حسب هذا النموذج يدركها الفرد من خلال إدراك معنى وجوده وقيمه بين أفراد جماعته، وكذلك قدرته على إشباع حاجاته وفق المعايير الثقافية والاجتماعية التي تحكم محيطه حتى يشعر بالسعادة والرضا عن حياته.

4-8 نموذج العوامل الستة (1989) theory of six factors

ترى Carrol Ryff أن جودة الحياة الذاتية مفهوم ديناميكي متعدد الأوجه يشتمل على أبعاد ذاتية، اجتماعية ونفسية فضلا عن السلوك المرتبط بالصحة لتحديد الجوانب المتعددة للرضا وقياسها والأمن النفسي والاجتماعي لدى الأفراد.

حيث يقوم نموذج Ryff حول مفهوم السعادة النفسية، بأن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددها Ryff بمجموعة من المؤشرات السلوكية الدالة على ارتفاع مستويات رضا الفرد عن حياته بشكل عام وقد حددها في ستة أبعاد رئيسية هي:

- الاستقلالية: ويقصد بها قدرة الفرد على اتخاذ القرارات ومقاومة الضغوط الاجتماعية وضبط وتنظيم السلوك الشخصي أثناء التفاعل مع الآخرين، وينطوي تحت هذا البعد صفات الشخص المستقل وهي: تقرير المصير، استقلالية الذات، القدرة على مقاومة الضغوط، حسن التصرف بالطرق المناسبة، أن يكون الفرد منظما في سلوكه، تقييم الذات بما يتناسب وقدراته الشخصية.

- التمكن البيئي (Environmental Mastery): وهو قدرة الفرد على اختيار البيئة المناسبة وكذلك المرونة الشخصية أثناء التواجد في السياقات البيئية التي تتلاءم مع الحاجات والقيم الشخصية، وينطوي تحت هذا البعد الصفات التالية: الكفاية الذاتية للفرد، قدرة الفرد على التحكم وإدارة نشاطاته وبيئته، القدرة

على الاستفادة من الفرص المتاحة لديه، القدرة على اتخاذ الخيارات الملائمة للحاجات النفسية والاجتماعية، القدرة على اختبار قيمة شخصية، القدرة على التصرف بما يتناسب ومعايير المجتمع.

- التطور الشخصي (Personnal Growth): قدرة الفرد على تنمية وتطوير قدراته وزيادة فعاليته وكفاءته الشخصية في الجوانب المختلفة والشعور بالتفاؤل، وينطوي تحت هذا البعد الصفات التالية: الشعور بالنمو والارتقاء المستمر، إدراكه لتطور وتوسع ذاته، انفتاحه على تجارب جديدة، الإحساس الواقعي بالحياة، الشعور بتحسين ذاته وتطور السلوك في كل يوم، تغيير في السلوك بطرق تزيد من المعرفة والفاعلية الذاتية.

- العلاقات الإيجابية مع الآخرين (positive relations with others): وتعني القدرة على إقامة علاقات اجتماعية متبادلة مع أشخاص آخرين تقوم هذه العلاقات على الثقة والمودة (الحب) والقدرة على الإتحاد معهم، ويندرج تحت هذا البعد الصفات الآتية: رضا الفرد عن علاقاته الاجتماعية، الثقة بالآخرين، قناعته برفاهية الآخرين، القدرة على التعاطف والتودد للآخرين، الاهتمام بالتبادل الاجتماعي، إظهار السلوك التواصلي مع الآخرين.

- الحياة الهادفة (Purposein life): والمعنى هنا هو قدرة الفرد على تحديد أهدافه في الحياة بشكل موضوعي مع رؤية واضحة توجه أفعاله وتصرفاته وسلوكياته مع المثابرة والإصرار على تحقيق أهدافه، وينطوي تحت هذا البعد الصفات التالية: امتلاك معتقدات تعطي معنى للحياة الماضية والحاضرة، وضع أهداف تجعل من الحياة ذات معنى في تحقيقها، السعي في تحقيق غاياته في الحياة، القدرة على توجيه أهداف الحياة، القدرة على الإدراك الواضح لأهداف حياته، إدراك الفرد أن الصحة النفسية تكمن في إحساسه بمعنى الحياة.

- تقبل الذات (Self Acceptance): والمقصود هنا قدرة الفرد على تحقيق ذاته والاتجاهات الإيجابية نحو ذاته والحياة الماضية وتقبل المظاهر المختلفة للذات السلبية منها والإيجابية، ويندرج تحت هذا البعد الصفات التالية: إظهار توجه إيجابي نحو الذات، قبوله بالسمات والخصائص المكونة لذاته السلبية

والإيجابية، الشعور الإيجابي لحياته الماضية، التفكير الإيجابي لذاته المستقبلية، الشعور بخصائص ذاته المميزة، إظهار النقد الإيجابي لذاته.

وتؤكد Ryff أن جودة حياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الأزمات التي تظهر في مراحل حياته المختلفة، وأن التطور في هذه الأخيرة هو الذي يحقق له السعادة النفسية التي تعكس شعوره بجودة الحياة.

8-5 نموذج شالوك (Schalok theory)

قدم شالوك سنة 2002 نموذجا تحليليا لمفهوم جودة الحياة باعتباره مفهوما مكونا من ثمانية مجالات وكل مجال يتكون من ثلاثة مؤشرات، جميعها تؤكد على أثر الأبعاد الذاتية أكثر من الأبعاد الموضوعية كونها المحددات الأكثر أهمية في تحديد درجة شعور الفرد بجودة الحياة على أن هناك نسبة في درجة هذا الشعور، ويبين الجدول أدناه المجالات الثمانية ومؤشراتها:

المجالات							
ال	ا	ا	النمو	السعادة	تقرير	الاندما	الحقوق
سعادة	لعلاقات	لسعادة	لشخصي	البدنية	المصير	ج الاجتماعي	البشرية والقانونية
الوجدانية	بين الشخصية	المادية					
الرضا	-	-	-	-	-	-	-
م	التفاعلات	الحالة	التعليم	الصحة	الاستقلالية	التكامل	الحقوق البشرية
فهوم الذات	-	المادية	-	-	-	-	-
-	العلاقات	-	الكفاءة	الأنشطة اليومية	الأهداف	الترباط	الجماعة
انخفاض	-	العمل	الشخصية	-	-	الاجتماعي	-
الضغوط	الإسناد	-	-	الفراغ	الاختبارات	-	القانون والعمليات الواجبة
	المسكن	الأداء			الأدوار المجتمعة		

جدول (1): جدول يوضح مجالات جودة الحياة ومؤشراتها حسب شالوك

يشير Schalok إلى أن المجالات الثمانية يمكن أن تختلف في درجة أهميتها وفقا لتوجه الباحث وأهدافه عند دراسة المفهوم والمنطق النظري الذي يحكم هذه الدراسة.

8-6 نموذج أندرسون (2002) Anderson theory

قدم أندرسون شرحا تكامليا لمفهوم جودة الحياة متخذا من مفاهيم السعادة happiness ومعنى الحياة meaning of life، نظام المعلومات البيولوجي the biological information system، الحياة الواقعية realizing life، وتحقيق الحاجات fulfillment of needs، فضلا عن العوامل الموضوعية الأخرى إطارا نظريا تكامليا لتفسير جودة الحياة.

وحسب تصوره فإن مفهوم جودة الحياة من المفاهيم المتعددة الأبعاد تتضمن مؤشرات ذاتية وأخرى موضوعية. بالإضافة إلى ذلك فإن إدراك الفرد لحياته يمكنه أن يقيم ما يدور حوله ويكون أفكارا لكي يصل إلى الرضا عن الحياة life satisfaction.

يرى هذا العالم أنه هناك ثلاث سمات مجتمعة تؤدي إلى الشعور بجودة الحياة وهي:

- السمة الأولى تنحصر في الأفكار المتعلقة بالهدف الذي يسعى الفرد إلى تحقيقه.

- المعنى الوجودي الذي ينصف العلاقة بين الأفكار والأهداف.

- الشخصية والعمق الداخلي.

ومن منطلق هذه السمات الثلاث فإن هذا النموذج يضع المؤشرات التالية الدالة على جودة الحياة:

- شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بجودة حياته ويتحقق هذا الشعور بوضع أهداف واقعية قابلة للتحقيق والسعي إلى تغيير ما يحيط بالفرد حتى يتلاءم مع أهدافه.

- إشباع الحاجات لا يؤدي بالضرورة إلى رضا الفرد وشعوره بجودة حياته وذلك لأنه أمر نسبي يختلف باختلاف الثقافات التي يعيشون فيها.

- ما يشعر الفرد بجودة الحياة هو استغلاله لإمكاناته في نشاطات إبداعية وعلاقات اجتماعية جيدة مع أهداف ذات معنى وعائلة تبث فيه الإحساس بالحياة.

8-7 نموذج فينتيجودت وآخرون (ventegodt et al)

تعد التصورات التي يطرحها هذا النموذج الذي وضعه ventegodt وآخرون سنة 2003 من أهم التصورات التي تحدد أبعاد جودة الحياة والتي توفق بين البعد الذاتي والبعد الموضوعي، حيث صاغوا ما يعرف بمتصل جودة الحياة quality of life specturum وطرحوا في ضوءهما يعرف بالنموذج التكاملي لجودة الحياة الوجودية الذي يتضمن بعدين هما:

- البعد الذاتي: ويتضمن أبعادا فرعية تتمثل في الرفاهية الشخصية والإحساس بحسن الحال، الرضا عن الحياة، الحياة ذات معنى.

- البعد الموضوعي: ويتضمن كذلك أبعادا فرعية تتمثل في عوامل موضوعية مثل المعايير الثقافية، إشباع الحاجات، تحقيق الإمكانيات، السلامة البدنية.

8-8 نموذج أبو سريع وآخرون

يقترح الباحثون أبو سريع، شوقي وأنور مرسي سنة 2006 نموذجا لتفسير وتقدير جودة الحياة يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة في تشكيل جودة الحياة وهي محددات جودة الحياة حسب مكوناتها داخل الشخص أو خارجه وتسمى بُعد المحددات الشخصية، ومحددات تتوزع بين أسس ذاتية يقدرها الفرد من منظوره الشخصي كما يدركها ويشعر بها، وأسس موضوعية تشمل الاختبارات والمقاييس ومقارنة الشخص بغيره أو بمتوسط جماعته المعيارية أو اعتمادا على معايير كمية وكيفية مثل الملاحظة ومقاييس التقدير.

وعليه فمحددات جودة الحياة تتوزع على بعدين أحدهما خارجي (التوافق الأسري، الرضا عن الصداقة، الدخل الشهري للأسرة العلاقة مع الآخرين، نوعية السكن) وبعد داخلي (تقدير الذات، الصحة العامة، القوام البدني، التفوق الدراسي، الفاعلية الذاتية، التدين، القدرات والمهارات الشخصية).

8-9 نموذج روبرت كوستانزا وآخرون Robert costanza et al

قدم costanza وآخرون سنة 2007 تصورا نظريا للتوفيق بين البعد الموضوعي والبعد الذاتي في وصف المتغيرات المرتبطة بجودة الحياة وتحديدها وذلك بالاعتماد على التأكد من فكرة التكامل بين الفرص والظروف المتاحة لإشباع حاجات الفرد، ثم تقديم وصف تفصيلي لهذه الحاجات ومدى إحساس الفرد بهذا الإشباع. وعليه فجودة الحياة وفقا للتصور الذي وضعه costanza هي مقدار الفجوة المدركة بين توقعات الفرد المتعلقة بدرجة إشباع أو تحقيق احتياجاته والإشباع الفعلية التي يتحصل عليها الفرد. وهي حالة ليست قابلة للتحقيق تلقائيا أو بتوفير مصادر الإشباع بل هي دالة لتوفر عاملين هما:

الأول: القدرة على التوافق والمواجهة والتفاعل مع ظروف الحياة وأحداثها بنحو إيجابي (كالقدرة على أداء أنشطة الحياة اليومية التي تعكس جودة الحياة في المجالات الاجتماعية والنفسية والبدنية والاقتصادية).

الثاني: القيام بأنشطة تدفع الفرد باتجاه يحقق حاجاته على نحو يحقق الرضا له. (عبد الحفيظي، 2015، -

2016، ص 45، 47، 49، 51)

كل الأطر النظرية السابقة قدمت تفسيرات مختلفة لجودة الحياة لكنها توضح أن تقييم نوعية حياة الفرد تكون من خلال بعدين أساسيين هما البعد الذاتي والموضوعي. كما أن تحقيق جودة حياة الفرد يدور نقطة أساسية هي إشباع الحاجات للشعور بالرضا إلى جانب الشعور بمعنى الحياة واستغلال فرص الحياة على نحو إيجابي تحقق من خلاله السعادة مع تفعيل الخصائص الشخصية في مواجهة أحداث الحياة وتحقيق التكيف.

9- أدوات قياس جودة الحياة

يعتبر قياس مفهوم جودة الحياة من المفاهيم التي لا زالت تحتاج إلى جهد كبير من المتخصصين، فبالرغم من وجود العديد من المقاييس إلا أن غالبيتها ليست شاملة وواجهت العديد من الانتقادات، وقد صنف torgerson سنة 1999 هذه المقاييس إلى ثلاث مجموعات هي:

-المجموعة الأولى: المقاييس النوعية وهي المقاييس المرتبطة بمواقف وظروف وعينات محددة وأهداف محددة.

-المجموعة الثانية: المقاييس العامة أو الشاملة وهي التي تتضمن أسئلة حول الصحة العامة للفرد ومجالات حياته المختلفة.

-المجموعة الثالثة: المقاييس المؤسسة على النفع والفائدة وهي التي تتضمن ما يفضله الفرد في فترات معينة.

ويرى البعض بأن جودة الحياة يمكن أن تقاس من خلال مجموعتين من المؤشرات التي تدل على ارتفاعها أو انخفاضها: المجموعة الأولى (المقاييس النوعية) عبارة عن إدراك الرضا عن الحياة باعتبارها دالة شخصية يمكن تحديدها من وجهة النظر الشخصية ويطلق عليها مجموعة مقاييس جودة الحياة الذاتية، أما المجموعة الثانية (المقاييس العامة أو الشاملة) فهي تتضمن خصائص الفرد في وضعه الحالي ويمكن قياسها بصورة موضوعية ويطلق عليها مقاييس جودة الحياة الموضوعية، ومن أمثلة هذه المقاييس نذكر:

- مقياس لوتن وزملائه (Lawton et al 1999) - مقياس روجرسن (Rogerson R.J 1999)

- مقياس ليمن (Lehman A.F 1988) - مقياس باري وكروسبي (Barry. MM and Crosby.C) (1993)

- مقياس مانثيستر المختصر إعداد (Priebe.S 1999)

وعليه فجميع المقاييس التي أعدت لقياس جودة الحياة تم انتقادها بسبب عدم شمولية مصطلح جودة الحياة، وعدم وجود تعريف دقيق لهذا المفهوم. حيث يرى هاشم سامي محمد موسى سنة 2001 أن بناء أي مقياس لجودة الحياة يجب أن يتضمن الأسس التالية (إيمان محمود، 2013، ص 75):

- التركيز على المؤشرات الذاتية والموضوعية لجودة الحياة.
- أن تكون لغة المقياس بسيطة ومفهومة.
- أن يكون المقياس شاملاً: أي لا يقتصر على فئة معينة ومحددة أو موقف بذاته.
- أن يتوفر المقياس على الخصائص السيكومترية من صدق وثبات، ودقة في الحصول على البيانات.
- أن تكون طرق تقدير الدرجات وتفسيرها واضحة وبسيطة.

9-1 مقاييس جودة الحياة

لا توجد وسيلة قياس معيارية (نموذجية أو نمطية) وشاملة، لكننا أحصينا استبانات أو سلالمة مختلفة، حيث نميز في العادة نوعين من الاستبانات وهي: الاستبانات النمطية Questionnaires Spécifiques والاستبانات عامة Questionnaires Génériques والتي سنعرضها كالاتي:

- الاستبانات النمطية: هذه الاستبانات مكيفة حسب الاضطرابات المعطاة (أو الأمراض، أمراض القلب والشرايين، أمراض الجلد، أمراض الدماغ والأعصاب، أمراض السرطان... إلخ)، أو عرض جزئي (التعب، الآلام، النوم... إلخ). تكون هذه الاستبانات أكثر حساسية للتغير من الاستبانات العامة Génériques، لكن مقارنة النتائج بين الفئات المختلفة صعب أكثر. وعلى العموم فالمقاييس الجزئية المصاحبة للاستبانات النمطية للأمراض تسمى استبيان مركزي Questionnaire Central والفقرات الجزئية لا يمكن استعمالها بشكل منفصل عن الاستبانات النمطية.

- الاستبانات العامة: يمكن أن نستعمل هذه الاستبانات لمختلف الفئات (الأشخاص المرضى وغير المرضى)، كما يسمح خاصة بمقارنة جودة حياة الأشخاص الذين يظهرون أمراضاً أو اضطرابات

مختلفة، لكن هذه المقاييس تنقصها الحساسية (sensibilité) إذا أردنا أن نقيم تطور جودة الحياة خلال فترة معطاة (دراسة طولية). ومن الاستبانات العامة الأكثر استعمالاً نجد:

- مقياس SF-36(short form): يحتوي على 36 بنداً أو عبارة مقسمة على ثمانية سلالم وهي: النشاطات الجسدية (10 بنود)، تحديد/الحالة الجسدية (4 بنود)، آلام جسدية (2 بنود)، صحة مدركة (5 بنود)، الحيوية vitalité (4 بنود)، حياة/علاقة (2 بنود)، صحة نفسية (5 بنود)، تحديد/حالة نفسية (4 بنود).

- مقياس ملامح الصحة NHP (Nottingham health profile): يحتوي على 45 بنداً مقسمة على 6 سلالم.

- مقياس جودة الحياة WHOQOL (who quality of life assessment): يحتوي على 100 بند.

- مقياس جودة الحياة في نسخته المختصرة WHOQOL: ويحتوي على 26 بند مقسمة إلى 4 سلالم. (Mercier et al , 2005, p 240)

- مقياس مؤشر جودة الحياة IQV :أعد هذا المقياس IQV (Indice de Qualité de Vie) لقياس جودة الحياة بالإضافة إلى مواضيع الصحة لدى الأشخاص المرضى. يحتوي هذا المقياس على فئتين، الأولى تقيس الرضا عن مختلف جوانب الحياة، والأخرى تقيس أهمية كل من هذه الأبعاد بالنسبة للفرد. تحتوي كل من هاتين الفئتين على 32 بنداً، تقيم الأبعاد التالية: العناية بالصحة، الصحة والتوظيف الجسدي، الأزواج، العائلة، لأصدقاء، الإجهاد، مستوى الحياة، الوظيفة، التربية، التسلية، التقاعد في المستقبل، راحة البال، المعتقدات الشخصية، الأهداف في الحياة، المظهر الشخصي، تقبل الذات، السعادة بشكل عام والرضا التام. كل من هاتين الفئتين تحتوي على 3 بنود تكميلية موجهة لمرضى تصفية الدم. وللإجابة يستعمل الأشخاص سلم ليكارت مكون من ستة نقاط تتدرج ما بين "راض جداً" إلى "غير راض على الإطلاق" بالنسبة للعبارات الخاصة بالرضا، و " هام جداً" إلى " غير مهم " بالنسبة للعبارات الخاصة بالأهمية. (Ferrans et al ,2007,p 32-37)

ومن خصائص هذه الاستبانات نجد أنها تتكون من عدة أسئلة (أو عبارات أو بنود) مصنفة إلى سلم أو عدة سلالم (échelles) ما يتوافق مع المفاهيم أو ميادين جودة الحياة المرادة من قبل الاستبيان. يصاحب كل سلم مجموع (يتغير عادة ما بين 0 إلى 100) يحسب انطلاقاً من إجابات الأسئلة التي تكون السلم.

يوجد احتمالين في الإجابة على الاستبيان، الاحتمال الأول وهو الإجابات المغلقة dictomique (بنعم أو لا) أو بنمذجة مدرجة (درجات) بتواتر أو شدة (أبداً، قليلاً، في المتوسط، كثيراً) ويسمى بسلم ليكارت. أما الاحتمال الثاني من الإجابات يتمثل في السلالم البيانية graphiques تسمى بصرية متماثلة أو التناظر البصري visuelles-analogiques يرمز إليها من خلال خط أفقي، في هذه الحالة يجيب المفحوص ويتموضع من خلال معلم ما بين حدين يتوافقان مع حالتين متعاكستين (أبداً، كثيراً جداً).

إن منهجية وضع الاستبانات تخضع لمعايير محددة ومثل أي وسيلة قياس فالاستبانات تملك خصائص سيكومترية وهي الصدق validité الذي يسمح بالحكم على نجاعة أداة القياس، fiabilité أن تكون موثوقة، الحساسية التغيير sensibilité، فالاختبارات الإحصائية الجزئية تسمح بتفقد هذه الخصائص أو السمات.

أغلبية هذه المقاييس صممت في مختلف بلدان أمريكا الشمالية وخاصة البلدان السفلى، ولاستعمالها في دول أخرى من المهم تكيفها بلغة أخرى أو على ثقافة أخرى مع مراعاة الخصائص السيكومترية للاستبيان المتحصل عليه، كما أن تنظيم الاستبانات العالمية تكون مهمة في الدراسات العالمية متعددة المراكز les études multicentriques internationales زيادة على ذلك فإن الخصائص السيكومترية مرغوب فيها لأن الإستبانات تستكشف المفاهيم الأساسية لجودة الحياة بعدد محدد من الأسئلة حتى لا يكون الوقت الذي تملأ فيه الاستمارة طويلاً جداً، وهذا ما يقود إلى تطوير أشكال قصيرة من الأسئلة. (Mercier et al , 2005, p 240)

حتى يخضع مفهوم جودة الحياة إلى القياس الكمي وضع الباحثين نوعان من المقاييس لقياسه وهي المقاييس النوعية والمقاييس العامة، فالنوع الأول يقيس مدى إدراك الفرد لرضاه عن الحياة ويطلق عليها

مقاييس جودة الحياة الذاتية، أما النوع الثاني منها فيكشف عن خصائص الفرد في وضعه الحالي، ويطلق عليها بمقاييس جودة الحياة الموضوعية. وبما أن مفهوم جودة الحياة واسع فكل العالم يعرفه حسب وجهة نظره فقد تم توجيه العديد من الانتقادات لهذه المقاييس إلا تلك التي جمعت بين المؤشرات الذاتية والموضوعية لجودة الحياة في وضعيات عامة ولجميع الأفراد دون فئة معينة، على سبيل المثال مقياس جودة الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية في نسخته المختصرة والذي يتمتع بخصائص سيكومترية مرضية والذي استخدمناه في الدراسة الحالية لقياس متغير جودة الحياة لدى متأخرات الإنجاب.

خلاصة الفصل

ختاماً، من خلال ما سبق ذكره في هذا الفصل نستنتج أن جودة الحياة مفهوم نسبي ومتغير من حيث التعريفات المقدمة من باحث لآخر كل حسب الثقافة السائدة في مجتمعه والتيار النظري الذي ينتمي إليه، فجودة الحياة تختلف مظاهرها وأبعادها من دولة لأخرى، لكن الشيء المشترك هو وجود أدوات لقياسها إجرائياً على أرض الواقع وجعل المفهوم المجرد مفهوم قابل للقياس والتفسير.

إن مقومات جودة الحياة تبقى متغيرة وسطحية بما أنها ترتبط بإشباع الفرد، هذه القدرة تختلف من شخص لآخر وحتى لو أن إشباع الفرد محققة يمكن أن يكون غير راضٍ بحياته بسبب ظروف معينة مثل الوضعية الحالية للدراسة فحتى لو توفرت للمرأة كل شروط العيش الكريم وتملك القدرة على إشباع احتياجاتها إلا أن تأخرها عن إنجاب طفل يوتر العلاقة بين الزوجين، ويجعل المرأة غير راضية عن جودة حياتها لأن الأمومة كَرغبة داخلية تبقى مسيطرة عليها.

الطريق إلى الجنة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

1- منهج البحث

2- الدراسة الاستطلاعية

3- حدود الدراسة الأساسية

4- أدوات البحث

5- أساليب المعالجة الإحصائية

خاتمة الفصل

تمهيد

بعد أن تطرقنا إلى الخلفية النظرية للدراسة والتي تعد أرضية أساسية للموضوع والتعريف بمفاهيمه نأتي الآن إلى الجانب الميداني منها، الذي يستدعي العرض لمختلف الإجراءات المنهجية المستخدمة للوصول إلى نتائج موضوعية ودقيقة علمياً.

وفي هذا الفصل سنعرض كل من المنهج المستخدم مع تقديم وصف للدراسة الاستطلاعية، الهدف منها وتوضيح إطارها الزمني والمكاني وحدودها البشرية، تليها أدوات البحث المستخدمة والمتمثلة في مقياس إستراتيجيات المواجهة لـ Paulhan ومقياس جودة الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية في صورته المختصرة. كما سنأتي على تقديم مجتمع البحث وعينته وإجراءات الدراسة الأساسية وأهم الأساليب الإحصائية التي تم الاعتماد عليها في تحليل نتائج الدراسة.

1- منهج البحث

يتبع الباحث في دراسة ظاهرة ما المنهج المناسب لطبيعة المشكلة المتعلقة بها، ويعرف المنهج بأنه الأسلوب الذي يسلكه الباحث قصد الإجابة عن التساؤلات التي تثيرها مشكلة البحث واختبار الفرضيات الموضوعية.

وبما أن دراستنا تحاول الكشف عن العلاقة الموجودة بين متغير جودة الحياة ومتغير إستراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف فئة متأخرات الإنجاب اعتمدنا منهجان، المنهج الوصفي من جهة والذي يلائم موضوع الدراسة. ومن جهة أخرى أردنا استخدام المنهج دراسة الحالة من أجل البحث والتحليل في الظاهرة من جانب نفسي دينامي أعمق حتى نتعرف على المعاش النفسي لمتأخرات الإنجاب وكيفية مواجهتهن لهذه الوضعية وتأثيراتها على نوعية حياتهن في جميع الميادين وعلى جميع الأصعدة، كما نتعمق أكثر في فهم السيرورة النفسية لهذه المرأة خلال معاشتها لهذا الوضع باعتباره صعب يفرض نفسه عليها، فالأمومة حلم كل امرأة بعد الزواج وغيابها يؤدي إلى اختلال الأوضاع النفسية والاجتماعية... إلخ .

2- الدراسة الاستطلاعية

تعد الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة لا يمكن تجنبها خلال القيام بالبحث العلمي لدراسة ما حيث تمكن الباحث من الاقتراب من الظاهرة في الميدان، والتعرف على الظروف المحيطة بها وبظروف تطبيقها، كما تمكن أيضا من التعرف على خصائص العينة ومجتمع الدراسة إلى جانب تقنين أدوات البحث والتأكد من صلاحيتها لاستعمالها في الدراسة الأساسية وقد جاءت هذه الدراسة على مرحلتين:

2-1 مرحلة جمع المعلومات

من خلال طريقة المسح الأكاديمي للدراسات السابقة المتعلقة بمتغيرات الدراسة ألا وهي: جودة الحياة، إستراتيجيات المواجهة وتأخر الإنجاب، حيث وجدنا كل الدراسات تناولت علاقة إستراتيجيات المواجهة بجودة الحياة مع عينات بحث مختلفة، لكن لم نعثر على أي دراسة مماثلة لموضوع دراستنا باللغة العربية أو الأجنبية ومع ذلك حاولنا جمع معلومات نظرية تم ربطها بالجانب الميداني وحصر عدد من الأطر والنماذج النظرية التي اهتمت بمتغيرات الدراسة الحالية ومن هنا فقد تبيننا مقارنة بيو-نفسو-اجتماعية (نموذج حيوي نفسي واجتماعي) نظرا لامتدادها بين مجالات متعددة بيولوجية نفسية واجتماعية تؤثر وتتأثر ببعضها البعض.

2-2 مرحلة تقنين أدوات الدراسة

تم تطبيق أدوات الدراسة على عينة قصدية مؤلفة من (40) أربعين امرأة تعاني من تأخر الإنجاب على مستوى العيادات الخاصة في عيادة كل من الدكتور بن سلامة عمار أخصائي في أمراض النساء والتوليد وكذلك الدكتورة خلفاوي بمدينة سكيكدة -وسط- وذلك لعدم تردد هذه الحالات على المؤسسة الاستشفائية عبد الرزاق بوحارة بقسم التوليد.

الإطار الزمني

تم الشروع في الدراسة الاستطلاعية من 12 فيفري 2023 إلى غاية 08 جويلية 2023.

الإطار المكاني

اسم العيادة	مقرها
بن سلامة عمار	نهج الربوة الجميلة سكيكدة
خلفاوي مينة	حي الأمل عمارة 01 الباب رقم 03 سكيكدة

الإطار البشري

تمت المقابلات العيادية مع 40 حالة تعاني من تأخر الإنجاب على مستوى العيادتين، وفي الجدول أدناه سنعرض هذه الحالات مع ذكر سنّها، مدة التأخر في الحمل، وسبب التأخر.

جدول (2): يوضح خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية

الحالات	السن	مدة الزواج	مدة التأخر عن الإنجاب	سبب التأخر
01	27 سنة	6 سنوات	05 سنوات	خلل هرموني وضيق قناة فالوب
02	29 سنة	3 سنوات 8 أشهر	عامين و 8 أشهر	السبب مجهول تشريحيا لا يوجد مشكل
03	28 سنة	3 سنوات 3 أشهر	عامين و 3 أشهر	تكيس المبايض بالإضافة إلى ضعف الحيوانات المنوية لدى الزوج
04	29 سنة	5 سنوات	4 سنوات	انسداد أحد المبيضين
05	32 سنة	4 سنوات	3 سنوات	ضعف الحيوانات المنوية
06	32 سنة	3 سنوات 11 شهرا	عامين و 11 شهرا	لا وجود لأي ضرر، حالة قلق
07	39 سنة	3 سنوات 9 أشهر	عامين و 9 أشهر	السبب مجهول
08	31 سنة	3 سنوات 6 أشهر	عامين و 6 أشهر	ارتفاع هرمون البرولاكتين في الدم

09	39 سنة	3 سنوات 7 أشهر	عامين و 7 أشهر	فيبروم
10	38 سنة	9 سنوات	8 سنوات	خلل في إفراز الهرمونات الجنسية
11	34 سنة	7 سنوات	6 سنوات	لا يوجد سبب طبي محدد
12	29 سنة	8 سنوات	7 سنوات	لا يوجد سبب طبي محدد
13	31 سنة	8 سنوات	7 سنوات	خلل هرموني
14	36 سنة	7 سنوات	6 سنوات	لا يوجد ضرر يمنع حدوث الحمل
15	39 سنة	13 سنة	12 سنة	تكيسات وظيفية
16	43 سنة	9 سنوات	8 سنوات	لا توجد مشكلة في الجهاز التناسلي
17	32 سنة	4 سنوات	3 سنوات	تكريس المبايض
18	37 سنة	10 سنوات	9 سنوات	لا يوجد سبب واضح
19	42 سنة	7 سنوات	6 سنوات	انسداد في المبيضين مع ضعف الحيوانات المنوية للزوج
20	35 سنة	6 سنوات	5 سنوات	لا يوجد ضرر يمنع الحمل
21	31 سنة	3 سنوات 6 أشهر	عامين و 6 أشهر	خلل هرموني
22	26 سنة	3 سنوات 5 أشهر	عامين و 5 أشهر	لا يوجد سبب معروف
23	35 سنة	6 سنوات	5 سنوات	ضعف الحيوانات المنوية للزوج
24	38 سنة	11 سنة	10 سنوات	ضعف عملية التبويض
25	29 سنة	6 سنوات	5 سنوات	عدم سبب وجود طبي يمنع

الحمل				
عدم نضج البويضة	3 سنوات	4 سنوات	30 سنة	26
تكيس المبايض	5 سنوات	6 سنوات	30 سنة	27
تشكل كتلة من الدهون في المبيض تؤثر في نضج البويضة	5 سنوات	6 سنوات	29 سنة	28
ضعف الحيوانات المنوية للزوج	3 سنوات	4 سنوات	31 سنة	29
خلل هرموني	9 سنوات	10 سنوات	40 سنة	30
لا يوجد سبب طبي يمنع الحمل	12 سنة	13 سنة	35 سنة	31
لا يوجد سبب طبي يمنع الحمل	13 سنة	14 سنة	34 سنة	32
لا يوجد سبب طبي يمنع الحمل	10 سنوات	11 سنة	30 سنة	33
ضيق قناة فالوب	14 سنة	15 سنة	36 سنة	34
انسداد جزئي في المبيض	3 سنوات	4 سنوات	30 سنة	35
تجمع الدهون على مستوى المبيض	6 سنوات	7 سنوات	33 سنة	36
تكيس المبايض	7 سنوات	8 سنوات	34 سنة	37
خلل هرموني	6 سنوات	7 سنوات	35 سنة	38
لا يوجد سبب واضح	3 سنوات	4 سنوات	29 سنة	39
تكيس المبايض	4 سنوات	5 سنوات	33 سنة	40

وفيما يلي جداول توضح توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن، مدة التأخر، سبب التأخر:

الجدول 03: حسب السن

السن	العدد	النسبة
من 20 سنة - 30 سنة	13	32,5%
من 31 سنة - 40 سنة	25	62,5%
أكثر من 41 سنة	02	05%

الجدول 04: حسب مدة التأخر في الإنجاب

مدة التأخر	العدد	النسبة
من عامين - 5 سنوات	22	55%
أكثر من 5 سنوات	18	45%

الجدول 05: حسب ترددها على العيادات

العيادات الخاصة	العدد	النسبة
عيادة بن سلامة عمار	20	50%
عيادة خلفاوي مينة	20	50%
المجموع	40	100%

- أهداف الدراسة الاستطلاعية

تمثلت أهداف الدراسة الاستطلاعية فيما يلي:

- 1 - التعرف على إذا ما كان التأخر في الإنجاب يشكل وضعية ضغط حقيقي بالنسبة للزوجات.
- 2- التعرف على خصائص مفردات العينة.
- 3- التعرف أكثر على مصطلح تأخر الإنجاب وضبطه من طرف أطباء مختصين في المجال.
- 4-التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة المستعملة.
- 5-تقديم مساندة نفسية لمتأخرات الإنجاب ودعمهم.

- أدوات الدراسة الاستطلاعية

اعتمدنا في الدراسة الاستطلاعية على مجموعة من الأدوات التي تتناسب مع موضوع الأطروحة، تتماشى ومنهجية الدراسة وهي كالاتي:

1-المقابلة العيادية نصف الموجهة

يسمح هذا النوع من المقابلات بتبادل المعلومات بين الأخصائي النفساني والمفحوص، حيث يتبع خلالها الأخصائي مجموعة من الأسئلة تدور حول موضوع الدراسة، أي اتجاه محدد مع المحافظة على حرية التعبير للمفحوص واحترام المبادئ الرئيسية للمقابلة العيادية.

- أسئلة المقابلة العيادية للدراسة الاستطلاعية

- 1-كيف تمت معاشتك لفترة تأخر حدوث الحمل؟
- 2-ماهي الأفكار التي راودتك عند مواجهة هذه الوضعية؟
- 3-ماهي أنواع العلاجات التي أخذتها من أجل الإنجاب؟

4- ماهي المشاعر التي اجتاحتك طيلة هاته المدة؟

5- هل شعرتي بأنك تحتاجين إلى شخص تتحدثين معه للشعور بالارتياح؟

6- هل لهذه الوضعية تأثير على العلاقة الجنسية، كمحاولة تجنبها؟

7- هل لهذه الوضعية تأثير على نوعية حياتك وما نوع هذا التأثير؟

2- مقياس إستراتيجيات المواجهة لـ paulhan

تم بناء مقياس المواجهة (WCC : Ways of coping checklist) من طرف من طرف Folkman و Lazarus (1984) والذي تألف من 67 بنداً، و اشملت خطوات عمله على صدق المقياس تطبيقه على 100 فرد كل شهر ولمدة سنة مع وصف لوضعية ضاغطة والإشارة إلى نوع الإستراتيجيات الأكثر استعمالاً لمواجهة تلك الوضعية وكشفت نتائج التحليل عن وجود 8 سلالم تتضمن كل منها عدة بنود هي:

- حل المشكلة -روح المواجهة -أخذ الاحتياطات أو تصغير التهديدات -إعادة التقييم الإيجابي -التأنيب الذاتي - الهروب أو التجنب-البحث عن الدعم الاجتماعي -التحكم في الذات.

وبعدها قامت vitaliano وآخرون (1985) باقتراح نسخة مختصرة لهذا المقياس يتكون من 42 بنداً طبق على 425 طالب في مجال الطب فكشف التحليل العاملي عن وجود خمس سلالم فرعية تتمثل في:

- حل المشكلة-التأنيب الذاتي -إعادة التقييم الإيجابي -البحث عن الدعم الاجتماعي-التجنب.

بعدها قام كل من Bourgeois, Quintard, Neussier, Cousson (1994) بتكييف النسخة المختصرة لـ Vitaliano وآخرون (1985) مع البيئة الفرنسية وكانت النتيجة الإبقاء على 29 بنداً، وكان الهدف هو البحث عن مدى فعالية المواجهة في تعديل العلاقة (ضغط-توتر) وتوضح أنواع الإستراتيجيات المرتبطة بالصحة الجسدية والنفسية وذلك وفق خطوات التكيف التالية:

- ترجم الاستبيان من طرف مخبر اللغات بجامعة Bordeaux تم تطبيقه على عينة عددها 50 راشداً من الطلاب لكلي الجنسين وتراوحت أعمارهم ما بين (20-35).

- تأخذ بنود المقياس بعين الاعتبار محورا عاما للمواجهة يضم إستراتيجيات متمركزة حول المشكل وأخرى متمركزة حول الانفعال.

- تعكس بنود المقياس 05 مستويات للمواجهة مكونة الصورة النهائية لسلاالم المقياس وبتابع نفس التعليمات في التحليل العملي تم التوصل إلى:

1- حل المشكلة-التجنب مع التفكير الإيجابي-البحث عن الدعم الاجتماعي-إعادة التقييم الإيجابي-التأنيب الذاتي.

-**كيفية تطبيق المقياس:** يطبق مقياس Paulhan وآخرون بصفة فردية أو جماعية مع إتباع التعليمات التالية:

- وصف موقف مؤثر عشته خلال الأشهر الأخيرة.

- تحديد شدة الانزعاج الذي سببه الموقف هل هو منخفض أو متوسط أو مرتفع.

- الإشارة بالعلامة (x) إلى الإستراتيجيات المستعملة في مواجهة الموقف علما بأن الإستراتيجيات المستعملة في مواجهة الموقف وهي موضوعة في جدول مرقم من 1- 29 ويجب الفرد حسب سلم متدرج مؤلف من 4 احتمالات وهي (نعم، إلى حد ما نعم، لا ، إلى حد ما لا).

يضم هذا المقياس 5 مستويات، وكل مستوى يحتوي على عدد معين من البنود وهي كما يلي:

1- إستراتيجيات حل المشكلة وتضم 8 بنود وهي: (1-4-6-13-16-18-24-27)

2- إستراتيجيات التجنب وتضم 7 بنود وهي: (7-8-11-17-19-22-25)

3- إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي وتضم 5 بنود وهي: (3-10-15-21-23)

4- إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي وتضم 5 بنود وهي: (2-5-9-12-28)

5- إستراتيجيات التأنيب الذاتي وتضم 4 بنود وهي: (14-20-26-29) على العموم لا يتم وضع وقت محدد للإجابة عن أسئلة المقياس مع مراعاة ألا تطول مدته بشكل مبالغ فيه.

-كيفية تنقيط المقياس: يتم التنقيط وفق سلم متدرج من 1 إلى 4 إذ تمنح:

1-نقطة إذا كانت لا

2-نقطتين إذا كانت إلى حد ما لا

3-ثلاثة نقاط إذا كانت إلى حد ما نعم

4-أربع نقاط إذا كانت نعم

وهو تنقيط معتمد في جميع البنود ما عدا البند 15 الذي ينقط بعكس ما ذكر أعلاه من 4 إلى 1.

وقد تم تكييف هذا السلم من طرف باحثين في معهد علم النفس وعلم التربية تحت إشراف الأستاذ مصطفى باشن (1998) بالجزائر العاصمة، بالاعتماد على اختبار صدقه الظاهري وصدق المحتوى والصدق التمييزي، كما تم حساب ثبات المقياس بمعادلة Gauthman للتجزئة النصفية ووجد أنه يساوي (0,58).

كما تم التأكد من صدق وثبات المقياس من طرف الباحثة طبي سهام تحت إشراف الدكتورة بوشلاق نادية بجامعة الحاج لخضر-باتنة -سنة 2005. بالنسبة للصدق التمييزي من خلال المقارنة الطرفية فكانت النتيجة وجود فروق بين المجموعتين العليا والدنيا بقيمة (6,87) بالرجوع إلى قيمة ت الجدولية (3,06) عند مستوى الدلالة 0,01 وعليه فالمقياس صادق فيما يقيسه، أما بالنسبة للثبات فقد تم قياسه بطريقة ألفا كرونباخ وقد بلغت قيمته (0,65) وطريقة التجزئة النصفية فقد بلغت قيمته بمعامل الارتباط بيرسون (0,60) وبعد تصحيحه بتطبيق معادلة سبيرمان براون وصلت إلى (0,7) وهي قيمة تدل على الثبات.

3-مقياس جودة الحياة من إعداد منظمة الصحة العالمية وتعريب بشرى أحمد (2008)

وضع هذا المقياس منظمة الصحة العالمية (1996) ليقدم بروفيل (ملمح) مختصر عن مستوى الجودة السائد في حياة الفرد، ويتكون من 26 بندا.

خطوات إعداد المقياس: تم إعداد النسخة العربية من مقياس جودة الحياة بإتباع الخطوات التالية:

-ترجمة المقياس:

قامت الباحثة بشرى إسماعيل أحمد بتعريب هذا المقياس وترجمته إلى اللغة العربية وذلك بمساعدة عضوين من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في اللغة الإنجليزية، وتم تعريب جميع عبارات المقياس، وبعد الانتهاء من ذلك قامت الباحثة بعرضه على أربعة من أساتذة علم النفس لتحكيم الصورة التي أعدت للغة العربية من حيث الصياغة اللغوية وبدائل الإجابة ومدى انتماء العبارة للبعد.

الصورة النهائية للمقياس: تكونت الصورة النهائية للمقياس من 26 عبارة منها عبارتين عن جودة الحياة العامة والصحة العامة و24 بنود موزعة على أبعاد فرعية للمقياس كما يلي:

- الصحة الجسمية physical health: يتكون من 7 أجزاء (الأنشطة الحياتية اليومية، الاعتماد على العقاقير والمساعدة الطبية، القوة والإجهاد، قابلية الحركة والتنقل، الألم والعناء، النوم والراحة والقدرة على العمل) وبذلك يتكون هذا البعد من 7 بنود لقياس جودة الصحة الجسمية (3-4-10-15-16-17-18).

- الصحة النفسية psychological health: تتكون من 6 مجالات هي (صورة الجسم والمظهر العام، المشاعر السلبية، المشاعر الايجابية، تقدير الذات، معتقدات الفرد الدينية والروحية والتفكير، التعلم، التذكر والتركيز) وبذلك يتكون هذا البعد من 6 بنود هي (5-6-7-11-19-26)

- العلاقات الاجتماعية social relationship: ويتضمن هذا البعد ثلاثة مجالات هي (العلاقات الشخصية، المساندة الاجتماعية والنشاط الجنس) وبذلك يتكون هذا البعد من 3 بنود هي (20-21-22).

- البيئة Environment: ويتكون من 8 مجالات هي (الموارد المادية، الحرية، الأمن والأمان المادي، الرعاية الصحية والاجتماعية: التوافر والجودة، البيئة الأسرية، الفرص المتاحة لاكتساب المعارف الطبيعية (التلوث، الضوضاء، المرور، المناخ) ووسائل النقل وبذلك يتكون هذا البعد من 8 بنود: (8-9-12-13-14-23-24-

(25

- تصحيح المقياس والدرجة الكلية

يتم الإجابة عن بنود المقياس وفقا لمقياس مدرج تتراوح الدرجات عليه ما بين 5 درجات إلى درجة واحدة وذلك في حالة الإجابة الإيجابية حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع في الجودة وتعكس هذه الدرجات في حالة الإجابات السلبية.

ويتم حساب درجة كل بعد من الأبعاد الأربعة بمتوسط مجموع درجات الفرد على البنود المكونة لكل بعد، ثم بعد ذلك تجمع متوسط درجات الفرد على الأبعاد الأربعة للحصول على الدرجة الكلية ولكن بعد تحويل هذه الدرجة الكلية كما في المعادلة التالية: الدرجة المحولة = (الدرجة - 4) x (100 / 16).

تتراوح درجات مقياس جودة الحياة ما بين 26 درجة و130 درجة.

تم استخدام مقياس ليكارت الخماسي المكون من 5 درجات لتحديد أهمية كل فقرة من فقرات المقياس حسب الجدول التالي:

الاستجابة	جيد جدا	لا سيئة ولا جيدة	جيدة إلى حد ما	سيئة إلى حد ما	سيئة جدا
	راضي جدا	راضي نوعا ما	غير راضي نوعا ما	لا راض ولا غير راض	غير راض أبدا
	بدرجة بالغة	كثيرا	بدرجة متوسطة	بدرجة قليلة	ليس دائما
كل فقرات المقياس	5	4	3	2	1

- تقنين المقياس

تم تقنين الصورة المختصرة لمقياس جودة الحياة على عينة من الراشدين (ن=11830) من 23 دولة من بين أفراد المجتمع العام وكذلك من بين نزلاء المستشفيات ودور الرعاية الصحية، وقد وجدت معاملات الارتباط مرتفعة دالة إحصائياً (من 0,89 فأكثر) بين أبعاد الصورة المختصرة لمقياس جودة الحياة وأبعاد الصورة الكلية لنفس المقياس.

كذلك تم التحقق من القدرة التمييزية لعبارات المقياس وتمتعه بالصدق التمييزي وصدق المحتوى وبالانساق الداخلي وبثبات إعادة الاختبار فضلاً على أنه تم إعداد صور متعددة لهذا المقياس في العديد من بلدان العالم والتحقق من ثباته وصدقه فقد تم إعداده للبيئة الكورية والماليزية والتايلوانية والإيرانية والهندية والبرازيلية والإيطالية والنرويجية والأمريكية، كما تم استخدام عدد هائل من الدراسات والبحوث على مستوى العالم، ولإطلاع على هذه الدراسات يمكن البحث في: A service of U.S national library of medicine and the national institutes of health.

-تحديد مستويات مقياس جودة الحياة المختصر

تم تحديد مستويات جودة الحياة من خلال طريقة ليكارت الثلاثية، حيث يتم حساب المتوسط الحسابي للمقياس لتحديد المستويات الثلاثة كما يلي:

$$\text{أكبر بديل} - \text{أصغر بديل} / \text{عدد المستويات} = (1 - 5) / 3 = 1,33$$

جدول (6): يمثل مستويات جودة الحياة حسب المتوسط الحسابي

المتوسط الحسابي	المستوى
2,33 - 1	منخفض
3,67 - 2,33	متوسط
5 - 3,67	مرتفع

- المستويات حسب الدرجات:

يتم ضرب عدد بنود المقياس (26) في قيم المتوسط للمستويات الثلاث (منخفض، متوسط، مرتفع) لتصبح المستويات محددة كالتالي:

جدول(7): يمثل مستويات الدرجة الكلية المحولة لاختبار جودة الحياة

المتوسط الحسابي لدرجات المقياس	المستوى
61 - 26	منخفض
95 - 62	متوسط
130 - 96	مرتفع

- نتائج الدراسة الاستطلاعية

خلال فترة التربص التي قضيناها في العيادتين من أجل موضوع بحثنا استخلصنا العديد من النتائج:

1- يعتبر التأخر في الإنجاب وضعية ضاغطة تؤثر بشكل كبير على نفسية الزوجات على جميع الأصعدة الحياتية.

2- وجود حالة خوف من خسارة الحياة الزوجية والتفكك الأسري من طرف الزوجة.

3- فقدان معنى الحياة بالنسبة لبعض الزوجات على اعتبار أن الأطفال هم الحياة.

4- هناك من السيدات من تحب اللجوء إلى العزلة وتجنب الأشخاص والمناسبات الاجتماعية هروبا من الحديث عن موضوع الحمل والإنجاب إضافة إلى المقارنة بينهن وبين نساء أخريات حُصين بعيش تجربة الحمل في نفس فترة زواجهن.

5- هناك نوع آخر من الزوجات من تنتهج طريق البحث عن المعلومات ذات صلة بالموضوع من طرف صديقات، أطراف أخرى في المجتمع أو حتى التصفح الانترنيت وقصد عيادات متخصصة وتجارب الطب الشعبي...إلخ.

6- بعض الزوجات تلجأ إلى التعبير الانفعالي والعاطفي (ثورات الغضب، البكاء، الصراخ، المزاج السيئ...)، إلى جانب تجنب العلاقة الجنسية باعتبارها لا فائدة منها وهذا قد يكون السبب الرئيسي في فتور العلاقة بينهما وتضخم حالة القلق والعصبية وفقدان الأمن داخل العلاقة الزوجية.

7- التصريح بعدم الرضا عن الذات، عن العلاقات الاجتماعية، المساندة الاجتماعية وحتى على بعض الخدمات الصحية المقدمة، المزاج، النوم... إلخ كل هذا أصبح سلبيات تعيشها متأخرات الإنجاب.

3- حدود الدراسة الأساسية

تم تحديد العناصر المؤطرة للدراسة الأساسية كما يلي:

3-1 الحدود الزمنية

تم الشروع في الدراسة الميدانية للدراسة الأساسية في 28 جويلية 2023 واستمرت حتى 16 نوفمبر 2023.

3-2 الحدود المكانية

تمت الدراسة الميدانية على مستوى العيادات الخاصة لأطباء مختصين في طب أمراض النساء والتوليد بمدينة سكيكدة، سنعرضها في الجدول التالي:

جدول (8): يمثل أسماء العيادات الخاصة للدراسة الأساسية ومقرها

اسم العيادة	مقرها
خلفاوي مينة	حي الأمل عمارة 01 الباب رقم 03 سكيكدة
بن سلامة عمار	نهج الربوة الجميلة سكيكدة
حجاجي جمال	حي الممرات 20 أوت 1955 عمارة 23 رقم 01 سكيكدة
مهرة كلثوم حرم لعرابي	حي صالح بولكرونة عمارة 03 رقم 02 سكيكدة

3-3 الحدود البشرية

- مجتمع البحث

قبل الشروع في عملية المعاينة كان يجب علينا أولاً التعرف على المجتمع الأصلي للبحث والمتمثل في الزوجات متأخرات الإنجاب المترددات على العيادات الخاصة على مستوى مدينة سكيكدة -وسط- لأنه لا يوجد مركز للتلقيح ونظراً لصعوبة الحصول على معلومات مفصلة حول الأعداد والنسب الخاصة بهذه الفئة فقد حاولنا الرجوع إلى بعض التحقيقات الميدانية والإحصائية بالجزائر، حيث نشرت صحفية في قناة الشروق سنة 2018 مقال من خلال مقابلة مع مريم فيضالة طبية في أمراض النساء والعمق، حيث صرحت هذه الأخيرة أن حالات تأخر الإنجاب وعدم القدرة عليه في تزايد مستمر مشيرة إلى أن نمط العيش والتغذية فضلاً عن تأخر سن الزواج ساهم في تزايد الظاهرة التي تمس من 15% إلى 20% من الجزائريين. كما كشفت الإحصائيات الصادرة عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات سنة 2018 أن 15% من الجزائريين أو ما يعادل 6 ملايين و300 ألف جزائري يعانون من مشاكل في الإنجاب. (أسماء منور، 2018)

ونظراً لكون دراستنا اقتصرت على الحالات التي تتردد على العيادات الخاصة بمدينة سكيكدة، خلال فترة التبرص لم تتمكن الباحثة من توقع عدد النساء التي يترددن على العيادة في اليوم الواحد فهذا الأمر يصعب تحديده وبسبب ما يعرف بالسر الطبي le secret médical الذي يبقى محصوراً بين الطبيب والمريضة فقط فلا يمكن حتى للسكتريرة معرفة سبب الفحص وعليه توجب على الباحثة البقاء طيلة مدة عمل الدكتور داخل العيادة من 08 صباحاً إلى 04 مساءً في حالة إذا ما توفرت هذه الحالات يقوم الطبيب بتوجيه المريضة إلى المتربصة بغرض القيام بالمقابلة.

- عينة البحث

اعتمدت الباحثة في اختيارها لمفردات البحث على الطريقة القصدية هدفها الحصول على عينة أكثر تمثيلاً للمجتمع الأصلي، وقد تضمنت العينة 60 امرأة تعاني من تأخر عن الإنجاب.

وبما أنه استعملنا المنهج دراسة الحالة أيضاً فقد تناولنا 8 حالات بحث وتم انتقاؤها ودرستها دراسة فردية معمقة.

تم تحديد الشروط التالية لاختيار العينة وهي:

- معاناة المرأة من وضعية ضاغطة والمتمثلة في تأخر الإنجاب

- مدة التأخر عن الإنجاب سنة فما فوق

- وجود علاقة جنسية منتظمة

- عدم استعمال المرأة لأي وسيلة أو دواء مانع لحدوث الحمل

- أن تكون المرأة لازالت في سن الإنجاب

في غياب العدد الإجمالي لأفراد مجتمع الدراسة وصعوبة تحديده قامت الباحثة بتحديد خصوصيات مفردات الدراسة والمذكورة في الشروط أعلاه ومن ثم تحديد خصائصها في العينة الممثلة للمجتمع الأصلي. كما تم اعتماد هذا النوع من العينة لأنه يسمح بالتحكم في المتغيرات المطلوبة إضافة إلى سهولة التطبيق الميداني.

الجدول (9): يمثل خصائص عينة الدراسة الأساسية

السن	مدة الزواج	مدة التأخر عن الإنجاب	السبب التأخر عن الإنجاب	
01	38 سنة	5 سنوات	4 سنوات	ضعف مخزون التبويض
02	25 سنة	3 سنوات	عامين	Un kyste fonctionnel
03	25 سنة	3 سنوات	عامين	خلل هرموني
04	37 سنة	4 سنوات 6 أشهر	3 سنوات و 4 أشهر	السبب مجهول
05	30 سنة	عامين و 6 أشهر	سنة و 6 أشهر	ضعف الحيوانات المنوية
06	28 سنة	5 سنوات	4 سنوات	خلل هرموني
07	29 سنة	3 سنوات	عامين	السبب مجهول
08	28 سنة	5 سنوات	4 سنوات	متلازمة تكيس المبايض
09	29 سنة	5 سنوات	4 سنوات	انسداد أحد المبايض
10	31 سنة	4 سنوات	3 سنوات	ارتفاع هرمون البرولاكتين
11	37 سنة	9 سنوات	8 سنوات	ضعف مخزون البويضات

ضعف الحيوانات المنوية	139 سنة و 6 أشهر	عامين و 6 أشهر	37 سنة	12
ضعف التبويض	7 سنوات	8 سنوات	38 سنة	13
ضعف الحيوانات المنوية	5 سنوات	6 سنوات	32 سنة	14
خلل هرموني	سنة وشهرين	عامين وشهرين	31 سنة	15
السبب مجهول	عامين و 11 شهرا	3 سنوات 11 شهرا	31 سنة	16
السبب مجهول	عامين و 5 أشهر	3 سنوات 5 أشهر	39 سنة	17
خلل هرموني	3 سنوات وشهرين	4 سنوات وشهرين	32 سنة	18
ورم ليفي رحمي fibrome	عامين و 3 أشهر	3 سنوات 3 أشهر	39 سنة	19
خلل الهرمونات الجنسية	7 سنوات 6 أشهر	8 سنوات 6 أشهر	38 سنة	20
السبب مجهول	5 سنوات	6 سنوات	35 سنة	21
السبب مجهول	7 سنوات	8 سنوات	30 سنة	22
خلل هرموني	6 سنوات	7 سنوات	31 سنة	23
السبب مجهول لا يوجد ضرر	5 سنوات	6 سنوات	37 سنة	24
تكيس وظيفي	11 سنة	12 سنة	39 سنة	25
ضعف التبويض وضعف الحيوانات المنوية	7 سنوات	8 سنوات	42 سنة	26
عدوى بكتيريا و خلل هرموني	عام و 6 أشهر	عامين و 6 أشهر	27 سنة	27
ضعف الحيوانات المنوية وضعف التبويض	عامين	3 سنوات	25 سنة	28
ضعف وتشوه الحيوانات المنوية	11 سنة	12 سنة	33 سنة	29
تشوه الأعضاء التناسلية للزوج	سنة	عامين	29 سنة	30
السبب مجهول	8 سنوات	9 سنوات	43 سنة	31
متلازمة تكيس المبايض	عامين 5 أشهر	3 سنوات 5 أشهر	33 سنة	32
خلل هرموني	9 سنوات	10 سنوات	38 سنة	33
السبب مجهول لا يوجد ضرر	4 سنوات	5 سنوات	36 سنة	34
خلل هرموني	3 سنوات	4 سنوات	32 سنة	35

انسداد المبيض	5 سنوات	6 سنوات	44 سنة	36
لا يوجد ضرر يمنع الحمل	3 سنوات	4 سنوات	35 سنة	37
تكيس المبايض	سنتين	3 سنوات	28 سنة	38
ضعف الحيوانات المنوية	5 سنوات	6 سنوات	34 سنة	39
ضعف في عملية التبويض	9 سنوات	10 سنوات	36 سنة	40
ضعف الحيوانات المنوية للزوج	عامين	3 سنوات	30 سنة	41
تشوه الحيوانات المنوية وارتفاع هرمون البرولاكتين بالنسبة للزوجة	سنتين	3 سنوات	31 سنة	42
تكيس المبايض	عام و3 أشهر	عامين و3 أشهر	27 سنة	43
نقص عدد الحيوانات المنوية وmicrobe	5 سنوات	6 سنوات	29 سنة	44
Polype على مستوى المبيض، un، kyste، ارتفاع هرمون البرولاكتين	سنة	عامين	37 سنة	45
ضعف التبويض	عامين و9 أشهر	3 سنوات 9 أشهر	31 سنة	46
خلل هرموني	7 سنوات	8 سنوات	26 سنة	47
ضعف الحيوانات المنوية للزوج	6 سنوات	7 سنوات	26 سنة	48
السبب مجهول	5 سنوات	6 سنوات	33 سنة	49
خلل هرموني	9 سنوات	10 سنوات	40 سنة	50
السبب مجهول	12 سنة	13 سنة	36 سنة	51
ضعف الحيوانات المنوية وخلل هرموني للمرأة	12 سنة	13 سنة	34 سنة	52
مشكل في قناة فالوب	10 سنوات	11 سنة	32 سنة	53
متلازمة تكيس المبايض	11 سنة	12 سنة	33 سنة	54
انسداد جزئي في المبيض الأيمن	4 سنوات	5 سنوات	28 سنة	55
تكيسات وظيفية	3 سنوات	4 سنوات	36 سنة	56
متلازمة تكيس المبايض	4 سنوات	5 سنوات	30 سنة	57

السبب مجهول	3 سنوات	4 سنوات	25 سنة	58
خلل هرموني	3 سنوات 4 أشهر	4 سنوات 5 أشهر	28 سنة	59
السبب غير واضح	3 سنوات	4 سنوات	32 سنة	60

4- أدوات البحث

- المقابلة العيادية نصف الموجهة

يسمح هذا النوع من المقابلات بتبادل المعلومات بين الأخصائي النفسي والمفحوص، حيث يتبع خلالها الأخصائي مجموعة من الأسئلة تدور حول موضوع الدراسة، أي اتجاه محدد مع المحافظة على حرية التعبير للمفحوص واحترام المبادئ الرئيسية للمقابلة العيادية.

اعتمدنا عليها لأنها تخدم موضوع الدراسة حيث تحتوي على أسئلة مفتوحة وفيها تعطي للحالة الحرية في التعبير والتلقائية وعدم تقييدها في الإجابة. وقد صمم أسئلة بروتوكول المقابلة العيادية للدراسة الأساسية بناء على محاور منبثقة من فرضيات الدراسة وهي:

المحور الأول: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكل

المحور الثاني: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال

المحور الثالث: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على التجنب

-دراسة الحالة Case study

استعملنا دراسة الحالة كأداة للبحث في السيرورة النفسية لمتأخرة الإنجاب أثناء مواجهتها لهذا الوضع والكشف عن الصراع النفسي الناتج جراء هذه الوضعية، وتعرف دراسة الحالة على أنها: "تتكون من ملاحظة متعمقة لمجموعة صغيرة من الموضوعات أو حتى موضوع واحد. تصف دراسة الحالة إشكالية وتأثير العلاج أيضا وما إلى ذلك مع

تقديم جميع المعلومات اللازمة للدراسة، ومن المفيد أيضا استكشاف ظاهرة لا تزال غير مفهومة جيدا". Nevid et al, 2009, p21)

-مقياس استراتيجيات المواجهة لـ paulhan

-مقياس جودة الحياة من إعداد منظمة الصحة العالمية وتعريب بشرى أحمد (2008)

5- الأساليب الإحصائية

استعانت الباحثة في المعالجة الإحصائية للبيانات بنظام (SPSS) حيث تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- حساب التكرارات والنسب المئوية للتعرف على خصائص أفراد العينة.
- حساب معاملات الارتباط بيرسون للتعرف على طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة.

خلاصة الفصل

تم التطرق في هذا الفصل إلى إجراءات الدراسة الميدانية وقد كانت بدايتها دراسة استطلاعية هدفت إلى التعرف على مجتمع البحث وتحديد العينة إلى جانب التأكد من إمكانية تطبيق أدوات البحث واختيار المنهج المستخدم، وضع الحدود (الزمنية، المكانية والبشرية) للدراستين وأخيرا تحديد أساليب المعالجة الإحصائية لدراسة العلاقة بين المتغيرين. وفي الفصل التالي سيتم التطرق إلى عرض النتائج ومناقشته.

الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1- عرض وتحليل نتائج مقياسي الدراسة

2- عرض وتحليل نتائج الدراسة

2- 1 عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة

2- 2 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى

2- 3 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية

2- 4 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضيات

3- 1 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة

3- 2 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى

3- 3 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية

3- 4 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

4- عرض وتحليل الحالات العيادية الثمانية

5- التحليل العام لحالات الدراسة على ضوء الفرضيات

خاتمة الفصل

تمهيد

بعد أن عرضنا في الفصل السابق مختلف الخطوات والإجراءات المنهجية في سياق الدراسة الميدانية، نسعى في هذا الفصل لعرض النتائج التي تم التوصل إليها ومناقشتها انطلاقاً من تساؤلات وفرضيات البحث التي تم وضعها سابقاً واعتماداً على أدوات البحث (مقياسي إستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة، المقابلات الإكلينيكية والملاحظات العيادية) ومن ثم سنحاول في هذا الفصل مناقشة وتفسير النتائج في ضوء فرضيات البحث والدراسات المشابهة.

1- عرض وتحليل نتائج مقياسي الدراسة

جدول (10): يمثل نتائج مقياسي الدراسة المطبق على مفردات العينة

مستوى ودرجة جودة الحياة	محاور جودة الحياة				إستراتيجيات المواجهة المستعملة			مستوى التوتر والإجهاد	مفردات العينة
	الاهتمام بالمحيط	العلاقات الاجتماعية	الصحة النفسية	الصحة الجسمية	التجنب	الانفعال	حل المشكلة		
متوسط 62,87	3,12	4	3,66	3,28	28,88%	25,55%	45,5%	مرتفع	01
منخفض 47,81	3,12	2,66	3,16	2,71	34,17%	21,51%	44,29%	مرتفع	02
متوسط 62,43	3,62	3	3,66	3,71	25,53%	31,62%	41,83%	متوسط	03
منخفض 44,68	2,62	2,66	3,16	2,71	26,96%	38,19%	34,82%	مرتفع	04
متوسط 62,5	3,75	3	3,83	3,42	16,45%	30,37%	53,15%	مرتفع	05
منخفض 59,31	3,5	3,66	3,33	3	22,44%	29,58%	47,95%	مرتفع	06
منخفض 61,31	2,87	4	3,66	3,28	22,07%	35,06%	42,85%	مرتفع	07
منخفض 53,75	2,75	4	3	2,85	30,43%	27,16%	42,39%	مرتفع	08

منخفض 45,56	2,75	3,33	2,5	2,71	28,08%	26,96%	44,93%	مرتفع	09
منخفض 43,68	2,62	2,33	2,33	2,71	25,51%	27,25%	46,93%	مرتفع	10
منخفض 51,5	2,37	3,66	3,5	2,71	25%	30,2%	44,78%	مرتفع	11
منخفض 50,06	3	3,66	2,5	2,85	24,24%	28,28%	47,47%	مرتفع	12
منخفض 47,37	3,37	3	2,5	2,71	22,22%	32,32%	45,45%	مرتفع	13
منخفض 52,43	3,12	3,66	3,33	2,28	25,53%	32,96%	41,48%	مرتفع	14
منخفض 57,31	3,37	3,33	3,33	3,14	27,77%	30%	42,21%	مرتفع	15
منخفض 65,75	3,62	4	3,33	3,57	21,27%	35,1%	43,6%	مرتفع	16
منخفض 60,81	3,12	3,33	4	3,28	23,68%	32,94%	43,17%	مرتفع	17
منخفض 57,68	2,62	3,33	3,16	3,71	26,73%	33,66%	39,6%	متوسط	18
منخفض 55,12	2,62	3,33	3,16	3,71	20,25%	29,11%	43,62%	مرتفع	19
متوسط 63,43	3,25	4	3,33	3,57	23,25%	30,52%	46,31%	متوسط	20
متوسط 69,37	3,5	4,66	3,66	3,28	22,09%	30,22%	47,67%	متوسط	21
متوسط 65,43	3,62	4	4	2,85	29,88%	25,28%	44,82%	متوسط	22
متوسط 64,12	2,75	4,33	3,33	3,85	23,33%	32,21%	44,44%	متوسط	23
متوسط 64,18	3,5	4	3,83	3,42	22,66%	9,32%	47,96%	منخفض	24
منخفض 55,18	3,75	3,33	3,33	4	25,84%	23,59%	50,55%	مرتفع	25

مرتفع	26	42,84%	27,37%	29,76%	4	3,33	3,33	3,57	منخفض 55,18
مرتفع	27	46,52%	24,99%	26,47%	3,14	4	3,66	3,25	متوسط 62,81
مرتفع	28	43,47%	30,42%	26,08%	3,14	3,66	4	2	منخفض 55
متوسط	29	53,22%	24,19%	22,58%	3,42	3,33	5	3,62	متوسط 71,06
مرتفع	30	52,62%	24,2%	23,15%	2,57	3,83	3,33	3,12	منخفض 55,31
منخفض	31	50,62%	27,83%	21,51%	4,14	4	3,66	3,31	متوسط 70,62
مرتفع	32	48,32%	26,37%	25,57%	3,28	3,33	3,33	2,62	منخفض 53,5
منخفض	33	37,31%	29,84%	32,83%	3,14	2,16	2,66	2,75	متوسط 41,93
مرتفع	34	35,13%	32,42%	32,43%	3,85	3,5	3,33	2,12	منخفض 55
مرتفع	35	35,62%	32,18%	32,18%	2,71	2,66	2	2,5	منخفض 63,68
مرتفع	36	50,55%	23,59%	25,84%	2,71	2,66	2,33	2,25	منخفض 37,18
مرتفع	37	37,96%	27,83%	34,17%	2,85	2,33	2,66	2,37	منخفض 38,81
مرتفع	38	37,8%	32,92%	29,26%	3	3,16	4	1,87	منخفض 50,18
مرتفع	39	41,04%	30,52%	28,42%	3,75	3,66	4	3,62	متوسط 67,81
مرتفع	40	48,9%	27,17%	23,91%	3	4,33	3,33	3,12	منخفض 61,12
مرتفع	41	46,06%	29,2%	24,71%	3	3	4,33	2,87	منخفض 57,31
مرتفع	42	44,08%	31,18%	24,73%	3,14	3,33	4	3,25	منخفض 60,75
مرتفع	43	40,21%	34,05%	26,08%	3,42	3,66	4	3,25	متوسط 64,58

منخفض 61,69	3,25	3,66	3,66	3,42	24,71%	32,57%	42,62%	مرتفع	44
متوسط 64,43	3,87	4	3,16	3,28	19,56%	26,07%	54,34%	منخفض	45
منخفض 53 54,93	2,75	4	3,16	2,57	25,96%	27,88%	46,14%	مرتفع	46
منخفض 54,93	2,87	3	3,5	3,42	24,67%	31,16%	44,14%	مرتفع	47
متوسط 64,93	3,5	3,66	3,66	3,57	20,23%	27,84%	51,18%	متوسط	48
منخفض 44,06	2,25	3	2,66	3,14	33,73%	20,47%	45,77%	مرتفع	49
منخفض 61,12	3	4	3,5	3,28	24,07%	27,7%	48,18%	مرتفع	50
متوسط 68,5	3,75	4	3,5	3,71	22,82%	28,25%	48,9%	منخفض	51
متوسط 63,93	3,5	4	3,16	3,57	18,82%	25,14%	52,46%	متوسط	52
منخفض 38,31	1,87	2,33	3,16	2,58	34,61	20,51%	44,86%	مرتفع	53
متوسط 77,06	4	4,33	4	4	20%	30,66%	49,33%	متوسط	54
متوسط 63,81	3	5	3,5	2,71	25,51%	27,54%	46,93%	مرتفع	55
منخفض 50,93	2,75	3,33	2,5	3,57	25%	28,75%	46,25%	مرتفع	56
متوسط 62,37	3,25	3,66	3,5	3,57	27,38%	23,8%	48,8%	مرتفع	57
متوسط 63,06	3,25	3,66	3,33	3,85	27,05%	27,05%	45,88%	مرتفع	58
منخفض 61,81	3,62	3,66	3,33	3,28	23,58%	32,07%	44,33%	مرتفع	59
منخفض 34,56	2	1,66	3,16	2,71	28,40%	27,26%	44,31%	مرتفع	60

1-1 عرض ومناقشة نتائج مقياسي الدراسة

يتضح من خلال الجدول أعلاه الذي يحتوي على استجابات مفردات عينة الدراسة على مقياسي جودة الحياة وإستراتيجيات المواجهة أنه كلما كان مستوى الإجهاد والتوتر مرتفعاً كان مستوى جودة الحياة غالباً منخفض (34-61 درجة)، وفي بعض الحالات إذا كان مستوى الإجهاد لديها منخفضاً يكون مستوى جودة الحياة متوسطاً (62-77 درجة) أي تتوسط الجيدة والسيئة، وعندما يكون مستوى التوتر متوسطاً يكون تأثيره على جودة الحياة تأثيراً متوسطاً.

كما يتضح أن جميع أفراد العينة لجئوا إلى إستراتيجيات حل المشكلة في مواجهة وضعية التأخر عن الإنجاب وقد جاءت النسب محصورة ما بين 34.82% و56.46% فهي أول إستراتيجية من حيث الترتيب، بعدها تظهر إستراتيجيات المرتكزة على الانفعال بنسب محصورة ما بين 23.58% و38.19% تليها إستراتيجيات التجنب بنسب تتراوح ما بين 16.45% و34.61%. لكن هناك من أفراد العينة من (13 مفردة) من ركزت على إستراتيجيات التجنب أكثر من إستراتيجيات المرتكزة على الانفعال، وهناك منهن (3 مفردات) من ركزت على كل من الإستراتيجيتين بنفس النسبة ومحاور جودة الحياة لديهن متدنية القيمة.

إن محور العلاقات الاجتماعية على مستوى مقياس جودة الحياة في المتوسط فأغلبية المفردات بلغت القيمة المحصورة بين 3-4 درجات وهذا بفعل إستراتيجيات حل المشكلة والبحث عن الدعم الاجتماعي التي لجأت إليها متأخرات الإنجاب.

كما نجد أن محوري الصحة الجسمية والنفسية في المتوسط بقيمة محصورة ما بين 3-4 درجات وهذا يوضح تأثير الإجهاد على الصحة النفسية والجسمية لمتأخرات الإنجاب. أما محور الاهتمام بالمحيط فقد تحصل على قيمة محصورة بين 2-4 درجات وهذا يدل على درجة التركيز والاهتمام الذي تتوجه به متأخرات الإنجاب نحو بيئتها ومجتمعها.

1-2 تحليل وتفسير نتائج مقياسي الدراسة

وجود علاقة عكسية بين مستوى التوتر والإجهاد وجودة الحياة لدى متأخرات الإنجاب، فإذا ارتفع مستوى التوتر انخفض مستوى جودة الحياة والعكس صحيح إذا انخفض مستوى الإجهاد ارتفع مستوى جودة الحياة وأصبحت طيبة وهذا لأن موضوع التأخر عن الإنجاب أصبح وضعية ضاغطة ومجهدة بالنسبة لهؤلاء النساء تختلف من حيث الشدة (انعكاساتها على حياة المرأة) والمدة (مدة التأخر)، كما أنها تخلق نوعاً من الاختلال بين متطلبات المرأة الداخلية (الرغبة في الحمل) والخارجية (الأمومة مطلب اجتماعي ملح) ومواردها الشخصية (القدرة على الإنجاب ومواجهة الوضعية) من أجل تلبية مطالبها (إشباع رغبتها في إنجاب طفل) فهذا التأخر يضع حياتها الزوجية في خطر لتُظهر وقتها استجابة الإجهاد. فحسب Lazarus & Folkman (1988) يمر العامل المجهد عبر مجموعة من المرشحات تعمل على شكل وسائط في العلاقة حدث مجهد-ضيق انفعالي وهي: تأثر إدراك العوامل المجهدة بالتجارب السابقة مع عوامل مجهدّة مماثلة، الميكانيزمات الدفاعية للأنا، والجهود الشعورية. (Paul & al, 1992, p 548) هنا يمر التأخر عن الإنجاب عبر المرشح الأول فتبحث المرأة عن المساندة الاجتماعية من العائلة والشريك وكذلك الدعم الاجتماعي من ذوي الخبرات السابقة، كما أن هناك من تُتكرر هذا الموضوع وترفض تقبله وتبدأ في رحلة العلاج المطول وأخرى تتوجه إلى انشغالات أخرى لملأ الفراغ وعدم التفكير في موضوع الحمل كل هذا من أجل التخفيف من الضيق الانفعالي وشدة الوضعية المجهدة وبالتالي خلق نوع من التوازن النفسي والراحة الجسدية وربط علاقات اجتماعية في ظل الصراع القائم على الإنجاب وعليه يرتفع نوعاً ما مستوى جودة الحياة أو يتحسن، وقد يحدث العكس من ذلك وتساءل نوعية حياتها إذا لم تجد الدعم المدرك وكانت موارد الشخصية محدودة (بعض منهن لا تستطيع تحمل تكاليف العلاج) إلى جانب ذلك قطع العلاقات الاجتماعية والعيش داخل قوقعة مع التفكير في أمر واحد ألا وهو عدم القدرة على الحمل.

لجوء متأخرات الإنجاب إلى إستراتيجيات حل المشكلة بعد تقييمها للوضعية على أنها تهديد (احتمالية خسارة زواجها بالدرجة الأولى) ففي المقام الأول تبحث المرأة عن حلول من أجل تغيير هذا الموقف والتمثلة في التردد على الأطباء في هذا المجال، تجارب الطب الشعبي الطبيعي، اللجوء إلى الحمية

الغذائية، تقنيات التلقيح والأدوية، الرقبة الشرعية... إلخ، إضافة إلى إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي لأن المساندة الاجتماعية لها دور فعال في التخفيف من ضغط العامل المجهد وحتى طريقة إدراكه ومعالجته من أجل استدخاله كتجربة حياتية عادية "" فقد أشارت الأبحاث إلى أن المستوى المرتفع للدعم الاجتماعي يزيد من السيطرة أو التحكم المدرك في الحدث ومن شأنه أن يخفف من آثار الإجهاد وأكثر من ذلك يعيد الفرد إلى مواجهة هذا الإجهاد"" (Paul & al, 1992, p 554) هذا النوع من الإستراتيجيات تستخدمه المرأة في بداية الوضعية حتى إذا استمرت هذه الأخيرة لسنوات -خاصة وأن متأخرات الإنجاب تأخذ بعين الاعتبار السن المخصص للإنجاب ومخزون البويضات لديها الذي يأخذ في التناقص في كل شهر - تتبنى إستراتيجيات أخرى لأن مصادر الضغط النفسي أصبحت متعددة (ضغط المجتمع، اختلال توازنها النفسي، تهديد قدرتها البيولوجية على الحمل) كإستراتيجيات المرتكزة على الانفعال كما هو معروف أن المرأة كائن هش أمام الضغط فهي تلجأ دائماً إلى التعبير عن قلقها من خلال التفريغ الانفعالي وبالتالي فالهدف من هذه الإستراتيجيات التخفيف من الضيق الانفعالي ولكن بشكل مؤقت فقط لأن مصدر التوتر لا يزال قائماً، ""فقد صنفها Lazarus على أنها ميكانيزمات ذات تأثير مرحلي أو انتقالي أي أنها أقل فعالية في مواجهة العوامل الضاغطة"" (ساعد، 2019، ص 157)، ومن ضمن هذه الإستراتيجيات أيضاً نجد إستراتيجيات التجنب ففي أوقات أخرى تلجأ المرأة متأخرة الإنجاب إلى الهروب من الوضع المعاش بالعديد من الطرق منها أحلام اليقظة فتعيش أحلاماً بتفاصيل تود معاشتها في الواقع كالحلم بطفل بين ذراعيها وأصوات أطفال تملأ منزلها... إلخ، الهروب من الأحاديث وحتى من الأشخاص تجنبا للسؤال عن أحوالها وعن عدم حملها، الانشغال بمواضيع أخرى كالمشاركة في دورات تكوينية في مجالات معينة من أجل ملأ الفراغ وتجنباً للتفكير في الموضوع.

وعليه فيمكن للمرأة المتأخرة عن الإنجاب أن تستخدم أنواعاً من إستراتيجيات المواجهة أثناء معاشتها لهذه الوضعية، حيث يرى كل من (Lazarus & Folkman, 1984) أن الأفراد يميلون إلى استعمال أساليب من كلا النوعين وفي وقت واحد وذلك تبعاً للموقف الذي يواجهونه ويرجع السبب إلى مرونة وإمكانية استعمال أساليب من نوع التقرب وأخرى من نوع التجنب بفعالية في مواجهة التهديد. (نفس المرجع السابق، ص 155)

يؤثر الإجهاد على الصحة الجسمية والنفسية للمرأة متأخرة الإنجاب وبالتالي على مقومات جودة حياتها ويرجع هذا إلى نوع الإستراتيجية المستخدمة لمقاومة الإجهاد ومدى فعاليتها في تخفيف التوتر والضيق الانفعالي، فقد أكد كل من Moos & Holohan "أن إستراتيجية المواجهة مهمة لمقاومة الإجهاد بقدر ما يكون الإجهاد مرتفعاً يتطلب إستراتيجية مواجهة جيدة". (Goode, 2004, p 118) وهنا يتضح أنه بقدر ما تكون الإستراتيجية جيدة وفعالة في مواجهة الإجهاد تتحسن جودة الحياة لدى هذه الشريحة من المجتمع.

2- عرض نتائج فرضيات الدراسة

بعد ملاءمة البيانات الخاصة بحالات الدراسة الأساسية في برنامج spss وحساب الارتباط الموجود بين متغيري الدراسة بتطبيق معادلة سبيرمان كانت نتائج الفرضيات كما هي موضحة في الجداول، ومنه حاولنا تقديم تحليل مناسب للأرقام الموجودة في الجداول وإعطائها صيغة كيفية معبرة عن نمط العلاقة بين إستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة.

2-1 عرض الفرضية العامة: توجد علاقة بين إستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى متأخرة الإنجاب.

جدول (11): يمثل قيم معاملات الارتباط بين إستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى متأخرات الإنجاب.

المتغيرات		إستراتيجيات المواجهة	جودة الحياة
إستراتيجيات المواجهة	معامل الارتباط	1,000	-0,076
	مستوى الدلالة	.	0,565
	العينة	60	60
جودة الحياة	معامل الارتباط	-0,076	1,000
	مستوى الدلالة	0,565	.
	العينة	60	60

يتبين من خلال الجدول أعلاه أن قيمة الارتباط سبيرمان بين إستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة بلغت $(-0,07)$ وهي علاقة ارتباطية عكسية ضعيفة، أي كلما زادت درجة استخدام إستراتيجيات المواجهة لدى متأخرات الإنجاب انخفض مستوى جودة الحياة، كما أن الارتباط كان دالا إحصائيا عند مستوى الدلالة $(0,56)$. وعليه نقبل الفرضية القائلة بأنه توجد علاقة بين إستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى متأخرات الإنجاب ونرفض الفرض الصفري الذي ينفي وجود العلاقة.

2-2 عرض الفرضية الجزئية الأولى: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكلة وجودة الحياة لدى متأخرة الإنجاب.

جدول (12): يمثل قيم معاملات الارتباط بين إستراتيجيات حل المشكل وجودة الحياة لدى متأخرات الإنجاب.

المتغيرات		إستراتيجيات حل المشكل	جودة الحياة
إستراتيجيات حل المشكل	معامل الارتباط	1,000	0,192
	مستوى الدلالة	.	0,141
	العينة	60	60
جودة الحياة	معامل الارتباط	0,192	1,000
	مستوى الدلالة	0,141	.
	العينة	60	60

يتبين من خلال الجدول أن قيمة الارتباط بين إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكل وجودة الحياة بلغت $(0,19)$ وهي علاقة ارتباطية طردية ضعيفة، أي كلما ارتفعت درجة استخدام إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكل ارتفع مستوى جودة الحياة لدى مفردات العينة، كما أن الارتباط دال إحصائيا عند مستوى الدلالة $(0,14)$. ومنه نقبل الفرضية القائلة بأنه توجد علاقة بين إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكلة وجودة الحياة لدى متأخرات الإنجاب.

2-3 عرض الفرضية الجزئية الثانية: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة لدى متأخرة الإنجاب وإستراتيجية المواجهة المرتكزة على الانفعال.

جدول (13): يمثل قيم معاملات الارتباط بين إستراتيجيات الانفعال وجودة الحياة لدى متأخرات الإنجاب.

المتغيرات		إستراتيجيات الانفعال	جودة الحياة
إستراتيجيات الانفعال	معامل الارتباط	1,000	-0,304*
	مستوى الدلالة	.	0,018
	العينة	60	60
جودة الحياة	معامل الارتباط	-0,304*	1,000
	مستوى الدلالة	0,018	.
	العينة	60	60

*الارتباط عند مستوى الدلالة 0,05

يتبين من خلال الجدول أن قيمة الارتباط بين إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال وجودة الحياة بلغت (-0,30) وهي علاقة ارتباطية عكسية ضعيفة، أي كلما زادت درجة استخدام إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال انخفض مستوى جودة الحياة لدى متأخرات الإنجاب والعكس صحيح، كما أن الارتباط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,05). وبالتالي نقبل الفرضية القائلة بأنه توجد علاقة بين إستراتيجيات الانفعال وجودة الحياة لدى متأخرات الإنجاب.

2-4 عرض الفرضية الجزئية الثالثة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة لدى متأخرة الإنجاب وإستراتيجية المواجهة المرتكزة على التجنب.

جدول (14): يمثل قيم معاملات الارتباط بين إستراتيجيات التجنب وجودة الحياة لدى متأخرات الإنجاب.

المتغيرات		إستراتيجيات التجنب	جودة الحياة
إستراتيجيات التجنب	معامل الارتباط	1,000	-0,483**
	مستوى الدلالة	.	0,000

60	60	العينة	
1,000	-0,483**	معامل الارتباط	جودة الحياة
.	0,000	مستوى الدلالة	
60	60	العينة	

** الارتباط عند مستوى الدلالة 0,01

يتبين من خلال الجدول أن قيمة الارتباط بين إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على التجنب وجودة الحياة بلغت (0,48) وهي علاقة ارتباطية عكسية ضعيفة، أي كلما زادت درجة استخدام إستراتيجيات التجنب انخفض مستوى جودة الحياة لدى متأخرات الإنجاب والعكس صحيح، كما أن الارتباط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,01). وعليه نقبل الفرضية القائلة بأنه توجد علاقة بين إستراتيجيات التجنب وجودة الحياة لدى متأخرات الإنجاب.

3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضيات

بعد إخضاع الفرضيات إلى التحليل الإحصائي وتقديم قراءات كيفية للأرقام الموجودة في الجداول سنحاول في هذا العنصر تقديم مناقشة سيكولوجية وتفسير في ظل الخلفيات النظرية والدراسات المشابهة.

3-1 مناقشة نتائج الفرضية العامة

ثبت أن الفرضية العامة والتي مفادها " توجد علاقة بين إستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى متأخرات الإنجاب" هي فرضية صحيحة ومقبولة وحسب المجال الإحصائي فقد تبين أن طبيعة العلاقة بين المتغيرين هي علاقة عكسية ضعيفة، أي أن استخدام إستراتيجيات المواجهة في ظل وضعية التأخر عن الإنجاب تجعل نوعية الحياة لدى هذه الفئة سيئة ولا تتحلى بطابعها الجيد.

فموضوع التأخر عن الإنجاب كوضعية ضغط نفسي تتميز بخصائص معينة تجعلها مختلفة عن الوضعيات الأخرى منها: المدة، وهي الوقت الذي تستغرقه الوضعية حتى تنتهي، هذه المدة في حالة التأخر عن الإنجاب تبقى مجهولة فلا الأطباء ولا الأدوية أو حتى الطرق الاستقصائية يمكنها وضع تحديد زمني للانتهاء من هذا الوضع ووضع حد للنهاية ويبقى العلم عند الخالق عز وجل وحده فيمكن أن

تستغرق سنوات قليلة أو حتى سنوات طوال. أما الخاصية الثانية فهي الشدة، أي مدى شدة الوضعية فهناك العديد من العوامل النفسية والأسباب الفيزيولوجية التي تكون عائقاً أمام سيرورة الإخصاب و حدوث الحمل، حيث تتدرج شدتها من البسيط إلى المتوسط إلى المعقد كل واحدة حسب وضعها الطبي ورغم هذا التدرج تبقى النتيجة واحدة وهي وهو عدم حدوث حمل أي عدم وجود أطفال في حياة هؤلاء النسوة وهنا تصبح الأمور والحياة معقدة وذات تأثير سلبي على جميع الأصعدة الحياتية، وعليه فالتأخر عن الإنجاب يكون في البداية وضعية ضغط ولكن مع مرور السنوات يصبح وضعية تهديد يمس بالعلاقات، الصحة الجسمية والنفسية، الاتصال بالمحيط والبيئة... إلخ حيث تلجأ متأخرات الإنجاب إلى استخدام إستراتيجيات مواجهة والتي يعرفها "الأمانة" على أنها المحاولة التي يبذلها الفرد لإعادة اتزانها النفسي والتكيف للأحداث التي أدرك تقديراتها الآتية والمستقبلية. (أبو دلو، 2009، ص 194) ولكن ثبت أن هذا الاستخدام ذات تأثير سلبي على جودة حياتهن وهذا ما وضحته نتائج الدراسة الحالية، كما نجد أنها تتفق مع دراسة بورخوم شويتزر (2002) الذي ذكر أن مفهوم جودة الحياة مفهوم واسع يتأثر بشكل معقد بعدة متغيرات (مثل الصحة الجسمية، الحالة النفسية، العلاقات الاجتماعية، مستوى التحكم في الذات) بالإضافة إلى علاقته الفعالة في البيئة، كما أن المواجهة المرتكزة على الانفعال ترتبط بسوء نوعية الحياة في حين ترتبط الإستراتيجيات المرتكزة على حل المشكل بآثار مفيدة على نوعية الحياة. وقد درس بعض الباحثين أمثال (Paulhan (1994), Solomon et al (1988), Maes et al (1987) أثر المواجهة على جودة الحياة واهتموا بالبحث في تلك العلاقة حيث كانت النتائج متقاربة إلى حد كبير. (ساعد، 2019، ص 181)

فالتأخر عن الإنجاب هو ظاهرة متشعبة تتحكم فيها العديد من العوامل الفيزيولوجية (الهرمونات)، النفسية والاجتماعية وكون هذا التأخر يتسم بالطابع الاجتماعي لأن الإنجاب هو أحد الوظائف الأساسية للمرأة داخل المجتمع ومن خلاله تشبع نرجسيتها المتعطشة إلى الكمال وتحقيق ذاتها وتشبع غريزتها الأمومية من جهة، وتكتسب مكانتها الاجتماعية من خلال إنجاب الأطفال الذين يعدون الركائز الأساسية لتلك المكانة حتى تحض بلقب المرأة الولود وتطرد شبح المرأة العقيم، تلك المرأة التي تبقى ناقصة غير مكتملة في ذاتها وكيانها النفسي في نظر نفسها ونظرة المجتمع لها. فالتأخرات عن الإنجاب يتأثرن بشكل كبير

من كلام ونظرة المحيطين بهن لذلك قلنا بأن الظاهرة هي في الأصل متشعبة تمس جميع جوانب الحياة بغض النظر عن النواتج النفسية (القلق، الاكتئاب، التوتر، الإحباط، الإجهاد، الكآبة... إلخ) التي لها تأثير سلبي على الصحة الجسدية والمخطط الهرموني تحديداً " فهناك علاقة بين الإخصاب والحالة النفسية، حيث تؤثر هذه الأخيرة على الهرمونات وهناك علاقة بين الاكتئاب والتأخر عن الإنجاب فقد تبين على المستوى العالمي أنه من 10-70% من أسباب التأخر عن الإنجاب هي أسباب نفسية (Wichman et al, 2009, p 77) وعليه مهما استخدمت متأخرات الإنجاب إستراتيجيات المواجهة ونوعت في ذلك الاستخدام يبقى الوضع نفسه لا يتغير وهو ما يؤثر على جودة الحياة لديها أي تبقى سيئة أو حتى متوسطة لأن الأطفال هم الحياة نفسها وهم الرابط بين المرأة وزوجها فهم ثمار العلاقة الزوجية.

إن إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال وكذلك المرتكزة على التجنب لها أثر سلبي على جودة الحياة فالأولى تعمل على تفريغ جزئي لشحنة القلق والضيق النفسي وفي أحيان أخرى ترفع من مستوى التآنيب الذاتي والشعور بالذنب، أما إستراتيجيات التجنب فهي لا تغير في الوضعية شيئاً بل تجعل المرأة تتفوق داخل عالم مقلق خاص بها تتجنب من خلاله جميع المثيرات المزعجة الخاصة بالموضوع (كلام، أحاديث الأشخاص، المناسبات الاجتماعية... إلخ) منشغلة بالاجترار العقلي حول الوضعية المعاشة (لماذا أنا؟، متى سأنجب؟... إلخ) وهناك من تلجأ إلى التخيلات و اللاواقعية من خلال أحلام اليقظة... إلخ. فكلتا الإستراتيجيتين على حد سواء تجعل جودة الحياة ذات درجات منخفضة، إلا أن إستراتيجيات حل المشكلة يكون لها بعض النفع والآثار الإيجابية من خلال السعي إلى البحث عن الحلول من أجل الحمل وعلاج الأعراض المرضية وتبني الموضوع بعقلانية وتفهم من أجل تفادي نوبات القلق والتوتر... وفي هذا الصدد نجد دراسة (Martin (2011 التي بينت أن كثير من الإناث يعانون من عجز وقصور في قدرتهن الطبيعية على الحمل والإنجاب هن بالعادة أكثر من غيرهن تعرضاً للأمراض النفسية والتوتر والقلق والكآبة. ومنه نقول إن العلاقة بين إستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة في ظل وضعية التأخر عن الإنجاب هي علاقة سلبية.

3-2 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى

تم قبول الفرضية الجزئية الأولى والتي مضمونها "توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى متأخرات الإنجاب" وقد توضح أن هذه الفرضية صحيحة حيث وضحت التحليلات الإحصائية أن العلاقة بين متغيري الدراسة هي علاقة طردية ضعيفة، أي أن استخدام إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكلة ترفع من جودة الحياة لدى متأخرات الإنجاب نوعاً ما، لما لها من آثار مفيدة على نوعية حياتهن وهذا ما يتفق مع دراسة شويتزر (2002) التي انتهت أن إستراتيجيات حل المشكلة ترتبط بآثار مفيدة على جودة الحياة. فرغم الطبيعة الحساسة للموضوع والخصائص التي تميزه عن أي وضعية أخرى إلا أن محاولة متأخرة الإنجاب في البحث عن حل لمشكلتها تعتبر خطوة إيجابية ولكن الأمر الذي يقلل من فعالية هذه الإستراتيجية في رفع مستوى جودة الحياة (تبقى جودة الحياة متوسطة على الأكثر) هو البحث الدائم عن حلول وتجربتها لكن تبقى النتيجة سلبية وهي عدم حدوث حمل.

إذا تناولنا طبيعة العلاقة بين المتغيرين في ظل وضعية التأخر عن الإنجاب نجد أن هناك العديد من العوامل تتحكم في هذه العلاقة وتؤثر فيها منها العمر L'âge، فسن المرأة المتأخرة عن الإنجاب لها دور في تحديد هذه العلاقة فهناك منهن من لا تزال في سن صغيرة وأمامها الوقت للبحث عن حلول حتى تحض بفرص للحمل وبالتالي هذا يؤثر على درجة جودة الحياة والعكس تماماً فكما نعلم أن مستوى الخصوبة يتناقص تدريجياً ابتداءً من سن الثلاثين فهناك منهن من تقدمت في السن (38، 40، 42 سنة) ولم يبقى لديها الكثير من الوقت هنا تنقص فعالية إستراتيجيات المواجهة في خفض القلق والتوتر وتحسين جودة الحياة لذلك فقد أظهرت نتائج التحليل الإحصائي بأن العلاقة طردية ضعيفة. وهناك عامل آخر هو المستوى الاقتصادي، فهناك من متأخرات الإنجاب من لا تستطيع زيارة الأطباء وأخذ العلاج بسبب سوء الأوضاع الاقتصادية في هذه الحالة حتى لو كانت هناك حلول تبقى موجودة على المستوى الفكري فقط غير قابلة للتحقيق على أرض الواقع، والعكس من ذلك تماماً هناك من مستواها الاقتصادي جيد وحتى ممتاز قصدت الأطباء في كل أنحاء العالم وأخذت جميع أنواع العلاجات وطبقت عليها البرتوكولات الطبية للمساعدة الإنجابية (التلقيح)... إلخ إلا أنها لم تحتضن إي فرصة للحمل لأن الله عز وجل لم يشأ ذلك، وعليه تبقى إستراتيجيات حل المشكلة في هذه الحالة غير فعالة. ولكن تبقى هذه الحلول والمتمثلة

في العلاجات الدوائية، العلاج الشعبي الطبيعي والمساعدة الطبية للإنجاب PMA، الدعم المعلوماتي والبحث عن المساندة الاجتماعية هي حلول مطمئنة مخففة للضغط النفسي والتوتر وبالتالي لها آثار إيجابية على نوعية الحياة.

وإذا تناولنا إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي كإستراتيجيات تتدرج تحت إستراتيجيات حل المشكلة نجد أن **Sarason(1983)** يعرفها على أنها إدراك الفرد بأن البيئة تمثل مصدرا للدعم الاجتماعي الفعال ومدى توافر أشخاص يهتمون بالفرد ويرعونهم ويتقنون به ويقفون بجانبه عند الحاجة وما إلى ذلك كالأسرة والأصدقاء... (**Sarason et al, 1983, p44**) وبالتالي فهي البحث عن السند والدعامة من أجل الاستناد عليها في مواجهة الضغط النفسي الناجم عن وضعية التأخر عن الإنجاب إضافة إلى البحث عن معلومات ذات صلة بالموضوع وأخذ تجارب الآخرين بمثابة مثال لتحدي الضغوط وزرع الأمل في النفوس. ومنه يتوضح أن إستراتيجيات حل المشكلة لها العديد من الوظائف في هذا السياق نجد دراسة **Moos et Holohan (2007)** التي حددت وظائف المواجهة لدى المريض فيما يلي (**شفيق، 2019، ص183**):

- التحكم في الأعراض: أي التحكم في حالة عدم الراحة والعجز وغيرها من الأعراض الصحية.
- التحكم في العلاج: وتشمل التدابير اللازمة للتكيف مع العلاج وكذا التعايش مع البيئة الاستشفائية.
- العلاقة مع مقدمي الخدمات الصحية: وتتمثل في تطوير والحفاظ على علاقات كافية مع مقدمي الرعاية الصحية.
- التحكم في المشاعر: ويقصد به الحفاظ على توازن عاطفي معقول عبر إدارة المشاعر المزعجة التي أثارها الأزمات الصحية وتداعياتها، حيث ترتبط العديد من المشاعر المزعجة (مثل التشاؤم من المجهول، الشعور بالاغتراب والعزلة والشعور بالنقص، الشعور بالغضب) مع أزمة صحية والجانب الأهم هو الحفاظ على بعض الأمل خلال الظروف الصعبة.
- الحفاظ على الصورة الإيجابية للذات: ويقصد بها محاولة الحفاظ على الشعور بالكفاءة والتحكم.

- الحفاظ على شبكة العلاقات الاجتماعية: أي الحفاظ على العلاقات الإيجابية مع أفراد العائلة والأصدقاء وغيرها من الشبكات الاجتماعية، لأن هذه الموارد يمكن أن تساعد الفرد في الحصول على معلومات حول ما هو ضروري لمواجهة المرض واتخاذ القرارات حول الرعاية الصحية.

- الاستعداد لمواجهة مستقبل غامض: حيث تزيد تهديدات الخسارة في حين الاعتقاد بأن الحفاظ عليها ممكن.

وهذا ما ينطبق على متأخرات الإنجاب من حيث المواجهة فالتحكم في الأعراض يكون من خلال مقاومة العجز والقيام بالواجبات اليومية من خلال رفع الكفاية والفعالية من أجل القيام بالعمل، أما التحكم في العلاج فيكون من خلال تقبل العلاجات وخلق الرغبة في تجربة أنواع مختلفة من العلاجات وهذا كله مقابل إنجاب طفل، أما العلاقة مع مقدمي الرعاية الصحية وذلك من خلال ربط العلاقات الاجتماعية مع الممرضات من أجل تسهيل الخدمات الصحية لهن. أما بخصوص التحكم في المشاعر فمعظم متأخرات الإنجاب وخاصة اللاتي قابلتهن أثناء فترة التبرص يفشلن بخصوص هذا الموضوع حيث يظهر عليهن التشاؤم، الشعور بالاغتراب والعزلة، الشعور بالنقص، الخوف ومنهن من تحافظ على بعض الأمل من أجل خفض التوتر والقلق. أما الحفاظ على الصورة الإيجابية للذات، تحاول متأخرات الإنجاب المحافظة على كفايتهن وفاعليتهن في القيام بالواجبات اليومية والقدرة على العمل، أما الحفاظ على شبكة العلاقات الاجتماعية فهناك نوعان من متأخرات الإنجاب: النوع الأول يتقبل الوضعية ويلجأ إلى البحث عن الدعم الاجتماعي وتوطيد العلاقات مع العائلة والأصدقاء وأفراد المحيط من أجل الشعور بالحماية والأمن وكذلك البحث عن الدعم المعلوماتي حول الوضعية، والنوع الثاني يرفض الوضع ويتجنبه كوسيلة للهروب منها حيث تلجأ متأخرات الإنجاب إلى تجنب المثيرات المزعجة (أشخاص، أحاديث... إلخ) واللجوء إلى التفكير في أشياء غير حقيقية أو خيالية للشعور بأفضل حال. وأخيرا الاستعداد لمواجهة مستقبل غامض، فالمستقبل بالنسبة لهن بيد الله عز وجل ومنهن من ترى أن الأطفال هم السند لهم في المستقبل وتملك إيمانا كبيرا بالله أنها ستنجب يوما ما وهناك من ترى أن المستقبل مسدود وأن الحياة ناقصة ولا يكملها إلا وجود طفل يتوج العلاقة الزوجية.

3-3 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية

تم قبول هذه الفرضية والتي مفادها " توجد علاقة بين إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال وجودة الحياة لدى متأخرات الإنجاب" وقد تم توضيح نوع هذه العلاقة على أنها علاقة عكسية أي أن إستراتيجيات المرتكزة على الانفعال لها آثار سلبية على نوعية حياة متأخرات الإنجاب، فكلما استخدمت هذه الإستراتيجيات بشكل كبير كانت الأضرار كبيرة على جودة الحياة وفي هذا الصدد نجد دراسة **Cousson-Gélie et al (1999)** التي انتهت إلى أن إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال ترتبط إلى حد كبير بستة أبعاد لنوعية الحياة هي ضعف الصحة الجسمية، القيود على الأنشطة الاجتماعية، الافتقار إلى الحيوية، الألم، اعتلال الصحة العقلية وأخيرا ضعف الصحة العامة وعليه فاستخدام المواجهة المرتكزة على الانفعال للتعامل مع الضغوط يبدو في الواقع غير وظيفيا، فهذه الإستراتيجيات تتوافق مع توافق جيد على المدى القصير ولكنها تصبح ضارة على المدى الطويل، ففيما يتعلق بالتوافق وجودة الحياة تعد بعض الإستراتيجيات المرتكزة على الانفعال أكثر ضررا من غيرها. (شفيق، 2019، ص 181)

وعليه فهذه الدراسة أكدت على أن أبعاد جودة الحياة الستة تشير إلى الدرجة المنخفضة لنوعية الحياة عند ارتباطها بهذه الإستراتيجيات من جهة، ومن جهة أخرى تعتبر هذه الأبعاد نتيجة لاستخدام إستراتيجيات مواجهة مرتكزة على الانفعال فتأخرات الإنجاب التي تركز في استخدام مثل هذه الأساليب الدفاعية نجدهن يعانين من اضطرابات نفسية (نوبات القلق، الاكتئاب، الشعور بالنقص وعدم تحقيق الذات... إلخ) وكذلك أمراض جسدية وشكاوى عضوية (الشعور بألم في المعدة، القولون، صداع في الرأس واضطراب الغدة الدرقية...) وكذلك الشعور بالعجز والافتقار للحياة والنشاط، اضطراب الصحة العامة واختلال النشاط الهرموني الذي يؤثر بصفة مباشرة على الإخصاب " كما أكدت الدراسات أن الاضطرابات الانفعالية قد تؤدي إلى التأخر عن الإنجاب ومثل هذا التأخر يجعل المرأة أكثر قلقا وهكذا تدخل المرأة في دائرة القلق مما يجعل فرص الحمل محدودة جدا وهذا يستدعي كسر هذه الدائرة لإعادة الاستقرار النفسي للزوجة إلى المستوى الطبيعي اللازم لعملية الإخصاب". (**Cousineau et Domar, 2007, p30**) وبما أن مفردات عينة دراستنا من الجنس الأنثوي فغالبا ما يميل هذا الجنس في مواجهة الضغوط إلى

التعبير بأساليب انفعالية منها اللوم الذاتي والتجنب... إلخ حيث يرى (Laubouvie-vief et al (1989) بأن النساء يميلون أكثر فأكثر إلى التوجه نحو حياتهم الداخلية من خلال التجنب وكذلك البحث عن الدعم الاجتماعي بالقرب من الآخرين، وفي مواجهة الصراع فالنساء يميلون إلى اللوم و الذم. (Chabrol,) (2004, p83) انطلاقاً من هذه الدراسة فالنساء اللواتي يعانين من التأخر عن الإنجاب يملن إلى التعبير الانفعالي (من خلال نوبات الغضب، العصبية وتقلب المزاج والبكاء... إلخ) وهناك أساليب أخرى مثل التجنب والعزلة والاحتفاظ بمشاعرهن لأنفسهن مع النظرة التشاؤمية للموضوع، وهناك من يمتلكها شعور بالذنب اتجاه زوجها في حالة إذا ما كانت هي السبب في التأخر حيث تفكر في أنها السبب من حرمانه من الأطفال خاصة إذا كان يميل لهم ميلاً كبيراً.

وتبقى نتيجة هذه الأساليب الدفاعية المنتهجة ذات تأثير سلبي على جودة الحياة فغالبا ما يتحول القلق على الجسد ويصبح هذا الأخير يعاني من أمراض واضطرابات متعددة وهي ما تسمى بالاضطرابات السيكوسوماتية أين يتكلم الجسد عن معاناة داخلية للنفس. قدم (Cohen (1994 مجموعة من الإستراتيجيات المعرفية لمواجهة الضغوطات الحياتية منها: الرجوع إلى الدين، وتشير هذه العملية إلى رجوع الفرد نحو المعتقدات الدينية قصد مواجهة المواقف الضاغطة والتغلب عليها عن طريق الإكثار من العبادات كمصدر للدعم الروحي والانفعالي. الدعابة أو الفكاهة، وهي إستراتيجية تتضمن التعامل مع الضغوط والأمور الخطيرة ببساطة وروح الفكاهة، كما أنها تؤكد على الانفعالات الايجابية أثناء المواجهة. (ساعد، 2019، ص 161)، ومنه فهذه الإستراتيجيتين تلجأ إليها متأخرات الإنجاب خاصة الرجوع إلى الدين بما أن الحمل بيد الله وحده وهنا يوجد من السيدات من تلجأ إلى الإكثار من العبادات (الصلاة، الدعاء، قراءة القرآن، صلاة الفجر... إلخ) والتضرع إلى الله لأنه هو مصدر الدعم الروحي والمساندة، وهناك القليل منهن من تسلك أسلوب الدعابة من أجل تقبل الموضوع والتخفيف من الضيق الداخلي.

وعليه فإستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال هي إستراتيجيات ذات تأثير مؤقت في إزالة التهديد الناتج عن الوضعية الضاغطة، ومنه ففعاليتها ضعيفة في الحفاظ على جودة الحياة لدى متأخرات الإنجاب بل على العكس تجعلها ذات درجة منخفضة.

3-4 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

تم قبول هذه الفرضية وإثباتها إحصائياً والتي مفادها " توجد علاقة بين إستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى متأخرات الإنجاب" وقد تبين من خلال عرض وتحليل نتيجة هذه الفرضية أن العلاقة عكسية ضعيفة أي أن استخدام إستراتيجيات التجنب تجعل جودة الحياة سيئة لدى فئة متأخرات الإنجاب حيث تعرف هذه الإستراتيجيات على أنها "الإستراتيجيات السلبية التي يوظفها الفرد في تجنب الأزمة والإحجام عن التفكير وتقوم هذه الإستراتيجية على الأسس التالية: الإحجام المعرفي لتجنب التفكير الواقعي والممكن في الأزمة، التقبل الاستسلامي للأزمة وترويض النفس على تقبلها، البحث عن المكافآت البديلة عن طريق الاشتراك في الأنشطة البديلة ومحاولة الاندماج فيها بهدف توليد مصادر جديدة للإشباع والتكيف بعيداً عن مواجهة الأزمة، التنفيس والتفريغ الانفعالي بالتعبير لفظياً عن المشاعر السلبية وفعلياً عن طريق المجهودات الفردية المباشرة لتخفيف التوتر. (عبد الله الضريبي، 2010، ص 681)

وما يفسر هذه النتيجة هو أن تأخر الإنجاب في مجتمعاتنا يعتبر كوصمة اجتماعية تلتصق بالمرأة لوحدها دون الرجل حتى ولو لم تكن سبباً فيه فالمحيط يضع مسؤولية ذلك على عاتقها لوحدها من خلال الكلام الجارح وتدخل أطراف أخرى في هذا الموضوع ما بين الزوجين... إلخ، مع عدم احترام خصوصية هذا الوضع، كل هذا يعتبر إزعاجاً بالنسبة للمرأة المتأخرة عن الإنجاب والحمل بعد مرور زمن من زواجها حتى إذا بلغت السنين تتفاهم الأمور أكثر ويصبح المحيط يطلق أقاويل ويوجه أسئلة لها لماذا لم تتجبي بعد؟ هل لديك مشكل معين؟ ... إضافة إلى مقارنتهن بزوجات تزوجن في نفس الفترة معهن أو بعد ذلك وأصبح لديهن أطفال، كل هذا يسبب ضغطاً نفسياً لدى المرأة وضيقاً انفعالياً كبيراً يجعلها تتجه نحو أساليب مواجهة تجنبية هدفها حسب (Perlain et al (1978 توفير الراحة الانفعالية وتخفيف التوتر لمدة تسمح بجمع الإمكانيات والمعلومات الكافية ودراسة الحلول الممكنة للصراع. (ساعدي، 2019، ص157) فالتجنب والهروب من هذه الأمور يجعل متأخرة الإنجاب تبحث عن فضاء للراحة وخفض التوتر الذي تشعر به ولكن هذا يحدث لوقت قصير فقط لأنه حتى ولو اعتزلت المحيط فموضوع التأخر عن الإنجاب يبقى مسيطراً على تفكيرها كل الوقت وبهذه الأساليب التجنبية فهي تتوقع داخل عالم خيالي لا تفتح مدخله لأحد سوى أولو الدعم ومقدمي المساندة لها، حيث تصبح العلاقات الاجتماعية محدودة

جدا تنحصر في بعض أفراد العائلة فقط وهذا الأمر يمس بأحد محاور جودة الحياة ويجعلها سيئة لأن ربط علاقات اجتماعية مع الآخرين يجعل الفرد يفتح عليهم ويتبادل معهم الخبرات والمعلومات ويصبحون مصدرا مدركا للمساندة الاجتماعية في الأزمات.

تعتبر إستراتيجيات المواجهة حسب Fletcher et Suls إستراتيجيات مواجهة سلبية *passif coping* ويضم هذا النوع الإستراتيجيات السلبية التي يأخذ فيها الفرد موقفا بعيدا عن المشكل وتقتصر على إستراتيجيات تكيفية تكون نتائجها ذات مدى قصير أو في وضعيات خارجة عن قدرة الفرد على التحكم ولا يمكن حلها كالإنكار، التجنب، التقبل المرغم... إلخ وغيرها. (Chabrol, 2004, p 119) وعليه فالتأخر عن الإنجاب من الوضعيات الخارجة عن قدرة الفرد على التحكم لذلك تلجأ متأخرات الإنجاب إلى الاستسلام والتقبل المرغم، والتجنب كإستراتيجيات مواجهة تعبر عن الانسحاب من المجتمع يتضمن دفاعات نفسية داخلية كإنكار الوضعية وعدم تقبلها والنكوص الذي يظهر من خلال الرجوع إلى مراحل إشباع سابقة والتثبيت فيها حيث تعود النزوة بعد انفصالها عن الوجدان إلى أصلها وهو الجسد أين تظهر الاضطرابات السيكوسوماتية في العضو الهش، وكذلك نجد التمرکز حول الذات أين تستثمر المرأة في نفسها وتقطع علاقاتها مع الآخرين وهذا ما يخلق لها الشعور بالوحدة والاعتراب ويولد لها الشعور بالنقص وفقدان الثقة بنفسها وعدم تحقيق ذاتها وهذا يعكس مباشرة اضطراب الصحة الجسمية والنفسية التي تجعل من جودة الحياة لهؤلاء السيدات في مستوى منخفض حيث تمس بتكيفهن مع المحيط وتوافقهن النفسي وانتمائهن، هذا الانتماء يعادل نصف المفهوم لجودة الحياة أين يتم قبولهن في مختلف الوضعيات ونذكر الانتماء الجسدي وهو مجموع الروابط التي يستدخلها الفرد في محيطه الجسدي (إقامته، تجاوره، مكان عمله... إلخ والانتماء الاجتماعي الذي يشمل روابط التعلق التي يؤسسها الفرد مع محيطه الاجتماعي، والانتماء التواصلية وهي علاقات الشخص مع مختلف الموارد التي تمنح للأفراد وللمجتمع. (Goode, 2000, p 121) وعليه تحقيق الانتماء عنصر أساسي جدا في رفع مستوى جودة الحياة لدى متأخرات الإنجاب فمن خلاله يحقق الفرد شبكة علاقات اجتماعية واسعة تساعده على تحقيق أهدافه وأحلامه ولكن في وضعية التأخر عن الإنجاب فالمجتمع لا يسمح للمرأة هذا الأمر بل يدفعها إلى استخدام إستراتيجيات التجنب، تجنب الألم والضيق النفسي.

4- دراسة الحالات العيادية

4-1 الحالة الأولى

4-1-1 البطاقة الإكلينيكية

الاسم: إيمان

السن: 37 سنة

المستوى التعليمي: متحصلة على شهادة ليسانس

المهنة: مهندس زراعي

مدة الزواج: 9 سنوات (2014)

مدة التأخر في الإنجاب: 8 سنوات

سبب التأخر: نقص مخزون البويضات بالإضافة إلى سوء جودة البويضة.

الطبيب المعالج: حاليا حجاجي و من قبل العديد من الأطباء في كل من عنابة، قسنطينة، الجزائر العاصمة.

السوابق العائلية: لا توجد أي حالة من قبل في العائلة عانت من التأخر في الإنجاب.

4-1-2 الملاحظة العيادية للحالة الأولى

-المظهر العام: الملابس مرتب ونظيف، البنية الجسدية جسم نحيل ومتوسط الطول، تعابير الوجه يظهر عليها ملامح الحزن والكآبة.

- التواصل البصري: وجود تواصل بصري طبيعي مع الأخصائية وفي بعض الأحيان شرود.

- السلوك الحركي: قليلة الحركة، في العيادة تجلس مستندة على مكتب الأخصائي من شدة التعب الذي تحس به.

- المزاج: حزين

- التوجه والسلوك نحو الفاحص: متعاونة بدرجة كبيرة مع الأخصائية تتحدث بتلقائية، تجيب على الأسئلة مباشرة، كما أنها أبدت رغبة كبيرة في إجراء المقابلات لأنها تود الذهاب إلى أخصائي نفساني منذ زمن.

4-1-3 جدول المقابلات العيادية مع الحالة الأولى

جدول(15): يمثل المقابلات العيادية مع الحالة الأولى

تاريخ المقابلة	مكان المقابلة	الزمن المستغرق في المقابلة	موضوع المقابلة
2023 /08/31	عيادة الدكتور حجاجي	45د	محاولة كسب ثقة المفحوصة والحديث حول الحمل والإنجاب
2023/09/07	عيادة الدكتور حجاجي	30د	أسئلة المحور الأول للمقابلة
2023/09/14	منزل المفحوصة	60 د	أسئلة المحور الثاني والثالث للمقابلة
2023/09/21	منزل المفحوصة	45 د	تطبيق مقياس إستراتيجيات المواجهة
2023/09/28	عيادة الدكتور حجاجي	50 د	تطبيق مقياس جودة الحياة

4-1-4 ملخص المقابلات مع الحالة الأولى

إيمان امرأة متزوجة منذ سنة 2014 تبلغ من العمر 37 سنة، متحصلة على شهادة جامعية وتعمل حالياً في مجالها إضافة إلى زوجها الذي يعمل عون حماية إلى جانب مزاولة عمل حر بعد الانتهاء من دوامه، يعيشان في منزل للكراء. تعاني الحالة إيمان من تأخر عن الإنجاب لمدة 8 سنوات حسب قولها (مدة تاع 9 ans بلا دراري صعبة بزاف).

بعد مرور سنة من زواجها بدأت إيمان في زيارة الأطباء المختصين في أمراض النساء والتوليد لمعرفة سبب عدم حملها حتى ذلك الوقت وقد أقر التشخيص بأن السبب في ذلك هو نقص في مخزون البويضات لديها إضافة إلى سوء جودة البويضة، لم تقتنع الحالة بالتشخيص وواصلت زيارة العديد من الأطباء داخل ولاية سكيكدة وخارجها (الجزائر العاصمة، قسنطينة، عنابة) إلا أن التشخيص هو نفسه حيث اقترح عليها أحد الأطباء إجراء تقنية التلقيح الاصطناعي في سن 30 سنة لكن إيمان رفضت ذلك بحكم صغر سنها مقارنة بهذا الحل، واجهت إيمان هذه الوضعية من خلال البحث عن معلومات حول الموضوع في المواقع الطبية على الانترنت، التواصل مع حالات مماثلة من أجل البحث عن تفاصيل أخرى، كما لجأت إلى الطب الشعبي لدى نساء يعملن على التداوي بالأعشاب وغيرها، أخذت العلاج الطبي من تحاليل، أشعة، دواء، حقن تفجير البويضات وكذلك أدوية التنشيط لأن الحالة خضعت إلى تقنية التلقيح المجهري في سن 32 سنة لكن فشلت بسبب عدم كبر حجم البويضات، وبعد سنتين خضعت لتقنية تلقيح في المختبر FIV لكن الانقسام الخلوي لم يكتمل.

كانت مصادر الدعم والمساندة الاجتماعية متعددة لدى إيمان عائلتها، أخواتها، صديقتها وحتى زوجها في البداية لكن بعد مرور السنين أصبح قلقا ومتوترا طوال الوقت حسب ما صرحت به الحالة (راجلي من قبل كان ميهدرش يقولي مكتوب ربي ومزال الوقت قدامنا... بصح عام يجر عام وحنا كبرنا ولا يحوس على لولاد، ولا يقلق قالي ننتزوج، منبعد كي مرض ولا diabétique بطل الزواج عليا)، أصبحت الحالة تعاني من اضطراب الغدة الدرقية نتيجة للقلق الدائم، كما أصبحت تحس بالوحدة واليأس من الحمل والإنجاب حتى البحث عن الموضوع تخلت عنه (نحوس على معلومات في internet هذه بكري بصح دركا موليتش نحب نفهم ياست خلاص خليتها على ربي)، ذكرت إيمان أنها أصبحت عصبية جدا حتى على الأمور الصغيرة (وليت nerveuse نقلق على كلش، كلش يقلقني وليت نعيط بزاف... نرجع الهدرة ونفسدها)، متشائمة، حزينة، محبطة، كما أصبحت جودة حياتها سيئة بسبب تأثير وضعية تأخر الإنجاب عليها (ولات حياتي سيئة ما فيها والو مليح من غير القلقة والمرض والتعب والمشاكل) فالأمومة حسب إيمان هي أجمل شيء بالنسبة للمرأة والأطفال هم سند لوالديهم (الأمومة أجمل حاجة تصرا لمرأ أي وحدة تتمناها)، وبسبب هذا الوضع أصبحت الحالة تتجنب كل ما يتعلق به من أحاديث ومناسبات اجتماعية،

أشخاص... إلخ. من الحلول التي لجأت إليها إيمان من أجل التخفيف من التوتر والقلق هي: الحديث مع صديقة لها، القيام بأعمال منزلية، قراءة القرآن... لكن موضوع الإنجاب مسيطر على تفكيرها طوال الوقت حتى أثناء عملها.

- تحليل المقابلات العيادية

تم إجراء العديد من المقابلات العيادية مع الحالة إيمان وتوضح أنها تعيش حالة نفسية صعبة جراء الوضعية المجهدة والتي مضمونها التأخر عن الإنجاب الذي دام لسنوات، أصبحت هذه الوضعية تشكل ضغطاً نفسياً كبيراً عليها (القلق، التشاؤم، الإحساس بالفراغ والنقص، الكآبة، نوبات البكاء...) بالإضافة إلى مجموعة من الأعراض الفيزيولوجية (كالخمول والإحساس بالتعب بدون داعٍ، ارتفاع ضربات القلب دون بدل أي مجهود، فقدان الشهية، إلخ) فالحياة أصبحت سيئة لا تحمل في طياتها سوى الألم والمشاكل والتعب والمرض بالنسبة لها.

بما أن السبب في هذا التأخر عن إنجاب طفل يتوج علاقتها الزوجية هو وجود مشكل على مستوى الجهاز التناسلي خاصتها كما ذكرنا آنفاً فهو يعتبر أحد العوامل الضاغطة إضافة إلى ضغط المجتمع (تهديد الزوج بالزواج عليها بأخرى، الكلام الجارح الصادر من أهل الزوج...) ورغبتها الملحة في الأمومة (هذه الأخيرة بالنسبة لها أجمل شيء يمكن أن يحصل للمرأة كما تعتبر أن الأطفال هم سند لها لاحقاً) وعليه لمواجهة هذه المتطلبات الداخلية والخارجية استخدمت الحالة العديد من إستراتيجيات المواجهة هدفها تحقيق التكيف مما يضمن لها الحفاظ على توازنه الداخلي ورفاهيتها النفسية، ففي البداية أنكرت الوضع ولم تقبل التشخيص وخاصة وأن بعضاً من الأطباء اقترحوا عليها تقنية التلقيح الاصطناعي في سن مبكرة حسب رأيها، هذا النوع من الإستراتيجيات هدفها تخفيض التوتر الداخلي ولكن لن يغير من المشكلة شيئاً وبذلك هي مواجهة سلبية وحسب Suls و Fletcher هذا النوع من الإستراتيجيات السلبية التي يأخذ فيها الفرد موقفاً بعيداً عن المشكل وتقتصر على إستراتيجيات تكيفية تكون نتائجها ذات مدى قصير، أو في وضعيات خارجة عن قدرة الفرد على التحكم ولا يمكن حلها كالإنكار، التجنب، التقبل المرغم... وغيرها. (ساعد، 2018-2019، ص 159)، وبعدها استخدمت إستراتيجيات حل المشكلة فقد

بحثت عن العديد من الحلول (التردد على عدد كبير من الأطباء، تناول أدوية مختلفة كأدوية تنشيط وتفجير البويضات، إجراء مختلف طرق الاستقاء الطبي وطرق الطب الشعبي الطبيعي... إلخ)، كذلك البحث عن الدعم المعلوماتي (الاتصال بحالات مماثلة وذوات خبرة سابقة) ولخفض الضيق الانفعالي لجأت الحالة إلى التحدث مع أفراد عائلتها وصديقتها عند الشعور بالقلق فاخترت هذا النوع من الإستراتيجيات جاء بعد تقييمها للوضعية على أنها تهديد بفقدان حياتها الزوجية فهو يمثل المواجهة النشطة للوضعية التي تعيشها " وهنا يحاول الشخص تغيير الوضع أو تقديره له، ووفقا لذلك يطور المهارات والإستراتيجيات النشطة كوضع مخطط لحل المشكل أو جمع المعلومات المتعلقة بالوضعية مع توقيت مثالي والتحكم في تنفيذ الإجراءات المخططة، ضبط النفس أو البحث عن السند الاجتماعي... إلخ". (المرجع نفسه، ص 160)

بعدما استمر الوضع لسنوات أصبحت الحالة في وضعية الاستسلام والتقبل المرغم لموضوع التأخر عن الإنجاب وتقييمه على أنها ابتلاء من الله عز وجل ويجب الصبر عليه (تقييم أولي للوضعية على أساس أنها تحدٍ من خلال الصبر لنيل تعويض من الله عز وجل) وهنا تغيرت حياتها خاصة بعد عرض شريكها بالزواج عليها بأخرى من أجل إنجاب طفل، فأصبحت صحتها الجسدية مضطربة (أمراض سيكوسوماتية مثل القولون العصبي واضطراب في نشاط الغدة الدرقية، الألم على مستوى الرأس...) كما امتد التأثير على صحتها النفسية أيضا فقد أصبحت تعاني من الكآبة والتشاؤم والإحباط، تقلب المزاج والعصبية إضافة إلى فقدان الأمل في الحمل واليأس منه كما أصبحت تميل إلى السكوت وعدم التحدث في الموضوع مع تبني إستراتيجيات التجنب للأشخاص والحديث معهم بسبب نفورها من كلمات الشفقة التي تتلقاها منهم، تلجأ إلى أحلام اليقظة والتخيل من أجل الشعور بنوع من الراحة والهروب من واقعها وهذا ما أدى إلى قلة اهتمامها بالمحيط وتفاصيله حيث تتضمن إستراتيجيات المواجهة التجنبية (الإحجامية) النزعة نحو التشتت وصرف ذهن الفرد عن الحدث الضاغط وتجنب التفكير الواقعي فيه وتقبل المشكلة والاستسلام لها أو التنفيس الانفعالي لخفض التوترات، الانفعالات السلبية المصاحبة للحدث الضاغط، وحسب رأي كل من Taylor و Stanton (2007) فإن الإستراتيجيات التجنبية التي تتكون من

إستراتيجيات أخرى فرعية مثل الإنكار والتشتت والكبت والقمع والتقبل أو الاستسلام هي إستراتيجيات غير تكيفية.

بما أن جوهر جودة الحياة يكمن في إشباع الحاجات كمكون أساسي لها فالحالة غير راضية عن حياتها لعدم توفر فرصة للراحة وعدم قدرتها على الاستمتاع بالحياة وعدم قدرتها على إشباع حاجاتها البيولوجية (كالنوم والاستمتاع بالأكل ...). كما أن عدم شعورها بالسعادة والرضا عن العيشة التي تعيشها هو ما يجعل جودة حياتها سيئة وهذا لعدم قدرتها على تجاوز المشكلة خاصة وأن تقنية التلقيح الاصطناعي وتقنية التلقيح في المختبر فشلتا في المرتين أي أن إيمان فشلت في إنجاب طفل بكل الطرق، وتؤكد Ryff أن جودة حياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الأزمات التي تظهر في مراحل حياته المختلفة، وأن التطور في هذه الأخيرة هو الذي يحقق له السعادة النفسية التي تعكس شعوره بجودة الحياة. (عبد الحفيظي، 2015-2016، ص47) ومنه فإستراتيجيات المواجهة التي استخدمتها الحالة لم تحقق لها التكيف مع الوضعية التي تعيشها لذا يتضح أن العلاقة بين جودة الحياة وإستراتيجيات المواجهة خاصة المرتكزة على الانفعال والإستراتيجيات التجنبية هي علاقة سلبية ماعدا إستراتيجيات حل المشكلة التي ساعدتها في التخفيف من شدة التوتر والضييق الانفعالي فالعلاقة إيجابية.

4-1-5 مقياس إستراتيجيات المواجهة المطبق على الحالة الأولى

تم تطبيق مقياس إستراتيجيات المواجهة على الحالة " إيمان " وقد تم الحصول على النتائج التالية:

الجدول (16): يمثل نتائج مقياس إستراتيجيات المواجهة للحالة الأولى.

إستراتيجيات المواجهة	الدرجة الخام	النسبة المئوية
إستراتيجيات حل المشكلة	31	29,80%
إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي	17	16,34%
إستراتيجيات التجنب	27	25,96%
إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي	16	15,38%
إستراتيجيات التأنيب الذاتي	13	12,5%

المجموع	104	%100
---------	-----	------

يتبين من خلال الجدول أعلاه أن إستراتيجيات حل المشكلة هي أكثر إستراتيجية تركز عليها الحالة أثناء مواجهة وضعية تأخر الإنجاب فقد جاءت بنسبة 29,8% بعد إستراتيجيات التجنب 25,96% تليها إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي بنسبة 16,34% ثم إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي بنسبة 15,38% وأخيرا إستراتيجيات التأنيب الذاتي بنسبة 12,5%.

الجدول (17): يمثل نوع إستراتيجيات المواجهة المستخدمة من طرف الحالة الأولى.

إستراتيجيات المواجهة	الدرجة الخام	النسبة المئوية
إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكلة	48	%46,15
إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال	56	%53,84

من خلال الجدول السابق يتضح أن إيمان تستخدم إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال في مواجهة وضعية التأخر عن الإنجاب الذي دام 8 سنوات، حيث جاءت بنسبة 53,84% تليها الإستراتيجيات المرتكزة على حل المشكلة بنسبة 46,15%.

4-1-6 مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة الأولى

تم تطبيق هذا المقياس على الحالة إيمان، وبعد تصحيحه كانت النتائج كالاتي:

الجدول (18): يمثل نتائج مقياس جودة الحياة للحالة الأولى

الأبعاد	الدرجات الخام	متوسط الاستجابات لكل بعد
الصحة الجسمية	18	2,57
الصحة النفسية	19	3,16
العلاقات الاجتماعية	12	4
البيئة	21	2,62
الدرجة الكلية		12,35

حساب الدرجة المحولة عن طريق تطبيق المعادلة التالية: (الدرجة الكلية - 4) (16/100)

$$52,18 = (6,25)(8,33) = (16/100)(4-12,35)$$

$$الدرجة\ المحولة = 52,18$$

يتضح من خلال نتائج المقياس أن بعد العلاقات الاجتماعية تحصل على 4 درجات، يليه بعد الصحة النفسية 3,16 ليأتي بعده بعد البيئة 2,62، وأخيرا بعد الصحة الجسمية 2,57 درجة لتكون الدرجة الكلية 12,35. وبعد تطبيق المعادلة كانت الدرجة المحولة 52,18.

وعليه توضح نتائج مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة الأولى درجة 52,18 التي تدل على أن جودة الحياة سيئة.

4-1-7 التحليل العام للحالة الأولى

من خلال المقابلات الإكلينيكية التي قمنا بها مع الحالة "إيمان" وبعد تطبيق مقياس إستراتيجيات المواجهة ومقياس جودة الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية في نسخته المختصرة وتحليلهما توضح أن إيمان تعاني من وضعية ضاغطة موضوعها التأخر عن الإنجاب وتبعاته لمدة 8 سنوات متتالية، أثرت على جميع الأصعدة الحياتية لها (جسدية، نفسية واجتماعية) وفي هذا السياق نجد دراسة **Naab et al (2013)** حول الصحة النفسية الاجتماعية للسيدات المتأخرات عن الحمل في غانا، حيث توصلت النتائج إلى أن المتأخرات في الحمل يعانين من مستوى عال من الضغوط النفسية وأعراض الاكتئاب والعزلة

المجتمعية" والسبب في هذه الحالة يعود إلى أن إيمان هي المسؤولة عن هذا التأخر لوحدها أمام زوجها خاصة (بحكم أنه لا يعاني من أي ضرر) وأمام المجتمع عامة، ويكمن السبب في ضعف جودة البويضات ونقص المخزون أيضا.

واجهت المفحوصة هذه الوضعية من خلال استخدامها لإستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال وهذا ما وضحته نتائج مقياس Paulhan حيث كانت النسبة 53,84% بدرجات خام قدرت ب56 درجة، وهذا يعني أن المفحوصة لجأت إلى سيرورات معرفية سلوكية وانفعالية للتخفيف من الضغط النفسي الذي تمر به، ويعرف **Lazarus & Folkman** هذا النوع بأنه مجموع الجهود التي تعدل الحالة الانفعالية المصاحبة للحدث الضاغط، تؤثر على الانفعال وتؤدي إلى الارتياح وتخفيف درجة التوتر، لكن تأثيرها يبقى مؤقتا نظرا لأنها لم تتخلص نهائيا من مصدر الإزعاج. وهو ما جعل Lazarus يصنفها على أنها ميكانيزمات ذات تأثير مرحلي أو انتقالي، أي أنها أقل فعالية في مواجهة العوامل الضاغطة.

كما جاءت إستراتيجيات التجنب بنسبة 25,96% ويظهر ذلك من خلال السلوكيات التجنبية التي صدرت من إيمان كتجنب الحديث مع الأشخاص حول موضوع الحمل والإنجاب (إلا مع أخواتها وصديقتها ويكون الحديث سطحيا نوعا ما) كذلك تجنب المناسبات الاجتماعية لنفس السبب ولتقادي نظرة الشفقة التي تحس بها والألم النفسي الذي تشعر به عند مقارنة نفسها مع حوامل أو أخريات أنجبن أطفالا وفي هذا الصدد نجد دراسة **Berger et al (2013)** "بتجربة النساء مع تأخر الحمل وقد توصلت الدراسة أن المتأخرات في الإنجاب يشعرن بالألم النفسي عندما يقابلون سيدات حوامل". كما نجد إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي التي جاءت بنسبة 15,38% حيث صرحت إيمان بأنها تضخم الأمور في العادة (تشوهات معرفية في معالجة المعلومة) وهذا ما يسبب لها القلق والتوتر دائما، حتى أن موضوع التأخر عن الإنجاب تنظر فيه نظرة سلبية متشائمة، تعقد الأمور (منها موضوع التلقيح الاصطناعي الذي سيجرى لها قريبا)، وأحيانا أخرى تعيد تقييم سلوكياتها وأفكارها، تنتقد نفسها. أما إستراتيجيات التأييد الذاتي فقد جاءت بنسبة 12,5% وهي أقل نسبة من بين إستراتيجيات المواجهة ويرجع إلى شعورها بالندم لعدم موافقتها على إجراء تقنية التلقيح الاصطناعي قبل 7 سنوات في سن 30 سنة أين كانت سنها

صغيرة ومخزون البويضات لا بأس به مقارنة بالوقت الحالي (لأن مدة الدورة 26 يوم) وربحا للسنوات التي مضت.

رغم أن إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال هي الأكثر استخداما من قبل المفحوصة إلا أنها لجأت إلى إستراتيجيات حل المشكلة أيضا والتي قدرت بنسبة 29,80% ويظهر هذا من خلال محاولتها البحث عن حلول للوضع الذي تعيشه من خلال التردد على العديد من الأطباء داخل ولاية سكيكدة وخارجها، البحث عن معلومات عبر الانترنت، تلقيها لعلاجات طبيعية بيئية (بالأعشاب وغيرها) كنوع من الحلول، تناولها لأدوية التنشيط وأخذها لحقن تفجير البويضات... إلخ، كما نجد إستراتيجيات البحث عم الدعم الاجتماعي التي جاءت بنسبة 16,34% وهي نسبة قليلة مقارنة بنسبة إستراتيجيات التجنب وما يبرر ذلك أن المفحوصة تفضل العزلة في أغلب الأوقات أكثر من بحثها عن مصادر للمساندة الاجتماعية والدعم المعلوماتي.

بالنسبة لجودة حياتها فقد أظهرت استجاباتها على بنود مقياس جودة الحياة بعد تصحيحه أنها سيئة، فقد كانت نتيجة درجات المقياس 52,18 وهذا ينمُّ على أن التأخر عن الإنجاب وانعدام وجود الأطفال في حياتها له أثر بليغ إضافة إلى فشل تقنيتي الحقن المجهري والتخصيب في المختبر ونزول الدورة في موعدها التي تعتبر كدليل على فشل مشروع الحمل في كل شهر الأمر الذي أدى إلى عدم قدرتها على مواجهة هذه الإحباطات الناتجة عن هاته الأزمات، وتؤكد **Ryff** أن جودة حياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الأزمات التي تظهر في مراحل حياته المختلفة، وأن التطور في هذه الأخيرة هو الذي يحقق له السعادة النفسية التي تعكس شعوره بجودة الحياة.

وعليه فقد تبين من خلال محاور المقياس أن جودة الحياة الجسمية جاءت بأقل درجة 2,57 وهذا راجع إلى إصابتها باضطراب الغدة الدرقية جراء هذه الوضعية والذي سبب لها أعراض التعب والخمول وسرعة الاستثارة والغضب وهذا أثر على قدرتها في العمل وكفاءاتها لأداء الواجبات اليومية، كما نجد محور البيئة الذي تحصل على 2,62 درجة ويعود هذا إلى قلة شعورها بالأمن بسبب محاولة زوجها الزواج بأخرى من أجل الإنجاب، عدم الرضا عن السكن (إيجار) والمزاج والخدمات الصحية المقدمة لها، عدم

وجود فرصة للراحة والاسترخاء بسبب ظروف عملها إضافة إلى أعباء المنزل. بعدها نجد جودة الحياة النفسية التي قدرت بـ3,16 درجة يمكن تفسيرها من خلال عدم قدرتها على الاستمتاع بالحياة وعدم شعورها بوجود معنى لحياتها لأن وجود طفل حياة بالنسبة لها كما أن الموضوع يسيطر على تفكيرها الذي يسبب لها الكثير من الحزن والقلق، وأخيرا نجد أن جودة العلاقات الاجتماعية جاءت بـ4 درجات وهي ذات مستوى متوسط لأن إيمان تحافظ جزئيا على علاقاتها مع محيطها.

وعليه فإستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال والتي تلجأ إليها الحالة في مواجهة تأخر الإنجاب لم تتجح في تحسين جودة حياتها لأن هذا الموضوع له تأثير بليغ عليها، فالحمل يعني إنجاب طفل هذا الأخير هو من يحقق لها حلم الأمومة لكن غيابه سبب لها جرحا نرجسيا وهذا ما أدى بها إلى الانسحاب من علاقاتها الاجتماعية (التجنب) وتوجهها نحو الاستثمار في ذاتها (العزلة) وبروز القلق وأحلام اليقظة كدفاع عن ذاتها من الانهيار حيث تقول **Bydlowski Monique** " إن معاناة التأخر عن الإنجاب عند المرأة سيكون جرحا نرجسيا وموضوعيا... وبالتالي سيكون هذا الطفل هو الذي يأتي ويملأ كل الأحزان وجراح الحياة، إن ألم هذا النقص هو الذي يحتل في كثير من الأحيان المكانة الأعظم إلى جانب عدم تلقي هدية (طفل) من رفيق المرء" (Jaoul, 2011, p 25)، فإنجاب طفل بالنسبة لها عامل جديد يعمل على تغيير حياتها وولادة سند لها ولزوجها مستقبلا ناقلا لاسم العائلة كما ترى **Bydlowski** في المجال الاجتماعي الأنتروبولوجي يتم تفسير الرغبة في إنجاب طفل على أنها استجابة للتوقعات الجماعية والأعراف الاجتماعية مما يجعل من الممكن إدامة المجموعة والوصول إلى وضع جديد" (**Régine**, 2020, p 4). أما إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكل لها آثار مفيدة على جودة حياتها من خلال إحساسها بالقدرة على المواجهة وبالتالي ارتفاع مستوى الثقة بنفسها.

2-4 الحالة الثانية

1-2-4 البطاقة الإكلينيكية

الاسم: نور الهدى

السن: 38 سنة

المستوى التعليمي:ثالثة ثانوي

المهنة: عون حماية مدنية

مدة الزواج: 7 سنوات (2016)

مدة التأخر في الإنجاب: 6 سنوات

سبب التأخر: مخزون البويضات ضعيف جدا.

الطبيب المعالج: الدكتور بولقنafd، الدكتور شابو، الدكتور حاشية وحاليا الدكتور حجاجي جمال

السوابق العائلية: لا توجد، نور الهدى أول حالة في العائلة.

4-2-2 الملاحظة العيادية للحالة الثانية

-المظهر العام: الملبس في العيادة جاءت بلباس العمل أما في المنزل فلباسها مرتب، البنية الجسدية قامة

طويلة ووزنها متوسط، تعابير الوجه ملامح حزن ويأس

- التواصل البصري: وجود تواصل بصري مع الأخصائية

- السلوك الحركي: قليلة الحركة

- المزاج: حزين، بكاء في كل المقابلات

- التوجه والسلوك نحو الفاحص: متعاونة مع الأخصائية، تتحدث بتلقائية كبيرة، تجيب على الأسئلة مباشرة.

4-2-3 جدول المقابلات العيادية مع الحالة الثانية

جدول(19): يمثل المقابلات العيادية للحالة الثانية

تاريخ المقابلة	مكان المقابلة	الزمن المستغرق في المقابلة	موضوع المقابلة
2023/09/26	عيادة الدكتور حجاجي	45 د	العمل على كسب ثقة المفحوصة
2023/10/03	منزل المفحوصة	30 د	المحور الأول للمقابلة
2023/10/10	منزل المفحوصة	60 د	المحور الثاني والثالث للمقابلة
2023/10/17	منزل المفحوصة	45 د	تطبيق مقياس إستراتيجيات المواجهة
2023/10/24	منزل المفحوصة	40 د	تطبيق مقياس جودة الحياة

4-2-4 ملخص المقابلات مع الحالة الثانية

نور الهدى امرأة بلغت 38 سنة من عمرها متزوجة منذ 2016 من رجل يعمل معها في نفس الميدان (الحماية المدنية)، يقيم في منزل للكراء في مدينة سكيكدة. تعاني نور الهدى من تأخر في الإنجاب لمدة 6 سنوات، بعد زواجها بفترة قدرت بسنة تقريبا أصبح موضوع الحمل والإنجاب مصدر اهتمامها فبدأت الحالة في زيارة الأطباء بدءا بالدكتور بولقنافة وبعد إجراء التحاليل الطبية اتضح أن مخزون البويضات لدى الحالة ضعيف جدا (عدد محدود جدا) بعد التأكد من أن الزوج لا يعاني من أي مشاكل صحية أو اضطرابات تعيق سيرورة الإخصاب، بدأت نور الهدى بأخذ العلاج الدوائي والأعشاب وزيارة أطباء آخرين من مدينة سكيكدة وخارجها (قسنطينة، عنابة، الجزائر العاصمة) حيث ازداد اهتمام الحالة بموضوع الإنجاب والدافع وراء ذلك هو ضغط عائلتها بخصوص هذا الموضوع، اتجهت إلى البحث المعلوماتي عن طريق المواقع الطبية على الأنترنت، التواصل مع حالة مماثلة لحالتها وقد أصبحت فيما بعد صديقة ومصدر دعم لها، اقترح عليهما الدكتور بولقنافة تطبيق تقنية التلقيح في المختبر FIV ورغم أن التقنية كانت ناجحة إلا أن الإخصاب لم يكتمل بسبب وجود عدد الحيوانات المنوية المشوهة أكثر من الطبيعية. بعد مرور سنوات حاولت نور الهدى تطبيق نفس التقنية إلا أن التحاليل الأخيرة بينت أن نسبة النجاح قدرت ب 1% فتراجعت الحالة عن رأيها لأن الحمل الطبيعي أفضل لها من أي مساعدة طبية للإنجاب (PMA) حسب رأي طبيبة مختصة في أمراض النساء والتوليد بمدينة قسنطينة.

أثرت هذه الوضعية بدرجة كبيرة على جودة حياة نور الهدى فحسب ما صرحت به فالحياة أصبحت صامتة، مملة (أکید أثرت بزاف على حياتنا، الحياة صامتة مافيهاش ونس، صامطة بالعربية... الحياة بلا دراري مهيش حياة (بكاء)، وقد امتد التأثير إلى الاستمتاع بالحياة حيث أصبحت المفحوصة لا تهتم إطلاقاً بمدى استمتاعها بحياتها ولا تبحث عن طريق لتحقيق السعادة، تعاني من قلق وتوتر دائم (نقل بزاف ... نهار كامل وأنا نشكي ونبكي)، كما أنها أصبحت يائسة من الحمل تحاول نسيانه وعدم التفكير فيه لكنها سرعان ما تعود إليه (منقدرش نتجنب الموضوع هذا)، تتجنب المناسبات الاجتماعية والحديث عن مواضيع الإنجاب والأطفال، انقطع التواصل والحديث مع زوجها (نحس بالوحدة غير أنا وراجلي برك في الدار هو في شمبرة وأنا في شمبرة يعني حتى الهدرة منحكيوش غير لكان على حوايج تاع طبيب ولا دواء...هكا)، أصبحت سريعة البكاء وعصبية جدا كما قالت: (ليه ليه نولي نغلي، نشعل ...أنا مكنتش هكا)، تتخذ من عائلتها وزوجها وصديقتها مصادر متعددة للدعم والمساندة الاجتماعية.

- تحليل المقابلات العيادية

يعد التأخر عن الإنجاب وضعية صعبة لأنها تمس بقدرة الحالة على عدم تحقيق الأمومة من خلال حمل وولادة طفل طيلة سنوات زواجها خاصة وأن هذا الموضوع يتعلق بسبب طبي واضح يخص نور الهدى وحدها دون زوجها. أصبحت الحياة صامتة لدى الحالة وهذا ما وُد لها حالة من القلق والحزن مع الإحساس بالوحدة وتقلب في المزاج والعصبية.

هذه الوضعية الضاغطة تسببت في ضيق انفعالي كبير لنور الهدى لأنها قيمت هذه الأخيرة على أنها مهددة خاصة وأنها تقدمت في السن المخصص للإنجاب ويسمى هذا بالتقييم الأولي للوضعية الذي وضعته خاصة بعد فشل تقنية التلقيح في المختبر التي أجراها لها الطبيب. استخدمت نور الهدى إستراتيجيات تقريبية حسب Moos و Bilings (1981) اللذان عرفاها على أنها "محاولات معرفية لتغيير أساليب التفكير لدى الفرد عن المشكلات ومحاولات سلوكية بهدف حل المشكلة بشكل مباشر" (ساعد، 2018-2019، ص 159) وتحديدا أساليب التقرب المعرفي المتعلقة بالتخطيط لحل المشكلة بعد تقييمها لمواردها الشخصية والاجتماعية المتوفرة لديها والهدف من ذلك رغبتها في تغيير المشكلة

وحلها من خلال ترددها على الأطباء في مختلف الولايات والتداوي بالأعشاب... إلخ، كل هذه الحلول باءت بالفشل ولم تستطع إنجاب طفل وهذا ما أدى إلى تفاقم الأعراض النفسية لديها (حالة القلق، نوبات البكاء والعصبية...) وللتخفيف من شدة التوتر بحثت عن مصادر المساندة الاجتماعية المتوفرة لديها والمتمثلة في الأم والأخت والزوج وبعض صديقات العمل أيضا وهي نوع من أساليب التقرب السلوكي الذي يهدف إلى جمع المعلومات والبحث عن السند الاجتماعي الذي يعمل على تخفيف درجة الشعور بالقلق والوحدة التي أصبحت في روتينها اليومي، لكنها ومع مرور الوقت أصبحت تفضل التزام الصمت بدل الحديث عن الموضوع لأنها لم تعد تجد في ذلك راحة لها لأنه بعد الحديث لا يتغير شيئا في الوضعية التي تعيشها (عدم الحصول على طفل). رغم أن إستراتيجيات حل المشكلة وإستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي فعالة إلا أنها في وضعية التأخر عن الإنجاب تنقص فعاليتها وذلك راجع إلى طبيعة الوضعية نفسها لأن الحمل والإنجاب بإرادة الخالق وحده.

لجأت نور الهدى إلى البحث عن الدعم المعلوماتي من خلال التفتيش عن مواقع طبية وقراءة مقالات حول مشكلتها والحالات التي كانت تعاني من نفس المشكل وكيفية علاجها إلى جانب ذلك الاتصال مع أحد الحالات المماثلة لمشكلتها حتى تشعر بنوع من الارتياح وتقليل التوتر الداخلي. ومع مرور السنوات الطويلة (6 سنوات) أصبح الوضع بالنسبة لها اعتياديا وهذا يثبت نوعا من الاستسلام للوضع وتقبله بصفة مرغمة من خلال إعادة تقييم الوضعية المعاشة، فأصبحت تتفادى التفكير في موضوع التأخر عن الإنجاب لبعض الوقت ولكنها تعود إليه مرة أخرى وهذا يدل على نوع من محاولة التجنب للموقف والهروب منه ولكن مجموعة من العوامل الضاغطة هي التي تدفعها إليه مرة أخرى والمتمثلة في ضغط عائلتها والحديث المستمر في الموضوع من جهة وقلة الاتصال بينها وبين زوجها وحالة التفكك الأسري الذي يعيشانه ونقص اهتمامه بالموضوع من جهة أخرى.

أثر التأخر عن الإنجاب على جعل الحياة صامتا وسيئة بالنسبة لنور الهدى كما امتد ذلك إلى أبعاد جودة الحياة (البعد الصحي (عدم القدرة على الحمل)، والنفسي (حالة القلق والشعور بالحزن)، والاجتماعي (اضطراب العلاقة مع الزوج) وأثر على مقوماتها من خلال عدم القدرة على إشباع رغبتها في الإنجاب وعدم شعورها بالسعادة في حياتها رغم أنها إنسانة مستقلة ماديا وتملك سكنا مستقلا وهذا

يوضح أن هذه المظاهر سطحية للحكم على جودة حياتها لأنها غير راضية عن حياتها حيث يرى كل من ليमान وجيناسان جودة الحياة تتمثل في الشعور بالرضا والإحساس بالرفاهية والمتعة في ظل الظروف التي يحياها الفرد. (شيخي، 2013-2014، ص 72)، وعليه الإستراتيجيات الموجهة المستخدمة من طرف الحالة لم تساهم في رفع جودة حياتها لأن الوضعية لم تتغير بعد ومازال التهديد قائما.

4-2-5 مقياس إستراتيجيات الموجهة المطبق على الحالة الثانية

تم تطبيق مقياس إستراتيجيات الموجهة على الحالة " نور الهدى " وكانت النتائج كالآتي:

الجدول (20): يمثل نتائج مقياس إستراتيجيات الموجهة للحالة الثانية.

إستراتيجيات الموجهة	الدرجة الخام	النسبة المئوية
إستراتيجيات حل المشكلة	22	26,82%
إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي	17	20,73%
إستراتيجيات التجنب	19	23,17%
إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي	18	21,95%
إستراتيجيات التأنيب الذاتي	6	7,31%
المجموع	82	100%

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن إستراتيجيات حل المشكلة جاءت في الترتيب الأول بنسبة 26,82% بعدها إستراتيجية التجنب بنسبة 23,17%، تليها إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي بنسبة 21,95% ثم إستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي بنسبة 20,73% وأخيرا إستراتيجية التأنيب الذاتي بنسبة 7,31%.

الجدول (21): يمثل نوع إستراتيجية المواجهة التي تركز عليها الحالة الثانية

النسبة المئوية	الدرجة الخام	إستراتيجيات المواجهة
%47,56	39	إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكلة
%52,43	43	إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال

يتضح من خلال هذا الجدول أن نور الهدى تستعمل إستراتيجيات مرتكزة على الانفعال في مواجهة وضعية التأخر عن الإنجاب لمدة 7 سنوات متتالية حيث جاءت بنسبة %52,43 بعدها إستراتيجيات حل المشكلة بنسبة %47,56.

4-2-6 مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة الثانية

تم تطبيق هذا المقياس على الحالة نور الهدى، وبعد تصحيحه كانت النتائج كالاتي:

الجدول (22): يمثل نتائج مقياس جودة الحياة للحالة الثانية

الأبعاد	الدرجات الخام	متوسط الاستجابات لكل بعد
الصحة الجسمية	24	3,42
الصحة النفسية	21	3,5
العلاقات الاجتماعية	09	3
البيئة	23	2,87
الدرجة الكلية		12,79

حساب الدرجة المحولة عن طريق تطبيق المعادلة التالية: (الدرجة الكلية - 4) (16/100)

$$54,93 = (6,25)(8,79) = (16/100)(4-12,79)$$

$$الدرجة\ المحولة = 54,93$$

يتضح من خلال نتائج المقياس أن بعد الصحة النفسية تحصل على 3,5 درجة، يليه بعد الصحة الجسمية 3,42 بعده يأتي بعد العلاقات الاجتماعية 3 درجات وأخيرا بعد البيئة 2,87 حتى تكون الدرجة الكلية 12,79. وبعد تطبيق المعادلة كانت الدرجة المحولة 54,93.

وعليه يوضح نتائج مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة الثانية درجة 54,93 التي تدل على أن جودة الحياة سيئة.

4-2-7 التحليل العام للحالة الثانية

يتضح من خلال المقابلات التي أجريناها مع المفحوصة ونتائج مقياسي إستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة المختصر أن الحالة "نور الهدى" تعاني من وضعية ضاغطة تتمثل في عدم قدرتها على الإنجاب لمدة قدرت بـ 6 سنوات بعد حملها وموت الجنين في شهره الثاني (بعد مدة من زواجها قدرت بسنتين) والذي تعتبره نور الهدى خسارة لها لأن السبب وراء تأخرها في الإنجاب هو قلة مخزون البويضات ومحدوديته وفي هذا الصدد نجد دراسة **Bayer et al (2013)** بعنوان تجربة النساء مع تأخر الإنجاب وتوصلت الدراسة إلى أن المتأخرات عن الإنجاب يشعرن بألم نفسي عندما يقابلن نساء حوامل كما أن حادثة الإجهاض أو موت الجنين هو بمثابة خسارة فادحة وفشل ذريع وتجربة مريرة تسبب العديد من الضغوط النفسية لدى السيدات المتأخرات في الحمل.

واجهت نور الهدى هذه الوضعية من خلال استخدامها لسيرورات معرفية سلوكية متمثلة في إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال حيث بلغت نسبتها من خلال نتائج المقياس 52,43% ويظهر هذا من خلال التفريغ الانفعالي (البكاء) عند الحديث أثناء المقابلات العيادية وشعورها بالعجز اتجاه هذا الموضوع لأنه أكبر من قدراتها ومنه ظهرت إستراتيجيات التجنب بنسبة 23,17% ويدل هذا على أن الحالة تلجأ إلى ميكانيزم الهروب من الوضع المؤلم الذي تعيشه من خلال تجنب الاتصال بأفراد المحيط والحديث حول وضعها الصحي.

كما تظهر إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي بنسبة 21,95% حيث تلجأ المفحوصة إلى تقييم سلوكياتها، انتقادها لنفسها واستجاباتها حول موضوع الإنجاب إضافة إلى التقييم الثانوي الذي يشمل

مضاعفة جهودها للوصول إلى الحلول المتمثلة في اللجوء إلى أربعة أطباء وتجريب العلاج بالأعشاب من أجل الحمل، العمل على نفسها من أجل تحمل الوضعية والصبر أكثر وتحمل المعاناة النفسية، وأخيرا نجد إستراتيجيات التأنيب الذاتي بأصغر نسبة 7,31% وهذا لأن الحالة ليس لها أي شعور بالذنب اتجاه هذه الوضعية أو تسبب في حدوثها لأن مخزون البويضات محدد ولدت به كما هو أي أنه بيد الخالق كما تقول (معنديش دور الله غالب هذه حاجة تاع ربي سبحانو ماش أنا لخلقت روعي هو لخلقني هكا مخزون البويضات عندي ضعيف) كما يدل هذا على استسلامها للوضع وتقبله له.

أما بالنسبة لإستراتيجيات حل المشكلة التي تعرف على أنها " مجهودات الفرد المبذولة لحل المشكل أو تغيير الموقف الصعب بطريقة فعالة" (عبيد، 2008، ص 79) فقد ظهرت بنسبة 26,82% ويتمثل في محاولة المفحوصة لمقاومة التهديد الناتج عن الوضعية الضاغطة من خلال تقييم أولي للوضع والبحث عن أسباب عدم حملها خاصة في السنين الأوليتين وخضوعها لتقنية التلقيح في المختبر FIV... إلخ، إلى جانب ذلك فالمفحوصة تبحث عن المساندة الاجتماعية من خلال الحديث مع صديقتها في العمل عن وضعيتها ومعاناتها من أجل البحث عن الدعم وهذا ما توضحه إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي الذي حصلت على نسبة 20,73%.

أما بخصوص جودة الحياة لدى نور الهدى فقد بينت نتائج المقياس أنها سيئة حيث حصلت على 54,93 درجة وهذا يدل على أن التأخر عن الإنجاب الأطفال بعد الزواج يجعل حياة الأزواج مختلفة حيث ترى **Marie-claude** " أن التأخر عن الإنجاب يجعل حياة الأفراد مضطربة لأنه يمثل انقطاعا في تسلسل الأحداث التي يتخيلها الأزواج بالإضافة إلى ذلك أن الولادة تعتبر في البداية ظاهرة طبيعية كقدرة جوهرية لكل امرأة حتى يأتي التأخر عن الإنجاب وبالتالي يعيق أو يمنع المرأة من أداء وظيفة بيولوجية أساسية في قلب مفهوم الحياة كقدرة على التكاثر" (Lalonde, 2016, p134) وبالتالي فالتأخر عن الإنجاب هو بمثابة تهديد ويتمثل هذا الأخير في قمع قدرة المفحوصة على أداء وظيفتها البيولوجية والتي غرضها المحافظة على النوع ونقل التاريخ الشخصي والعائلي. فحسب **Cailleau** "تكون الرغبة في الطفل هي الترجمة الطبيعية للرغبة الجنسية في وظيفتها الجماعية المتمثلة في ضمان تكاثر النوع وفي وظيفتها الفردية المتمثلة في نقل التاريخ الشخصي والعائلي" (RéGINE, 2020, p4) ومنه فالرغبة في

الإنجاب بالنسبة للأزواج لها وظيفتان إحداهما جماعية من أجل التكاثر البشري والأخرى فردية من أجل الحفاظ على اسم العائلة في الوجود، لكن عدم القدرة على إنجاب هذا الطفل يجعل الحياة متوترة حيث يؤثر على جميع الجوانب الجسدية والنفسية وحتى على صعيد العلاقات الاجتماعية وبالتالي يؤثر على جودة الحياة ونوعيتها، ويظهر هذا من خلال المقياس المطبق على المفحوصة حيث تحصل محور الصحة الجسمية على 3,42 درجة وهي درجة متوسطة لأن الحالة لا تعاني من أي أمراض أو اضطرابات سيكوسوماتية جراء هذه الوضعية، ومحور الصحة النفسية 3,50 درجة وهي درجة متوسطة حيث تعاني نور الهدى من حالة قلق دائم حتى أنها أصبحت عصبية ومتقلبة المزاج في أغلب الأوقات، ومحور جودة العلاقات الاجتماعية جاء بـ 3 درجات وهي جودة متوسطة حيث تقيم المفحوصة علاقات اجتماعية مع صديقاتها في العمل، تحافظ على علاقاتها واتصالها بعائلتها على غرار زوجها الذي تذبذب الاتصال والتحاور معه حيث صرحت المفحوصة أن التواصل منقطع بينهما حتى في المنزل وهذا ما شكل فجوة بين الزوجين في علاقتهما ببعضهما ويعتبر هذا من مؤشرات عدم التوافق الزوجي حيث ذكرت أثناء المقابلات العيادية بأن الحديث يقتصر على التكلم في أمور العلاج فقط مع عدم الاتفاق في الأفكار وعدم الرغبة في الخروج حتى للخروج في نزهة أو ما شابه ذلك مما أدى إلى تفاقم الشعور بالقلق والوحدة لديها، وفي هذا الصدد نجد دراسة **سحر الضمور ولمياء هوارى (2022)** التي كشفت عن وجود علاقة ارتباطية سلبية بين الآثار النفسية المترتبة على تأخر الحمل والتوافق الزوجي، بمعنى كلما ارتفع مستوى الآثار النفسية المترتبة على التأخر في الحمل قل مستوى التوافق الزوجي لدى السيدات المتزوجات في محافظة الكرك.

وفي الأخير نجد محور البيئة الذي جاءت درجاته بقيمة 2,87 درجة وهي أقل الدرجات التي تحصلت عليها المفحوصة على مقياس جودة الحياة وهذا راجع إلى شعورها المتوسط بالأمن في الحياة بحكم أنها عاملة وتستطيع إشباع احتياجاتها إضافة إلى تقبل الزوج للوضعية وعدم اهتمامها بأقارب المحيطين بها حول تأخرها في الحمل... إلخ كما وضحت أنها راضية نوعاً ما عن سكنها وعن الخدمات الصحية ومزاجها.

وعليه فإستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال (إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي وإستراتيجيات التأنيب الذاتي والتجنب) لم تعمل على تحسين جودة الحياة لدى المفحوصة ومنه فالعلاقة بينهما سلبية إلا أن هناك علاقة إيجابية بين كل من إستراتيجيات حل المشكلة، البحث عن الدعم الاجتماعي وجودة الحياة.

3-4 الحالة الثالثة

1-3-4 البطاقة الإكلينيكية

الاسم: حواء

السن: 30 سنة

المستوى التعليمي: شهادة ليسانس في الحقوق

المهنة: سكرتيرة في عيادة خاصة

مدة الزواج: 3 سنوات (2020)

مدة التأخر في الإنجاب: سنتين

سبب التأخر: ضعف وقلة الحيوانات المنوية لزوج الحالة.

الطبيب المعالج: الدكتور حماني، الدكتور بولقنافة، الدكتور اللطوش، أما حالياً الدكتورة مهرة كلثوم.

السوابق العائلية: عمه الحالة التي لم تتجب الطفل الأول إلا بعد سنتين ونصف وطفلها الثاني بعد 10 سنوات بسبب ضعف الحيوانات المنوية للزوج، حيث أخذت الحالة حواء من عمته كنموذج لإعادة التقييم الوضعية وجانب من الدعم والبحث المعلوماتي إضافة إلى التمسك بالأمل من أجل الإنجاب.

4-3-2 الملاحظة العيادية للحالة الثالثة

-المظهر العام: الملابس عادي جدا مرتب، البنية الجسدية متوسطة القامة، وزنها متوسط، تعابير الوجه تظهر عليها ملامح الحزن والتعب.

- التواصل البصري: وجود تواصل بصري مع الأخصائية

- السلوك الحركي: حركة عادية

- المزاج: حزين، بكاء.

- التوجه والسلوك نحو الفاحص: متعاونة كثيرا مع الأخصائية، تتحدث بتلقائية كبيرة، تجيب على الأسئلة مباشرة دون أخذ وقت في التفكير.

4-3-3 جدول المقابلات العيادية مع الحالة الثالثة

جدول(23): يمثل المقابلات العيادية للحالة الثالثة

تاريخ المقابلة	مكان المقابلة	الزمن المستغرق في المقابلة	موضوع المقابلة
2023/10/09	عيادة الدكتورة مهرة	45 د	المحور الأول للمقابلة
2023/10/16	عيادة الدكتورة مهرة	60 د	المحور الثاني والثالث للمقابلة
2023/10/23	عيادة الدكتورة مهرة	35 د	تطبيق مقياس إستراتيجيات المواجهة
2023/10/30	عيادة الدكتورة مهرة	50 د	تطبيق مقياس جودة الحياة

4-3-4 ملخص المقابلات مع الحالة الثالثة

تبلغ حواء 30 سنة من عمرها، تحصلت على شهادة ليسانس في الحقوق تعمل سكرتيرة في عيادة خاصة، متزوجة منذ سنة 2020 لم تحض بفرصة الحمل لمدة سنتين متتاليتين هذا الموضوع أصبح

يشكل وضعية ضغط نفسي كبير كما صرحت به في قولها (فترة صعبة تعبتني بزاف بزاف مانوصفلكش قدماه) والسبب في حدوث هذا التأخر هو ضعف تكوين الحيوانات المنوية للزوج وهذا ما اتضح بعد إجراء التحاليل الطبية التي طالبت بهم الدكتورة المختصة في طب أمراض النساء والتوليد، أما بالنسبة لحواء فهي لا تعاني من أي ضرر يعيق عملية الحمل ماعدا إصابتها بعدوى بكتيرية سابقة وقد تم الشفاء منها.

تعاني المفحوصة من حالة قلق دائم، العصبية والتوتر وضغط نفسي أدى إلى ظهور أمراض سيكوسوماتية (القولون العصبي) كما صرحت به (نقلق، نقلق بزاف الدنيا تظلام عليا نولي مطوفيا يولي راسي يوجعني وزيد يحكمني القولون...نحس بضغط). أثرت وضعية تأخر الإنجاب تأثيرا سلبيا على جودة حياتها (نعم أثرت وبزاف تاني، حياتي نشوفها سيئة جدا، عييت) وما قد زاد من ضغط الوضعية هو المستوى الاقتصادي والمعيشي المنخفض (الزوج بطل وأجرها لا يغطي تكاليف العلاج ومتطلبات الحياة اليومية) من جهة، وتعلقها بالأطفال وطغيان الجانب الأمومي لديها من جهة أخرى فقد تلقت حواء علاج شعبي طبيعي (بالأعشاب) من أجل الإنجاب رغم أنها لا تعاني من أي مرض.

لجأت المفحوصة إلى العديد من الإستراتيجيات من أجل مواجهة وضعية تأخر الإنجاب من بينها البحث المعلوماتي فقد قصدت العديد من الأطباء من أجل البحث عن السبب، البحث عن معلومات طبية على مواقع الانترنت، التحدث مع حالات تعاني أو عانت سابقا من نفس الموضوع (قربيتها، ابنة الخالة، العمه) من أجل البحث عن معلومات وبعث الأمل في نفسها، كما لجأت إلى إستراتيجيات التفريغ الانفعالي من خلال البكاء، الصراخ، العصبية... ، إضافة إلى بحثها عن مصادر للمساندة والدعم الاجتماعي والمتمثلة في ابنة عمها التي تعدها مصدر ثقة لها، أما بالنسبة لعائلتها التي تحدثها عن الموضوع بسطحية فقط أما زوجها فتحاول ألا تظهر له قلقها من الموضوع حتى لا تحسسه بعجزه (مانحكيش مع أي واحد غير منال ابنة عمي... لدارنا منحكيش كلش وراجلي منحش نبينلو باش مايتجرش على خاطر السبب هو). تحاول حواء مقاومة الوضعية ووضعها في حجمها الطبيعي من أجل تقليص التوتر لكن دون جدوى كما قالت (هذه حاجة أقوى مني، منقدرش مانقلقكش) كما تلجأ إلى الصلاة والإيمان بقدر الله من أجل التقرب إليه بالدعاء لأن هذا الموضوع بيده وحده.

-تحليل المقابلات العيادية-

تعاني حواء من وضعية ضاغطة ومجهدة أثرت على حياتها والتمثلة في عدم قدرة زوجها على الإنجاب والعديد من العوامل الأخرى التي جعلت جودة حياتها سيئة فالحالة غير قادرة على تغيير الوضع الذي تعيشه أو التفكير بنوع من الإيجابية لأن كل الظروف المحاطة بها لا تسمح لها بالشعور بالرضا وفي هذا الصدد يرى ليتوين أن جودة الحياة لا تقتصر على تدليل الصعاب والتصدي للعقبات والأمور السلبية فقط، بل تتعدى إلى تنمية النواحي الإيجابية. (شيخي، 2013-2014، ص 72). فقد أصبحت متعبة لدرجة أنها وصفتها بأنها معذبة وهو التقييم الأولي الذي وضعته حواء لهذه الوضعية التي لازمتها لمدة سنتين على التوالي. هذا التقييم المعرفي انعكس بصفة مباشرة على نظرتها للحياة وعلى حالتها النفسية مما ولد لها العديد من المشاعر السلبية كالقلق، التوتر، العصبية والإحساس بالندم لأنها انتقلت من حياة العزوبية المريحة إلى الحياة الزوجية (التي تتحمل فيها كل المسؤولية من أعباء المنزل ومصاريفه وتكاليف العلاج وحالة السكن الذي تعيش فيه، إضافة إلى التفكير في موضوع الإنجاب)، كما قامت بتقييم مواردها التي تواجه بها هذه الوضعية من خلال ما يسمى بالتقييم الثانوي، أثناء هذه الفترة استخدمت الحالة إستراتيجيات البحث عن حل للمشكلة من أجل التغيير فيها وخفض القلق والتوتر الذي يلازمها الذهاب إلى الأطباء وإجراء التحاليل اللازمة للزوج وتحمل تكاليف العلاج إضافة إلى أساليب البحث عن الدعم المعلوماتي من خلال تصفح المواقع الطبية من أجل إيجاد حل للمشكلة والبحث عن مراكز الطب البديل من أجل العلاج والهدف من هذه الإستراتيجيات هي تخفيف الضغط الداخلي الذي تشعر به والذي ولد لديها الخوف من الوصول إلى الاكتئاب أو أي اضطراب نفسي آخر لذلك انتهجت أسلوب مواجهة آخر لهذه الوضعية المجهدة وهو التمسك بالوازع الديني بحكم اعتقادها أن الله عز وجل هو من يخفف عنها ويسخر لها الحل ويرزقها بالحمل فتلجأ إلى الصلاة، الاستغفار، قراءة القرآن والدعاء والتضرع للخالق، هذه الإستراتيجية لها نوع من الفعالية المؤقتة التي تخص العاطفة من خلال بعث الشعور بالراحة والرضا عن الحياة وهي إحدى الإستراتيجيات المعرفية التي قدمها Cohen (1994) كما عرفها أنها "الرجوع إلى الدين Turning to religion تشير هذه العملية إلى رجوع الفرد نحو المعتقدات الدينية قصد مواجهة المواقف الضاغطة والتغلب عليها عن طريق الإكثار من العبادات كمصدر للدعم

الروحي والانفعالي" (ساعد، 2018-2019، ص 163). في أوقات أخرى تلجأ إلى مصادر المساندة الاجتماعية والمتمثلة في الأم والأخت وبدرجة أكبر ابنة عمها التي تجد راحة كبرى في التحدث معها والتفريغ لها عما بداخلها. كما أنها شخصية اجتماعية تتمتع بالعديد من العلاقات الاجتماعية الإيجابية والتي تعتبر من مقومات جودة الحياة ومظاهرها. كما يرى Carver وزملاؤه (1989) أن "الفرد قد يبحث عن الدعم لسببين: الأول هو البحث عن المعلومة وهذا التعامل مركز على المشكلة، أما الثاني فيتمثل في البحث عن الدعم المعنوي والعاطفي وهو تعامل مركز على العاطفة وفي هذه الحالة فإن المواجهة ليست أسلوباً تكيفياً بمعنى الكلمة لأنها لا تمثل مواجهة حقيقية للمشكلة بقدر ما هي تفتيس عن المشاعر الذاتية. (المرجع نفسه، 2018-2019، ص 165) وقد لجأت الحالة إلى إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي للسببين اللذين ذكرهما Carver من جهة لتخفيف الضغط النفسي الذي تشعر به ومن جهة أخرى من أجل البحث عن المعلومة لفهم الوضع أكثر.

لا تعتبر حواء أول متأخرة عن الإنجاب في عائلتها فقد كانت هناك سوابق في التاريخ الأسري لها فقد اتخذت من عمتها وقريبة لها اللتان عانتا من نفس المشكلة وقد أنجبتا فيما بعد كمثال للصبر والتحدي لهذه العقبات من جهة، ومن جهة أخرى كمصدر للدعم المعلوماتي والتزود بمختلف المعلومات التي تحتاجها لفهم المشكلة أكثر والتمسك بالأمل، فموضوع الأمومة يحتل مكانة كبيرة بالنسبة لها وهذا يوضح تلك الرغبة الداخلية الملحة بحكم أنها امرأة فالأمومة تعتبرها جزء منها وإنجاب طفل يعني خلق روح جديدة منها ومسؤولية حتمية لها. فقد تلقت العديد من أنواع العلاجات الطبيعية رغم أنها لا تعاني من أي سبب يعيق سيرورة الإخصاب.

تعتبر حواء جودة حياتها سيئة وذلك لعدم قدرتها على إشباع احتياجاتها الذاتية (الإحساس بالنقص الناتج عن عدم الإنجاب، عدم الراحة النفسية والجسدية وعدم الرضا عن النوم وغيرها) والموضوعية (العجز عن امتلاك مسكن ملائم وإيجاد وظيفة ذات دخل متوسط حتى تتمكن من خلاله سد تكاليف العلاج وغيرها) من أجل الشعور بمعنى الحياة والاستمتاع بها والإحساس بالسعادة فيها، وهنا يرى الأنصاري: أن مفهوم جودة الحياة يرتبط بصورة وثيقة بمفهومين أساسيين هما: الرفاه والتتعم، وكذلك ترتبط جودة

الحياة بمفاهيم أخرى مثل التنمية والتحسين وإشباع الحاجات (الشعور بالرضا والارتياح والأمن عند إشباع الحاجات والدوافع). (عبيد، 2017، ص 354)

4-3-5 مقياس إستراتيجيات المواجهة المطبق على الحالة الثالثة

تم تطبيق مقياس إستراتيجيات المواجهة لـ Paulhan على الحالة "حواء" وقد تم الحصول على النتائج التالية:

الجدول (24): يمثل نتائج مقياس إستراتيجيات المواجهة للحالة الثالثة.

النسبة المئوية	الدرجة الخام	إستراتيجيات المواجهة
29,59%	29	إستراتيجيات حل المشكلة
17,34%	17	إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي
25,51%	25	إستراتيجيات التجنب
16,32%	16	إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي
11,22%	11	إستراتيجيات التأنيب الذاتي
100%	98	المجموع

تمثلت نتائج الجدول السابق فيما يلي: تحتل إستراتيجيات حل المشكلة المرتبة الأولى بين إستراتيجيات المواجهة حيث جاءت بنسبة 29,59% بدرجة جام قدرت بـ 29 درجة، بعدها إستراتيجيات التجنب (25 درجة خام) بنسبة 25,51%، تليها إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي (17 درجة خام) بنسبة 17,34% ثم إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي (16 درجة خام) بنسبة 16,32% وأخيرا إستراتيجيات التأنيب الذاتي (11 درجة خام) بنسبة 11,22%.

الجدول (25): يمثل نوع إستراتيجية المواجهة التي تركز عليها الحالة الثالثة

النسبة المئوية	الدرجة الخام	إستراتيجيات المواجهة
%46,93	46	إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكلة
%53,06	52	إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال

ومنه يتوضح أن الحالة حواء تواجه وضعية التأخر عن الإنجاب لمدة سنتين عن طريق استخدام إستراتيجيات مرتكزة على الانفعال حيث جاءت بنسبة %53,06 في المقام الأول بعدها إستراتيجيات حل المشكلة بنسبة %46,93 في المقام الثاني.

4-3-6 مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة الثالثة

تم تطبيق هذا المقياس على الحالة حواء، وبعد تصحيحه كانت النتائج كالاتي:

الجدول (26): يمثل نتائج مقياس جودة الحياة للحالة الثالثة

الأبعاد	الدرجات الخام	متوسط الإستجابات لكل بعد
الصحة الجسمية	19	2,71
الصحة النفسية	21	3,5
العلاقات الاجتماعية	15	5
البيئة	23	2,87
الدرجة الكلية		14,08

حساب الدرجة المحولة عن طريق تطبيق المعادلة التالية: (الدرجة الكلية - 4) (16/100)

$$63 = (6,25)(10,08) = (16/100)(4-14,08)$$

الدرجة المحولة = 63

يتضح من خلال نتائج المقياس أن بعد العلاقات الاجتماعية تحصل على أكبر الدرجات وهي 5 يليه بعد الصحة النفسية 3,5 درجة، بعده بعد البيئة 2,87 درجة وأخيرا بعد الصحة الجسمية 2,71 درجة، وقد كانت الدرجة الكلية 14,08 درجة وبعد تطبيق المعادلة كانت الدرجة المحولة 63.

وعليه يوضح نتائج مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة الثانية درجة 63 التي تدل على أن جودة الحياة متوسطة.

4-3-7 التحليل العام للحالة الثالثة

يتوضح من خلال المقابلات الإكلينيكية التي أجريناها مع المفحوصة "حواء" أنها تعاني من التأخر عن الإنجاب الذي دام سنتين حيث يشكل هذا الموضوع وضعية ضغط نفسي بالنسبة لها لأن موضوع الأطفال بالنسبة لها موضوع مهم جدا، فالأمومة بالنسبة لها هي الحياة تُكن لها حبا كبيرا وهي جزء منها إلا أن تجربة الفشل في الحمل الذي تتعرض لها في كل شهر سبب لها معاناة نفسية وجسدية ويعود السبب في ذلك إلى ضعف الحيوانات المنوية للزوج وانعدامها بسبب العلاج الذي أخذه من أجل القضاء على الجراثيم في المسالك التناسلية لديه. ورغم أن السبب في التأخر عن الإنجاب يخص الزوج وحده من الناحية الطبية إلا أن المفحوصة تعاني في صمت لعجزها عن تجاوز هذا الوضع حيث تؤكد **Banchly** في دراسة أجراها سنة 2011 إلى أن النساء هن اللاتي يعشن تجربة التأخر عن الإنجاب بشكل مكثف، كما أن هذه الوضعية هي أصعب محنة زعزعت استقرار حياتهم.

من خلال نتائج مقياس إستراتيجيات المواجهة التي طبق على المفحوصة توضح أن إستراتيجيات الأكثر استخداما من طرف الحالة هي الإستراتيجيات المرتكزة على الانفعال حيث كانت النسبة 53,06% وهي إستراتيجيات سلبية تستعملها المفحوصة في مواجهة التهديد الناتج عن الوضعية الضاغطة لأن مفعولها وقتي وسرعان ما يزول، كما نجد من ضمن هذه الإستراتيجيات إستراتيجيات التجنب التي تحصلت على نسبة 25,51% ويظهر ذلك من خلال تجنب الحديث عن تفاصيل الوضعية مع المحيطين بها ماعدا أشخاص معينين.

كما نجد إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي بنسبة 16,32% حيث تلجأ المفحوصة إلا تقييم مواردها المادية والشخصية (الدخل والعلاقات مع الأطباء) إضافة إلى انتقادها لسلوكياتها وتفكيرها وكيفية المعالجة للأمور التي تصادفها ذات الصلة بوضعية التأخر عن الإنجاب، وأخيرا إستراتيجيات التأنيب الذاتي التي تحصلت على أدنى درجة وقدرت بـ 11,22% ويمكن تفسيرها من خلال الشعور بالذنب الذي يكتسح نفسية المفحوصة اتجاه زوجها لسبب مجهول حسب ما صرحت به أثناء المقابلات وقد يعود هذا الشعور المجهول السبب إلى أصول بعيدة في الجانب اللاشعوري لحياتها. كما أن حواء استخدمت إستراتيجية حل المشكل وقد ظهرت في نتائج المقياس بنسبة 29,59% وهذا يعكس مستواها التعليمي العالي الذي يظهر في الحلول التي أوجدتها (البحث المستمر على مواقع الانترنت لفهم موضوع ضعف الحيوانات المنوية والطرق التي تعمل على تحسين جودتها، التقصي عن مراكز العلاج الطبيعي والعلاج البديل... إلخ، عدم الخضوع إلى الطرق التقليدية إلى جانب التخطيط لمواجهة أعباء الحياة (تكاليف العلاج ومصاريف المنزل)، وأخيرا نجد إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي بنسبة 17,34% ويتوضح ذلك من خلال الدعم المعلوماتي الذي تتلقاه حواء من عمته وابنة خالتها باعتبارهم من السوابق العائلية التي عانتا من التأخر عن الإنجاب سابقا، كما تتخذها نموذجا للتعاؤل، إضافة إلى المساندة الاجتماعية والحب والاهتمام الذي تتلقاه من عائلتها والمحيطين بها.

أما بالنسبة لجودة الحياة فقد وضحت نتائج المقياس المطبق عليها على أن جودة حياتها سيئة فإضافة إلى تأخر الحمل لدى حواء نجد سكنها في أحد البيوت الهشة، حيث صرحت بأنها غير راضية عن السكن فيه وما هو أصعب من ذلك المستوى الاقتصادي المنخفض الذي أصبح عائقا أمامها من أجل تغطية تكاليف العلاج لأن زوجها بطل وراتبها الشهري لا يغطي مصروفهما، فالسكن والمستوى الاقتصادي والاجتماعي يعتبر من مقومات جودة الحياة.

نجد أن محور الصحة الجسمية قد تحصل على 2,71 درجة حيث تعاني حواء من أمراض جسدية تعتبر من آثار هذه الوضعية الضاغطة حيث أظهرت اضطرابات سيكوسوماتية متمثلة في القولون العصبي وقرحة المعدة، إضافة إلى هذا نجد محور الصحة النفسية التي تحصل على 3,5 درجة حيث تعاني حواء من حالة حزن والذي يبدو على ملامحها وعدم رضاها عن نومها الذي أثر على حالتها النفسية وسيطرة

هذا الموضوع على تفكيرها وقلق دائم وتوتر إلا أنها تلجأ إلى تصريف هذا القلق من خلال اللجوء إلى الصلاة وقراءة القرآن من أجل الشعور بالارتياح من جهة، والخروج من المنزل والتحدث مع قريبتها من جهة أخرى. كما نجد محور العلاقات الاجتماعية التي كانت نتيجته 5 درجات حيث أبدت حواء رضاها على علاقاتها الشخصية والمساندة الاجتماعية المقدمة لها من طرف قريبتها خاصة والتي تعتبرها صديقتها المقربة الوحيدة، وأخيراً نجد محور البيئة الذي كانت نتيجته 2,78 درجة ويتضح ذلك من خلال عدم الرضا المطلق على السكن الذي تعيش فيه المفحوصة، وعدم رضاها عن مزاجها...إلخ.

وعليه من خلال ما سبق نجد أن العلاقة بين إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال وجودة الحياة علاقة سلبية وذلك لعدم فعالية هذه الإستراتيجيات على تحسين جودة حياة الحالة، على عكس إستراتيجيات حل المشكلة التي ساهمت في الحفاظ على بعض الجوانب الحياتية فالعلاقة بينهما موجبة.

3-4 الحالة الرابعة

4-4-1 البطاقة الإكلينيكية

الاسم: أمينة

السن: 32 سنة

المستوى التعليمي: ثالثة ثانوي هندسة ميكانيكية

المهنة: خياطة

مدة الزواج: 6 سنوات (2017)

مدة التأخر في الإنجاب: 5 سنوات

سبب التأخر: ضعف وقلة الحيوانات المنوية لزوج الحالة

الطبيب المعالج: الدكتور حماني سابقاً، الدكتور حجاجي جمال حالياً.

السوابق العائلية: لا توجد تعتبر أمينة أول حالة تعاني من تأخر في الإنجاب في عائلتها.

4-4-2 الملاحظة العيادية للحالة الرابعة

-المظهر العام: الملابس أنيق ومرتب، البنية الجسدية طويلة القامة وذات وزن متوسط، تعابير الوجه تظهر ابتسامات متكررة

- التواصل البصري: وجود تواصل بصري مع الأخصائية مع تركيز عالي

- السلوك الحركي: متوسطة الحركة

- المزاج: عادي شخصية مرحة تميل إلى الضحك والفرح

- التوجه والسلوك نحو الفاحص: متعاونة كثيرا مع الأخصائية وتتحدث بتلقائية، تجيب على الأسئلة مباشرة.

4-4-3 جدول المقابلات العيادية مع الحالة الرابعة

جدول (27): يمثل المقابلات العيادية للحالة الرابعة

موضوع المقابلة	الزمن المستغرق في المقابلة	مكان المقابلة	تاريخ المقابلة
محاولة كسب ثقة المفحوصة والحديث حول الحمل والإنجاب	30 د	عيادة الدكتور حجاجي	2023/10/05
أسئلة المحور الأول والثاني للمقابلة	45 د	عيادة الدكتور حجاجي	2023/10/12
أسئلة المحور الثالث وتطبيق مقياس إستراتيجيات المواجهة	60 د	منزل المفحوصة	2023/10/19
تطبيق مقياس جودة الحياة	60 د	منزل المفحوصة	2023/10/26

4-4-4 ملخص المقابلات مع الحالة الرابعة

أمينة عمرها 32 سنة، متزوجة منذ سنة 2017، تزاول حرفة الخياطة في منزلها، بلغت الثالثة ثانوي في مشوارها الدراسي. تأخرت أمينة عن الحمل والإنجاب مدة 5 سنوات والسبب في ذلك راجع إلى قلة الحيوانات المنوية أو انعدامها تقريبا لدى الزوج وهذا ما وضحته التحاليل الطبية التي أجراها استجابة لطب الطبيب.

بعد 6 أشهر من الزواج أصبحت أمينة تتردد على الأطباء لمعرفة السبب في عدم حملها، كانت البداية مع الدكتور حماني لكن لم يتم توضيح السبب لأن الفحص شمل أمينة دون زوجها، وبعد سنة توجهت الحالة مع زوجها إلى الدكتور حجاجي الذي اكتشف من خلال التحاليل أن الزوج يعاني من نقص الحيوانات المنوية عكس أمينة التي لا تعاني من أي ضرر يعيق الحمل.

أثرت هذه الوضعية تأثيرا متوسطا على جودة حياة أمينة وذلك راجع إلى تفكيرها بأن الأطفال هم جزء من الحياة وليسوا الحياة بعينها كما قالت (الموضوع هذا دايرتو آخر اهتماماتي مخليتها على ربي، بالنسبة ليا الدراري ماش هوما الحياة يعني بلا بيهم الحياة متمشيش نموتو؟) إلى جانب ذلك تركيزها على الجانب الإيجابي لهذا الوضع والتفائل بتحقيق الحمل يوما ما (مأمنة بلي يجي نهار ونهز بالحمل إن شاء الله، أنا متقائلة بزاف في هذا الموضوع)، ورغم أن الوضع الاقتصادي ضعيف إلا أنها تعمل في مجال الخياطة من أجل كسب المال وتغطية تكاليف علاج زوجها العالية من أدوية وتحاليل... إلخ خاصة في زمن وباء كوفيد 19 أين استبدلت العلاج الدوائي بالخلطات الطبيعية والأعشاب من أجل التداوي.

انتابت المفحوصة فترات من القلق كما صرحت به خاصة في المناسبات والأعياد (عندي وقت نقلق فيه، كي يقرب العيد الصغير)، لجأت إلى إستراتيجيات التجنب حيث أصبحت تتجنب كلام من حولها، تحاول الاستمتاع بحياتها، تمارس هوايتها المفضلة وتطمح إلى توسيع مشروعها لا تملك الوقت للتفكير في الموضوع حسب قولها، تتخذ من أخواتها وصديقاتها والمحيطين بها مصدرا للدعم الاجتماعي، كما ذكرت أنها تتعامل مع الموضوع بكل تلقائية دون محاولة منها لتجنب المثيرات الخاصة به. من الإستراتيجيات التي ركزت عليها أيضا البحث عن المعلومات من خلال تصفح مواقع الأنترنت ومتابعة الطبيب، حيث

تفضل الابتعاد عن كل ما يسبب لها القلق قناعة منها أنه يضر بصحتها الجسدية والنفسية (القلقة ماملحاش تجي عليا برك ما لا لماه).

- تحليل المقابلات العيادية

إن وضعية التأخر عن الإنجاب التي تعيشها النساء كوضعية ضاغطة ومجهدّة تعيشها الحالة أمينة كوضعية حياتية عادية تقبلتها وأدخلتها في نظامها المعرفي كوضعية تعايشت معها لسنوات، أي الاعتياد على حياة بدون أطفال لأنها تملك قناعة أن الأطفال هم جزء من الحياة فقط وأن هذه الأخيرة تستمر بدونهم، وأن التفكير المستمر فيهم ينتج عنه القلق الذي يضر بصحتها الجسدية والنفسية ليس إلا، خاصة وأنها غير مسؤولة طبياً عن هذه المشكلة. وعليه فأمينة قيمت الوضعية على أنها غير مهددة بالنسبة لها (لا يوجد خوف من خسارة أو التهديد بالفقدان) بل مجرد مشكلة تحل مع مرور الزمن مع سعيها لإيجاد حلول لها من خلال زيارة الأطباء والبحث عن المكملات الغذائية لزوجها وتحضير خلطات طبيعية تعمل على زيادة عدد وجودة الحيوانات المنوية لديه وعليه فالحالة من فئة الأفراد الاستجابيين القادرين على تحويل مصدر التهديد إلى تحدٍّ من أجل تحقيق أهداف حياتية فحسب نظرية Aspinwall و Taylor (1997) فالأفراد استباقيون وليسوا استجابيين، وعليه فإنهم يملكون نظرة تجعلهم يدركون المخاطر والمطالب والفرص في المستقبل القريب لكن لا يتم تقديرها كتهديد أو خسارة بل تدرك تلك المواقف كتحدٍّ شخصي، وبذلك تصبح المواجهة كعملية تسيير للأهداف بدل تسيير المخاطر، فتسعى لتحسين حياة الفرد وبناء الموارد التي تضمن له استمرار أدائه وجودته وبالتالي خلق ظروف معيشية ومستويات أداء أعلى كفرصة للبحث عن هدف في الحياة وهنا يترجم الضغط في صورة إيجابية منتجة. (ساعد، 2018-2019، ص159)

فهذه الإستراتيجيات المرتكزة على حل المشكلة ساعدت الحالة في تقليص التوتر الذي انتابها في بداية الوضعية إلى جانب ذلك توفر العديد من مصادر المساندة الاجتماعية لدى أمينة (العائلة والأقارب) فالسند الاجتماعي يلعب دوراً كبيراً في التخفيف من حدة الضغط النفسي للأفراد عند الأزمات، بغض

النظر عن كونها شخصية اجتماعية ناجحة في إقامة العلاقات الإيجابية التي تدعمها وتحسبها بقيمة وجودها ضمن محيطها ويشعرها بالسعادة وهذا ما يجعلها تشعر بالرضا عن حياتها وتتحسن جودتها.

وفي أوقات أخرى لجأت الحالة إلى استخدام إستراتيجيات التجنب من خلال عدم التركيز على الكلام الذي يزعجها في هذا الموضوع وتفادي الأشخاص السلبيين والابتعاد عن كل المثيرات المزعجة مع توجيه تركيزها واهتمامها بالاستمتاع بالحياة قدر الإمكان وتوفير الراحة لنفسها وتطوير ذاتها من خلال العمل في الخياطة مع رسم طموح شخصي بإقامة مشروع في هذا المجال.

عبرت أمينة عن شعورها بحسن الحال والحياة التي تعيشها وقدرتها على إشباع احتياجاتها (سكن خاص، توفر الراحة لديها، الشعور بالأمن في حياتها وتقديرها الكبير لذاتها، توفر دخل مناسب لها... إلخ) ويعتبر ذلك من مقومات جودة الحياة التي ترفع من درجة الجودة لدى الفرد، كما أن الحالة تتميز بسمة شخصية وهي التفاؤل، السمة التي حددها إيفانس في النموذج الذي قدمه لتفسير جودة الحياة، فالحالة أمينة متفائلة بتحقيق الحمل في يوم ما وهذا ما أبقى على إحساسها بالرضا والسعادة وحقق لها الهناء الشخصي من خلال تمتعها بجودة الحياة الصحية وقدرتها على مجابهة المشكلات التي تعترضها وهو المفهوم الذي قدمه فينوهوفن عام 2000 "القدرة الحياتية" وهي تشير إلى البيئة الداخلية للفرد من إمكانيات وقدرات تمكنه من مجابهة المشكلات الحياتية بطريقة أفضل، إضافة إلى "المنفعة والفائدة" والتي تشير إلى جودة الحياة من خلال المحصلة والتي يمكن الحكم عليها في ضوء قيم الفرد والبيئة أي استغلال البيئة الخارجية والتي تمثل رؤية الحياة على أنها جيدة. (محمود، 2013، ص 72)، ما يميز هذه الحالة هو قدرتها مواجهة مشكلة التأخر عن الإنجاب بطريقة فضلى وتوجيه كل اهتماماتها إلى البيئة الخارجية في تطوير مشروعها لرفع جودة حياتها. وضح كل من Perlain و Schoorler (1978) الانفعال الإيجابي والتفاؤل يدعم الأساليب المرتكزة على المشكل ويجعل الفرد أكثر هدوءا واستعدادا لتغيير الموقف ما يعطي جديدا للتجربة من خلال جعلها أكثر إمتاعا ويرفع مستوى الطموح الشخصي وقدرة الفرد على التحكم. تعد الأفكار الإيجابية حول الذات وقدرتها على المواجهة وتعديل الوضعية يصبح بمقدوره توقع ما هو آتٍ ثم تطوير المهارات اللازمة لمواجهتها وتنمية مشاعر إيجابية. (ساعد، 2018-2019، ص 157)

تتلى أمينة بروح الدعابة أو الفكاهة حتى في موضوع التأخر عن الإنجاب وهي إستراتيجية تستعملها من أجل تخفيف الضغط النفسي، حيث قدمها Cohen (1994) كإستراتيجية معرفية لمواجهة الضغوطات الحياتية وعرفها على أنها "الدعابة أو الفكاهة Humor: إستراتيجية تتضمن التعامل مع الضغوط والأمور الخطيرة ببساطة وبروح الفكاهة، كما أنها تؤكد على الانفعالات الإيجابية أثناء المواجهة. (ساعد، 2018-2019، ص 160)

4-4-5 مقياس إستراتيجيات المواجهة المطبق على الحالة الرابعة

تم تطبيق مقياس إستراتيجيات المواجهة على الحالة "أمينة" وقد تم الحصول على النتائج التالية:

الجدول (28): يمثل نتائج مقياس إستراتيجيات المواجهة للحالة الرابعة.

إستراتيجيات المواجهة	الدرجة الخام	النسبة المئوية
إستراتيجيات حل المشكلة	32	39,02%
إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي	09	10,97%
إستراتيجيات التجنب	17	20,73%
إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي	20	24,39%
إستراتيجيات التائب الذاتي	04	4,87%
المجموع	82	100%

جاءت نتائج الاختبار كالتالي: إستراتيجيات حل المشكلة درجاتها الخام 32 أي بنسبة 39,02% وهي الإستراتيجية الأولى من حيث الاستعمال، بعدها إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي (20 درجة خام) بنسبة 24,39%، ثم تظهر إستراتيجيات التجنب (17 درجة خام) بنسبة 20,73%، تليها إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي (9 درجات خام) بنسبة 10,97%، وأخيرا إستراتيجيات التائب الذاتي كآخر إستراتيجية (4 درجات خام) بنسبة 4,87%.

الجدول (29): يمثل نوع إستراتيجية المواجهة التي تركز عليها الحالة الرابعة.

النسبة المئوية	الدرجة الخام	إستراتيجيات المواجهة
50%	41	إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكلة
50%	41	إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال

يتبين من خلال الجدول أعلاه أن الحالة آمنة تستعمل كل من الإستراتيجيتين في مواجهة وضعية التأخر عن الإنجاب لمدة 5 سنوات بالتساوي، حيث جاءت كل منهما بنسبة 50% وبدرجات خام قدرت بـ 41 درجة خام.

4-4-6 مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة الرابعة

تم تطبيق هذا المقياس على الحالة آمنة، وبعد تصحيحه كانت النتائج كالآتي:

الجدول (30): يمثل نتائج مقياس جودة الحياة للحالة الرابعة

الأبعاد	الدرجات الخام	متوسط الاستجابات لكل بعد
الصحة الجسمية	24	3,42
الصحة النفسية	22	3,66
العلاقات الاجتماعية	11	3,66
البيئة	26	3,25
الدرجة الكلية		13,99

حساب الدرجة المحولة عن طريق تطبيق المعادلة التالية: (الدرجة الكلية - 4) (16/100)

$$62,43 = (6,25)(9,99) = (16/100)(4-13,99)$$

$$الدرجة\ المحولة = 62,43$$

يتوضح من خلال نتائج المقياس أن بعدي الصحة النفسية والعلاقات الاجتماعية تحسلا على 3,66 درجة يليها بعد الصحة الجسمية 3.42 درجة وأخيرا بعد البيئة 3.25 درجة لتكون الدرجة الكلية 13,99. وبعد تطبيق المعادلة كانت الدرجة المحولة 62,43.

وعليه يوضح نتائج مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة الثانية درجة 62,43 التي تدل على أن جودة الحياة متوسطة.

4-4-7 التحليل العام للحالة الرابعة

يتضح من خلال المقابلات الإكلينيكية التي أجريت مع أمينة ونتائج مقياسي إستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة أن المفحوصة تظهر تقبلا إيجابيا لموضوع التأخر عن الإنجاب حيث تعتبره وضعا مؤقتا وسيزول، كما أنها تبدي تفاؤلا كبيرا بأنه مع مرور الوقت سيرزقها الله بأطفال إلى جانب ذلك فإنها تؤمن بأن القلق والتوتر لهما انعكاسات سلبية على صحتها النفسية والجسدية لذلك فإنها تستثمر وقتها في الاستمتاع بحياتها وممارسة هواياتها.

حيث أوضحت نتائج مقياس إستراتيجيات المواجهة لـ Paulhan أن المفحوصة استخدمت إستراتيجيات متنوعة، حيث لجأت إلى إستراتيجيات مرتكزة على حل المشكلة (50%) وأخرى مرتكزة على الانفعال (50%) وكانت النسب كالتالي: احتلت إستراتيجيات حل المشكلة نسبة 39,02% ويتضح ذلك من خلال استجاباتها "بنعم" على البنود الخاصة بهذا المحور ومنه فكرت المفحوصة في خطة في مواجهة هذه الوضعية ومعالجتها للأمور بتريث وعدم التسرع في تنفيذ فكرة أو فعل كما لجأت الحالة إلى الطبيب الأول بعدها قصدت طبيب ثاني الذي اقتنعت بالتشخيص الذي قدمه لهما وعلى الرغم أن السبب يخص زوجها والمتمثل في ضعف ونقص الحيوانات المنوية إلا أنها حاولت البحث عن حلول وضاعفت جهودها (من خلال الخياطة من أجل تغطية تكاليف العلاج) للوصول إلى حل (كذلك تحضير خلطات أعشاب طبيعية من أجل تحسين جودة الحيوانات المنوية)، بعدها تظهر إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي بنسبة 24,39% وتتمثل من خلال تفاؤلها وإيجابيتها وتركيزها على الجانب الإيجابي من الوضعية بأنها قضية وقت فقط فعنصر التفاؤل فعال في مثل هذه الحالات حيث يعرف على أنه "الإقبال على الحياة بإيجابية

والاعتقاد بإمكانية تحقيق الرغبات مستقبلا وبأنه استعداد لتوقع حدوث الأشياء الجيدة والإيجابية، ويعتقد المتقائل أن المستقبل يخبئ له النتائج المرجوة". (Carver and Scheier, 2003, p 75) إلى جانب قدرتها على تحمل الوضعية لمدة 5 سنوات متتالية خاصة وأن التحاليل الطبية لزوجها كانت أكثر تحسنا في آخر مرة، بعدها نجد إستراتيجيات التجنب التي جاءت بنسبة 20,73% حيث تجلت في تقبلها للمشكلة وعدم شعورها بالألم (بشكل نسبي فقط) اتجاه هذه الوضعية مع عدم تجنبها لأي مثير خاص بهذا الوضع (أشخاص، أحاديث... إلخ) لأن الحمل بيد الله عز وجل فهي لا تهتم لحديث الآخرين عنها إضافة إلى أن السبب في ذلك لا يخصها أبدا فقد أثبتت التحاليل الطبية أن كل شيء طبيعي. بعدها تظهر إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي بنسبة 10,97% وتظهر من خلال المساندة الاجتماعية التي تتلقاها أمينة من محيطها وأخواتها، ودعمها لزوجها حفاظا على مشاعره وصحته حيث أن هذا الدعم الاجتماعي يجعل الحالة أكثر قوة في مواجهة التأخر عن الإنجاب حيث يعرف Braham "أن المساندة الاجتماعية تقوم بمهمة حماية الشخص لذاته وزيادة الإحساس بفاعليته، بل أنه يتلقى المساندة الاجتماعية من شبكة العلاقات الاجتماعية المرتبطة به ولا شك أن هذه المساندة تؤدي دورا مهما في تجاوز أي أزمة قد تواجهه" (ناصر، 2022، ص 908). وما يدل على هذا أيضا أن الحديث عن هذا الموضوع يكون مع زوجها فقط أما أخواتها فيكون الحديث نوعا ما سطحيا إلى جانب أنها إنسانة اجتماعية تتمتع بروح الفكاهة والمزاح تتقبل تعاطف الآخرين المحيطين بها، وأخيرا نجد إستراتيجيات التائب الذاتي بنسبة 4,87% وهي نسبة منخفضة جدا وذلك راجع إلى قناعتها أنها غير متسببة في الموضوع مع عدم الشعور بالذنب إزاء الوضعية وأنه بيد الله عز وجل.

أما بالنسبة لجودة حياتها فقد أظهرت استجاباتها على المقياس بعد تحليله أن جودة حياتها متوسطة حيث ظهرت بدرجة 62,43 وذلك لأن المفحوصة راضية على حياتها ومعيشتها لوضعية تأخر الإنجاب حيث كانت الدرجات محاور المقياس في المستوى المتوسط، كما وضح محور الصحة الجسمية أن المفحوصة لا تعاني من أي أمراض وصحتها الجسمية جيدة حيث أنها تتمتع بقدرة عالية على قيامها بواجبات الحياة اليومية، تملك الكفاية والفعالية الكبيرة في إنجاز عملها (الخطاطة)، راضية عن نومها ليلا وحتى نهارا كما أن سلامة صحتها الجسمية تسمح لها بالتنقل وقضاء حوائجها داخل المنزل وخارجه، يظهر بعد ذلك

محور الصحة النفسية المتمثل في السعادة التي تشعر بها وقدرتها على الاستمتاع بالحياة وقدرتها على التركيز في أعمالها تشعر بأن لها معنى كبيراً لوجودها في الحياة، راضية عن نفسها إلى حد كبير كما أنها راضية عن بنائها الجسدي ومتقبلة لصورة جسدها، كما صرحت بأنها تحس لفترات قصيرة من القلق (قلقها محصور في عيد الفطر أين يكون الناس يشترون ملابس العيد لأطفالهم تحس بالنقص في حياتها) كذلك ثققتها بنفسها من خلال نبرة صوتها أثناء الحديث ووضعية جلوسها أثناء المقابلات. كما نجد محور العلاقات الاجتماعية ويتجلى في رضا المفحوصة عن شبكة العلاقات الاجتماعية ورضاها عن الدعم المقدم لها من طرفهم، فالدعم الاجتماعي مكنها من تجاوز العقبات التي نتجت عن مشكلة التأخر في الإنجاب وفي هذا الصدد نجد دراسة **عبد الله مطلق ناصر (2022)** حول جودة الحياة وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى معلمي المدارس الثانوية بدولة الكويت وقد أكدت الدراسة على وجود ارتباط دال إحصائياً بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية، إضافة إلى رضاها عن علاقتها الجنسية والتي تعكس رضاها عن علاقتها مع شريكها وتوافقها الزوجي معه من خلال دعمها لبعض ومساندتها وهذا يعود إلى قلة التوتر في علاقتها وانخفاض مستويات القلق والإجهاد لدى الحالة وهذا عكس ما يظهر في دراسة **سحر الضمور ولمياء هوارى (2022)**، وأخيراً نجد محور البيئة الذي توضح أنه ذو مستوى متوسط ويتجلى من خلال الرضا العالي للمفحوصة عن السكن الذي تعيش فيه (سكن مستقل)، رضاها عن مزاجها ورحلاتها إضافة إلى الخدمات الصحية التي يقدمها لها الأطباء وغيرهم، شعورها الكبير بالأمن حيث وضحت أن مصدر الأمن لها هو زوجها وعائلتها. ومنه بما أن الحالة تبدي حالة كبيرة من الرضا عن جوانب حياتها (الاجتماعية وحالتها النفسية والجسدية) وعلاقتها الاجتماعية وبالتالي فإن جودة حياتها تكون طيبة وهذا بفعل إستراتيجيات حل المشكلة التي استخدمتها المفحوصة في مواجهة التهديد الناتج عن وضعية التأخر عن الإنجاب والتي عملت على خلق نوع من التوازن في حياتها، فأمينة تحاول البحث عن حلول للمشكلة إضافة إلى حفاظها عن خصائص شخصيتها من التغيير الذي قد يحدث بفعل التأثير السلبي للوضعية ومحافظتها على شبكة العلاقات الاجتماعية التي تكون مصدر للدعم والمساندة، إعادة تقييم مواردها الشخصية والمادية من أجل التكفل بحل الموضوع وتبعاته من أجل التقليل من بروز الآثار السلبية له حفاظاً على علاقتها الزوجية من الاضطراب، وعليه فالعلاقة بين إستراتيجيات حل المشكلة والبحث عن الدعم الاجتماعي علاقة موجبة لأن هذه الأساليب تحافظ على مظاهر جودة الحياة

وتخلق نوعاً من الرضا والسعادة لدى المفحوصة في خضم معاشتها لهذه الأحداث الضاغطة، كما جعلتها راضية عن ذاتها وعن علاقتها الشخصية إلى جانب رضاها عن صورتها الجسدية باعتبار أن الحمل والإنجاب تجربة جسدية ونفسية في آن معا.

4-5 الحالة الخامسة

4-5-1 البطاقة الإكلينيكية

الاسم: هاجر

السن: 29 سنة

المستوى التعليمي: شهادة الماستر في علم الاجتماع

المهنة: مأكثة بالبيت

مدة الزواج: سنتين (2021)

مدة التأخر في الإنجاب: سنة واحدة

سبب التأخر: إصابة العضو التناسلي للزوج جراء عملية جراحية سابقة أثرت على سيرورة الإخصاب

الطبيب المعالج: الدكتور حجاجي فقط

السوابق العائلية: ابنة عمه الحالة التي تأخرت عن الحمل والإنجاب مدة 5 سنوات بعدها أنجبت، اتخذتها

الحالة هاجر كنموذج للتعلق بالأمل من أجل الحمل.

4-5-2 الملاحظة العيادية للحالة الخامسة

-المظهر العام: الملابس عادي جداً، البنية الجسدية جسم نحيل وقامة متوسطة، تعابير الوجه ملامح

الحزن بادية عليها.

- التواصل البصري: مرات يوجد تواصل بصري مع الأخصائية ومرات أخرى توجه نظرها نحو الأرض مع طأطأة الرأس.

- السلوك الحركي: قليلة الحركة

- المزاج: يتوسط الحزن والفرح، بكاء في كل المقابلات

- التوجه والسلوك نحو الفاحص: متعاونة مع الأخصائية تتحدث بنوع من التكتم، تجيب على بعض الأسئلة بعد تفكير.

4-5-3 جدول المقابلات العيادية مع الحالة الخامسة

جدول (31): يمثل المقابلات العيادية للحالة الخامسة

موضوع المقابلة	الزمن المستغرق في المقابلة	مكان المقابلة	تاريخ المقابلة
الحديث حول الوضعية ومحاولة بناء علاقة ثقة مع المفحوصة	45 د	عيادة الدكتور حجاجي	2023/10/08
أسئلة المحور الأول والثاني	45 د	عيادة الدكتور حجاجي	2023/10/15
أسئلة المحور الثالث وتطبيق مقياس إستراتيجية المواجهة	60 د	منزل المفحوصة	2023/10/29
تطبيق مقياس جودة الحياة	30 د	عيادة الدكتور حجاجي	2023/11/05

4-5-4 ملخص المقابلات مع الحالة الخامسة

هاجر امرأة متزوجة (2021) تبلغ 29 سنة من عمرها إلا أنها لم تحض بفرصة الحمل بعد، وهذا بسبب خطأ جراحي أثناء عملية سابقة لزوجها على مستوى أعضائه التناسلية تسبب في عرقلة وصول السائل المنوي مما منع اكتمال سيرورة الإخصاب. ولّد هذا الوضع (التأخر عن الإنجاب) ضغطاً نفسياً

لدى الزوجة التي أصبحت تعاني من حالة قلق خاصة بسبب نظرة المجتمع لها حسب قولها (المجتمع يجرح بزاف مايرحمش (بكاء)).

بعد مرور سنة من زواجها قصدت هاجر عيادة الدكتور حجاجي من أجل استطلاع الوضع والبحث عن حلول من أجل الإنجاب حسب ما صرحت به (الحل الوحيد لخممت فيه هو الطبيب هو يعرف يفهم الحالة تاغنا) فهو الدكتور الوحيد الذي لجأت إليه من خلال توجيهها إليه من طرف عائلة زوجها، لم تأخذ سوى العلاج الذي وصفه الطبيب، هذا الأخير توصل إلى أنه لا توجد طريقة للإنجاب سوى تطبيق تقنية الإخصاب في المختبر *fécondation in vitro*.

واجهت هاجر وضعية التأخر عن الإنجاب بصمت حيث أصبحت تتجنب الحديث عن موضوع الحمل والأطفال مع المحيطين بها إلا زوجها فهو الوحيد الذي تحدته في هذه النقطة لأنه بحسب رأيها أن هذا الأمر شخصي يخصهما فقط وترفض تدخل أي طرف ثالث فيه بسبب الأحاديث الموجهة لها والمسؤولية التي يضعها المجتمع على عاتقها حسب ما تقول (واحد مايرحمك، حاطين كلش فيا بلي أنا السبة، جرحوني) وقد كان أسلوبها في المواجهة هو التعبير الانفعالي عن طريق البكاء، إضافة إلى ذلك فقد أضافت بأنها تغيرت عما كانت عليه حيث أنها أصبحت عصبية في قولها: (وليت مانسكت لحتى واحد بزاف عليا الناس يدخلوا بزاف وليت إنسانة خلاف واحد ما يقدر يكسرنى).

أثر التأخر عن إنجاب الأطفال على جودة حياة هاجر تأثيرا متوسطا (أثرت شويا، تأثير سلبي يعني 3 سنين ما عنديش دراري)، إلى جانب هذا الموضوع نجد أمر آخر وهو إقامتها في بيت قصديري ومستواها الاقتصادي والمعيشي المنخفض فزوجها يعمل قابض في حافة نقل وهي مأكثة بالبيت، كما صرحت بإحساسها بالاغتراب كونها من ولاية أخرى، رغم كل هذه الظروف تقول الحالة بأنها راضية نوعاما عن حياتها (راضية نوعا ما، والحمد لله على كل حال).

- تحليل المقابلات العيادية

عاشت هاجر مدة التأخر عن الإنجاب بنوع من التقبل للموضوع والرضا عنه لأنها تؤمن بأنه مقدر من الله عز وجل وليس بيدها التغلب على مشكلتها إلا من خلال تقوية وازعها الديني، أي أنه لا يوجد تهديد أو خسارة في الموضوع خاصة وأنها تستمد قوتها من دعم الزوج لها ومساندته لها من خلال الحوار والتفهم لمشاعرها كما أن الطبيب المعالج وضح أن نسبة نجاح تقنية الإخصاب في المختبر عالية وسيكون هناك حمل في المستقبل القريب.

رغم هذا التقبل والفهم للوضعية إلا أن هناك العديد من الضواغط التي أدت إلى خلق توتر وضغط نفسي لدى هاجر والمتمثل في الكلام الجارح الذي تتلقاه من المحيط واتهامها بالعمم رغم أنها ليست المسؤولة عن الوضع أصلاً وعدم قدرتها على الرد على كلامهم حتى لا تكشف حقيقة الموضوع، وللتخفيف من هذا التوتر الذي تعيشه لجأت الحالة إلى العديد من الإستراتيجيات منها إستراتيجيات الانفعال من خلال اللجوء إلى التفريغ الانفعالي، إضافة إلى إستراتيجيات البحث عن مصادر للمساندة الاجتماعية والمتمثل في الزوج خاصة، حيث يلعب السند الاجتماعي دوراً فعالاً في التخفيف من شدة الأزمة وتأثيراتها على الأصعدة الحياتية للفرد والرفع من مستوى الراحة والهدوء النفسي الذي يحتاج إليه الشخص بعد فترة الهيجان والاضطراب. وعليه "قالبحث عن الدعم الاجتماعي من ناحية أخرى يتمثل في البحث عن الدعم المعنوي والعاطفي وهو تعامل مركز على العاطفة وفي هذه الحالة فإن المواجهة ليست أسلوباً تكيفياً بمعنى الكلمة لأنها لا تمثل مواجهة حقيقية للمشكلة بقدر ماهي تنفيس عن المشاعر الذاتية. (ساعد، 2018-2019، ص 165)

بما أن مصدر الضغط هو المحيط فإن الحالة استخدمت إستراتيجيات أخرى بعد فترة معينة -بعدما استمر في الضغط عليها- والمتمثلة في التجنب والابتعاد عن المجتمع لأنها جرحت بقسوة مما أدى إلى تغير في سلوكياتها وتفكيرها فقد أصبحت منعزلة لا تحبذ الالتقاء بالأشخاص أو حضور أي مناسبة تجنباً لهم ولأحاديثهم إضافة إلى ذلك فقد أصبحت عصبية بخصوص موضوع الإنجاب مع الأفراد الذين يوجهون

لها السؤال بهذه الطريقة أصبحت تحس نفسها أقوى لأن الصمت بحسبها هو دليل ضعفها أمام المجتمع الذي يجرحها.

امتد تأثير هذه الوضعية على حياة الحالة هاجر وأثر بشكل سلبي على جودتها بسبب انخفاض مستوى رضاها وسعادتها، حيث أن الرضا والإحساس بالسعادة هو جوهر جودة الحياة وبهما ترتفع وتزداد. فبغض النظر عن غياب الأطفال في حياتها نجد تدهور المستوى الاقتصادي وانخفاض المستوى المعيشي (العيش في بيت قصديري، عدم حصولها على وظيفة، الدخل المنخفض للزوج) ففي ظل الأحوال الاقتصادية لبلاد وغلاء الأسعار فالحالة غير قادرة على إشباع احتياجاتها فكل الدخل تقريبا موجه للعلاج. لكن من ناحية أخرى فهي تتمتع بالأمن والرضا عن الذات كما أنها راضية عن علاقتها الزوجية التي تكمن فيها سعادتها في بعض الأوقات، وهنا نجد أن أبو سريع وآخرون (2005) يرون أن محددات جودة الحياة تتوزع على بعدين أحدهما خارجي (التوافق الأسري، الرضا عن الصداقة، الدخل الشهري للأسرة، العلاقة مع الآخرين، نوعية السكن) وبعد داخلي (تقدير الذات، الصحة العامة، القوام البدني، التفوق الدراسي، الفاعلية الذاتية، التدين، القدرات والمهارات الشخصية). (عبد الحفيظي، 2015-2016، ص51) فبالنسبة للبعد الخارجي نجده ذا جودة سيئة أما البعد الداخلي فهو متوسط نوعا ما ومنه فتقدير جودة الحياة خاصتها يكون متوسط.

4-5-5 مقياس إستراتيجيات المواجهة المطبق على الحالة الخامسة

تم تطبيق مقياس إستراتيجيات المواجهة على الحالة " هاجر " وقد تم الحصول على النتائج التالية:

الجدول (32): يمثل نتائج مقياس إستراتيجيات المواجهة للحالة الخامسة.

النسبة المئوية	الدرجة الخام	إستراتيجيات المواجهة
31,08%	23	إستراتيجيات حل المشكلة
17,56%	13	إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي
20,27%	15	إستراتيجيات التجنب
22,97%	17	إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي

إستراتيجيات التأييب الذاتي	06	%08,10
المجموع	74	%100

يتضح من خلال نتائج المقياس المطبق على الحالة أن إستراتيجيات حل المشكلة جاءت بنسبة %31,08 بعدها إستراتيجيات التقييم الإيجابي %22,97، لتبرز إستراتيجيات التجنب بنسبة %20,27 وإستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي بنسبة %17,56 وأخيرا إستراتيجيات التأييب الذاتي %8,10. الجدول (33): يمثل نوع إستراتيجية المواجهة التي تركز عليها الحالة الرابعة.

إستراتيجيات المواجهة	الدرجة الخام	النسبة المئوية
إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكلة	36	%48,64
إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال	38	%51,35

يتضح أن الحالة هاجر تركز على إستراتيجيات الانفعال في مواجهة وضعية تأخر الإنجاب حيث جاءت في المرتبة الأولى بنسبة %51,35، ثم إستراتيجيات حل المشكلة بنسبة %48,64.

4-5-6 مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة الخامسة

تم تطبيق هذا المقياس على الحالة هاجر، وبعد تصحيحه كانت النتائج كالاتي:

الجدول (34): يمثل نتائج مقياس جودة الحياة للحالة الخامسة

الأبعاد	الدرجات الخام	متوسط الاستجابات لكل بعد
الصحة الجسمية	27	3,85
الصحة النفسية	24	4
العلاقات الاجتماعية	13	4,33
البيئة	31	3.87

الدرجة الكلية	16,05
---------------	-------

حساب الدرجة المحولة عن طريق تطبيق المعادلة التالية: (الدرجة الكلية - 4)(16/100)

$$75,31 = (6,25)(12,05) = (16/100)(4-16,05)$$

$$الدرجة\ المحولة = 75,31$$

من خلال نتائج المقياس توضح أنه من خلال متوسط استجابات الحالة أن بعد العلاقات الاجتماعية قدر ب 4,33 درجة، بعدها بعد الصحة النفسية 4 درجات، يليه بعد البيئة 3,87، وأخيرا بعد الصحة الجسمية 3,85 درجة لتكون الدرجة الكلية 16,05 درجة، وبعد حساب المعادلة كانت الدرجة المحولة 75,31. وعليه يوضح نتائج مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة الثانية درجة 75,31 التي تدل على أن جودة الحياة متوسطة.

4-5-7 التحليل العام للحالة الخامسة

لقد قمنا بإجراء العديد من المقابلات العيادية مع الحالة هاجر، كما قمنا بتطبيق مقياسي الدراسة والمتمثل في مقياس Paulhan للمواجهة ومقياس جودة الحياة وقد تبين أن المفحوصة تعاني من مستوى عالٍ من الإجهاد الذي سبب لها ضغطا نفسيا تعاني منه بعد زواجها بفترة معينة وقد صرحت بذلك خلال المقابلات العيادية وأكثر ما أثر على نفسياتها هو نظرة المجتمع لها لأن المجتمعات العربية تنظر إلى المرأة على أنها هي المسؤولة عن التأخر عن الإنجاب بحكم وظيفتها الأساسية كأنثى وهي الوظيفة البيولوجية المتمثلة في الحمل والولادة، ورغم أن السبب في التأخر عن الإنجاب لديها غير مسؤولة عنه عضويا وهذا ما أكده المجال الطبي لأن زوجها هو من يعاني من الضرر إلا أنها تحاول تحمل الوضعية من أجل الحفاظ على علاقتها الزوجية وخلق جو من التفاهم والتوافق الزوجي، كما تبين من خلال نتائج مقياس إستراتيجيات المواجهة أن هاجر استخدمت أساليب مواجهة مرتكزة على الانفعال حيث ظهرت نسبة 51,35% وهي إستراتيجيات مؤقتة في مفعولها من حيث تقليص التوتر والضغط النفسي عليها ويتجلى ذلك من خلال إستراتيجيات التجنب (20,27%) حيث أن المفحوصة تمننت لو أنها تستطيع

تغيير هذه الوضعية من أجل تحسين حياتها لأن هذا الوضع لم يكن في الحسبان فحسب **Marie** **Claude** "أن التأخر في الإنجاب يجعل حياة الأفراد مضطربة لأنه يمثل انقطاعا في تسلسل الأحداث التي يتخيلها الأزواج" (Lalonde, 2016, p 135) إلى جانب ذلك أصبح الحمل والإنجاب بالنسبة لها حلما، معجزة حسب استجابتها على المقياس إلى جانب ذلك تجنب الزيارات والمناسبات من أجل تجنب الأحاديث حول الموضوع ومقارنتها بسيدات تزوجن وراءها أو قبلها وأنجن أطفالا حيث صرحت أن هذا الكلام جارح، كما أن أهل الزوج يحملونها المسؤولية حيث تعتبر كل هذا أكبر مصدر للضغط عليها. أما بالنسبة لإستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي فكانت بنسبة 22,97% ويظهر من خلال تقاؤل المفحوصة بفرص للحمل خاصة وأنها ستخضع عما قريب لتقنية الإخصاب في المختبر كحل وحيد من أجل الإنجاب حسب الدكتور المعالج، إحساسها بالتغيير الإيجابي حيث صرحت بأنها أصبحت ذات شخصية قوية قادرة على الدفاع عن نفسها أمام العبارات الجارحة من طرف المحيطين بها وأن هذه الضغوطات صنعت منها إنسانة قوية لا تكسر بسهولة مع تركيزها على الجانب الإيجابي في الوضعية التي تعيشها. وأخيرا نجد إستراتيجيات التأنيب الذاتي بنسبة 8,10% وهي أدنى نسبة حيث لا تمتلك هاجر أي شعور بالذنب اتجاه الوضعية خاصة وأنها لا تعاني من أي ضرر يمنع الإنجاب على العكس من ذلك فهي تتحمل العبارات الجارحة ونظرة الأشخاص السلبية لها رغم أنها قادرة على الإنجاب. ومنه هناك أساليب مواجهة أخرى استخدمتها هاجر من أجل المواجهة منها إستراتيجيات حل المشكلة التي تحصلت على نسبة 31,08% ويظهر ذلك من خلال المقاومة التي تبديها المفحوصة للوصول إلى هدفها (الحمل) والمحافظة على سير الأمور حتى تنتهي إلى الأفضل من خلال دراسة قراراتها وتصويبها، إتباع نصائح الطبيب ورفضها التوجه نحو طبيب آخر لأنها مقتنعة بالتشخيص المقدم من طرفه وأن حالتها هو من يستطيع فهمها فقط. إلى جانب الأساليب السابقة الذكر نجد كذلك إستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي والتي جاءت بنسبة 17,56% ويتجلى ذلك من خلال اتخاذها لزوجها مصدرا للدعم والمساندة حيث أنها تفضل إبقاء هذا الموضوع بينها وبينه والتحدث معه فقط لأن الأمر شخصي حتى مشاعرها وأفكارها تكشف عنها أمامه فقط وذلك بسبب العبارات الجارحة الصادرة عن المحيطين بها الذين يعتبرون كعناصر سلبية ومثيرات مزعجة تعمل على خلق التوتر والضغط للمفحوصة إلى جانب ذلك إحساسها بالاعتراب كونها ليست من ولاية سكيكدة وبعدها الجغرافي عن أهلها صعب عليها الموضوع أكثر.

أما بالنسبة لجودة حياتها فقد أظهرت نتائج إستجابات المفحوصة على المقياس أنها ذات مستوى متوسط، لأنها تتمتع بنوع من الرضا عن حياتها رغم أنها تقيم في بيت قصديري وبطالة مع العلم أنها متحصلة على شهادة الماستر في علم الاجتماع إلا أنها لم تتوفق في الحصول على عمل بعد، وعدم إنجابها للأطفال منذ 3 سنوات من زواجها إلا أنها تعيش نوعا من السعادة مع زوجها الذي تعتبره مصدرا للأمن في حياتها، فقد صرحت بأنها متقبلة لوضعية التأخر عن الإنجاب حتى ولو لم يرزقها الله بالأطفال رغم أن الأمومة هي أحلى شعور بالنسبة لها وتتمنى أن تصبح كذلك، إذن فجودة الحياة هي الرضا بما يمتلكه الفرد فهذا الأخير هو من يصنع سعادته وهي إحدى العوامل الذاتية في جعل الحياة ذات جودة عالية أو مقبولة، وقد جاء محور الصحة الجسدية بقيمة قدرت 3,85 درجة وهذا لأن المفحوصة لا تعاني من أي أمراض أو اضطرابات على مستوى جسدها فهي تتمتع بالقدرة والكفاية والفعالية للقيام بالواجبات اليومية والتنقل دون أي عائق بمنعها من ذلك، تتمتع بنوم جيد كما أنها أبدت رضاها عن نومها وقدراتها ويعتبر التمتع بالصحة الجيدة والخلو من الأمراض أحد مظاهرها أيضا كما نجد محور الصحة النفسية بقيمة قدرت ب4 درجات ومنه فالمفحوصة تحاول الاستمتاع بحياتها قدر المستطاع رغم أن موضوع الإنجاب يشغل تفكيرها، لأنها تشعر بوجود معنى كبير لحياتها حتى في غياب الأطفال كما أبدت تقبلا كبيرا لبنائها الجسدي ورضا عن صورتها الجسدية وعن نفسها فهي على غرار بعض السيدات مثيلاتها ممن تعاني من ضرر يعيق الإنجاب ترفض صورتها الجسدية باعتبارها مشوهة على المستوى النفسي أو ناقصة لأن الحمل يستقر في النفس قبل الجسد، إلا أن المفحوصة لا تشعر بذلك لأن الجهاز التناسلي خاصتها طبيعي لم يصبه أي ضرر ورغم كل هذا الرضا والتقبل لذاتها إلا أن معاشها النفسي يتأرجح مابين الشعور بالحزن والقلق في بعض الأوقات المعينة من جهة والقبول والرضا والتفاؤل من جهة أخرى.

إلى جانب المحاور السابقة الذكر نجد كذلك محور العلاقة الاجتماعية الذي تحصل على درجة 4,33 ويتمثل في الروابط الاجتماعية التي تقيمها هاجر مع المحيطين بها (أفراد عائلتها وزوجها) ورضاها الكبير عن هذه العلاقات ماعدا علاقتها بأهل الزوج التي كانت متذبذبة من حيث الرضا، كما وضحت المفحوصة رضاها الكبير عن علاقتها مع زوجها وكذلك من جانب العلاقة الجنسية التي تعتبر المفتاح من أجل الإنجاب ورغم أن السبب متعلق به وهذا يثبت وجود توافق زواجي بينهما من حيث القبول،

الرضا، التفاهم والمشاركة الوجدانية... إلخ وفي الأخير نتطرق إلى محور البيئة الذي جاء بدرجة 3,87 ويظهر هذا من خلال رضا المفحوصة عن الخدمات الصحية المقدمة لها، إشباعها لاحتياجاتها من حيث الكفاءة والفاعلية في ذلك، وجود الكثير من الفرض للراحة والاسترخاء، الشعور المبالغ فيه بالأمن في حياتها والمتمثل في زوجها كمصدر له أما بالنسبة للمنزل الذي تقيم فيه فقد صرحت بأنها راضية نوعاً ما للعيش داخله انتظار الحصول على سكن اجتماعي.

ومنه فأساليب المواجهة التي استخدمتها المفحوصة للتخفيف من الضغط قد ساهمت في القبول والمحافظة على رضاها على جوانب عديدة في حياتها، وعليه فهناك علاقة إيجابية بين جودة الحياة وإستراتيجيات حل المشكلة وكذلك إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي من خلال بروز التفريغ الانفعالي (البكاء) كأسلوب لتخفيف الضغط النفسي وعدم ظهور الاضطرابات النفسية أو السيكوسوماتية هذه الأخيرة تمس بجودة الحياة الصحية للمفحوصة والتي تعتبر مظهراً من مظاهر جودة الحياة، إستراتيجيات التجنب التي عملت على تجاهل الكلام الجارح والابتعاد عن المثيرات المزعجة والاستثمار في العلاقة الزوجية وخلق مصدر للدعم والمساندة من أجل تجاوز هذه الأزمة وبالتالي خلق جو من السعادة والرضا مما جعل الحياة الزوجية ذات نوعية جيدة إضافة إلى إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي التي منحت المفحوصة الاستبصار بالأمور ونظرة التفاؤلية للمستقبل والقدرة على المواجهة.

4-6 الحالة السادسة

4-6-1 البطاقة الإكلينيكية

الاسم: نرجس

السن: 27 سنة

المستوى التعليمي: شهادة ماستر في إدارة أعمال

المهنة: مأكثة بالبيت

مدة الزواج: 3 سنوات وشهرين

مدة التأخر في الإنجاب: 2 سنة وشهرين

سبب التأخر: متلازمة تكيس المبايض

الطبيب المعالج: الدكتور أسياخ والدكتور بوشحمة سابقا، الدكتور حجاجي جمال حاليا.

السوابق العائلية: لا يوجد، تعتبر نرجس أول حالة عانت من التأخر عن الإنجاب في العائلة.

4-6-2 الملاحظة العيادية للحالة السادسة

-المظهر العام: الملبس أنيق ومرتب، البنية الجسدية طويلة القامة ومتوسطة الوزن، تعابير الوجه علامات الرضا عن حالتها الصحية

- التواصل البصري: وجود تواصل بصري مع الأخصائية

- السلوك الحركي: قليلة الحركة

- المزاج: عادي

- التوجه والسلوك نحو الفاحص: متعاونة مع الأخصائية، تتحدث بتلقائية.

4-6-3 جدول المقابلات العيادية مع الحالة السادسة

جدول (35): يمثل المقابلات العيادية للحالة السادسة

تاريخ المقابلة	مكان المقابلة	الزمن المستغرق في المقابلة	موضوع المقابلة
2023/10/15	عيادة الدكتور حجاجي	45 د	محاولة بناء علاقة الثقة وحديث عام حول الوضعية
2023/10/22	عيادة الدكتور حجاجي	45 د	أسئلة المحور الأول والثاني
2023/10/29	منزل المفحوصة	60 د	أسئلة المحور الثالث وتطبيق مقياس إستراتيجيات المواجهة

2023/10/05	عيادة الدكتور حجاجي	30 د	تطبيق مقياس جودة الحياة
------------	---------------------	------	-------------------------

4-6-4 ملخص المقابلات مع الحالة السادسة

تبلغ نرجس 27 سنة متحصلة على شهادة الماستر في إدارة الأعمال إلا أنها لم تحصل على عمل بعد أي مأكثة بالبيت، تزوجت سنة 2020 ولم تتجب بعد بمعنى أنها تأخرت عن الإنجاب بمدة قدرت بستتين وشهرين والسبب في ذلك هو إصابتها بمتلازمة تكيس المبايض.

بعد أربعة أشهر من زواجها بدأت نرجس في التردد على العديد من الأطباء (أسيخ، بوشحمة) لكنهم لم يقدموا لها تفسيراً واضحاً لحالتها حسب ما صرحت به أثناء المقابلة، مما أثار الغموض لديها بعدها توجهت نحو طبيب آخر (حجاجي) وداومت على العلاج عنده لمدة سنة، هذا الأخير حسب ما قالت فهو من شخّص حالتها وقدم لها توضيحات وأمور لم تكن قادرة على فهمها.

واجهت نرجس هذه الوضعية بالبحث عن المعلومات بخصوص مرضها على صفحات الأنترنت إلى جانب تصفح الفايسبوك والانضمام إلى مجموعات من أجل الاطلاع على آراء الحالات المشابهة وتطبيق تعليمات الطبيب (كي جيت عند حجاجي فهمت واش هذا وبلي يمنع الحمل، وليت نقرا عليه بزاف في الأنترنت، ندخل les pages facebook نقرا les commentaires تاع الحالات كيما هكا، ونتبع واش يقولي الطبيب) إلى جانب هذا فقد حددت دورها في الموقف لأن السبب متصل بها وحدها أما بالنسبة للزوج فكل شيء طبيعي لديه. استعملت الحالة نرجس إستراتيجيات التجنب خاصة تجنب الحديث مع الأشخاص حول موضوع الحمل إلا أنها تفضل الحديث مع زوجها فقط دون عن أي شخص آخر من محيطها حتى عائلتها فهو مصدر دعم لها كما أنها تعتبر الموضوع شخصياً وترفض نظرة الشفقة عليها من طرف الآخرين حيث قالت: (تلقيت دعم من راجلي، على جال أنا منحكيش في الموضوع تاع الحمل غير معاه تبالني مشكل شخصي... حتى التعاطف نحسو شفقة منحيش حاجة كيما هذه).

أصبحت هذه الوضعية مصدر ضغط نفسي وقلق وإحباط كبير في نهاية كل دورة شهرية (ساعات نولي déprimé خاصة كي يديرلي blocage نتأمل من بعد نتحبط شعور قاسي ومؤلم بزاف في كل شهر

نولي نبيكي وحدي)، أصبحت سلبية أكثر تركز على الجوانب السلبية في المواضيع التي تصادفها، مزاجية، تشعر بأنها أصبحت إنسانا آخر كما تشعر بعدم الرضا عن نفسها حسب ما صرحت به، كما أن هذه الوضعية المعاشة أثرت على علاقتها مع الناس وحتى مع زوجها من جانب العلاقة الجنسية، كما ذكرت أنها أثرت على نوعية حياتها (أكدت أثرت، وأثرت بشكل سلبي لأن الدراري هم حلاوة الدنيا وحلاوة الحياة).

- تحليل المقابلات العيادية

يعتبر الغموض وعدم فهم الحالة الصحية أحد الضواغط التي مرت على الحالة نرجس خاصة وأن الموضوع يتعلق بالأطفال، إلى جانب الإحباط الذي تشعر به في نهاية كل دورة بعد تعلقها بالأمل جراء بعض العلامات التي تفسرها الحالة على أنها حمل، هذه الضواغط تعتبر عوامل مجهدة تضغط بشدة على نفسية نرجس وتضعها في دوامة التوتر النفسي في ظل الحياة الصامتة التي تعيشها. بما أن الوضعية أصبحت مجهدة لنفسية المفحوصة وقد سببت لها حالة من القلق والكآبة مع نوبات بكاء فقد لجأت إلى إستراتيجيات مواجهة التي يعرفها (Edwards, 1988): على أنها الجهود التي يبذلها الفرد لتجنب المعاناة والآثار السلبية الناتجة عن ضغوطات الحياة. (Edwards, 1988, p192) من بين هذه الإستراتيجيات نجد تلك المرتكزة على حل المشكلة وهي مواجهة تقريبية "تتضمن النزعة للاستجابة بشكل فعال نحو الأحداث الضاغطة والسعي للحصول على معلومات بشأن هذه الأحداث الضاغطة وحل الموقف أو المشكلة، وذلك من خلال استخدام أساليب سلوكية ومعرفية محددة" (ساعد، 2018-2019، ص 160) حيث لجأت المفحوصة لإيجاد حلول لمشكلتها التي انتهت إلى أنها وضعية صعبة بعد عملية التقييم الأولي، كما توصلت إلى أن الموضوع شخصي للغاية ولا تسمح لأحد للتجاوز فيه ماعدا زوجها فهو مصدر الأمن والدعم بالنسبة لها بالدرجة الأولى تليها عائلتها ففي هذه الحالات فالزوج عنصر فعال جدا من ناحية المساندة والدعم الذي يقدمه للمرأة لأنه في الغالب هو الموضوع الذي تخشى أن تفقده مع الوقت.

وفي نفس الوقت استعملت الحالة إستراتيجيات أخرى للمواجهة ولكن إستراتيجية مواجهة سلبية والمتمثلة في التجنب من خلال اختصار الحديث حول الموضوع مع أفراد المجتمع حتى عائلتها (الأم والأخوات) وذلك تفاديا لنظرة الشفقة التي تراها في وجوههم وهذا راجع إلى شعورها بالنقص في أداء وظيفتها التناسلية كامرأة كما أنها ترفض رؤيتها في حالة الضعف أثناء البكاء حتى أمام شريكها وهذا يدل على تلك النرجسية التي ترفض الانكسار والضعف أمام الآخر خاصة وأنها السبب في التأخر عن إنجاب طفل طيلة سنوات زواجها.

امتدت هذه الوضعية بتأثيراتها السلبية على حالتها النفسية والجسدية وحتى الجنسية، إضافة إلى علاقاتها الاجتماعية فقد أصبحت محدودة وسطحية وإحساسها بالسعادة أصبح مقتصرًا على وجود طفل يملأ المنزل بصوته لأنه أصبح صامتًا، تعاني بداخله من الوحدة والكآبة رغم أن مستواها الاقتصادي لا بأس به وقادرة على إشباع احتياجاتها (سكن مستقل، توفر الراحة والأمن، مستوى تعليمي جيد...) إلا أنها رغم كل شيء غير قادرة على الإنجاب طيلة السنوات التي مرت أي عدم قدرتها على إشباع رغبتها في الأمومة حتى تحس بالكمال النفسي وبلوغ المكانة الاجتماعية للمرأة الولود.

4-6-5 مقياس إستراتيجيات المواجهة المطبق على الحالة السادسة

تم تطبيق مقياس إستراتيجيات المواجهة على الحالة " نرجس " وقد تم الحصول على النتائج التالية:

الجدول (36): يمثل نتائج مقياس إستراتيجيات المواجهة للحالة السابعة.

النسبة المئوية	الدرجة الخام	إستراتيجيات المواجهة
35,71%	30	إستراتيجيات حل المشكلة
13,09%	11	إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي
27,38%	23	إستراتيجيات التجنب
14,28%	12	إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي
09.52%	08	إستراتيجيات التأنيب الذاتي
100%	84	المجموع

يتضح من خلال نتائج المقياس أن إستراتيجيات حل المشكلة احتلت أعلى نسبة حيث قدرت ب

35,71% (30 درجة خام)، بعدها إستراتيجيات التجنب بنسبة 27,38% (23 درجة خام)، تليها إستراتيجيات التقييم الإيجابي بنسبة 14,28% (12 درجة خام)، بعدها إستراتيجيات البحث عن الدعم الإيجابي 13,09% وأخيرا إستراتيجيات التائب الذاتي بنسبة 9,52%.

الجدول (37): يمثل نوع إستراتيجيات المواجهة الأكثر استخداما من طرف الحالة السادسة

إستراتيجيات المواجهة	الدرجة الخام	النسبة المئوية
إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكلة	41	48,80%
إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال	43	51,19%

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن الحالة نرجس استخدمت إستراتيجيات تركز على الانفعال في مواجهة وضعية التأخر في الإنجاب حيث جاءت بنسبة 51,19% أكثر من إستراتيجيات حل المشكل والتي جاءت بنسبة 48,80%.

4-6-6 مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة السادسة

تم تطبيق هذا المقياس على الحالة نرجس، وبعد تصحيحه كانت النتائج كالاتي:

الجدول (38): يمثل نتائج مقياس جودة الحياة للحالة السادسة

الأبعاد	الدرجات الخام	متوسط الإستجابات لكل بعد
الصحة الجسمية	23	3,28
الصحة النفسية	21	3,5
العلاقات الاجتماعية	11	3,66
البيئة	24	03
الدرجة الكلية		13,44

حساب الدرجة المحولة عن طريق تطبيق المعادلة التالية: (الدرجة الكلية - 4) (16/100)

$$59 = (6,25)(9,44) = (16/100)(4-13,44)$$

الدرجة المحولة = 59

توضح نتائج المقياس أن متوسط استجابات الحالة أخذت درجات متفاوتة حيث تحصل محور العلاقات الاجتماعية على أكبر درجة قدرت ب 3,66، بعدها محور الصحة النفسية 3,5 درجة يليه محور الصحة الجسمية 3,28 درجة وأخيرا محور البيئة 03 درجات. وكانت الدرجة الكلية 13,44، وبعد تطبيق المعادلة كانت الدرجة المحولة 59 درجة.

وعليه يوضح نتائج مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة الثانية درجة 59 التي تدل على أن جودة الحياة منخفضة.

4-6-7 التحليل العام للحالة السادسة

يتضح من خلال المقابلات العيادية ونتائج مقياس إستراتيجيات المواجهة مع نتائج مقياس جودة الحياة تبين أن المفحوصة تعاني من ضغط نفسي نتيجة وضعية التأخر عن الإنجاب لمدة قدرت بستنتين وبضعة أشهر ويعود السبب في ذلك إصابتها بمتلازمة تكيس المبايض وهي عبارة عن تكيسات تتموضع على المبيض تعيق نمو وتطور البويضة حتى تصبح ناضجة قابلة للإخصاب. انتابت المفحوصة حالة قلق كبير بسبب الإحباطات المتتالية التي تعرضت إليها نرجس في كل شهر قبل فهمها لماهية هذا الاضطراب الجسدي وتأثيراته النفسية والجسدية، لأنها كانت في حالة غموض إضافة إلى أن الأطباء الأوائل الذين كانت تتردد عليهم لم يقدموا لها تشخيصا واضحا، ولكن حتى عند فهمها لحالتها إلا أنها ظلت تعاني من القلق والكآبة بسبب طول مدة الاضطراب وسنوات زواجها وعدم حملها إلى الآن خاصة عند مشاهدة سيدات مع أطفالهن في المناسبات وغيرها، حيث وضحت نتائج مقياس إستراتيجيات المواجهة أن نرجس استخدمت أساليب مرتكزة على الانفعال وكانت نسبتها 51,19% وهي سيوررات معرفية سلوكية تهدف إلى إزالة التوتر والتهديدات الناتجة عن الوضعية الضاغطة لكن بصفة مؤقتة فقط، ومن بين هذه الإستراتيجيات نجد إستراتيجيات التجنب (27,38%) ويظهر ذلك من خلال محاولتها نسيان الوضعية لكنها لم تستطع فعل ذلك إلى جانب لجوئها إلى الخيال (أحلام اليقظة) من أجل تجنب

الوضع وذلك من خلال بناء وتخييلات عكس واقعها، كما أصبحت تتمنى حدوث معجزة الحمل لطول انتظارها، كما نجد إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي بنسبة صغيرة (14.28%) لأن المفحوصة أصبحت متشائمة من هذا الوضع تركز على الجوانب السلبية التي تحدث معها حيث أصبحت سلبية عكس ما كانت عليه تماما (حسب ما صرحت به أثناء المقابلات) وهذا ما جعل القلق يتفاقم داخلها ومستوى الضغط النفسي في ارتفاع، وأخيرا إستراتيجيات التأييب الذاتي التي ظهرت بنسبة 9,52% وهي أقل نسبة من بين النسب وتعود إلى أن هذا الموضوع خارج عن نطاق إرادة المفحوصة وغير متسببة في حدوثه إطلاقا على العكس من ذلك فقد سلمت أمرها لربها على أمل أن تتحقق المعجزة وتتجنب أطفالا. لقد لجأت المفحوصة إلى إستراتيجيات مرتكزة على حل المشكلة فقد تحصلت على نسبة 35,71% و يتجلى ذلك من خلال البحث عن حلول لمعالجة مرضها وقبل ذلك زيارة العديد من الأطباء من أجل البحث عن التشخيص الدقيق، بعد ذلك الالتزام بالخطوات العلاجية (أخذ العلاج الدوائي، تطبيق برنامج الحماية الغذائية من أجل إنقاص وزنها لما له من تأثير على حالتها رغم أن وزنها ظاهريا مقبول)، إلى جانب ذلك أسلوب التمهل في معالجة المشكلات وعدم التسرع في أخذ القرارات، وفي الأخير نجد إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي بنسبة 13,09% وهي نسبة قليلة أيضا ونلمس هذا من خلال حصر المفحوصة الحديث عن هذا الموضوع إلا مع زوجها فقط باعتباره مشكلا شخصيا يخص المرأة وزوجها من جهة وعدم قبولها للتعاطف من أي شخص آخر لاعتبارها على أنه شفقة عليها من جهة أخرى لذلك فهي ترفض الحديث عن ذلك، إلى جانب ذلك فهي ترفض الحديث وتبادل المعلومات حتى مع المريضات مثلها في العيادات الطبية مثلا وتحاول إخفاء ألمها أمام المجتمع والتصرف على نحو طبيعي واضعة قناع السعادة والفرح أمامهم مع الاحتفاظ بمشاعرها لنفسها دون تقاسم آلامها مع أي شخص آخر.

وبعد توضيح أساليب مواجهة نرجس لهذه الوضعية نجد تأثير هذه الإستراتيجيات على جودة حياتها حيث وضحت نتائج مقياس جودة الحياة 59 درجة والتي تشير إلى جودة حياة سيئة وذات مستوى منخفض رغم أنها تقيم في منزل مستقل، مستواها الاقتصادي لا بأس به، إنسانة متعلمة... إلخ إلا أنها غير راضية. ومنه تحصل محور لصحة الجسدية على درجة 3,28 وتترجم هذه الدرجة من خلال تقبلها لمرضها رغم

تأثيره على قدرتها على العمل (بدرجة متوسطة وحاجتها إلى الاهتمام والرعاية لكنها تحاول القيام بواجباتها قدر المستطاع حين تزول أعراض المرض في بعض الأوقات كما صرحت بعدم رضاها عن نومها) ولذلك فمحور الصحة الجسدية ذو مستوى متوسط الجودة، ثم نجد محور الصحة النفسية الذي تحصل على 3,50 درجة وهي أيضا ذات مستوى متوسط الجودة ويتجلى رضاها عن معنى وجودها في الحياة حيث صرحت بأن لها مكانة كبيرة بين أفراد عائلتها وعند زوجها أيضا، كما أن التأخر عن الإنجاب لم يؤثر على صورة الجسد لديها حيث أبدت تقبلا كبيرا لجسده ورضا عال عنه ورضا عن نفسها أيضا هذا من جهة، ومن جهة أخرى عدم استمتاعها بالحياة (بدرجة قليلة) لأن هذا الموضوع يسيطر على تفكيرها حيث أنها لا تستطيع تركيز عقلها ببساطة (بدرجة متوسط) كما أن هذا الموضوع سبب لها الكثير من الحزن والقلق والكآبة في كل شهر بسبب الإحباط وأملها في الحمل الذي يتلاشى بعد فترة قصيرة، بعد هذا المحور نجد محور العلاقات الاجتماعية الذي تحصل على درجة 3,66 وتعتبر هذه الدرجة على مستوى متوسط الجودة للبعد الاجتماعي للحالة وطبيعة علاقتها مع محيطها، ويظهر هذا من خلال رضاها الكبير عن علاقاتها الشخصية مع عائلتها ورضاها المتوسط على عن المساندة التي تقدمها لها صديقاتها لأن نرجس ترفض الحديث عن حياتها الشخصية وعن الحمل معهم وحتى تتفادى تعاطفهم معها باعتباره شفقة بالنسبة لها، أما بخصوص علاقتها مع زوجها وخاصة العلاقة الجنسية فهي تبدي رضا متوسطا وذلك راجع إلى نفورها نوعا ما من العلاقة وتركيزها على فترة التبويض فقط أي أن العلاقة أصبحت ميكانيكية كما يقول أحد العلماء "تصبح الحياة الجنسية أو الرغبة في الأمومة موضوعا للتكفل التقني حيث تصبح الإباضة موضوعا حصريا لكل اهتمام" (Irène, 2011, p125) ومعنى ذلك أن العلاقة الجنسية تصبح مقيدة بالبروتوكول العلاجي من أجل نجاح الخطة العلاجية والوصول إلى النتيجة المرغوبة (الحمل) في هذا الصدد نجد " في برنامج المساعدة الطبية للإنجاب PMA تصبح هذه الأمور مبرمجة ولم تعد عفوية وبتالي يكون لها تأثيرا مدمرا للإشباع المستمدة عادة من العلاقة الجنسية حيث يتم تعطيل هذه العلاقات فتصبح منقلبة وغير طبيعية ويتم اختزال الفعل الجنسي نفسه إلى أبسط تعبير جسدي... وخارج العلاقات الجنسية المبرمجة تصبح النساء أقل ميلا إلى الفعل" (Lalonde, 2016, p138) ومنه فتوالي الإحباطات الناتجة عن عدم الحمل ولّد شعورا لدى المفحوصة بعدم أهمية العلاقة الجنسية بالنسبة لها وماهو مضاف إلى أن متلازمة تكيس المبايض والعلاج المناسب لها جعل فترة

التبويض هي الفرصة الوحيدة للحمل وهذا ما جعل نرجس تعد الأيام لهذه الفترة من الدورة أما خارجها تصبح أقل ميلا إلى الفعل. أما بالنسبة لمحور البيئة فجاءت درجته بعدد 3 درجات ويعتبر هذا المحور متوسط الجودة حيث عبرت الحالة عن رضاها العالي بشعورها بالأمن في حياتها إضافة إلى كفاءتها في إشباع احتياجاتها بشكل جيد جدا، حيث يعتبر هذا العنصر أن (إشباع الاحتياجات والأمن ضروريان للرضا عن الحياة وبالتالي جعل الحياة طيبة، إلا أن نرجس غير راضية عن جوانب أخرى كالمسكن والمزاج فهي طيلة الوقت حزينة ورحلاتها (لعدم وجود وقت لدى الزوج يتعذر عليها الخروج في رحلات التي تعمل على توطيد العلاقة بينهما وتحسن المزاج والحالة النفسية) بالإضافة إلى انعدام الراحة لديها حسب ما صرحت به لأن المسكن هو للعائلة الكبيرة وحرمتها فيه محدودة، وعليه فالرضا هو جوهر الحياة ذات النوعية الجيدة وهو العامل الأساسي في الشعور الجيد بالعيش والسعادة أما بالنسبة للمفحوصة فإنها غير راضية عن حياتها وذلك لما لهذه الوضعية (تأخر الحمل والإنجاب) من تأثير سلبي فالأطفال بالنسبة لنرجس هم عنصر أساسي في الحياة، وتعتبر هذه الأخيرة من دونهم ناقصة.

إن إستراتيجية المواجهة المستخدمة من طرف نرجس كانت ذات تأثير مؤقت، أي أن إزالة التوتر الناتج عن الوضعية الضاغطة يكون وقتيا فقط وطالما أنه لا يوجد حمل يبقى هذا الوضع ضاغطا على نفسية المفحوصة فالعلاقة بين جودة الحياة وإستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال والتجنب هي علاقة ذات تأثيرات سلبية، إلا أن إستراتيجية حل المشكلة والبحث عن الدعم الاجتماعي يعتبر نوعا من الفعالية الايجابية في الحفاظ على رضاها عن بعض الجوانب الحياتية وأهمها الرضا عن النفس وعن الصورة الجسمية وعن علاقتها الشخصية من أجل الحفاظ عن اتصالها بالواقع وصحتها النفسية من ظهور الاضطرابات وأمراض أخرى.

7-4 الحالة السابعة

1-7-4 البطاقة الإكلينيكية

الاسم: فيروز

السن: 29 سنة

المستوى التعليمي: ثانية ثانوي

المهنة: ماکثة بالبيت

مدة الزواج: 5 سنوات

مدة التأخر في الإنجاب: 4 سنوات

سبب التأخر: لا يوجد ضرر والسبب مجهول.

الطبيب المعالج: الدكتور بن شوشان والدكتور بن سلامة سابقا، والدكتور حجاجي جمال حاليا

السوابق العائلية: لا يوجد، تعتبر فيروز أول حالة في العائلة تعاني من التأخر في الإنجاب.

4-7-2 الملاحظة العيادية للحالة السابعة

-المظهر العام: الملابس عادي جدا، البنية الجسدية متوسطة الطول وسمينة، تعابير الوجه تغلب عليها ملامح الحزن.

- التواصل البصري: وجود تواصل بصري مع الأخصائية

- السلوك الحركي: قليلة الحركة، تحرك يديها لمسح دموعها فقط

- المزاج: حزين، أزمات دموع *crise de larmes* في كل مقابلة

- التوجه والسلوك نحو الفاحص: متعاونة مع الأخصائية تتحدث بنوع من التكتم أحيانا، تأخذ وقتا في التفكير عند عدم فهم السؤال.

3-7-4 جدول المقابلات العيادية مع الحالة السابعة

جدول (39): يمثل المقابلات العيادية للحالة السابعة

موضوع المقابلة	الزمن المستغرق في المقابلة	مكان المقابلة	تاريخ المقابلة
بناء علاقة ثقة مع المفحوصة والحديث عام حول الوضعية	30 د	عيادة الدكتور حجاجي	2023/10/12
أسئلة محاور المقابلة	15 د	عيادة الدكتور حجاجي	2023/10/19
تطبيق مقياس إستراتيجيات المواجهة ومقياس جودة الحياة	60 د	عيادة الدكتور حجاجي	2023/11/02

4-7-4 ملخص المقابلات مع الحالة السابعة

فيروز امرأة متزوجة منذ 5 سنوات، سنها 29 عاما، انقطعت عن الدراسة عند بلوغها السنة الثانية ثانوي. تعاني فيروز من تأخر في الإنجاب دام 4 سنوات وذلك بسبب مجهولفكل الأمور طبيعية ولا يوجد خلل واضح وقد تبين ذلك من خلال التحاليل الطبية التي أجراها زوجها بطلب من الطبيب، كما أن المفحوصة فيروز لا تعاني من أي خلل أو ضرر وهذا ما أدلى به الأطباء (بن سلامة، بن شوشان، حجاجي) الذين ترددت عليهم طيلة هاته المدة.

وصفت الحالة فيروز معاشها النفسي خلال هاته الفترة بالصعوبة أي أن ما عاشته على الصعيد النفسي صعب جدا (صعبة صعبة صعبة بزاف بزاف (انفجار بالبكاء)) إضافة إلى حالات القلق والاكتئاب (قبل سنتين) والانطواء وفقدان الشهية والوزن والاجترار العقلي حول الموضوع وتفاصيله رغم محاولاتها لتناسيه ولو لفترة قصيرة لكن دون جدوى، وبحثا عن الشعور بالارتياح تتجه الحالة نحو التفريغ الانفعالي (البكاء) والحديث مع زوجها في الموضوع لأنه مصدر دعم ومساندة لها.

حاولت فيروز البحث عن حلول لمواجهة الوضعية منها أخذ العلاج الدوائي وبعض الأعشاب (عشبة لقطف)، البحث عن معلومات عبر الأنترنت، كما أنها أصبحت تتجنب الأشخاص والحديث معهم. أثر التأخر في الإنجاب على جودة حياة فيروز تأثيرا سلبيا وأصبحت الحياة ناقصة كما قالت (الحياة ناقصة... كايئة حاجة خاصتي في كل وقت) كما أثرت على العلاقة الجنسية حيث أصبحت تتجنبها وامتد تأثيره إلى عدم الرضا على العلاقات الشخصية وغيرها. وكل هذا لأن الأمومة بالنسبة لها حلم وأجمل شيء بالنسبة لها (الأمومة حاجة مليحة بزاف بزاف (بكاء) نلحم بهاديا... أجمل حاجة هي الأمومة).

- تحليل المقابلات العيادية

رغم أنه لا يوجد ضرر أو أي آفة تشريحية واضحة على مستوى الجهاز التناسلي لكل من الحالة وزوجها تعيق عملية الإخصاب إلا أن فيروز عاشت فترة التأخر عن الإنجاب بصعوبة حيث ضغطت على نفسها بصفة كبيرة وهذا ما ظهر خلال المقابلات (بكاء طيلة الجلسات). حيث أنها كانت تعاني من عدة أعراض اكتئابية أما الآن فأصبحت تلازمها حالة القلق والتوتر وهذا يدل على شدة الوضعية الضاغطة، فذلك الغموض هو ما ولد بداخلها هذا القلق (خوف من المجهول) وبالتالي فهي لا تعرف ما الذي ستواجهه أو كيف تسعى إلى إيجاد حلول معينة على عكس لو كان هناك مرض معين تخضع لعلاجها وتتظر نتيجة ذلك.

وفي هذه الحالة لم تستطع فيروز الوصول إلى تقييم أولي دقيق للوضعية هل هي مهددة أم لا، إلا أنها اختارت مجموعة من أساليب المواجهة النشطة مثل محاولة البحث عن حل للموقف الذي تعيشه من خلال زيارة الأطباء وأخذ الأدوية الموصوفة (فيتامينات) وهي إستراتيجيات هدفت من خلال اللجوء إليها إلى التخفيف من التوتر الداخلي من أجل الاطمئنان بشأن قدرتها على الإنجاب، كما استخدمت إستراتيجيات البحث عن السند الاجتماعي من خلال تحديد مصادر المساندة الاجتماعية والمتمثلة في الزوج وعائلة المفحوصة من أجل التنفيس وتفريغ الانفعالات السلبية خاصة وأنها تفضل البكاء الذي تجد فيه راحة.

للدعم العائلي خاصة والاجتماعي عامة دور فعال جدا في التخفيف من شدة الوضعية الضاغطة والآثار السلبية لها من أجل إعادة التوازن النفسي الطبيعي للفرد وهذا ما حدث مع فيروز التي كانت تعاني من الأعراض الاكتئابية سابقة الذكر لفترة من الزمن وبفعل الدعم العائلي المدرك استطاعت تجاوز الأزمة النفسية الصعبة والتخفيف من حدة القلق. وفي هذا السياق نجد النموذج الذي وضعه Holahan و Moos سنة 1991 الذي بين فيه تأثير الدعم العائلي كمورد اجتماعية للفرد على المواجهة والتقليل من شدة الأعراض الاكتئابية "ففي حالة الإجهاد المرتفع أظهر هذا النموذج تأثيرا إيجابيا للموارد (الشخصية والاجتماعية) على إستراتيجيات المواجهة التكيفية والتي بدورها تعطي ضبطا عقليا إيجابيا أي مستوى أقل من الاكتئاب. (Goode, 2004, p 118)

استخدمت المفحوصة أيضا إستراتيجيات مواجهة أخرى ولكنها سلبية من خلال المواجهة التجنبية، فقد أصبحت تتجنب الأشخاص خشية السؤال عن الإنجاب وتجنبنا لمشاعر الشفقة الموجهة إليها، كما تجد فيها نوعا من الهدوء من أجل التفكير في الموضوع وإيجاد سبل أخرى لمواجهة الوضعية خاصة وأنها تعاني من اجترار عقلي حول الموضوع لا تستطيع التوقف عن التفكير فيه، فموضوع الإنجاب ليس مجرد حمل وولادة فقط بل حاجة داخلية ملحة تفرض عليها نفسها دائما فالأمومة بالنسبة لها حلم، حلم تريد تحقيقه من أجل بلوغ ما لم تستطع الوصول إليه هي خاصة الدراسة التي لم تتمكن من مواصلتها فهي تريد تعويض ذلك في أولادها.

بما أن الحالة النفسية للمفحوصة بلغت ظهور الأعراض الاكتئابية فهذا يدل على عدم الرضا عن الحياة التي تعيشها المفحوصة إضافة إلى عدم إحساسها بالسعادة وهي مؤشرات جوهرية دالة على جودة الحياة وهنا يتضح أن جودة حياتها سيئة. فهي غير راضية عن ذاتها لعدم تمكنها من الحمل والولادة وهذا يترجم بنقص على مستوى الذات لعدم إتمام دورها البيولوجي على أكمل وجه كامرأة، غير راضية على علاقاتها الاجتماعية وحتى على العلاقة الجنسية التي أصبحت تتجنبها لأنها لم تجد فيها نتيجة وهي الحمل في كل دورة.

4-7-5 مقياس إستراتيجيات المواجهة المطبق على الحالة السابعة

تم تطبيق مقياس إستراتيجيات المواجهة على الحالة " فيروز " وقد تم الحصول على النتائج التالية:

الجدول (40): يمثل نتائج مقياس إستراتيجيات المواجهة للحالة السابعة.

النسبة المئوية	الدرجة الخام	إستراتيجيات المواجهة
29,16%	28	إستراتيجيات حل المشكلة
19,79%	19	إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي
23,95%	23	إستراتيجيات التجنب
17,70%	17	إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي
09,37%	09	إستراتيجيات التأنيب الذاتي
100%	96	المجموع

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن فيروز واجهت وضعية التأخر عن الإنجاب من خلال استعمالها لإستراتيجيات حل المشكلة (29,16%) وإستراتيجيات التجنب (23,95%) تليها إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي (19,79%)، ثم إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي (17,70%)، وأخيرا إستراتيجيات التأنيب الذاتي (09,37%).

الجدول(41): يمثل نوع إستراتيجيات المواجهة الأكثر استخداما من طرف الحالة السابعة

النسبة المئوية	الدرجة الخام	إستراتيجيات المواجهة
48,95%	47	إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكلة
51,04%	49	إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال

يتضح أن الحالة واجهت هذه الوضعية من خلال استخدامها لإستراتيجيات مرتكزة على الانفعال حيث جاءت بنسبة 51,04% (بدرجة خام 49)، بعدها إستراتيجيات حل المشكلة التي جاءت بنسبة 48,95% (بدرجة خام 47)

4-7-6 مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة السابعة

تم تطبيق هذا المقياس على الحالة إيمان، وبعد تصحيحه كانت النتائج كالآتي:

الجدول (42): يمثل نتائج مقياس جودة الحياة للحالة الأولى

الأبعاد	الدرجات الخام	متوسط الإستجابات لكل بعد
الصحة الجسمية	25	3,57
الصحة النفسية	22	3,66
العلاقات الاجتماعية	11	3,66
البيئة	27	3,85
الدرجة الكلية		14,74

حساب الدرجة المحولة عن طريق تطبيق المعادلة التالية: (الدرجة الكلية - 4) (16/100)

$$67,12 = (6,25)(10,74) = (16/100)(4-14,74)$$

$$67,12 = \text{الدرجة المحولة}$$

يتضح نتائج المقياس أن أكبر متوسط استجابات الحالة تحصل عليه بعد البيئة بقيمة 3,85 درجة، يليه كل من بعدي الصحة النفسية والعلاقات الاجتماعية بنفس القيمة 3,66 درجة، بعدهما محور الصحة الجسمية بـ 3,57 درجة، فكانت نتيجة الدرجة الكلية 14,74. وبعد حساب المعادلة كانت الدرجة المحولة 67,12.

وعليه يوضح نتائج مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة الثانية درجة 67,12 التي تدل على أن جودة الحياة متوسطة.

7-7-4 التحليل العام للحالة السابعة

من خلال المقابلات العيادية التي أجريتها مع المفحوصة والمقياسين اللذين تم تطبيقهما عليها ونتائج الملاحظة العيادية يتضح أن فيروز تعاني من حالة نفسية صعبة تتمثل في ظهور أعراض اكتئابية (فقدان الشهية، فقدان الوزن، الأرق والعزلة وفقدان الرغبة في العلاقة الجنسية) حيث يعرف Beck الاكتئاب على أنه حالة انفعالية تتضمن تعبيراً محدداً في المزاج مثل مشاعر الحزن والقلق واللامبالاة ومفهوماً سلبياً عن الذات مع توبيخها ولومها ووجود رغبات في عقاب الذات مع تغيرات في النشاط مثل الأكل والنوم وتغيرات في مستوى نقص أو زيادة النشاط. (النجمة، 2008، ص 13) وهذا بسبب التأخر عن الحمل وعدم القدرة على إنجاب طفل لمدة 4 سنوات متتالية لسبب مجهول، فموضوع الأمومة بالنسبة لها موضوع أكثر أهمية من أي شيء آخر فعند سؤالها عن مفهوم الأمومة كان تعبيرها انفعالياً عن طريق البكاء قبل التلفظ بأي كلمة، فهي بالنسبة لها حلم وإنجاب أطفال وتربيتهم والسهر عليهم وتدريسهم من أجل الوصول بهم إلى درجات عليا وكأنه تعويض لها عن حاجتها لمواصلة تعليمها لأنه وبسبب ظروف معينة (انقطعت عن مزولة الدراسة في السنة الثانية ثانوي) في قولها "توصل معاهم إلى الدرجات العليا" وبالتالي فإن الأطفال يأتون لسد الفراغ الموجود لديها وتعويض النقص الذي تشعر به في جوانب معينة من ذاتها "فالرغبة في الحمل تهدف إلى طمأننة الشخص بشأن قدرته الإنجابية والحاجة إلى طفل (حاجة قاهرة) تنشأ أو تطالب أو تكتئب بعد الهجوم على القدرة الطبيعية على الإنجاب أو بعد الفجعة، يتوقع أن يكون الطفل بديلاً مفترضاً لإصلاح كل شيء وملء كل شيء" (Jaoul, 2011, p 24) وبالتالي فإن المفحوصة مطمئنة بشأن قدرتها على الإنجاب لأن التشخيص الطبي أكد لها عدم معاناتها من أي ضرر يمنع الحمل وهذا ما يجعل الرغبة في إنجاب الأطفال تتزايد وبالتالي فإن الحاجة إلى طفل وإشباعها عن طريق الحمل تعتبر بديلاً يصلح كل أمورها ويرمم جروحها الداخلية.

وبالتالي لمواجهة هذه الوضعية الضاغطة والمؤلمة استخدمت فيروز أساليب مواجهة تهدف إلى التخفيف من الضغط النفسي حيث استخدمت إستراتيجيات مرتكزة على الانفعال وقد جاءت بنسبة 51,04% بدرجة خام قدرت ب49 درجة ويظهر ذلك من خلال التعبير الانفعالي خلال المقابلات العيادية (البكاء المستمر طيلة الجلسات) لأنه وبحسب الدراسات أنه غالباً ما يعبرن عن مشاكلهن عن طريق التعبير

الانفعالي (غضب، بكاء، شكاوى، طلب مساعدة... إلخ) بالنسبة لإستراتيجيات التجنب فقد جاءت بنسبة 23,95% ويظهر ذلك سلوكيا من خلال تجنب الأشخاص والهرب منهم تقاديا للحديث عن الحمل والأطفال إضافة إلى تجنب حضور بعض المناسبات الاجتماعية لأن المفحوصة تحس بالألم الداخلي جراء الحديث الموجه لها ونظرة الشفقة عليها وعدم قدرتها على تجنب ذلك الألم وتنتهج في ذلك اللجوء إلى أحلام اليقظة والتخيل هروبا من الواقع الذي تعيشه، كما ذكرت أنها تتمنى حدوث المعجزة وتتجنب في أقرب وقت، أما بالنسبة لإستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي فقد تحصلت على نسبة 17,70% وتتضح هذه النسبة من خلال تغير المفحوصة نحو السلبية ونظرتها التفاضلية المحدودة نحو المستقبل مع التركيز على الجوانب السلبية للأمور التي تواجهها مع ضعفها أمام المواقف الضاغطة في بعض الأحيان كما تغير في نفسها من أجل التحمل أكثر وهذا ما أدى إلى التعب النفسي وبروز الأعراض الاكتئابية لديها فهذا الأخير عبارة عن "مرض عقلي بدون سبب عضوي يتصف بالضيق والقلق والتباطؤ النفس-حركي". (De Perrot et al, 2004, p35)، أما بالنسبة لإستراتيجيات التأنيب الذاتي ظهر بنسبة 9,37% وهي أصغر نسبة من بين نسب إستراتيجيات المواجهة التي لجأت إليها المفحوصة وذلك لأن التأخر عن الإنجاب ليست سببا فيه من جهة فالحمل بيد الله وحده من جهة أخرى إلا أن فيروز انتقدت نفسها في بعض الأمور مثل رد الفعل اتجاه الأشخاص (تجنبهم، الرد بقسوة في بعض الأحيان) وفي بعض الأفكار التي تجول بخاطرها أيضا. أما بالنسبة لإستراتيجيات حل المشكلة فكانت نسبتها 29,16% حيث لجأت المفحوصة إلى البحث عن حلول للوضع المعاشة وتتمثل هذه الحلول في زيارة العديد من الأطباء لأخذ وجهة نظرهم في الموضوع والبحث عن المعلومات على مواقع الانترنت المختلفة من أجل فهم الوضع أكثر، معالجة الأمور بروية والمقاومة ومضاعفة جهودها من أجل الوصول إلى وضع أفضل. كما لجأت إلى الطب الشعبي الطبيعي وهو "الفرع الذي يضم الممارسات المرتبطة بالطب النباتي أو طب الأعشاب في العلاج كنتيجة أولية للعلاقة القائمة بين الإنسان والطبيعة". (ابراهيم وآخرون، 2007، ص 234) كنوع من العلاجات التي استطاعت الحصول عليها والافتتاع بها، أما بالنسبة لإستراتيجيات البحث الدعم الاجتماعي فقد بلغت نسبتها 19,79% وتعتبر هذه الإستراتيجيات فعالة في حالة ربط الفرد لعلاقات اجتماعية جدية ووطيدة تمثل السند والدعم للشخص من أجل تجاوز الأزمات، فبالنسبة لفيروز رغم شعورها أن زوجها هو السند ومصدر الأمن لديها إضافة إلى عائلتها إلا أنها في أوقات كثيرة تفضل

الصمت والعزلة والاحتفاظ بمشاعرها وعدم تقبل التعاطف من طرف شخص آخر معها، وأوقات أخرى تتخذ من زوجها سندا تواجه به وضعيتها الاكتئابية.

أما بالنسبة لجودة حياتها فقد بينت نتائج مقياس جودة الحياة أنها متوسطة الجودة ويعود ذلك إلى رضا المفحوصة على بعض الجوانب الحياتية وعدم رضاها عن جوانب أخرى أثر عليها التأخر عن الإنجاب وغياب الأطفال عن الأسرة التي تؤسسها حيث جاء محور الصحة النفسية بمعدل 3,57 درجة وما يترجم هذه الأخيرة عدم معاناة المفحوصة من أي مرض يعيقها عن أداء عملها وواجباتها المنزلية والمساس بقدرتها على التنقل وأداء أعمالها إلى جانب رضاها العالي عن كفايتها وفعاليتها للقيام بواجباتها، أما فيما يخص النوم فقد صرحت بأنها راضية نوعا ما لأنها لا تستطيع اللجوء إلى النوم مبكرا وذلك لسيطرة موضوع الحمل على تفكيرها والاجترار العقلي حول الوضعية المعاشة ونتائجها... إلخ أما بالنسبة لمحور الصحة النفسية فيقدر ب3,66 درجة ويدل هذا على عدم قدرتها على الاستمتاع بحياتها (بدرجة قليلة) لسيطرة الموضوع وتأثيره والذي سبب لها معاشا نفسيا مؤلما كله قلق وحزن وكآبة هذا من جهة وفي دراسة **Alhassen Zibhim & Muntata (2014)** على عينة من مجتمع غانا والتي هدفت إلى دراسة مدى انتشار وشدة الاكتئاب عند النساء غير المنجبات، وقد أظهرت النتائج أن نسبة الاكتئاب بلغت 62% مع وجود ارتباط كبير بتقدم السن عند النساء غير المنجبات ومدة التأخر عن الإنجاب وكانت نسبة الاكتئاب أعلى بكثير عند نوات التعليم المتدني والعاطلات عن العمل. ومن جهة أخرى فإن صورة الجسد لديها غير مشوهة من خلال تقبلها الكبير لبنائها الجسدي ورضاها العالي عن نفسها وعن المكانة التي تحتلها بين أفراد عائلتها. أما محور العلاقات الاجتماعية فجاء بدرجة 3,66 ويرجع بذلك لرضاها عن علاقاتها الشخصية (الزوج والعائلة) إضافة إلى المساندة الاجتماعية المقدمة لها من طرفهم في أزمته حيث كانوا بمثابة العناصر المحفزة لمقاومة الضغط والتوتر أما فيما يخص العلاقة مع الزوج وبالتحديد العلاقة الجنسية فقد أقرت بأنها راضية نوعا ما وفي مرات كثيرة تحاول تجنبها لاعتقادها أن لا فائدة منها كما تسبب لها حالة من النفور وعدم الرغبة في ذلك. أما بالنسبة لمحور البيئة فقد بلغت النتيجة 3,85 درجة وهي أعلى درجة من بين درجات محاور جودة الحياة للمفحوصة ويعود ذلك إلى كفاءتها في إشباع احتياجاتها ورضاها الكبير عن الخدمات الصحية المقدمة لها من طرف الأطباء الذين

توجهت إليهم من جهة، وشعورها المتوسط بالأمن في الحياة وأيضا درجتها المتوسطة في الرضا عن المسكن الذي تعيش فيه (بيت العائلة الكبيرة) إضافة إلى الدرجة المتوسطة للراحة والاسترخاء ويعتبر هذه العناصر من العوامل الموضوعية والذاتية المتحركة في تحديد مستوى جودة الحياة لدى الفرد وعليه من خلال ما تقدم يتضح أن لإستراتيجيات المواجهة التي لجأت إليها لاستخدامها لها تأثير في التخفيف من بعض الآثار السلبية للوضعية الضاغطة على الصعيد الجسمي والنفسي والاجتماعي منها عدم تطور الحالة بظهور أعراض جسمية أو شكاوى جسدية علاوة على ذلك عدم تطور الأعراض النفسية إلى استقرار تلك الأعراض (خاصة الأعراض الاكتئابية التي ظهرت لفترة وزالت) وكذلك قدرة المفحوصة على انتقادها لتصرفاتها وسلوكياتها المبالغ فيها إن صح القول مما أدى إلى التخفيف من رد فعلها ذلك وبالتالي المحافظة جزئياً عن رضاها عن حياتها ومنه تقول أن هناك علاقة إيجابية بين إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكلة المستعملة من طرف المفحوصة وجودة الحياة على عكس العلاقة مع إستراتيجيات التجنب وتلك المرتكزة على الانفعال.

4-8 الحالة الثامنة

4-8-1 البطاقة الإكلينيكية

الاسم: هناء

السن: 37 سنة

المستوى التعليمي: ثالثة ثانوي

المهنة: مأكثة بالبيت

مدة الزواج: عامين و3 أشهر

مدة التأخر في الإنجاب: سنة و3 أشهر

سبب التأخر: بوليب polype على مستوى المبيض، تكيسات kyste، ارتفاع هرمون البرولاكتين في الدم.

الطبيب المعالج: الدكتورة لعور سطايجي، الدكتورة جاو، الدكتورة حاشية والدكتور بودراع سحنون سابقا،
الدكتور حجاجي حاليا.

السوابق العائلية: عمّة الحالة فيما مضى بعدها أنجبت وأختها أيضا وأنجبت 3 أطفال بعدها، حيث
اتخذتهما الحالة كنموذج للدعم الاجتماعي ومصدر للبحث المعلوماتي خاصة الأخت.

4-8-2 الملاحظة العيادية للحالة الثامنة

-المظهر العام: الملابس أنيق ومرتب، البنية الجسدية جسم نحيل، تعابير الوجه يظهر عليها التوتر والقلق

- التواصل البصري: وجود تواصل بصري مع الأخصائية وأحيانا شرود

- السلوك الحركي: حركتها متوسطة

- المزاج: حزين

- التوجه والسلوك نحو الفاحص: متعاونة مع الأخصائية تتحدث بتلقائية، تجيب على الأسئلة مباشرة.

4-8-3 تاريخ المقابلات العيادية مع الحالة الثامنة

جدول(43): يمثل المقابلات العيادية للحالة الثامنة

موضوع المقابلة	الزمن المستغرق في المقابلة	مكان المقابلة	تاريخ المقابلة
بناء علاقة ثقة مع المفحوصة	30 د	عيادة الدكتور حجاجي	2023/10/12
أسئلة المحور الأول والثاني	45 د	عيادة الدكتور حجاجي	2023/10/19
أسئلة المحور الثالث وتطبيق مقياس إستراتيجيات المواجهة	60 د	عيادة الدكتور حجاجي	2023/11/02
تطبيق مقياس جودة الحياة	45 د	عيادة الدكتور حجاجي	2023/11/16

4-8-4 ملخص المقابلات مع الحالة الثامنة

تبلغ هناء 37 سنة من عمرها، انقطعت عن الدراسة في السنة الثالثة ثانوي، مأكثة بالبيت، ومتزوجة منذ سنتين (2021) وتعاني من تأخر عن الإنجاب بمدة قدرت بسنة.

تعاني الحالة هناء من هذه الوضعية التي أصبحت تشكل ضغطا نفسيا بالنسبة لها حيث تقول عن معاشتها لهذه الفترة بأنها صعبة (صعبة والله صعبة ... ديمًا حاجة تخص، يعني الدار ما يعمرها غير الدراري). بدأت هناء رحلة العلاج بعد شهر من زواجها حيث أصبحت تتردد على الأطباء في طب أمراض النساء والتوليد بدءا بالذكورة لعور سطايجي، الدكتور حاشية، الكتورة جاو والدكتور سحنون بودراع في ولاية قسنطينة وأخيرا الدكتور حجاجي بالترتيب المذكور من طرف الحالة، وقد قدموا العديد من الأسباب المانعة للحمل وهي: وجود تكيسات وظيفية des kystes fonctionnels على مستوى المبيضين، ظهور بوليب polype في منطقة حساسة جدا من المبيض الأيمن وارتفاع هرمون البرولاكتين prolactine في الدم وهذا بعد إجراء العديد من التحاليل الطبية والتصوير الإشعاعي échو والتنظير الرحمي من أجل تشخيص دقيق للوضع الصحي.

بدأت هناء في مواجهة هذه الوضعية من خلال البحث المعلوماتي على مواقع الانترنت، محادثة قريبتها بصفتها عاملة في المجال الطبي وزيارة الأطباء من أجل أخذ آرائهم حول الوضع الصحي لها، إلى جانب هذا أخذ أنواع أخرى من العلاجات منها الدوائي، الأعشاب (ميرمية وبردقوش)، الحجامه (الطب البديل)، إجراء تقنيات تشخيصية مثل التنظير الرحمي... إلخ وكل هذا من أجل تحقيق الأمومة التي تعتبرها تمنى، حلم كبير كما صرحت به (الأمومة حاجة كبيرة بزاف... الأمومة بالنسبة ليا حلم كبير، نتمنى نكون أم).

في ظل هذه الوضعية تلقت هناء الدعم والمساندة من والدتها وأختها، كما اتجهت إلى دورات تكوينية في مجال الخياطة وصناعة الحلويات من أجل ملأ الفراغ وتناسي موضوع الحمل إلا أنها لم تستطع نسيانه مما أثار كما كبيرا من مشاعر القلق كما صرحت به (نقلق بزاف، بزاف الموضوع هذا مآثر فيا ديمًا راسي يخدم، ديمًا نخم)، كما أنها أصبحت منقلبة المزاج نوعا ما خاصة إذا كان الحديث بخصوص الأطفال والحمل مما أدى بها إلى تجنب الأحاديث والأشخاص. أثر موضوع التأخر عن الإنجاب على جودة حياة

المفحوصة تأثيرا سلبيا كما صرحت به (أثرت وبشكل سلبي... لولاد هوما ليعمروا الدار)، من خلال عدم الإحساس بالسعادة والرضا عن حياتها فهي تراها ناقصة بدون أطفال.

- تحليل المقابلات العيادية

تتعد أنواع الضواغط التي تعكر صفو الحياة لدى الفرد ومن بينها نجد الأسباب التي تمنع تواجد طفل يتوج العلاقة الزوجية للشريكين، من بين هذه الحالات نجد المفحوصة هناء التي تعيش وضعية ضاغطة السبب الرئيسي فيها تأخرها عن الإنجاب بفترة قدرت بسنة فقط، قد نجد المدة قصيرة ولكن سنها تلعب دورا هاما في حالة الضغط النفسي التي تعيشها إضافة إلى الأمراض التي أصابت الجهاز التناسلي خاصتها والاختلال الهرموني الذي يؤثر تلقائيا على حالتها النفسية.

لمواجهة الوضعية المجهدة التي تعيشها الحالة وللتخفيف من حالة الضيق النفسي والتوتر الناتج عن تقييم الموقف على أنه يتضمن نوعا من التهديد بعدم الإنجاب أبدا (حيث بدأت رحلة العلاج بعد شهر من زواجها) خاصة وأن العمر يمر ومخزون البويضات يتناقص لجأت الحالة إلى أساليب مواجهة من أجل محاولة التغيير في أسباب المشكلة والمتمثلة في إستراتيجيات حل المشكلة حيث يرى Dantchev "أن هذا النوع من المواجهة يعمل على تغيير الأسباب المباشرة للوضعية التي يعيشها الفرد مما يؤدي بطريقة غير مباشرة إلى تعديل الحالة الانفعالية المرتبطة بها." حيث قامت الحالة بزيارة عدد كبير من الأطباء خارج الولاية وداخلها، أخذ عدة علاجات من أجل الشفاء من الأمراض التي تعاني منها حتى العملية الجراحية تفضل لو يجريها الطبيب في أقرب فرصة حتى تتخلص من جميع الأسباب المانعة للحمل من جهة وحتى ينقص الكم الهائل للأفكار التي تدور برأسها دون انقطاع (اجترار عقلي حول الوضعية) من جهة أخرى.

كما لجأت هناء إلى إستراتيجيات الدعم المعلوماتي من خلال التفتيش عن المواقع الطبية لفهم حالتها والتفاصيل المتعلقة بها كما قامت بالاتصال بقريبة لها تعمل في مجال الطب من أجل الاستفسار حول بعض الأمور التي تخصها. في ظل الضيق والتوتر الانفعالي الذي تعيشه تميل الحالة إلى البحث عن المساندة الاجتماعية من الأم والأخت فهما مصدر الدعم الأول والوحيد بالنسبة لها حيث يزودانها بطاقة نفسية إيجابية ويساعدانها على مواجهة هذه المشكلة وفي هذا الصدد يرى كل من Moos و Holahan

(1987) اللذين يجدان أن الأفراد الذين يملكون موارد شخصية واجتماعية أكثر هم الأفراد الذين يستعملون إستراتيجيات نشطة، وعليه فالدعم الاجتماعي يزود إستراتيجيات المواجهة بنوع من المساعدة إن صح القول. (Goode, 2004, p120) لأن زوجها كتوم بطبعه لا يتحدث كثيرا وبهذا فعدد فرص التواصل والحوار تكون قليلة، أما بخصوص الإنجاب فهو لا يتحدث عن الموضوع مطلقا وهذا ما سبب لدى هناء مشاعر الذنب لأنها السبب في حرمانه من الأطفال.

بحكم أن أفراد محيطها يتطفلون على الحياة الخاصة للمفحوصة ويضخمون الأمور فقد اختارت التعامل معهم عن طريق أسلوب التجنب والابتعاد عليهم من أجل تجنب كلامهم الذي يتسبب في جرحها وتوليد حالة من القلق لديها، حيث أن هذا الوقت الذي اعتزلت فيه المحيط يعتبر كفرصة للتفكير بحلول جديدة لمشكلتها من أجل التغيير في أصل العوامل المجهدة وحل جزء من الوضعية في هدوء بعيدا عن ضغط المحيط، ولكن من جهة أخرى هذا الهدوء خلق فرصة للتفكير المستمر في الموضوع دون القدرة على الانصراف عن التفكير فيه حتى ولو أرادت ذلك، وللهرب منه لجأت إلى التسجيل في دورات تكوينية في مجالات متنوعة من أجل سد الفراغ الذي تشعر به وملا وقتها بنشاطات تعتبرها تطورا لذاتها واكتساب مهارات جديدة بدل المكوث في البيت والانغلاق في دائرة التفكير في المرض وعدم الإنجاب.

كل هذه المواقف والعوامل المجهدة أثرت بصفة حتمية على جودة الحياة لدى المفحوصة من خلال افتقارها للإحساس بالسعادة والرضا عن حياتها، فالحياة حسب منظورها الخاص ناقصة من دون أطفال حتى ولو أنها تقطن في مسكن خاص وحدها وزوجها يلبي كل طلباتها، لها فرص كثيرة للراحة والاسترخاء إلا أن هذا المنزل يبقى صامتا كثيبا من دون صوت طفل بداخله، " فقد حدد شالوك ثمانية مجالات لجودة الحياة منها السعادة الوجدانية التي تدل عليها عدة مؤشرات منها الرضا ومفهوم الذات وانخفاض الضغوط " لكن المفحوصة تعاني من مستوى عال من الضغوط وغير راضية عن بعض جوانب حياتها لذا فحياتها متوسطة الجودة. إضافة إلى ذلك فالحالة غير راضية على جوانب أخرى من حياتها منها عدم التوافق الفكري بينها وبين زوجها فهناك أفكار كثيرة لا يتفقان حولها كما أنهما لا يتشابهان من حيث طباعهما وشخصياتهما وهذا ما أدى إلى صعوبة الاتصال بينهما وبالتالي يخلق نوعا من عدم الراحة في الحياة خاصة وأنها غير راضية نوعا ما عن علاقتها الجنسية بغض النظر عن موضوع الإنجاب وهذا ما

يخلق نوعا من النفور مما يجعله بداية لبعض المشاكل الزوجية. وفي هذا يرى ventegodt وآخرون سنة 2003 النموذج التكاملي لجودة الحياة الوجودية الذي يتضمن بعدين هما: البعد الذاتي، ويتضمن أبعاد فرعية تتمثل في الرفاهية الشخصية والإحساس بحسن الحال، الرضا عن الحياة، الحياة ذات معنى. والبعد الموضوعي ويتضمن كذلك أبعاد فرعية تتمثل في عوامل موضوعية مثل المعايير الثقافية، إشباع الحاجات، تحقيق الإمكانيات، السلامة البدنية. (عبد الحفيظي، 2015-2016، ص51)

4-8-5 مقياس إستراتيجيات المواجهة المطبق على الحالة الثامنة

تم تطبيق مقياس إستراتيجيات المواجهة على الحالة " هناء " وقد تم الحصول على النتائج التالية:

الجدول (44): يمثل نتائج مقياس إستراتيجيات المواجهة للحالة الثامنة.

إستراتيجيات المواجهة	الدرجة الخام	النسبة المئوية
إستراتيجيات حل المشكلة	32	29,35%
إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي	17	15,59%
إستراتيجيات التجنب	26	23,85%
إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي	19	17,43%
إستراتيجيات التأييب الذاتي	15	13,76%
المجموع	109	100%

يتضح من خلال الجدول أعلاه إستراتيجيات حل المشكلة جاءت بأعلى نسبة 29,35% بعدها إستراتيجيات التجنب بنسبة 23,85%، تليها إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي بنسبة 17,43% ثم إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي بنسبة 15,59%، وأخيرا إستراتيجيات التأييب الذاتي التي جاءت بنسبة 13,76%.

جدول(45): يمثل نوع إستراتيجيات المواجهة الأكثر استخداما من طرف الحالة الثامنة

النسبة المئوية	الدرجة الخام	إستراتيجيات المواجهة
44,95%	49	إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكلة
55,04%	60	إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال

من خلال الجدول نلاحظ أن الحالة هناع استخدمت إستراتيجيات مرتكزة على الانفعال في مواجهة وضعية تأخر الإنجاب حيث جاءت بنسبة %55,04، تليها إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكلة بنسبة %44,95.

4-8-6 مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة الثامنة

تم تطبيق هذا المقياس على الحالة هناع، وبعد تصحيحه كانت النتائج كالآتي:

الجدول(46): يمثل نتائج مقياس جودة الحياة للحالة الثامنة

الأبعاد	الدرجات الخام	متوسط الاستجابات لكل بعد
الصحة الجسمية	23	3,28
الصحة النفسية	21	3,5
العلاقات الاجتماعية	11	3,66
البيئة	29	3,62
الدرجة الكلية		14,06

حساب الدرجة المحولة عن طريق تطبيق المعادلة التالية: (الدرجة الكلية - 4) (16/100)

$$62,87 = (6,25)(10,06) = (16/100)(4-14,06)$$

الدرجة المحولة = 62,87

يتضح من خلال نتائج المقياس أن متوسط استجابات الحالة لبعده العلاقات الاجتماعية تحصل على أكبر درجة وهي 3,66 يليه بعد البيئة بقيمة 3,62 درجة بعده محور الصحة النفسية 3,5 درجة وأخيرا محور الصحة الجسمية حيث قدرت درجاته ب 3,28 درجة. فكان مجموع الدرجة الكلية 14,06 وبعد تطبيق المعادلة كانت نتيجة الدرجة المحولة 62,87.

وعليه يوضح نتائج المقياس المطبق على الحالة الثانية درجة 62,87 التي تدل على أن جودة الحياة متوسطة.

4-8-7 التحليل العام للحالة الثامنة

يتضح من خلال المقابلات الإكلينيكية التي أجريناها مع المفحوصة هناء وتحليل نتائج المقياسين اللذين تم تطبيقهما عليها منها مقياس المواجهة لـ Paulhan ومقياس جودة الحياة أن المفحوصة تعاني من تأخر في الإنجاب لمدة سنة واحدة حسب المجال الطبي إلا أنها تعيش وضعية صعبة ولدت ضغطا نفسيا وحالة قلق كبير لها وذلك بسبب كبر سنها أو تقدمها في السن بالنسبة لموضوع الخصوبة، كما صرحت أثناء المقابلة أن الطب يقر بأن الخصوبة تقل ابتداء من سن الثلاثين " تتخفف الخصوبة تدريجيا اعتبارا من سن 30 وخاصة بين 35-40 عاما وتصبح شبه معدومة عند سن 45 عاما (Seide, 2020, p3) من جهة أخرى هناك العديد من الأسباب لديها التي تمنع الحمل والإنجاب منها ظهور Polype على مستوى المبيض وارتفاع مستوى البرولاكتين في الدم وبروز تكيسات وظيفية ومنه هذه الاختلالات الجسدية التي تؤثر على نفسية المفحوصة من ناحية المزاج والسلوك... إلخ وذلك للارتباط الوثيق الموجود بين النفس والجسد وتأثيرهما على بعض "فالتأخر عن الإنجاب يعتبر مرضا غير عادي لأنه يتعلق بالعلاقة بين الجسم والنفس والرغبة".

واجهت هناء وضعية التأخر عن الإنجاب من خلال لجوئها إلى أساليب مواجهة متعددة منها المرتكزة على الانفعال وقد كانت نسبتها 55,04% حيث تعتبر هذه الإستراتيجيات ذات تأثير مؤقت لخفض القلق الذي تعاني منه ومحاولتها نسيان الموضوع... إلخ من بين هذه الإستراتيجيات نجد منها المرتكزة على التجنب وتحصلت على نسبة 23,85% ويظهر ذلك من خلال رفضها الجزئي لهذه الوضعية المعاشة

لأنها لم تكن متوقعة حدوث ذلك حيث أصبحت تتمنى لو كان باستطاعتها تغيير ذلك إلا أن الموضوع خارج عن نطاق إرادتها متمنية حدوث معجزة، وللتخفيف من الأثر السلبي لهذا الوضع وتقليل مستوى الضغط النفسي تلجأ هناء إلى التخيل وأحلام اليقظة التي يكمن محتواها في الحلم بطفل داخل منزلها يملؤه بالفرح، كما تلجأ إلى تجنب الأشخاص والحديث معهم حول موضوع الأطفال وإنجابهم باعتباره موضوعا شخصيا ولا تريد لأي طرف ثالث التدخل فيه. كما نجد إستراتيجيات التآنيب الذاتي بنسبة 13,76% ويمكن ترجمة هذه النسبة من خلال شعور المفحوصة بالذنب اتجاه زوجها لأنها المتسببة في هذا التأخر وعدم قدرتها على إنجاب طفل له فهو يميل ميلا شديدا للأطفال رغم أنه لم يلمح لها لهذا الموضوع أو تحسيسها بالذنب إلا أن هذا الشعور مسيطر عليها من جهة، ومن جهة أخرى انتقاد هناء لسلوكياتها وردود أفعالها اتجاه الآخرين وحتى بعض القرارات التي اتخذتها من بينها ندمها لعدم اختيار طبيب معالج واحد لمواصلة الرحلة العلاجية معه لأن أفكارها تشوشت بسبب التشخيصات المختلفة للأطباء الذين قامت بزيارتهم سابقا، أما بالنسبة لإستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي فقدرت بنسبة 17,43% ويظهر ذلك من خلال النظرة التفاؤلية لموضوع التأخر عن الإنجاب بأنها ستصبح أما في يوم من الأيام وتركيزها على الجوانب الإيجابية فيه حيث استغلت أوقات الفراغ الحالية بتعلم الخياطة وصناعة الحلويات من خلال التسجيل في دورات تدريبية لأنها لو كانت أما لما كانت تملك الوقت للقيام بذلك حسب ما صرحت به، كما أجرت تعديلات أو تغييرات على نفسها من أجل تحمّل هذا الوضع والتغير نحو الإيجابية من خلال الاهتمام بالعبارات الجارحة الموجهة لها من طرف المحيط، أما بالنسبة لإستراتيجيات المواجهة فقد لجأت المفحوصة إلى أنواع أخرى منها ونذكر أساليب مواجهة حل المشكلة التي حصلت على أعلى نسبة 29,35% وتتمثل هذه النسبة في المقاومة النفسية للضغط، التسرع في اتخاذ أغلب القرارات الناتجة عن الوضع المعاش وطريقة المعالجة وعدم التفاوض للحصول على الأشياء الإيجابية للموضوع وتقاؤها حيث تفكر المفحوصة في كل تفاصيل التأخر عن الإنجاب من ناحية الطبيب المعالج والتشخيص وكذلك مصاريف العلاج أيضا حيث خضعت إلى العلاج الدوائي والطرق الاستقصائية (التنظير الرحمي، التحاليل والأشعة، *écho vaginale*... إلخ علاوة على ذلك الطب البديل (الحجامة) والتداولي بالأعشاب الطبيعية. وعليه فالمفحوصة استخدمت أساليب مواجهة مختلفة في مواجهة الوضعية الضاغطة بنسب مختلفة.

أما بالنسبة لجودة حياتها فقد وضحت نتائج مقياس جودة الحياة أنها متوسطة حيث ظهرت بدرجة 62,87 ويرجع ذلك إلى رضا المفحوصة عن بعض الجوانب وعدم رضاها عن جوانب أخرى، حيث وضح محور الصحة الجسمية تحصل على 3,28 درجة ويظهر ذلك من خلال عدم تأثير مرضها بشكل سلبي (العجز) عن القيام بأعمالها ولأنها تحتاج إلى قدر كبير من الرعاية والاهتمام من طرف المحيطين بها، إلى جانب ذلك تمتعها بكفاية وفعالية كبيرة للقيام بواجباتها اليومية إضافة إلى رضاها عن أدائها لواجباتها، غير أن المفحوصة غير راضية عن نومها (صعوبة الولوج في النوم، النوم المتقطع) بسبب القلق الدائم وسيطرة الموضوع على تفكيرها رغم محاولتها لنسيانه لكنها سرعان ما تعود إلى التفكير فيه. أما بالنسبة لمحور الصحة النفسية فقد تحصل على 3.50 درجة ويتجلى من خلال شعورها المتوسط بوجود معنى لحياتها فالحياة بدون أطفال ناقصة، عدم القدرة على الاستمتاع بهذه الأخيرة لكن التفكير في الموضوع يشغل حيز واقعا من كل جهة حيث لا تستطيع التركيز في أعمالها ببساطة وهذا ما سبب لها فيض كبير من القلق والشعور بالحزن لأن الأمومة بالنسبة لها حلم كبير مع حبها للأطفال وتعلقها بهم، أما بالنسبة لصورة جسدها فهي تبدي عدم التقبل له (تبدو نحيلة نوعا ما) كما تريد اكتساب بعض الوزن لأنه لا يعجبها، أما عن نفسها فهي راضية. أما بالنسبة لمحور العلاقات الاجتماعية فقد تحصل على 3,66 درجة ويظهر ذلك من خلال رضاها على علاقاتها الشخصية (الزوج، العائلة، أهل الزوج) كما توضح أنها راضية جدا عن المساندة الاجتماعية التي تقدمها لها عائلتها (الأم والأخت) وتتخذ من أختها صديقة لها تتحدث معها حول الموضوع كما تلجأ إليها حتى تشعر بحال أفضل في أوقات القلق وذلك لأنها نموذج تقدي به في كيفية مواجهتها لهذه الوضعية لأنها عانت هي بذاتها من التأخر عن الإنجاب لمدة 3 سنوات، أما عن علاقتها بزوجها فهي ليست راضية نوعا ما ويعود السبب في ذلك لعدم توافقه مع زوجها حيث صرحت أنهما عكس بعضهما (الزوج كتوم ومتردد في أخذ القرارات عكس زوجته) علاوة على ذلك عدم رضاها عن العلاقة الجنسية وهذا ما يقود إلى توتر العلاقة بينهما حيث وضحت دراسة **Burnett (2009)** التي قامت بدراسة الاعتبارات الثقافية لإرشاد الزوجين الذين يعانون من التأخر الحمل وقد توصلت الدراسة إلى أن التأخر عن الحمل لدى الزوجين يؤدي إلى توتر العلاقة وزيادة الضغوط النفسية "، مع العلم أن عدم رضاها لا يتعلق بموضوع الإنجاب فقط وإنما بإشباع رغبتها الجنسية حيث يقول فرويد " يعتبر الفرد الإحساس الجنسي كأحد غاياته الشخصية في حين من وجهة

نظر أخرى فهو في حد ذاته ليس إلا تابعا لماديه الهيولة الحية والتي يستمد منها الطاقة بإحساسه أنه مقابل ضريبة اللذة، ويكون ناقلا فانيا لجوهر خالد افتراضيا" (دوتش، 2008، ص192) ومعنى ذلك أن العلاقة الجنسية هدفها تحقيق الرغبة الجنسية من جهة، ومن جهة أخرى يكون الشخص تابعا لمادته الهيولة (بالنسبة للمرأة يقصد بها البويضة) والتي تستمد منها أنها مقابل اللذة تكون عنصرا أساسيا في تشكل عنصرا خالدا(الجنين) وبالتالي الحفاظ على النوع ونقل التاريخ الشخصي والعائلي.

أما بالنسبة لمحور البيئة فقد قدرت درجاته ب 3,62 ويظهر ذلك من خلال شعورها المتوسط بالأمن في الحياة وذلك لأن مصدر الأمن بالنسبة إليها عائلتها ثم زوجها، أما فيما يخص عن الرضا عن جوانب بيئتها فهي راضية عن منزلها أي السكن الذي تعيش فيه (منزل مستقل)، راضية عن الخدمات الصحية المقدمة لها، تتمتع بكفاءة مقبولة في إشباع احتياجاتها، إنسانة متصلة ببيئتها مهتمة بها، تتمتع بدرجة كبيرة من الراحة والاسترخاء إلا أنها غير راضية عن مزاجها وعن قلة رحلاتها التي تعتبر عاملا لتخفيف الضغط النفسي وأسلوبا للترويح عن النفس.

وعليه فالأساليب التي استعملتها المفحوصة لمواجهة وضعية التأخر عن الحمل والإنجاب ساهمت بنسبة مقبولة في تخفيف الضغط النفسي وعدم ظهور تعقيدات نفسية وجسدية أخرى، حيث ساهمت إستراتيجيات التجنب في التخفيف من الألم النفسي الداخلي الناجم عن عدم تحقيق أمومتها لمدة سنتين بالنسبة للمفحوصة من جهة ومن جهة أخرى اقتناعها بعدم الاهتمام لكلام المحيط عنها وعن وضعيتها، ومحاولتها لتناسي الموضوع ولو لفترات قصيرة تنعم فيها بالهدوء النفسي والإحساس بالسعادة، أما إستراتيجيات حل المشكلة فقد دفعت المفحوصة إلى البحث عن المعلومات وإيجاد الحلول لوضعها باللجوء إلى عدة طرق حتى تزيل الغموض والضبابية في إدراك الموضوع وبالتالي مساعدتها لتقبل الوضعية والتصديق بوقوعها كما نجد إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي التي ساهمت في التركيز على الجوانب الإيجابية للوضعية والتفاؤل بتحقيق الأمومة يوما ما وهذه نقطة أساسية في جودة حياتها أيضا، علاوة على ذلك نجد إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي من خلال ربط العلاقات الاجتماعية وتوسيع شبكة هذه الروابط وبالتالي تقديم الدعم والمساندة للمفحوصة من أجل تجاوز هذه الأزمة بأدنى الخسائر الجسمية والنفسية، حيث تعتبر العلاقات الاجتماعية من مقومات جودة الحياة الجيدة وعليه نقول أنه توجد

علاقة إيجابية بين إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكلة وجودة الحياة والعكس بالنسبة لإستراتيجيات المرتكزة على الانفعال.

5- التحليل العام لحالات الدراسة على ضوء الفرضيات

من خلال التحليل العام لحالات الدراسة الثمانية توضح أن نوعية حياة معظم متأخرات الإنجاب (حالات الدراسة) ذات مستوى متوسط وهذا أمر طبيعي فالسعادة والرضا عن الحياة التي تحياها كل زوجة متأخرة عن الإنجاب لا تكتمل من دون وجود أطفال ضمن العلاقة الزوجية، فالحمل والإنجاب هما السيرورة الطبيعية التي تحقق للمرأة حلم الأمومة التي تكتمل بها سعادتها بعد الزواج إضافة إلى تحقيق توقعاتها وآمالها وذاتها، كما تمكن المرأة من السير الطبيعي في طريق الحياة السوية محافظة بذلك على توازنها النفسي وصحتها الجسمية على غرار إذا حدث عكس ذلك ووضعت المرأة في وضع جديد (التأخر عن الإنجاب) وانتظار الحمل لسنوات بغض النظر عن تأثير الأسباب الفيزيولوجية التي تعيق عملية الإخصاب والتقاء الأمشاج، فإستراتيجيات المواجهة تعتبر سيرورات معرفية سلوكية تساعد الأفراد في مواجهة التهديد والتوتر الناجم عن الوضعيات الضاغطة من خلال التحكم في الوضعية، التخطيط لها، إيجاد الحلول، تقييم الموارد الشخصية والاجتماعية وبالتالي المحافظة على الشعور النسبي بالسعادة والرضا عن بعض الجوانب الحياتية والقدرة على إشباع الاحتياجات والإحساس بالفعالية الذاتية والكفافية، المحافظة على شبكة العلاقات الاجتماعية والاتصال بالبيئة، ولكن الوضعية الضاغطة محل دراستنا هي وضعية استثنائية من حيث تفاصيلها وأحداثها ولا يمكن للوضع الاقتصادي والاجتماعي مهما كان مستواه (مرتفع أو منخفض) التخلص منها إلا بمشيئة الخالق.

من بين الإستراتيجيات التي استعملت بنسبة عالية من طرف متأخرات الإنجاب هي إستراتيجيات حل المشكلة والتي تعرف على أنها "مواجهة تتضمن بذل الفرد للجهد لحل المشكل أو تغيير الموقف الصعب بطريقة فعالة". (عبيد وآخرون، 2008، ص 79) والتي ظهرت بنسب متفاوتة لدى حالات الدراسة من خلال وضع خطط عمل وإتباعها والمتمثلة في الخطة العلاجية وانتهاج العلاجات (الطبيعية، الطب البديل (الحجامة)، التداوي بالأعشاب)، التمهّل في معالجة المواضيع ذات الصلة بموضوع التأخر عن

الإنجاب ومقاومة كل الأمور السلبية والتفاوض من أجل بلوغ النهايات الجيدة والجوانب الإيجابية من الأمور التي تواجههن، ومحاولة عدم التسرع في أخذ القرارات والاستجابة وهذا ينعكس على جودة الحياة لديهن من خلال المحافظة على الصحة النفسية وعدم تطوير أعراض نفسية وأمراض سيكوسوماتية (الحالة نرجس، هناء، نور الهدى وأمينة) في حين حدث العكس مع الحالات الأخرى المتبقية (ظهور اضطراب الغدة الدرقية لدى الحالة إيمان، القولون العصبي وقرحة المعدة لدى الحالة حواء، ظهور أعراض اكتئابية لدى الحالة فيروز) وذلك بسبب سوء التقييم الأولي للوضعية وكذلك طول مدة التأخر (ما بين 3 سنوات حتى 8 سنوات) إضافة إلى قبول وعدم قبول الصورة الجسدية فمنهن من كانت غير راضية عنها (الحالة هناء غير راضية عن نحالة جسدها، والعكس لدى الحالة فيروز التي تريد إنقاص وزنها) وكلا الأمرين يتعلق بالقدرة على الإنجاب فتجربة الحمل هي تجربة نفسية قبل أن تكون جسدية، إضافة إلى أن القلق يؤدي إلى اختلال النظام الهرموني في جسد المرأة فيرفع من مستوى هرمون وينقص من إفراز هرمون آخر مما يكون عائقا في حدوث الحمل.

كما ساهمت إستراتيجيات المرتكزة على الانفعال من النظر بتقاؤل إلى موضوع وزرع الأمل في نفوس متأخرات الإنجاب خاصة التي تكون في التاريخ العائلي خاصتها من تأخرت عن إنجاب الأطفال من قبل واتخذتها كنموذج للدعم المعلوماتي والتيقن من الإنجاب في السنوات القادمة (الحالة حواء وهناء) فقد برهنت دراسة (Weinstein 1980) على أن التقاؤل يجعل الفرد محبا للحياة بكل ماتحتويه من عقبات، فالفرد المتقاؤل يكون أفضل تكيفا للانتقالات الحياتية المهمة. (Scheier et al, 1994, p 1065)، علاوة على ذلك محاولة تغيير أمور تحدث داخلها من أجل التحمل والمقاومة أكثر وهذا ما ذكرته حالات الدراسة أثناء المقابلات العيادية وبالتالي الشعور بالأمن في الحياة لأن مصدره بالنسبة لأغلبهن هو الزوج لكن هذا الأمن يرتبط ارتباطا وثيقا بإنجاب طفل الذي يوطد العلاقة الزوجية، فمنهن من تخاف من خسارة العلاقة الزوجية جراء عدم الإنجاب خاصة إذا كانت هي السبب الأساسي والمسؤول عن تأخر الإنجاب، وهذا ما يؤثر على درجة الاستمتاع بحياتها وتحديد مدى شعورها بمعنى حياتها (دون أطفال) فمنهن من ترى الأطفال هم الحياة نفسها (الحالة إيمان، حواء، نرجس، فيروز، هناء). وهناك من ترى أنهم ليسوا هم الحياة بل عنصرا من عناصرها والحياة تستمر بدونهم (الحالة أمينة) وهناك من يتوسط رأيها بين الاثنين

(فهم الحياة إن وجدوا وإذا كان العكس من ذلك فالحياة تستمر) وعليه فالأمن والقدرة على الاستمتاع بالحياة والشعور بالرضا هي من العوامل المؤدية إلى تحسين نوعية الحياة لدى متأخرات الإنجاب.

أما إستراتيجيات التجنب فيرى كل من Pearlín et Schooler " أنها مجموعة من السلوكيات التي يبحث من خلالها الأشخاص تجنب الأحداث التي يواجهونها في حياتهم". (Sordes et al, 1994, p 84) وهي أساليب تُستخدم لتقليل الضغط النفسي مؤقتاً فقط من خلال التقليل من الشعور بالألم الداخلي نوعاً ما مع تمنى حدوث معجزة الحمل كون أن هذا التأخر مرض غير طبيعي مرتبط بالنفس والجسد والرغبة ولا يوجد له حل سوى اللجوء إلى الله سبحانه وتعالى وتقوية الوازع الديني (الحالة حواء وإيمان) من خلال الصلاة والدعاء وقراءة القرآن، كما مكنت هذه الأساليب من عدم تقبل الوضعية والتصديق بوقوعها لأنها عكس التوقعات التي تكون لدى المرأة قبل الزواج فقد بينت دراسة Stanton et al أنه هناك من النساء من تستعمل أسلوب الهروب- التجنب وتقبل مسؤولية التأخر عن الإنجاب ويرتبط هذا 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, 1992, p 11) ومحاولة النسيان لدى بعض الحالات (الحالة هناء، نرجس، نور الهدى) ولجوء البعض الآخر إلى التفكير في بعض أشياء غير حقيقية وخيالية تتمثل في أحلام اليقظة ومحتواها إنجاب طفل وتربيته وتعليمه (الحالة إيمان وفيروز ونرجس) كوسيلة للهروب من الواقع المؤلم المعاش.

أما إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي فقد ساهمت في المحافظة نوعاً ما على العلاقات الاجتماعية وتوطيد الروابط ببعض أفراد المحيط ممن قدموا المساندة وكانوا لهم بمثابة سند من أجل التشجيع على التحمل والصبر على الوضعية وتخفيف الضغط النفسي والألم الناتج فهم يمثلون درع وقاية من الأزمات والمحن وبالتالي تصبح متأخرات الإنجاب راضيات عن علاقتهن الشخصية والاجتماعية محافظات عليها ويسعين إلى توطيدها وهذا من المقومات والمظاهر الأساسية لجودة الحياة الجيدة.

وعليه من خلال ما تقدم فهناك علاقة إيجابية واضحة ما بين إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكلة وجودة الحياة في حين العلاقة سلبية ما بينها وبين إستراتيجيات التجنب وتلك المرتكزة على

الانفعال، فكلما كانت الإستراتيجيات فعالة (حل المشكلة) في مواجهة التهديد وتقليص التوتر كانت نوعية الحياة جيدة والعكس صحيح، وبحكم أن موضوع الإنجاب تختلف فيه الرؤى ووجهات النظر ما بين جعله أساس الحياة ومكملاً لها فإنه الوضعية الحياتية تختلف من حيث الشدة ودرجة الضغط وبالتالي الاختلاف في اختيار أساليب المواجهة التي بدورها تؤثر على نوعية الحياة لدى هذه الشريحة من المجتمع.

خلاصة الفصل

وفي ختام هذا الفصل الذي خصصناه لعرض ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الخلفيات النظرية وبعض الدراسات المشابهة يمكننا القول إن نتائج دراستنا جاءت في بعض جوانبها متسقة مع الأطر النظرية فيما كشفت عن جانب جديد وهو وجود علاقة عكسية بين إستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة في ظل وضعية تأخر الإنجاب وتشعب هذه الظاهرة على المستويات المتعددة جسدية، نفسية، اجتماعية واقتصادية.

وعليه من خلال النتائج المقدمة يمكننا أن نؤكد على ضرورة النظر في جميع الجوانب المذكورة سابقا لدراسة هذه الظاهرة بعمق أكثر وفق مقارنة متعددة الاتجاهات لما لها من تأثيرات وامتدادات على جميع الأصعدة الحياتية.



وفي الختام يمكننا القول إن العلاقة سلبية بين إستراتيجيات المواجهة التي تستخدمها متأخرات الإنجاب وجودة الحياة، لأن الوضع في حد ذاته يتميز بخصائص تجعله مميّزا عن الوضعيات المجهدة الأخرى، فإنجاب الأطفال أمر بيد الله عز وجل وحده ولا يمكن للمساعدات الطبية أو الأدوية أن تجزم جزما قاطعا بتواجدهم في الحياة إضافة إلى أنهم هم من يتوجون العلاقة الزوجية ويقوون الرابط بين المرء وزوجه.

بعد الزواج يعتبر إنجاب الأطفال حدث متوقع في ظل تسلسل الوقائع التالية للزواج حتى يظهر تأخر الإنجاب ليغير مسار الأحداث ويسبب اختلال الحياة الزوجية فتصبح ناقصة ومعتمة ومضطربة، هنا تلجأ متأخرات الإنجاب لتبني إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي الناتج عن هذا التأخر لكن هذه الإستراتيجيات منها ما تؤثر سلبا عن نوعية الحياة لديهن، ومنها ما تعود بآثار مفيدة عليها، فالمرأة المتأخرة عن الإنجاب غالبا ما تستخدم في بداية الوضعية إستراتيجية حل المشكلة من خلال اللجوء إلى العيادات الطبية المتخصصة بأمراض النساء والتوليد والمراكز الطبية من أجل تقصي الموضوع والبحث عن السبب الذي يعرقل سيرورة الإخصاب ونادرا ما تكتفي برأي طبيب مختص واحد حيث تجدها تنتقل من طبيب إلى آخر باحثة عن سبب يقنعها وحل يرضيها، ومنهن من لا تستطيع تحقيق الاكتفاء بالعلاج الطبي بل تلجأ إلى تجريب العلاج الشعبي الطبيعي أيضا وعلاجات الطب البديل وغيرها وكل هذا في سبيل إنجاب طفل وتحقيق حلم الأمومة لديها وإشباع غريزتها، لكن مع مرور الأشهر والسنوات تغير المرأة هذه الإستراتيجيات وتبني إستراتيجية أخرى ترى بأنها تخفف من التوتر الناتج عن الإحباطات التي تلازمها في نهاية كل دورة شهرية والتي تكون دليلا على فشل الإخصاب، منها إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي فمنهن من توسع دائرة العلاقات الاجتماعية حتى تحضى بأكبر قدر من المساندة والدعم بمختلف أشكاله ومنهن من تقوم بالعكس فتبقي الحيز ضيقا يشمل الزوج وبعض أفراد العائلة وذلك بسبب حساسية الموضوع وطريقة كل شخصية في التعامل مع الموضوع وهذا ينعكس مباشرة على مستوى الرضا عن الحياة ومستوى الإحساس بالسعادة، فقد أثبتت الدراسة الحالية عن وجود علاقة إيجابية بين

إستراتيجيات حل المشكلة وإستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي كإستراتيجية فرعية لها وبين جودة الحياة وهذا ما يتوافق مع دراسات العلماء من قبل.

أما بالنسبة لبعض من متأخرات الإنجاب فهناك من تلجأ إلى استخدام إستراتيجيات مرتكزة على الانفعال باعتبار أن هذه الشريحة تمثل الجنس الأنثوي، فقد أفادت الأبحاث السابقة بأن هناك علاقة بين إستراتيجيات المواجهة والجنس فغالبا ما تلجأ السيدات أثناء مواجهتهن للوضعيات الضاغطة إلى التعبير الانفعالي عن مشاكلهن وصراعاتهن فما بالك لو تعلق الموضوع بغريزتهن الأمومية وبعنصر يكمل ذواتهن، فغياب الأطفال بالنسبة لهن نقطة حساسة تثير فيضا انفعاليا كبيرا مثل أزمات الدموع، العصبية وتقلبات المزاج، التأنيب الذاتي، الشعور بالذنب اتجاه الزوج، القلق والإحباط...إلخ، ومنه فهذه الإستراتيجيات لا يمكنها تحسين نوعية الحياة بل ترتبط ارتباطا وثيقا بضعف الصحة العامة وتراجع الصحة النفسية والجسدية، عدم الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية والمحيط، التركيز على الألم الداخلي لأن التأخر عن الإنجاب مرض غير عادي يجمع الغريزة والرغبة والمرض الجسدي في دائرة واحدة مشحونة بالصراع لتبقى حياة متأخرات الإنجاب ناقصة وغير مكتملة من جهة الإحساس بالسعادة، الرضا، الشعور بتحقيق الذات وغيرها وهذا ما يتفق مع بعض الدراسات السابقة التي تقر بالعلاقة السلبية ما بين جودة الحياة وإستراتيجيات المرتكزة على الانفعال وفي نفس السياق نجد أيضا إستراتيجيات التجنب التي تؤثر سلبا على نوعية الحياة لدى هؤلاء السيدات لأنها إستراتيجيات سلوكية معرفية سلبية تجعل الفرد يتجنب ويهرب من كل المثيرات التابعة للوضعيات الضاغطة بدل مواجهتها وفي سياق تأخر الإنجاب تجد هذه الفئة في التجنب والهروب فرصة للراحة من اتهامات المجتمع والضغط الممارس عليهن مما يدفعهن إلى اللجوء إلى عالم خاص بهن يوفر لهن فرصة لتفريغ التوتر وخفض مستوى الألم النفسي والاختباء لعدم رؤية نظرة الشفقة في أعين المحيطين، لكن هذا العالم لا يستطيع إيقاف مجرى التفكير في موضوع الأطفال والحمل بل يتيح وقتا من الهدوء للتفكير في اختيار إستراتيجيات أخرى للمواجهة.

ومنه مهما تعددت استخدامات إستراتيجيات المواجهة تبقى الوضعية نفسها ويبقى شبح التأخر عن الإنجاب يطارد المرأة، فهذه الإستراتيجيات قد تفيد متأخرة الإنجاب في بعض الأوقات وفي أوقات أخرى قد تعود عليها بأضرار وآثار سلبية تمس صحتها النفسية والجسدية وتهدد علاقاتها الاجتماعية والشخصية حتى اهتمامها ببيئتها، وبالتالي تؤثر سلبا على نوعية حياتها لتصل إلى المساس بمستوى الرضا

والإحساس بالسعادة وتحقيق الذات ومرونتها النفسية وتوافقها وتكيفها مع المحيط، فالأطفال هم من يعيدون التوازن للحياة ويعطون معنى لها حتى تصبح العلاقات الزوجية طبيعية (أم - أطفال - أب).

عموماً من خلال ما جاءت به دراستنا يمكن طرح الاقتراحات التالية:

- ❖ دراسة الجانب السيكولوجي للأزواج (الرجال) جراء تأخرهم عن الأبوة البيولوجية.
- ❖ فتح مراكز نفسية تهتم بهذه الشريحة من المجتمع على صعيد النفسي والاجتماعي من أجل مواجهة هذه الوضعية والحفاظ على العلاقة الزوجية وحماية الأسر من التفكك وبالتالي خفض نسبة الطلاق في مجتمعنا.

دراسة نفسية لمتأخرات الإنجاب اللواتي لم يتوفرن في نجاح تقنيات التلقيح الاصطناعي لإنجاب طفل.

الاصالة والتميز

المراجع باللغة العربية

- 01- ابن منظور، (د.ت)، "لسان العرب"، مصر: دار المعارف.
- 02- إبراهيم، صفاء صلاح سند. (2016). جودة الحياة والصحة النفسية طريقك إلى السعادة، مؤسسة يسطرون للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- 03- إبراهيم عباس، محمد. (2007). مدخل إلى الأنتروبولوجيا الطبية، دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع. الإسكندرية. مصر.
- 04- أبو الرب، محمود. (2007). كيف نعالج العقم. دار علم الثقافة، عمان.
- 05- أبو دلو، جمال. (2009). الصحة النفسية. الطبعة الأولى. دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان. الأردن.
- 06- أبو سريع، أسامة. محمد أنور، عبير. مرسي، إسماعيل. (2006). "أثر برنامج تنمية المهارات الحياتية في تجويد الحياة لدى تلاميذ التعليم العام القاهرة الكبرى"، وقائع علم النفس وجودة الحياة. جامعة السلطان. قابوس. عمان. 17-19 ديسمبر.
- 07- أبو يونس، م، م، إ. (2013). "الذكاء الاجتماعي وعلاقته بالتفكير الناقد وجودة الحياة لدى معلمي مرحلة التعليم الأساسي بمحافظة خان يونس"، رسالة ماجستير منشورة. كلية التربية، الجامعة الإسلامية. غزة.
- 08- أرزاي، محمد. "تمثلات المجتمع لظاهرة عقم المرأة"، قسم العلوم الإنسانية، المدرسة العليا للعلوم التطبيقية، تلمسان. الموقع؟
- 09- الشربيني، لطفي. تقديم حسين عبد الرزاق الجزائري، (2001). الإكتئاب الأسباب والمرض والعلاج. دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
- 10- الضريبي، عبد الله. (2010)، "أساليب مواجهة الضغوط النفسية والمهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات". مجلة دمشق: المجلد 26، العدد 4، ص ص .
- 11- الضمور، سحر. الهواري، لمياء. (سبتمبر 2020)، "الآثار النفسية المترتبة على التأخر عن الحمل وعلاقته بالتوافق الزوجي لدى السيدات المتزوجات في محافظة الكرك". مجلة جامعة النجاح للأبحاث العلوم الإنسانية: المجلد 36، العدد 8، ص ص 1557-1584.
- 12- النجمة، علاء الدين إبراهيم. (2008). "مدى فاعلية برنامج إرشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عن طلاب المرحلة الثانوية"، رسالة ماجستير، غزة.

- 13- بنات، سعيد فؤاد صقر. (أفريل 2018). "قلق الإنجاب وعلاقته بجودة الحياة لدى الأسر التي لديها أبناء ذوي إعاقة سابقة"، رسالة ماجستير منشورة. كلية التربية، الجامعة الإسلامية. غزة.
- 14- بيار، جورج. ترجمة أحمد الطفلي. مراجعة هيثم اللمع. (2002). موسوعة المصطلحات الجغرافية، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت.
- 15- ساعد، شفيق. (2018-2019). "مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى المصابين بأمراض سيكوسوماتية، دراسة على أربع مجموعات من المرضى المترددين على المؤسسات الاستشفائية بمدينة بسكرة"، أطروحة دكتوراه منشورة. كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية، جامعة محمد خيضر. باتنة.
- 16- شيخي، مريم. (2013-2014). "طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات"، رسالة ماجستير منشورة. كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية، جامعة أبي بكر بلقايد. تلمسان، الجزائر.
- 17- شيلي، تايور. ترجمة درويش بريك، سهام. وشاكر طعيمة، فوزي. (2008). علم النفس الصحي، ط1. دار حامد للنشر والتوزيع. عمان، الأردن.
- 18- عبد الحفيظي، يحيى. (2015-2016). "تقنين مقياس جودة الحياة لمحمود منسي وعلي كاظم على الطلبة الجامعيين دراسة ميدانية بجامعة الجلفة"، رسالة ماجستير منشورة. كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية، جامعة قاصدي مرباح. ورقلة.
- 19- عبيد، عائشة بية. (2017)، "جودة الحياة وسبل تحقيقها في ظل علم النفس الإيجابي". مجلة تاريخ العلوم: العدد السادس. ص ص 352-362.
- 20- عزت، كريم. (23 أغسطس 2019)، "مفهوم الجودة ومميزاتها"، <https://www.mosoah.com>
- عبيد. ماجدة، السيد. بهاء الدين، (2008)، "الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية"، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 21- عمر الأمين أحمد، هناء. (مارس 2018). "مشكلات تأخر الإنجاب وعلاقتها بالتوافق الزوجي وبعض المتغيرات الديمغرافية، دراسة ميدانية بمدينة الحاصيحا ولاية الجزيرة السودان 2017"، كلية التربية الحاصيحا، قسم العلوم التربوية. جامعة الجزيرة.
- 22- عيسى انصورة، نجاة. (2018)، "فاعلية برنامج متعدد النظم بخفض درجة الاكتئاب لدى المرأة المتأخرة في الإنجاب". مجلة العلوم الإنسانية والتطبيقية: المجلد 7، العدد 13. ص ص 335-345.

- 23-فاخوري، سيرو. (1984). العقم عند النساء والرجال. الطبعة الرابعة. دار العلم للملايين، الجزائر.
- 24-لافي عمارين، سلام. (2013-2014). "توعية الحياة والضغط النفسية لدى مرضى القولون العصبي"، رسالة ماجستير. كلية التربية، جامعة اليرموك. الأردن.
- 25-مزارقة، وليدة. (2009). "مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان". رسالة ماجستير. فرع علم النفس الصحة. جامعة باتنة. الجزائر.
- 26-مسعودي، أحمد. (جوان 2017)، "جودة الحياة النفسية". مجلة الروافد: العدد الأول. ص ص 127-148.
- 27-مشري، سلاف. (سبتمبر 2014). "جودة الحياة من منظور علم النفس الإيجابي (دراسة تحليلية)". مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية: العدد 08، ص ص 215-237.
- 28-منور، أسماء. (أكتوبر 2018)، "6ملايين جزائري يعانون من مشاكل في الإنجاب"، على الرابط ennaharonline.com
- 29- ناصر، عبد الله مطلق. (أفريل 2022). "جودة الحياة وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية". مجلة كلية الآداب بقنا: العدد 55، ص ص 905 - 936.

المراجع باللغة الأجنبية

- 30- Bayer, Steven R. Alper, Michael M. Penzia, Alan. (2012). the Boston IVF handbook of infertility a practical guide for practitioners who care for infertile couples. third edition, London, informa healthcare.
- 31- Bell, R, G . Beauséjour ,p . Haddad, J .(automne 1993). échantillon d'instrument de mesure de qualité de vie et de théorie pour évaluer des services de psychiatrie, santé mentale au Québec, volume 18 (2), pp 87- 108.
- 32-Carver, C. S. Scheier, M,F. (2003), optimism in S.J Topez and C.R Snyder (eds), handbook of models and measures, Washington, DC American psychological association, p 75- 89.
- 33- Chabrol, H . Stacey, C. (2004). Mécanismes de défense et coping, Dunod, Paris.
- 34- Christina L. Wichman, Shawna L. Ehlers, Scott E. Wichman, Amy L. Weaver, Charles coddington (February 2011), comparison of multiples psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization, psychological factor: volume 95, issue 2, p717-721, <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.09.04>

- 35- Dearman, C.N. David, D.C. (1991 June). coping strategies gynecological and neonatal nursing, 20(3), p 221-228.
- 36-De Perrot, E. Weyeneth, M. (2004), psychiatrie et psychothérapie une approche psychanalytique, de Boeck, Bruxelles.
- 37- Diane. Comean (novembre 2002), la prévention de l'infertilité masculine, le médecin du Québec : vol 30, n° 11, p 75-81.
- 38- Ferrans, C, E. Marjorie, J, p. (n.d). Indice de qualité de vie: développement et propriétés psychométriques –dans la recherche en soins infirmiers, N° 88, pp 32-37.
- 39- Fraisse, P. Segui, G. (1992). L'année psychologique. presses universitaires de France. France
- 40- Goode, D . Leblanc, R . Magerotte, GH. (2000), Qualité de vie pour les personnes présentant un handicap , perspectives internationales. de Boeck. paris, Bruxelles.
- 41-Hertzog, Irène-Lucile (2011), femmes actives et assistance médicale à la procréation, la réalisation de soi doublement fragilisée, ères : 2(192), p 123-135.
- 42- Jaoul. M, (Juin 2011), vécu psychologique des couples ayant recours à l'AMP , n° 75, adsp.
- 43- Jeffrey, E. (1988). the determinants and consequences of coping with stress. chapter 8, causes, coping and consequence of stress at work. edition by C. L Cooper and R.L Payne (eds).
- 44- Jeffrey, N. Rathus, S. Beverly, G. (2009). psychopathologie, 7° edition, Pearson education france. France.
- 45- Lalonde. Marie-claude (31 aout 2016), Récits de québécoises sur leur utilisation des nouvelles technologies de reproduction afin de combler leur désir de parentalité, mémoire présentée en vue de l'obtention du grade de maîtrise en anthropologie, département d'anthropologie, faculté des arts et des sciences, université de Montréal.
- 46- Lazarus, S.R. Folkman,S. (1984). Stress, appraisal and coping Springer, publishing company. new York.
- 47- le guide de l'assistance médicale à la procréation. (février 2016), agence de la biomédecine, agence relevant du ministère de la santé, France.

- 48- Lehman, A.F. (1988). a quality of life interview for the chronically mentally ill. evaluation and program planning. vol 11, p51- 62.
- 49- Lio,P. (2001). The effect of community attachment and quality of life on migration intention, comparison of Pennsylvania and Taiwan ceserural communities, the Pennsylvania state university.
- 50- Mandelbaum. Jacqueline (juin 2012), l'assistance médicale à la procréation, un des traitements de l'infertilité, adsp : n° 75, p 14-19.
- 50- Menaghan, E. G. (1983). Individual, coping, moderators of the relationship between life stress and mental health on comes, psychological stress.
- 51- Moos, R. mosley, H. Perrin, G. (1988). Coping responses inventory, palo alto, California ,Manuel Stanford university and veterans administration medical centerneral.
- 52- Mercier, M. Schraub, S. (novembre 2005). Qualité de vie :quel outils de mesure? , Deauville, 27 journées de la SFPM, pp 418- 423.
- 53- Pandya. Manish.R , Chelur.N Vijaykumar (2015), the techniques of IVF made easy, Jaypee Brothers medical publishers, India.
- 54- Peyronel, Justine. (19 avril 2021). prise en charge de l'infertilité à l'officine, en vue d'obtenir le diplôme d'état de docteur en pharmacie, pharmacie, faculté de pharmacie, département bio-ingénierie pharmaceutique, Marseille, Paris.
- 55-Régine, Seide. (décembre 2020). Quelle place pour l'infertilité dans les interventions en santé sexuelle et reproductive en Haïti ?, mémoire déposée à l'école de service social en vue de l'obtention de la maitrise en service social, université d'Ottawa, Canada.
- 56- Sarason. I. G. Levine, h,M. Basham, R,B. and Sarason, R,B. (1983), Assessing social support: the social support Questionnaire, journal of personality and social psychology ,vol 44(1). P 127-139.
- 57-Scheier, M. F, Carver, C.S and Bridges, M, W (1994), Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-esteem): reevaluation of the life orientation test, journal of personality and social psychology: vol 67, n6, p 1063-1078.
- 58- Sordes-Ader, F. Esparbes, S (1994), contrôle de soi et stratégies de développement le coping en question, psychologie et éducation, n16, p 81-96.
- 59-Stonton, A. L, Tennen, H. Affleck, G and Mendola. R.(1992), coping and adjustment to infertility, journal of social and clinical psychology: 11 (1), p 1-13.
- 60- Tara, M cousineau, Alice, D Domar. (April 2007), Psychological impact of infertility, Best practice and research clinical obstetrics and gynecology, volume 21, issue 2, page 293-308, <https://doi.org/10.1016/j.bplogyn.2006.12.003>

61- Wright,G. 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, p 89-106.

62- Young. Jaques (février 2016), infertilité masculine, mécanismes, causes et exploration, atelier infertilité masculine : volume 80, p 29-36.

العلماء

مقياس جودة الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية

World Health Organization Quality Of Life
(WHO QOL – BREF)

إعداد: منظمة الصحة العالمية

تعريب: د بشرى إسماعيل أحمد (2008)

الجنس: ذكر أنثى العمر (.....) سنة

التعليمات

يهدف هذا المقياس إلى التعرف إلى اتجاهك نحو الحياة ورأيك نحو الحياة في بعض جوانبها لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة على الأسئلة، فالمطلوب منك هو أن تجيب بما يتناسب مع رأيك الشخصي عن البنود التالية وأمام كل منها خمسة اختيارات وعليك تحديد اختيار واحد يناسبك بوضع علامة (√) عند هذا الاختيار، ولاحظ جيدا ألا تختار سوى إجابة واحدة فقط لكل بند، ولا تترك أي بند دون الإجابة عنه، واعلم أن إجابتك ستحاط بالسرية، ولا يطلع عليها أي أحد سوى الباحثة ولأغراض البحث العلمي.

التعريف الإجرائي لجودة الحياة

تعرف جودة الحياة على أنها "إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها، ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع: أهدافه، قيمه، توقعاته، واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، حالته النفسية، مستوى استقلالته، علاقاته الاجتماعية، معتقداته الشخصية، علاقته بالبيئة بصفة عامة، وبالتالي فإن جودة الحياة بهذا المعنى تشير إلى تقييمات الفرد الذاتية

لظروف حياته. (WHOQOL Group (1995)

وهو الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس جودة الحياة والذي تم إعداده من قبل منظمة الصحة العالمية والذي يتكون من الأبعاد التالية (جودة الحياة النفسية، جودة الحياة البيئية، جودة الحياة الجسمية، جودة الحياة الاجتماعية).

م	العبارة
1.	ما هو تقديرك لنوعية الحياة؟ (أ) سيئة جدا (ب) سيئة إلى حد ما (ج) جيدة إلى حد ما (د) لا سيئة ولا جيدة (هـ) جيدة جدا
2.	ما هو مدى رضاك عن حالتك الصحية؟ (أ) راض جدا (ب) راض نوعا ما (ج) غير راض نوعا ما (د) لا راض ولا غير راض (هـ) غير راض أبدا
3.	من رأيك إلى أي مدى يمكن أن يؤدي مرضك إلى عجزك عن القيام بالعمل؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
4.	حتى تستمر حياتك، ما مقدار الرعاية التي تحتاج إليها؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
5.	ما مدى استمتاعك بالحياة؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
6.	ما مدى شعورك بوجود معنى لحياتك؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
7.	إلى أي مدى يمكنك تركيز عقلك ببساطة؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
8.	ما مدى شعورك بالأمن في الحياة (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
9.	ما مدى الاهتمام الصحي في بيئتك الطبيعية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
10.	هل لديك الكفاية و الفاعلية الكافية للقيام بواجبات الحياة اليومية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
11.	هل أنت متقبل لبنائك الجسدي؟ (أ) سيء جداً (ب) سيء نوعا ما (ج) جيد نوعا ما (د) لاسيء ولا جيد (هـ) جيد جدا
12.	هل أنت كفاء لإشباع احتياجاتك؟

(أ) سيء جداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) جيد نوعاً ما (د) لاسيء و لا جيد (هـ) جيد جداً	
13. ما مدى توافر المعلومات اللازمة و التي تحتاج إليها في حياتك اليومية؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة	
14. إلى أي مدى تتوافر لديك الفرصة للراحة و الاسترخاء؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة	
15. كم أنت قادر على التنقل هنا و هناك؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة	
16. إلى أي مدى أنت راضي عن نومك؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً	
17. ما مدى رضاك عن أدائك لواجباتك اليومية؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً	
18. ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً	
19. ما مدى رضاك عن نفسك؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً	
20. ما مدى رضاك عن علاقاتك الشخصية؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً	
21. ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً	
22. كم أنت راضياً عن المساندة الاجتماعية التي يقدمها لك أصدقائك؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً	
23. ما مدى رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً	
24. ما مدى رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً	
25. ما مدى رضاك عن مزاجك ورحلاتك؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً	
26. كم مرة شعرت فيها بالحزن، الاكتئاب، و القلق؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة	

مقياس إستراتيجيات المواجهة لبولهان وآخرون

صف موقفا مؤثرا عشته في الأشهر الأخيرة، موقف قد مسك بالأخص أو أزعجك وحدد شدة الانزعاج والتوتر الذي سببه لك هذا الموقف منخفض، متوسط، مرتفع.

أشر بالعلامة (X) إلى الإستراتيجيات الموالية إن كنت قد استعملتها في مواجهة الموقف

الرقم	العبارة	لا	إلى حد ما لا	إلى حد ما نعم	نعم
1	وضعت خطة عمل واتبعتها				
2	تمنيت لو كنت أكثر تفاؤلا				
3	تحدثت مع شخص ما على ما شعرت به				
4	قاومت للحصول على ما أريد				
5	تغيرت بشكل إيجابي				
6	عالجت الأمور الواحدة تلو الأخرى				
7	تمنيت لو كان باستطاعتك تغيير ما حدث				
8	شعرت بألم لعدم قدرتك على تجنب المشكل				
9	ركزت على الجانب الإيجابي المتوقع ظهوره لاحقا				
10	تحدثت مع شخص ما للتعرف على المزيد بخصوص المشكل				
11	تمنيت لو تحدث معجزة				
12	خرجت من الوضعية الضاغطة بأكثر قوة				
13	غيرت الأمور لتنتهي إلى الأفضل				
14	أنبت نفسك أشعرتها بالذنب				
15	احتفظت بمشاعرك لنفسك				
16	تفاوضت للحصول على شيء إيجابي من المشكل				
17	حلمت أو تخيلت وقتا أو مكانا أحسن من الذي كنت تعيش فيه				
18	حاولت ألا تتسرع في أفعالك أو إتباع أول				

				فكرة تخطر على بالك	
				رفضت التصديق بأن ذلك قد وقع فعلا	19
				أدركت أنك المتسبب في المشكل	20
				حاولت ألا تتعزل	21
				فكرت في أشياء غير حقيقية أو خيالية للشعور بأفضل حال	22
				تقبلت تعاطف أو تفهم شخص ما	23
				وجدت حلا أو حلين للمشكل	24
				حاولت نسيان كل شيء	25
				تمنيت لو كان بإمكانك تغيير اتجاهاتك وموقفك	26
				عرفت ما يجب فعله وضاعفت جهدك وقمت بكل ما في وسعك للوصول إلى الحل	27
				غيرت شيئا ما في نفسك لتحمل الوضعية بشيء أحسن	28
				انتقدت نفسك أو صححتها	29

بروتوكول المقابلة العيادية

البطاقة الإكلينيكية:

الاسم:

السن:

المستوى التعليمي:

المهنة:

مدة الزواج:

مدة التأخر في الإنجاب:

سبب التأخر:

الطبيب المعالج:

السوابق العائلية: (هل هناك من تأخرت في الإنجاب من العائلة وأثرت بذلك على نفسية الحالة، مع تحديد نوع التأثير.)

المحور الأول: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكل

السؤال الرئيسي: كيف تمت معاشتك لفترة تأخر حدوث الحمل؟

- ماهي الأفكار التي راودتك عند مواجهة هذه الوضعية؟

- هل حددت دورك في الموقف وحاولت حله؟

- هل تلقيت دعماً أو مساندة من محيطك؟

- ماهي الحلول التي لجئت إليها خلال هذه الفترة؟

- ماهي أنواع العلاجات التي أخذتها من أجل الإنجاب؟

المحور الثاني: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال

السؤال الرئيسي: ما هو مفهومك للأومومة؟

- ماهي المشاعر التي اجتاحتك طيلة هاته المدة؟
- في ظل هذه الوضعية، وحتى تصبح حياتك أفضل إلى ما تلجئين لتشعري بحال أحسن؟
- هل تشعرين بأنك أصبحت متقلبة المزاج جراء هذه الوضعية؟
- هل شعرت بأنك تحتاجين إلى شخص تتحدثين معه للشعور بالارتياح؟

المحور الثالث: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على التجنب

السؤال الرئيسي: هل تستطيعين تجنب كل ما يتعلق بالحمل والإنجاب من أحاديث، أماكن، أشخاص، مناسبات اجتماعية... الخ؟

- هل حاولتِ التقليل من أهمية الموقف (وضع الموقف في حجمه الطبيعي) من أجل تخفيف التوتر؟
- هل لهذه الوضعية تأثير على العلاقة الجنسية، كمحاولة تجنبها؟
- هل لهذه الوضعية تأثير على نوعية حياتك وما نوع هذا التأثير؟

بروتوكول المقابلة العيادية للحالة الأولى

المحور الأول: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكل

السؤال الرئيسي: كيف تمت معاشتك لفترة تأخر حدوث الحمل؟

مدة تاع 9 سنين بلا دراري صعيبه بزاف وليت ديما قلقانة، moral طايح وليت متشائمة ديما نقول مراحش يكونوا عندنا أولاد، كي نشوف الناس ولادهم معاهم نحس Le manque هناك، كي نروح من الخدمة للدار راجلي يدخل فالليل عادا بحكم هو ثاني خدام نقعد وحدي، نحس وحد le vide قاتل هو الوقت قصير بصح أنا نحسو طويل بزاف، السكات فالدار نقلق نولي نبكي، حتى باش نروح نخدم نفورسي على روحي بسيف وليت ديما Déprimée باينة في وجهي ديمة فشلانة.

- ماهي الأفكار التي راودتك عند مواجهة هذه الوضعية؟

بعد فترة من الزواج قريب عام كي مهزيتش بالحمل وليت نروح عند Les Médecins فالأول قلت بلاك مازال برك منبعد قالي الطبيب بلي مخزون البويضات عندي ضعيف هذا هو المشكل لعندك بغض النظر على la qualité تاع البويضة، مقنعتش بكلامو وليت من طبيب لطبيب والكل قالولي نفس الهدرة، واحد فيهم اقترح عليا التلقيح الاصطناعي باش يسرع العملية كنت في عمري 30 سنة بعد عامين من زواجي، بصح رفضت قلت كيفاه أنا مازلت صغيرة ماش تاع الحل هذا وليت ndéplacée رحلت لطبيب في عنابة وقسنطينة و Alger، كي نسمع بطبيب مليح نروح عندو Directement نحكي مع حالات مماثلة كائنة وحدة هي مسكينة Pire عليا ولات صاحبتني دركا، و ncherche sur internet في مواقع طبية على الموضوع هذا.

- هل حددت دورك في الموقف وحاولت حله؟

المشكل عندي مخزون البويضات عندي ناقص لأنو le cycle تاعي 26 jours برك، أما بالنسبة لراجلي هو كلش عندو طبيعي، والله غالب هذي حاجة بيد ربي سبحانو ماش بيدي أنا حاولت ندير كلش مخليت والو أي حاجة نسمع بيها نديرها. وراجلي ولا يقلق على الدراري حاب يجيب ولاد حتى أنو طلب مني يتزوج امرأة خلاف باش يجيب منها الدراري على شرط نقعد معاه la première femme بصح أنا

محببتش قتلو مكانش منها طلقني وروح اتزوج، رفض كي مرض بالسكر وَلَا Diabétique بطل عاد ديما مريض.

- هل تلقيت دعما أو مساندة من محيطك؟

مم، دارنا وخوتي، صاحبتني تاني ديما تتصحنني توجهني عند des médecins ثقلي علاه مديرش هاذي الحاجة، خوتي مسانديني عادوا يقلقوا عليا ويختموا فيا، راجلي من قبل كان ميهدرش يقولي مكتوب ربي ومازال الوقت قدامنا... بصح عام يجز عام وحننا كبرنا ولا يحوس على الدراري، يقلق.

- ماهي الحلول التي لجئت إليها خلال هذه الفترة؟

جربت الحلول الكل، دواء شربت، les radios درت، جراحة بالمنظار ودرت كان عندي kyste تاني ونحيتو، نحوس على معلومات في internet هذي بكري بصح دركا موليتش نحب نفهم، ياست خليتها على ربي (تنهد).

- ماهي أنواع العلاجات التي أخذتها من أجل الإنجاب؟

درت مرة تلقيح مجهري مصلحش البويضات محبوش يكبروا، ودرت تلقيح اصطناعي كي كبروا البويضات مكملش الانقسام تع الخلايا، حبس، رحت عند نساء كبار يمسدو ودرت المسيدة، فورت بالأعشاب، شربت أدوية تع التنشيط البويضات، درت injection تع التفجير... كلش مكان والو.

المحور الثاني: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال

السؤال الرئيسي: ماهو مفهومك للأوممة؟

الأوممة أجمل حاجة تصرا لمرأ، أي وحدة تتمناها مادابيا يرزقني ربي لابغة طفل ولا طفلة كي نكبرو نلقاوه ولا نلقاوها، يهزونا، الدراري سند كون نموت يبقاو سند لباباهم وكون يموت هو نلقاهم سند ليا ذرية صالحة وفصالة تامة يا ربي.

- ماهي المشاعر التي اجتاحتك طيلة هاته المدة؟

نقلق بزاف ديما ديما عدت هكا مكانش حاجة طلعي المورال، حزينة، déprimée، angoissée، ما قدراش حتى دارتلي la thyroïde درت les analyses لقيت TSH طالع وزيد le colon. نحسبك

قداه من مرة قلققت، أنا أصلا باينة عليا مكانش حاجة تفرح وليت نشبه العام بالعام، الناس تشبه ليامات وأنا tellement عايشة فالروتين وليت نقول العام هذا كيما العام لي فات، نولي نبكي surtout كي تقرب les règles ونولي نشوف في الأعراض نقول cbn مكانش حمل ndésispiré ، إحباط كبير .

- في ظل هذه الوضعية، وحتى تصبح حياتك أفضل إلى ما تلجئين لتشعري بحال أحسن؟

نحكي مع صاحبتني نفضفض شويا أصلا معنديش وقت خلاص من 8h حتى 5h في الخدمة ونسكن في بوزعرورة أو تعرف le transport مكاه ندخل 6h لعشية نولي وراء الخدمة تع الدار ندز في روجي بسيف باش نخدمها nforcée في روجي، وزيد مكانش وقت باش نخرج ونحوس وراجلي ديما يخدم حتى week-end معدوش وقت خلاص، حتى القرآن معدتش نقرا والصلاة ماش في وقتها كنت نقرا بزاف ونصلي الصبح في الوقت نحس روجي مرتاحة، قريبة من ربي بصبح دركا نحس روجي بعدت.

- هل تشعرين بأنك أصبحت متقلبة المزاج جراء هذه الوضعية؟

ممم، بزاف وليت nerveuse نقلق على كلش وليت متشائمة، كلش يقلقني لايغة أنا ماشية في الطريق نلقى لخماج ولا طريق مكسرة نقلق، وليت نعيط بزاف كون راجلي يعيط في الدار ويقابضني أنا تاني نولي نعيط نفس الهدرة نرجع الهدرة أنا تاني نقلق.

- هل شعرت بأنك تحتاجين إلى شخص تتحدثين معه للشعور بالارتياح؟

نحكي مع خوتي ولا صاحبتني وماش كلش نحكيه، حوايج نحكيهم وحوايج ماها، كيما ليامات هاذو رايحة ندير تلقيح في تونس إن شاء الله ماحبيبت نحكي مع حتى واحد خلاص في الموضوع هذا، واحد ماعلابالو غير أنا وراجلي قتلته منهدروا حتى لواحد، هذه حاجة تباخلي تخصصنا حنا وماعلاباليش رايحة تصلح ولا ماها.

المحور الثالث: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على التجنب

السؤال الرئيسي: هل تستطيعين تجنب كل ما يتعلق بالحمل والإنجاب من أحاديث، أماكن، أشخاص، مناسبات اجتماعية... إلخ؟

وليت منحش نحكي فالموضوع هذا، حتى لعباد نحكي منكترش معاهم الهدرة، كرهت كلمة مسكينة، وليت منمشيش للمناسبات ولأكون نروح تبان عليا هكا، نقول علاه أنا مرزقنيش ربي والله مانحسد لعباد بصح نتمنى كون أنا تاني عندي كيفهم.

- هل حاولت التقليل من أهمية الموقف (وضع الموقف في حجمه الطبيعي) من أجل تخفيف التوتر؟

أنا في طبيعتي نضخم الأمور يعني بشهادة الأساتذة تاعي بحكم كنت scientifique كون نلقى تمرين حطوه ساهل تبانلي مكانش منها بلاك فيه piège نولي نعقدو الحل ساهل يعني هيك الأمور نعقدوها بزاف ونولي نقلق، نخم بزاف، نحسب بزاف وفي الموضوع هذا تع الدراري دركا عندي فرصة التلقيح هذه وأنا مقلقة نخم ونودور فيها في راسي بلاك متصلحش ..قلقانة grave.

- هل لهذه الوضعية تأثير على العلاقة الجنسية، كمحاولة تجنبها؟

Non، نشوف فيها في كل مرة نقول بلاك تكون كاينة une chance للحمل المرة هذه نقعد نجرب واحد ماعلا بالو بلاك ربي يرزقني.

- هل لهذه الوضعية تأثير على نوعية حياتك وما نوع هذا التأثير؟

أكيد الوضعية هذه لأثرت بزاف وبشكل سلبي جدا ولات حياتي سيئة ما فيها والو مليح من غير القلق والمرض والتعب والمشاكل، وليت نحسب نحلم وأنا فاطنة نتخيل كون جا عندي bébé يونسني يدير الحس في الدار نربي ونعس... كيما الناس.

مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة الأولى

م	العبارة
1.	ما هو تقديرك لنوعية الحياة؟ (أ) سيئة جدا (ب) سيئة إلى حد ما (ج) جيدة إلى حد ما (د) لا سيئة ولا جيدة √ (ه) جيدة جدا
2.	ما هو مدى رضاك عن حالتك الصحية؟ (أ) راض جدا (ب) راض نوعا ما √ (ج) غير راض نوعا ما (د) لا راض ولا غير راض (ه) غير راض أبدا
3.	من رأيك إلى أي مدى يمكن أن يؤدي مرضك إلى عجزك عن القيام بالعمل؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (ه) بدرجة بالغة
4.	حتى تستمر حياتك، ما مقدار الرعاية التي تحتاج إليها؟

(أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (ه) بدرجة بالغة	
5. ما مدى استمتاعك بالحياة؟	(أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة √ (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
6. ما مدى شعورك بوجود معنى لحياتك؟	(أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة √ (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
7. إلى أي مدى يمكنك تركيز عقلك ببساطة؟	(أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (ه) بدرجة بالغة
8. ما مدى شعورك بالأمن في الحياة	(أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة √ (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
9. ما مدى الاهتمام الصحي في بيئتك الطبيعية؟	(أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة √ (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
10. هل لديك الكفاية و الفاعلية الكافية للقيام بواجبات الحياة اليومية؟	(أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة √ (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
11. هل أنت متقبل لبنائك الجسدي؟	(أ) سيء جداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) جيد نوعاً ما (د) لا سيء و لا جيد √ (ه) جيد جداً
12. هل أنت كفاء لإشباع احتياجاتك؟	(أ) سيء جداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) جيد نوعاً ما (د) لا سيء و لا جيد √ (ه) جيد جداً
13. ما مدى توافر المعلومات اللازمة والتي تحتاج إليها في حياتك اليومية؟	(أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة √ (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
14. إلى أي مدى تتوفر لديك الفرصة للراحة والاسترخاء؟	(أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة √ (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
15. كم أنت قادر على التنقل هنا وهناك؟	(أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة √ (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
16. إلى أي مدى أنت راضي عن نومك؟	(أ) غير راض أبدا √ (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (ه) راضي جداً
17. ما مدى رضاك عن أدائك لواجباتك اليومية؟	(أ) غير راض أبدا √ (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (ه) راضي جداً
18. ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل؟	(أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي √ (د) جيد نوعاً ما (ه) راضي جداً

19.	ما مدى رضاك عن نفسك؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي√ (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا
20.	ما مدى رضاك عن علاقاتك الشخصية؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما√ (هـ) راضي جدا
21.	ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما√ (هـ) راضي جدا
22.	كم أنت راضيا عن المساعدة الاجتماعية التي يقدمها لك أصدقاؤك؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما√ (هـ) راضي جدا
23.	ما مدى رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي√ (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا
24.	ما مدى رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما√ (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا
25.	ما مدى رضاك عن مزاجك ورحلاتك؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما√ (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا
26.	كم مرة شعرت فيها بالحزن، الاكتئاب، والقلق؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا√ (هـ) بدرجة بالغة

مقياس إستراتيجيات المواجهة المطبقة على الحالة الأولى

الرقم	العبارة	لا	إلى حد ما لا	إلى حد ما نعم	نعم
1	وضعت خطة عمل واتبعتها				X
2	تمنيت لو كنت أكثر تفاؤلا				X
3	تحدثت مع شخص ما على ما شعرت به				X
4	قاومت للحصول على ما أريد				X
5	تغيرت بشكل إيجابي			X	
6	عالجت الأمور الواحدة تلو الأخرى			X	
7	تمنيت لو كان باستطاعتك تغيير ما حدث				X
8	شعرت بألم لعدم قدرتك على تجنب المشكل				X
9	ركزت على الجانب الإيجابي المتوقع ظهوره لاحقا	X			

X				تحدثت مع شخص ما للتعرف على المزيد بخصوص المشكل	10
X				تمنيت لو تحدثت معجزة	11
X				خرجت من الوضعية الضاغطة بأكثر قوة	12
X				غيرت الأمور لتنتهي إلى الأفضل	13
X				أنبتت نفسك و أشعرتتها بالذنب	14
			X	احتفظت بمشاعرك لنفسك	15
X				تفاوضت للحصول على شيء إيجابي من المشكل	16
X				حلمت أو تخيلت وقتاً أو مكاناً أحسن من الذي كنت تعيش فيه	17
X				حاولت ألا تتسرع في أفعالك أو إتباع أول فكرة تخطر على بالك	18
X				رفضت التصديق بأن ذلك قد وقع فعلاً	19
			X	أدركت أنك المتسبب في المشكل	20
	X			حاولت ألا تتعزل	21
X				فكرت في أشياء غير حقيقية أو خيالية للشعور بأفضل حال	22
		X		تقبلت تعاطف أو تفهم شخص ما	23
X				وجدت حلاً أو حلين للمشكل	24
	X			حاولت نسيان كل شيء	25
X				تمنيت لو كان بإمكانك تغيير اتجاهاتك وموقفك	26
X				عرفت ما يجب فعله و ضاعفت جهديك و قمت بكل ما في وسعك للوصول إلى الحل	27
			X	غيرت شيئاً ما في نفسك لتحمل الوضعية بشيء أحسن	28
X				انتقدت نفسك أو صححتها	29

برتوكول المقابلة العيادية للحالة الثانية

المحور الأول: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكل

السؤال الرئيسي: كيف تمت معاشتك لفترة تأخر حدوث الحمل؟

والله مخليتها على ربي ساعة هكا وساعة هكا، ساعة نخم فيه بزاف وساعة نطيش عليا ومنبعد نزيد نُولي ليه بعد، ساعة نقول والفت هكا حياة مملة، الصياش نخدم ونروح للدار أنا في شمبرة مع التليفون نطلع ونهبط ولا نوض نخدم أي حاجة نعقب بيها الوقت وراجلي في شمبرة خلاف مع تليفون، هكا هذه هي. جربت رحت عند الطبة كل درت دواء عرب... بعد عامين زواج هزيت بالحمل وبعد شهرين ونصف طيشت، بعدها درت la FIV ومصلحتش، وقبل 3 سنين من دركا زدت ناب عليا ربي وكيف كيف طاحلي كي يوصل شهرين ونصف يطيلني ومنحس بوالوا حتى أعراض الحمل مكاه.

- ماهي الأفكار التي راودتك عند مواجهة هذه الوضعية؟

قلت لازم نروح عند طبيب ونشوف واش كاين، علاه حتى مهزيتش حتى راجلي راح وقالونا ماكاين والو مكانش مشكل مدولنا vitamines و des comprimés شربناه درت كلش جربت كلش واش يقولولي كامل، نحكي مع لبنات في الخدمة يقولولي على طبيب ولا عشبة نديرها نهار كامل وأنا نشكي ونبكي الدوع تاعي ليه ليه يطيو.

- هل حددت دورك في الموقف وحاولت حله؟

معنديش دور الله غالب هذه حاجة تع ربي سبحانو ماش أنا لخلقت روجي هو خلقتني هكا مخزون البويضات تاعي ضعيف الله غالب ما عندي واش ندير يما جابتي هكا أنا درت لي عليا ودركا سمعت بطبيب في سطيف وسمعت بلي عالج وحدة أضعف مني وجابت لولاد أنا حابة نروح بصح راجلي محابش قالي حتى nprogramé روجي وهو كلش في عقلو capable على شهر عدا يقولني نروحو وهذه حاجة لمطيحتلي المورال (بكاء).

- هل تلقيت دعما أو مساندة من محيطك؟

هاه، دارنا وراجلي وصحاباتي في الخدمة يما وخوتي ديما معايا ساعات حتى نقلق يما تعيط تحكي غير على الموضوع هذا حتى نولي نقولها ولد الناس ما هَدْرُش وما قلقانش نتوما علاه قَلْقَانِين، راجلي ما يهدر ما يقول والو الطبيب بالسيف يروح ليه في عقلو خلاص. وصحاباتي كي يسمعو بطبيب ولاَ عشبة ولاَ أي حاجة تقدر تفيدني يهدرولي عليها يحاولوا يخففوا عليا.

- ماهي الحلول التي لجئت إليها خلال هذه الفترة؟

رحت عند les médecins شفت الوضع، نقرا في الأنترنت وخلاص.

- ماهي أنواع العلاجات التي أخذتها من أجل الإنجاب؟

رحت عند الطبة بزاف، شربت دواوات من كل نوع، شربت أعشاب كيما ميرمية والبردقوش وحتى لدركا أنا نشرب فيهم، درنا تلقيح FIV بصح مصلحش غلاً خاطر الحيوانات المنوية المشوهة أكثر من المليحة منبعد قاتلي الطيببة متزيدش ديرو لأن نسبة النجاح 1% يعني نخسر في دراهمي برك وقاتلي مكانش حل من غير الحمل بطريقة طبيعية. خليتها على ربي (بكاء).

المحور الثاني: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال

السؤال الرئيسي: ماهو مفهومك للأوممة؟

مجربتهاش (صمت)، منعرف حتى نجربها، يعني كي كنت صغيرة مكننش نلعب ب les poupées نلعب بَرا مع دراري ballon. حتى نجيب صغير نجربها لكان عطاني ربي أنا نشوف فيهم لي عندهم أم حاصلين فيهم، المشاكل ممهينش مالا ساعات نقول أنا خير.

- ماهي المشاعر التي اجتاحتك طيلة هاته المدة؟

نقلق بزاف، ديما نشخنن ونبكي روح للخدمة وسقسي يقولوك نهار كامل وهي تشكي وتبكي، نحس بالوحدة غير أنا وراجلي برك في الدار هو في شميرة وأنا في شميرة يعني حتى الهدرة منحكيوش غير لكان على حوايج تاع طبيب ولا دواء... هكا.

- في ظل هذه الوضعية، وحتى تصبح حياتك أفضل إلام تلجئين لتشعري بحال أحسن؟

نروح لدارنا نحي شويا على بالي شوية ndéplacé معاهم رُحنا Alger، بجاية نحوسو، راجلي نقولو هيا نخرجو يقولي خلي برك نقعدو في الدار . ولكان كنت في الدار نوض نخدم نحوس على أي خدمة نخدمها نعقب الوقت باش ننسى شوية ولا نعيط ليما وأختي نحكيو .

- هل تشعرين بأنك أصبحت متقلبة المزاج جراء هذه الوضعية؟

هاه وليت ليه ليه نولي نغلي، في الخدمة ليه ليه نشعل يُولِيُو يقولولي بالعقل برك وشبيك، بصح مع راجلي ماها نرجعها على البكاء غير نبكي أنا مكنتش هكا خلاص العكس.

- هل شعرت بأنك تحتاجين إلى شخص تتحدثين معه للشعور بالارتياح؟

ساعات وساعات نفضل نسكت خير على خاطر جربت نحكي ومنبعد والو، المشكل تاعي ميتحلش مالا نسكت خير (تنهيدة) غير في الخدمة كي نعودو نشغلو نجبدو الهدرة على الموضوع هذا.

المحور الثالث: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على التجنب

السؤال الرئيسي: هل تستطيعين تجنب كل ما يتعلق بالحمل والإنجاب من أحاديث، أماكن، أشخاص، مناسبات اجتماعية... إلخ؟

منقدرش نتجنب الموضوع هذا كي يسقسيني عندك ولا معندكش نقول معنديش وليت عادي نهدر، معنديش معنديش واش رايحة ندير، الصوايب لكان طلعتلي نروح ولا كان مطلعتيش ما نروحش بالنفحة، الخرجة كاملة بالنفحة عندي.

- هل حاولت التقليل من أهمية الموقف (وضع الموقف في حجمه الطبيعي) من أجل تخفيف التوتر؟

حاولت خليتها على ربي سبحانو لأن هذه حاجة بذات في يدو ما عندي مارايحة ندير، نشربوا الدواء، نروحوا لطبيب هزيت زوج مرات وطيشت الله غالب لكان كتبلي ربي نعيش بلا دراري ما عندي ما رايحة ندير.

- هل لهذه الوضعية تأثير على العلاقة الجنسية، كمحاولة تجنبها؟

لا، معندهاش تأثير، الوضع عادي بالعكس مادام مكانش حل للحمل والإخصاب غير الطريقة الطبيعية لازم نجرب حتى ينوب ربي، نستغلو فترة التبويض مادام البويضات ديجا قلال.

- هل لهذه الوضعية تأثير على نوعية حياتك وما نوع هذا التأثير؟

أكدت أثرت بزاف على حياتنا، الحياة صامطة ما فيهاش ونس، سكات مكانش تواصل حكايات وتمسخير... إلخ صمطة بالعربية يخى يقلك " المال والبنون زينة الحياة الدنيا " والحياة بلا دراري ماش حياة، في الأعياد ولأ مناسبة الدار ساكتة نقول كون جا عندنا صغير نكسيه نشريلو حوايج كيما الناس كل... هكا (تنهيدة).

مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة الثانية

م	العبارة
1.	ما هو تقديرك لنوعية الحياة؟ (أ) سيئة جدا (ب) سيئة إلى حد ما (ج) جيدة إلى حد ما (د) لا سيئة و لا جيدة ✓ (ه) جيدة جدا
2.	ما هو مدى رضاك عن حالتك الصحية؟ (أ) راض جدا (ب) راض نوعا ما (ج) غير راض نوعا ما (د) لا راض و لا غير راض ✓ (ه) غير راض أبدا
3.	من رأيك إلى أي مدى يمكن أن يؤدي مرضك إلى عجزك عن القيام بالعمل؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة ✓ (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
4.	حتى تستمر حياتك، ما مقدار الرعاية التي تحتاج إليها؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة ✓ (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
5.	ما مدى استمتاعك بالحياة؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة ✓ (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
6.	ما مدى شعورك بوجود معنى لحياتك؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا ✓ (ه) بدرجة بالغة
7.	إلى أي مدى يمكنك تركيز عقلك ببساطة؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة ✓ (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
8.	ما مدى شعورك بالأمن في الحياة (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة ✓ (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
9.	ما مدى الاهتمام الصحي في بيئتك الطبيعية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة ✓ (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
10.	هل لديك الكفاية و الفاعلية الكافية للقيام بواجبات الحياة اليومية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا ✓ (ه) بدرجة بالغة

11.	هل أنت متقبل لبنائك الجسدي؟ (أ) سيء جداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) جيد نوعاً ما (د) لا سيء و لا جيد √ (هـ) جيد جداً
12.	هل أنت كفاء لإشباع احتياجاتك؟ (أ) سيء جداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) جيد نوعاً ما (د) لا سيء و لا جيد √ (هـ) جيد جداً
13.	ما مدى توافر المعلومات اللازمة و التي تحتاج إليها في حياتك اليومية؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة √ (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة
14.	إلى أي مدى تتوافر لديك الفرصة للراحة و الاسترخاء؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة √ (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة
15.	كم أنت قادر على التنقل هنا و هناك؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً √ (هـ) بدرجة بالغة
16.	إلى أي مدى أنت راضي عن نومك؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما √ (هـ) راضي جداً
17.	ما مدى رضاك عن أدائك لواجباتك اليومية؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما √ (هـ) راضي جداً
18.	ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي √ (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً
19.	ما مدى رضاك عن نفسك؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي √ (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً
20.	ما مدى رضاك عن علاقاتك الشخصية؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي √ (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً
21.	ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي √ (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً
22.	كم أنت راضياً عن المساندة الاجتماعية التي يقدمها لك أصدقاؤك؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي √ (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً
23.	ما مدى رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي √ (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً
24.	ما مدى رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي √ (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً
25.	ما مدى رضاك عن مزاجك و رحلاتك؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي √ (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً
26.	كم مرة شعرت فيها بالحزن، الاكتئاب، و القلق؟

(أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (هـ) بدرجة بالغة

مقياس إستراتيجيات المواجهة المطبق على الحالة الثانية

الرقم	العبارة	لا	إلى حد ما لا	إلى حد ما نعم	نعم
1	وضعت خطة عمل و اتبعتها				X
2	تمنيت لو كنت أكثر تفاؤلا				X
3	تحدثت مع شخص ما على ما شعرت به				X
4	قاومت للحصول على ما أريد		X		
5	تغيرت بشكل إيجابي			X	
6	عالجت الأمور الواحدة تلو الأخرى			X	
7	تمنيت لو كان باستطاعتك تغيير ما حدث				X
8	شعرت بألم لعدم قدرتك على تجنب المشكل				X
9	ركزت على الجانب الإيجابي المتوقع ظهوره لاحقا				X
10	تحدثت مع شخص ما للتعرف على المزيد بخصوص المشكل	X			
11	تمنيت لو تحدثت معجزة				X
12	خرجت من الوضعية الضاغطة بأكثر قوة			X	
13	غيرت الأمور لتنتهي إلى الأفضل	X			
14	أنبتت نفسك و أشعرتها بالذنب	X			
15	احتفظت بمشاعرك لنفسك	X			
16	تفاوضت للحصول على شيء إيجابي من المشكل			X	
17	حلمت أو تخيلت وقتا أو مكانا أحسن من الذي كنت تعيش فيه	X			
18	حاولت أن لا تتسرع في أفعالك أو إتباع أول فكرة تخطر على بالك	X			
19	رفضت التصديق بأن ذلك قد وقع فعلا	X			

			X	أدركت أنك المتسبب في المشكل	20
X				حاولت ألا تتعزل	21
			X	فكرت في أشياء غير حقيقية أو خيالية للشعور بأفضل حال	22
X				تقبلت تعاطف أو تفهم شخص ما	23
X				وجدت حلاً أو حلين للمشكل	24
			X	حاولت نسيان كل شيء	25
			X	تمنيت لو كان بإمكانك تغيير اتجاهاتك وموقفك	26
X				عرفت ما يجب فعله و ضاعفت جهدي و قمت بكل ما في وسعي للوصول إلى الحل	27
X				غيرت شيئاً ما في نفسك لتحمل الوضعية بشيء أحسن	28
	X			انتقدت نفسك أو صحتها	29

بروتوكول المقابلة العيادية للحالة الثالثة

المحور الأول: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكل

السؤال الرئيسي: كيف تمت معاشتك لفترة تأخر حدوث الحمل؟

صعبة تعبتني بزاف بزاف قد منقولك منوصفلكش كيفاه، ساعات نندم لتزوجت، نقول كون غير متزوجتش وليت أنا كلش أنا نخم على كلش حتى الموضوع تاع الدراري نخم على الدواء، نحسب لفترة التبويض...كلش، وليت نقلق بزاف، متعذبة.

- ماهي الأفكار التي راودتك عند مواجهة هذه الوضعية؟

أنا في الأول كانت عندي infection ومنبعد داويت عليها والسبة كانت في راجلي هو لي كان عندو ميكروب وانتقل ليا، منبعد كي شربنا الدواء أنا وهو دركا صافا راحتلي، بصح الدواء لي شربو هو تاع الميكروب قضى على الحيوانات المنوية لي عندو، دركا الطيبة مهرة مدتلو des vitamines كي عاود

les analyses طلعو شوية يعني العدد تاعهم زاد بصح مازال ضعيف. زُدت اطلعت في l'internet على وحد المركز يداوي طب بديل بسم النحل والحجامة وتاني يمدولوا نظام غذائي باش يحسن جودة الحيوانات المنوية بصح يكلف وهو مخدامش وأنا نسلك زوج ملايين وكلش عليا مقدرتش كيفاه، نخم في كلش عييت.

- هل حددت دورك في الموقف وحاولت حله؟

دوري في الموقف هذا، أنا كلش مليح عندي بصح التأخر في الإنجاب يَعبينا في رُوج، وليت نخم كيفاه ندير أنا لنديه ونروحوا لطبيب، أنا لنجري على les analyses حتى كي قراتهم الطبية وقاتلي بلي الدواء تاع الميكروب قضى على الحيوانات المنوية خرجوا 0,001% تشوكيت ومحبيتش نقولو على خاطر راجلي حساس بزاف ويتشع ليه ليه خييت عليه وما حبيش نقولو باش مَحسش بالنقص قدامي، منبعد الطبية حتمت عليا باش نقولو وهدرتو منبعد مدتلو des vitamines دركا صافا بصح مازال ضعيف وزيد أنا لنشري الدواء لبوطة لوحدة 7900 دج غالي (بكاء).

- هل تلقيتي دعم أو مساندة من محيطك؟

مم، ماما، راجلي شويا والأكثر بنت عمي هي أقرب وحدة ليا تربينا دار وحدة هي صاحبتني نحكيو لبعض كلش هي لتخفف عليا كي نعود قلقانة نعيطلها نحكي، نبكي، نحكيها كلش نجيبو بزوح سوايع وحنا نحكيو. راجلي منحش نيبيلو باش مايتجرش على خاطر السبة هو بالعكس أنا لنصبرو ونقولو حاجة تاع ربي هو لعلابالو كيحب يمدلنا يمدلنا في الوقت ليحُب حنا نديرو لعلينا والباقي على ربي. بصح أنا حاسة الدار لساكنين فيها، فيها حاجة ماملحاش لاحظت حوايج بزاف.

- ماهي الحلول التي لجئت إليها خلال هذه الفترة؟

جريت الحلول الكل طبيب، نقرأ في التلفزيون درت كلش والبكاء كي منلقا واش ندير.

- ماهي أنواع العلاجات التي أخذتها من أجل الإنجاب؟

رحنا لُطبة بزاف بدينا مع حماني قالنا والو ما بيكم مدلنا دواء شربناه، زدنا رحنا عند بولقنافد كيف كيف شعبنا دواء حتى عاد يوجعني في l'estomac و colon منبعد رحنا عند طبيب اللعوش كيف كيف، منبعد أخت الطبيبة مهرة قاتلي علاه ماتروحش عندها تشوفك حكمتلي rendez-vous كي جينا مدتلي

les analyses كي رجعنا لقات عندي infection و راجلي microbe بدينا نداويو كيما قلتك من قبل،
à part ça درت دوا عرب عند وحد لمرأ تَمَسْدُ وماصلحتليش، نقرا في internet كايـن des cas كانوا
كيما هكا عروسة ولد خالي وعمتي من قبل نحكي معاهم على الموضوع هذا باش نعرف أمور هكا.

المحور الثاني: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال

السؤال الرئيسي: ماهو مفهومك للأمومة؟

نحبها بزاف، أنا وأختي من قبل ربينا ولد خالي أمو كانت تخدم جابتو بيبي نموت عليه، دركا كبر الله
يبارك 17 سنة عندو، الأمومة تاني مسؤولية مادية ومعنوية وجسمية (ضحك) يعني كنجيب طفل تملو
يديك ورجليك، معالبايش كيفاه نقلك الأمومة هي حاجة منك.

- ماهي المشاعر التي اجتاحتك طيلة هاته المدة؟

نقلق، نقلق بزاف الدنيا تظلام عليا نولي مطوفيا يولي راسي يوجع ويزيد يحكمني colon، نولي نستغفر
ندépressé ديـرلي dépression كيما صرات لبنت خالتي هي 5 سنين معندهاش، تاني قاتلي
الطبيبة مالزمش نقلق باش متتعقدش الحالة وهذه حاجة أقوى مني منقدرش منقلقش (تنهيدة).

- في ظل هذه الوضعية، وحتى تصبح حياتك أفضل إلام تلجئ لتشعري بحال أحسن؟

نـبكي، ندعي لربي يفرج عليا، قبل ما نرقد نصلي ركعتين نتوسل فيه لربي ونصلي صلاة الفجر نرتاح
شويا، في النهار نخرج ندور لدارنا قريبة ليا، ولأ منال نحكي معاها (ضحك) تحيلي على بالي،
نخدم في الدار.

- هل تشعرين بأنك أصبحت متقلبة المزاج جراء هذه الوضعية؟

أنا من قبل ماكنتش هكا كان بالي واسع mais دركا وليت عصبية بزاف نقلق على والو ساعات منحيش
نفسر على خاطر كون نفسر نقلق، نحس بضغط.

- هل شعرت بأنك تحتاجين إلى شخص تتحدثين معه للشعور بالارتياح؟

منحكيش مع أي واحد غير منال بنت عمي هي صاحبتني أصلا معنديش صحابات غير وحدة ومرة في الشهرين باش نحكيو، دارنا تاني منحكيش كلش وراجلي مَيْحُبْش يشوفني قلقانة هو بذات يقلق يولي يحس بلي هو السبة.

المحور الثالث: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على التجنب

السؤال الرئيسي: هل تستطيعين تجنب كل ما يتعلق بالحمل والإنجاب من أحاديث، أماكن، أشخاص، مناسبات اجتماعية... إلخ؟

والله كلمة "لعقوبة ليك" كرهتها ليلقاني يقولي لعقوبة ليك في الطريق، في الأعراس، في المناسبات تع النفاس... والله كرهت الهدرة هذه، هوما علابالي يتمناولي الخير ودعاوي بصح كرهتها، عندي قهوة نفاس تاع بنت خالي وعلابالي بلي نفس الهدرة.

- هل حاولتي التقليل من أهمية الموقف (وضع الموقف في حجمه الطبيعي) من أجل تخفيف التوتر؟

ديما نقول هذه حاجة تع ربي، الله غالب نديروا لعينا والباقي عليه، حتى مع راجلي نحاول نهدنو باش نخفف عليه والباقي في قلبي.

- هل لهذه الوضعية تأثير على العلاقة الجنسية، كمحاولة تجنبها؟

وليت نحسب غير لفترة التبويض وما تصلحليش كل شهر نتأمل ومنبعد ماكاين والو.

- هل لهذه الوضعية تأثير على نوعية حياتك وما نوع هذا التأثير؟

نعم، أثرت وبزاف تاني حياتي نشوفها سيئة جدا، عييت بلاك كيمدولي السكنة ويفرج ربي عليا نجيب دراري وساعات نقول كون يمدلي ربي صغير كيفاه يعيش الدار ماملجاش، وراجلي ماخامش، منعرف مخليتها على ربي.

مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة الثالثة

م	العبارة
1.	ما هو تقديرك لنوعية الحياة؟ (أ) سيئة جدا (ب) سيئة إلى حد ما ✓ (ج) جيدة إلى حد ما (د) لا سيئة ولا جيدة (ه) جيدة جدا

2.	ما هو مدى رضاك عن حالتك الصحية؟ (أ) راض جدا √ (ب) راض نوعا ما (ج) غير راض نوعا ما (د) لا راض و لا غير راض (هـ) غير راض أبدا
3.	من رأيك إلى أي مدى يمكن أن يؤدي مرضك إلى عجزك عن القيام بالعمل؟ (أ) ليس دائما √ (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
4.	حتى تستمر حياتك، ما مقدار الرعاية التي تحتاج إليها؟ (أ) ليس دائما √ (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
5.	ما مدى استمتاعك بالحياة؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة √ (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
6.	ما مدى شعورك بوجود معنى لحياتك؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة √ (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
7.	إلى أي مدى يمكنك تركيز عقلك ببساطة؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (هـ) بدرجة بالغة
8.	ما مدى شعورك بالأمن في الحياة (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (هـ) بدرجة بالغة
9.	ما مدى الاهتمام الصحي في بيئتك الطبيعية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة √ (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
10.	هل لديك الكفاية والفاعلية الكافية للقيام بواجبات الحياة اليومية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة √ (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
11.	هل أنت متقبل لبنائك الجسدي؟ (أ) سيء جداً (ب) سيء نوعا ما (ج) جيد نوعا ما √ (د) لا سيء و لا جيد (هـ) جيد جدا
12.	هل أنت كفاء لإشباع احتياجاتك؟ (أ) سيء جداً (ب) سيء نوعا ما (ج) جيد نوعا ما √ (د) لا سيء و لا جيد (هـ) جيد جدا
13.	ما مدى توافر المعلومات اللازمة والتي تحتاج إليها في حياتك اليومية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة √ (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
14.	إلى أي مدى تتوفر لديك الفرصة للراحة والاسترخاء؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (هـ) بدرجة بالغة
15.	كم أنت قادر على التنقل هنا وهناك؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (هـ) بدرجة بالغة
16.	إلى أي مدى أنت راضٍ عن نومك؟

(أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما √ (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا	
17. ما مدى رضاك عن أدائك لواجباتك اليومية؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما √ (هـ) راضي جدا	
18. ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما √ (هـ) راضي جدا	
19. ما مدى رضاك عن نفسك؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا√	
20. ما مدى رضاك عن علاقاتك الشخصية؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا√	
21. ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا√	
22. كم أنت راضيا عن المساندة الاجتماعية التي يقدمها لك أصدقائك؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا√	
23. ما مدى رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه؟ (أ) غير راض أبدا √ (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا	
24. ما مدى رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما √ (هـ) راضي جدا	
25. ما مدى رضاك عن مزاجك و رحلاتك؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي √ (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا	
26. كم مرة شعرت فيها بالحزن، الاكتئاب، و القلق؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (هـ) بدرجة بالغة	

مقياس إستراتيجيات المواجهة المطبق على الحالة الثالثة

الرقم	العبارة	لا	إلى حد ما لا	إلى حد ما نعم	نعم
1	وضعت خطة عمل واتبعتها				X
2	تمنيت لو كنت أكثر تفاؤلا			X	
3	تحدثت مع شخص ما على ما شعرت به				X
4	قاومت للحصول على ما أريد				X
5	تغيرت بشكل إيجابي	X			

X				عالجت الأمور الواحدة تلو الأخرى	6
X				تمنيت لو كان باستطاعتك تغيير ما حدث	7
X				شعرت بألم لعدم قدرتك على تجنب المشكل	8
X				ركزت على الجانب الإيجابي المتوقع ظهوره لاحقاً	9
X				تحدثت مع شخص ما للتعرف على المزيد بخصوص المشكل	10
X				تمنيت لو تحدثت معجزة	11
X				خرجت من الوضعية الضاغطة بأكثر قوة	12
X				غيرت الأمور لتنتهي إلى الأفضل	13
X				أنبتت نفسك و أشعرت بها بالذنب	14
		X		احتفظت بمشاعرك لنفسك	15
X				تفاوضت للحصول على شيء إيجابي من المشكل	16
X				حلمت أو تخيلت وقتاً أو مكاناً أحسن من الذي كنت تعيش فيه	17
			X	حاولت ألا تتسرع في أفعالك أو إتباع أول فكرة تخطر على بالك	18
			X	رفضت التصديق بأن ذلك قد وقع فعلاً	19
			X	أدركت أنك المتسبب في المشكل	20
	X			حاولت ألا تعزل	21
X				فكرت في أشياء غير حقيقية أو خيالية للشعور بأفضل حال	22
	X			تقبلت تعاطف أو تفهم شخص ما	23
X				وجدت حلاً أو حلين للمشكل	24
X				حاولت نسيان كل شيء	25
	X			تمنيت لو كان بإمكانك تغيير اتجاهاتك وموقفك	26
X				عرفت ما يجب فعله و ضاعفت جهديك و	27

				قمت بكل ما في وسعك للوصول إلى الحل	
X				غيرت شيئاً ما في نفسك لتحمل الوضعية بشيء أحسن	28
	X			انتقدت نفسك أو صحتها	29

بروتوكول المقابلة العيادية للحالة الرابعة

المحور الأول: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكل

السؤال الرئيسي: كيف تمت معاشتك لفترة تأخر حدوث الحمل؟

نورمال، كلش بيد ربي هذه حاجة في يد ربي سبحانو يقدر يمدلي ويقدر مايمدليش، ساعات نقلق وساعات نولي نستغفر ونولي نداوي في راجلي مركزة عليه، وهو مخدماش وأنا نخيط باش نقدر نداويه.

- ماهي الأفكار التي راودتك عند مواجهة هذه الوضعية؟

كي فاتت 6 أشهر من الزواج وماكاين والو رحى عند حماني مدلي دواء والله ماعلابالي حتى تاعاماه يعني حتى أنا ماقريتوش، ومنبعد كي عاد عندي عام جيناً عند حجاجي مدلي les analyses أنا وراجلي كي قراهم ظهر بلي راجلي عندو عدد قليل خلاص تاغ حيوانات منوية كارثة، وأنا ما عندي والو كلش طبيعي، في وقتها خممت بلي نركز عليه باش نداويه كان هذاك الوقت زمان كورونا والوضع المادي مملحش خلاص وزيد الدواء هذا غالي يزاف 11000 دج لبواطة وليت نداوي فيه بالأعشاب والخلطات الطبيعية كي عاود les analyses صافا العدد تاغهم زاد شوي.

- هل حددت دورك في الموقف وحاولت حله؟

دوري أنا ندير فيه نخيط باش نجيب الدراهم ونداويه وهو ماخدماش الله غالب ندير لي نقدر عليه كامل والباقي على ربي سبحانو.

- هل تلقيت دعماً أو مساندة من محيطك؟

أنا الموضوع هذا أصلا مانحبش نحكي فيه غير معاه وماش كلش باش مايحسش بالنقص دارهم مَلْتَيْنِش خلاص مكاه ليعاونك ويسقسي عليك، أنا يتيمة أم، عندي خاوتي في 5 بنات نحكي معاهم وماش كلش تلقاني نضحك نشغل حتى كي هزت أختي بالحمل قتلها وقبلا سبقتيني يعني نضحك بعفوية مامعقداش من الأمر هذا، راجلي هو السند تاعي في الحياة، ديجا الشكوى لغير الله مذلة كِنْحَكِي واش رايحين يديرولي.

- ماهي الحلول التي لجئت إليها خلال هذه الفترة؟

نداوي بالأعشاب والخلطات تع المكسرات والعسل لراجلي وجابولي من العمرة عشبة كف مريم شربتها وزدت رحت عند مركز بيلسان شريت عشبة "ماركا" شربها راجلي شهر وقلت نزيد نشري وحدة خلاف هذه هي.

- ماهي أنواع العلاجات التي أخذتها من أجل الإنجاب؟

دواء تع طبيب، لكتر راجلي يدير les analyses ويشرب الدواء والأعشاب، أنا بالنسبة ليا شربت أعشاب البردقوش ... والدواء لمدلي حماني ودرت لمسيده عند وحد لمرأ وحلفت مانعاودهاش مخرجتش عليا خلاص ضررتي ودركا كون يقولي هيا تروح كي تحط يدها تهز بالحمل منروحش منزيدش نجرب هذو لحوايج.

المحور الثاني: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال

السؤال الرئيسي: ماهو مفهومك للأمومة؟

هات يمدهملي ربي برك (ضحك)، أنا كبداوية بزاف وحنينة، في عمر 17 سنة ربيت ولد أختي نموت عليه الحاجة لُضْرُو ضُرني حتى لدركا أو يقرا في السنة أولى متوسط، يعيطلي طاطا-ماما، أنا contre الضرب لدراري منحبش الضرب الصغير نعاقبو بالحاجة ليجبها ماندهالوش حتى يعرف الغلطة تاعو بالصح الضرب non. وساعات نقول أنا كبداوية بزاف بلاك على هذه ربي ممدليش، بالك كون مدلي يديهلي ومنبعد نكفر ومنقبلش هو لعلابالو بصح مأمنة بلي يجي نهار ونهز بالحمل إن شاء الله أنا متفائلة بزاف في الموضوع هذا.

- ماهي المشاعر التي اجتاحتك طيلة هاته المدة؟

بما أنني معنديش وقت مع الخياطة والدار ونخرج نقضي يعني معنديش الوقت باش نخم في الموضوع هذا، دايرتو آخر اهتماماتي مخليتها على ربي، بالنسبة ليا الدراري ماش هوما الحياة يعني بلابيهم الحياة ماتمشيش نموتو؟ لا، نخرج ندخل نروح صوابي... عندي وقت واحد نقلق فيه هو العيد الصغير الوقت لناس الكل تكسي في ولادها كاينة mouvement نقول كون عندي ولدي أنا تاني نخرج نكسيه حوايج... هكا بصح الله غالب حاجة ربي، نروح نشري حوايج لولاد أختي ونبعثهم.

- في ظل هذه الوضعية، وحتى تصبح حياتك أفضل إلام تلجئ لتشعري بحال أحسن؟

أنا روجي عطيتها حقها نسخف على حاجة نكلها نديرها، نحب نتكسى لابغة الدورو اللخر نصرفو، كون نعيًا نحس الخدمة نغرمي الباب تع البيت لنخيط فيها ونروح ننعس، كون نقلق نخرج ندير حاجة تريخني، نروح لدارنا، لكان عندي صايبة نروح وان نكون الضحك في المجمع هناك، يعني التأخر في الإنجاب آخر حاجة نخم فيها.

- هل تشعرين بأنك أصبحت متقلبة المزاج جراء هذه الوضعية؟

ماها، أنا انسانة اجتماعية، ضحاكية، نحكي بعفوية عايشة حياتي ومستمتعة بها كون واحد يقيسني بهدرة ساعات نرجع وساعات نحكمها في قلبي ونولي نبكي.

- هل شعرتِ بأنك تحتاجين إلى شخص تتحدثين معه للشعور بالارتياح؟

نعيط لخواوتي نحكي معاهم، حتى المحيط تاغي ساندني، la famille يعيطولي يفاكروا فيا يقولولي متقلش أو ينوب ربي، حتى صحاباتي تاني هكا نحس عندي سند مرتاحة.

المحور الثالث: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على التجنب

السؤال الرئيسي: هل تستطعين تجنب كل ما يتعلق بالحمل والإنجاب من أحاديث، أماكن، أشخاص، مناسبات اجتماعية... إلخ؟

لا بالعكس تكون عندي صايبة نروح الهدرة تع الناس متهميش خلاص داخلة منا خارجة منا على خاطر هذه الحاجة ماش بيدي ولا بيدهم، خلي يهدروا واش يحبوا.

- هل حاولتِ التقليل من أهمية الموقف (وضع الموقف في حجمه الطبيعي) من أجل تخفيف التوتر؟

حاولت وقدرت على خاطر هذه حاجة ربي منقدروا نديروا والو، والقلقة ماملحاش تجي عليا برك مالا لماما عليا، حنا أو صابرين علابالي يجي نهار ويمدلي ربي إن شاء الله.

- هل لهذه الوضعية تأثير على العلاقة الجنسية، كمحاولة تجنبها؟

لا، عادي وزيد ملازمش نبين حاجة كيما هكا على خاطر راجلي هو لي ضعيف وهذا ماش مليح ليه، أنا راضية على العلاقة هذه.

- هل لهذه الوضعية تأثير على نوعية حياتك وما نوع هذا التأثير؟

لا، أنا عايشة حياتي ونحاول نستمتع بها قد ما نقدر، الدراري بالنسبة ليا ماش هوما كلش عندي أحلام حايبية نحققها ندير atelier تاغ خياطة وندير خدامة فيها وحتى الآن ماكنش حاجة تمنيتها وربي سبحانو محققهاش ليا تمنيت ماشينة تاغ خياطة كبيرة industrielle وربي رزقني بها قداه من حاجة تحققتلي وحتى الحمل كيما هكا متأكدة كاش نهار يتحقق.

مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة الرابعة

م	العبارة
1.	ما هو تقديرك لنوعية الحياة؟ (أ) سيئة جدا (ب) سيئة إلى حد ما (ج) جيدة إلى حد ما √ (د) لا سيئة ولا جيدة (ه) جيدة جدا
2.	ما هو مدى رضاك عن حالتك الصحية؟ (أ) راض جدا (ب) راض نوعا ما √ (ج) غير راض نوعا ما (د) لا راض ولا غير راض (ه) غير راض أبدا
3.	من رأيك إلى أي مدى يمكن أن يؤدي مرضك إلى عجزك عن القيام بالعمل؟ (أ) ليس دائما √ (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
4.	حتى تستمر حياتك، ما مقدار الرعاية التي تحتاج إليها؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (ه) بدرجة بالغة
5.	ما مدى استمتاعك بالحياة؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (ه) بدرجة بالغة
6.	ما مدى شعورك بوجود معنى لحياتك؟

(أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (ه) بدرجة بالغة	
إلى أي مدى يمكنك تركيز عقلك ببساطة؟	.7
(أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (ه) بدرجة بالغة	
ما مدى شعورك بالأمن في الحياة	.8
(أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (ه) بدرجة بالغة	
ما مدى الاهتمام الصحي في بيئتك الطبيعية؟	.9
(أ) ليس دائما √ (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة	
هل لديك الكفاية والفاعلية الكافية للقيام بواجبات الحياة اليومية؟	.10
(أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (ه) بدرجة بالغة	
هل أنت منقبل لبنائك الجسدي؟	.11
(أ) سيء جداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) جيد نوعاً ما √ (د) لا سيء و لا جيد (ه) جيد جداً	
هل أنت كفاء لإشباع احتياجاتك؟	.12
(أ) سيء جداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) جيد نوعاً ما √ (د) لا سيء و لا جيد (ه) جيد جداً	
ما مدى توافر المعلومات اللازمة والتي تحتاج إليها في حياتك اليومية؟	.13
(أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (ه) بدرجة بالغة	
إلى أي مدى تتوافر لديك الفرصة للراحة والاسترخاء؟	.14
(أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة √ (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة	
كم أنت قادر على التنقل هنا وهناك؟	.15
(أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة √ (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة	
إلى أي مدى أنت راضٍ عن نومك؟	.16
(أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما √ (ه) راضي جداً	
ما مدى رضاك عن أدائك لواجباتك اليومية؟	.17
(أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما √ (ه) راضي جداً	
ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل؟	.18
(أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما √ (ه) راضي جداً	
ما مدى رضاك عن نفسك؟	.19
(أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما √ (ه) راضي جداً	
ما مدى رضاك عن علاقاتك الشخصية؟	.20
(أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي √ (د) جيد نوعاً ما (ه) راضي جداً	
ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية؟	.21

(أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما √ (هـ) راضي جدا	
22. كم أنت راضيا عن المساعدة الاجتماعية التي يقدمها لك أصدقائك؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما √ (هـ) راضي جدا	
23. ما مدى رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما √ (هـ) راضي جدا	
24. ما مدى رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما √ (هـ) راضي جدا	
25. ما مدى رضاك عن مزاجك ورحلاتك؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي √ (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا	
26. كم مرة شعرت فيها بالحزن، الاكتئاب، والقلق؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة √ (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة	

مقياس إستراتيجيات المواجهة المطبق على الحالة الرابعة

الرقم	العبارة	لا	إلى حد ما لا	إلى حد ما نعم	نعم
1	وضعت خطة عمل واتبعتها				X
2	تمنيت لو كنت أكثر تفاؤلا				X
3	تحدثت مع شخص ما على ما شعرت به	X			
4	قاومت للحصول على ما أريد				X
5	تغيرت بشكل إيجابي				X
6	عالجت الأمور الواحدة تلو الأخرى				X
7	تمنيت لو كان باستطاعتك تغيير ما حدث			X	
8	شعرت بألم لعدم قدرتك على تجنب المشكل	X			
9	ركزت على الجانب الإيجابي المتوقع ظهوره لاحقا				X
10	تحدثت مع شخص ما للتعرف على المزيد بخصوص المشكل			X	
11	تمنيت لو تحدثت معجزة				X
12	خرجت من الوضعية الضاغطة بأكثر قوة				X
13	غيرت الأمور لتنتهي إلى الأفضل				X

			X	أنبت نفسك و أشعرتها بالذنب	14
	X			احتفظت بمشاعرك لنفسك	15
X				تفاوضت للحصول على شيء إيجابي من المشكل	16
	X			حلمت أو تخيلت وقتاً أو مكاناً أحسن من الذي كنت تعيش فيه	17
X				حاولت ألا تتسرع في أفعالك أو إتباع أول فكرة تخطر على بالك	18
			X	رفضت التصديق بأن ذلك قد وقع فعلاً	19
			X	أدركت أنك المتسبب في المشكل	20
			X	حاولت ألا تتعزل	21
	X			فكرت في أشياء غير حقيقية أو خيالية للشعور بأفضل حال	22
X				تقبلت تعاطف أو تفهم شخص ما	23
X				وجدت حلاً أو حلين للمشكل	24
		X		حاولت نسيان كل شيء	25
			X	تمنيت لو كان بإمكانك تغيير اتجاهاتك وموقفك	26
X				عرفت ما يجب فعله و ضاعفت جهدك و قمت بكل ما في وسعك للوصول إلى الحل	27
X				غيرت شيئاً ما في نفسك لتحمل الوضعية بشيء أحسن	28
			X	انتقدت نفسك أو صححتها	29

بروتوكول المقابلة العيادية للحالة الخامسة

المحور الأول: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكل

السؤال الرئيسي: كيف تمت معاشتك لفترة تأخر حدوث الحمل؟

صعبة، صعبة بزاف بصح حاجة ربي (انفجار بالبكاء) الله غالب وياريت الناس تفهم هذا الشيء، المجتمع يجرح ما يرحم خلاص كيما يجرح المرا يجرح الرجل تاني، والمجتمع تاينا يحطها ديما فالمرأ، هي لي فيها défaut كون تطول ما تجيبش لولاد يحطوها فيها.

- ماهي الأفكار التي راودتك عند مواجهة هذه الوضعية؟

مادرت والو خليتها على ربي، هذه حاجة في يدو سبحانو، الحاجة الوحيدة لي خمت فيها نجي عند الطبيب وهذا برك جيت عندو وكقنعت بكلامو خلاص كملت عندو واش يقولي ندير، نشرب في الدواء (فيتامينات) وخلاص حابة الناس برك ماتدخّلش فينا (بكاء).

- هل حددت دورك في الموقف وحاولت حله؟

دوري أنا في الشيء هذا؟ لا ما عنديش سبب أنا كلش عندي مليح، السبب في راجلي فقط بعد ما عمل عملية على العضو phallus صرالو مشكل يعرقل دخول السائل المنوي باش تحدث عملية الإخصاب من غير هذا مكانش حاجة أخرى والطبيب اقترح علينا تقنية التلقيح FIV ورايحين نديروها هو بعد ليديرها لنا.

- هل تلقيت دعماً أو مساندة من محيطك؟

أنا مانحكي حتى لواحد غير راجلي لأنو هذه حاجة شخصية مانحب حتى واحد يدّخل فيا واحد ما يحوس عليا عندي الدراري ولأ معنديش (نبرة غضب، العينين موجّهتين نحو الأرض)، الناس يدّخلوا بزاف ميعرفوش حدودهم خلاص (بكاء) راجلي هو السند تايني ومصدر الأمن بعد ربي سبحانو. منحكيش مع الناسخليها في قلبي.

- ماهي الحلول التي لجئت إليها خلال هذه الفترة؟

مخمتش يعني الحل الوحيد لخممت فيه هو الطبيب فقط هو اللي يعرف ويفهم في الحالة تاينا هذا ماكان، حاكمة في ربي وخليتها عليه.

- ماهي أنواع العلاجات التي أخذتها من أجل الإنجاب؟

الدواء تع الطبيب وخلاص، أنا أصلا كلش عندي مليح، كلش نورمال مادرت والو.

المحور الثاني: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال

السؤال الرئيسي: ما هو مفهومك للأوممة؟

أحلى شعور في الدنيا (صمت طويل، بكاء) يعني مكانش حاجة تقدر توصف هذه الكلمة مكانش، مدابيا نكون أم، حتى راجلي يعز بيا كي نشوفو يهز في الأولاد ويلعب معاهم، هنا نقلق تغيضني نقول علاش حنا معاطناش ربي كيما الناس، نولي نستغفر ونتقبل الوضع.

- ماهي المشاعر التي اجتاحتك طيلة هاته المدة؟

ساعات نقلق، نقلق خلاص نولي نبكي وحدي شعور ماملحش خلاص يكون عندك طفل ديما ديما يعمر عليك الدنيا هو ونس، كون حتى هكا برك جات في الأولاد بصح المجتمع تاينا ميرحمش يحط كلش فالمرأ يجرحوك بزاف (بكاء).

- في ظل هذه الوضعية، وحتى تصبح حياتك أفضل إلام تلجئ لتشعري بحال أحسن؟

كي تجي القلقة تجي حتى لو نضت نخدم أنا نخم وزيد ساكنة في قُربي وهذا الأمر ما عجبنيش وما عنديش واين نروح أنا ماش من سكيكدة دارنا بعاد واحد مايجي عندي حتى دار راجلي في الأعياد وميجيوش كينشوف الناس والجيران يجيو عندهم العباد وأنا واحد مايطل عليا واحد ملاتي بيا واحد ماعلابالو تغيضني نولي نبكي، أنا بابا مريض وماما مرا كبيرة ميقدروش يديبلاصيو.

- هل تشعرين بأنك أصبحت متقلبة المزاج جراء هذه الوضعية؟

وليت مانسكت لحتى واحد بزاف عليا الناس يدخلو بزاف، وليت إنسانة خلاف واحد مايقدر يكسرني، شخصيتي ولات هكا ليسقسيني نقولو هذه حاجة شخصية مانحب حتى واحد يدخل فيا، هذه حاجة تخصني أنا وراجلي فقط.

- هل شعرت بأنك تحتاجين إلى شخص تتحدثين معه للشعور بالارتياح؟

أنا مانحكي مع حتى واحد، نشوف بلي هذه حاجة شخصية نحكي غير مع راجلي فقط وخليتها على ربي سبحانه هذه حاجة في يدو.

المحور الثالث: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على التجنب

السؤال الرئيسي: هل تستطيعين تجنب كل ما يتعلق بالحمل والإنجاب من أحاديث، أماكن، أشخاص، مناسبات اجتماعية... إلخ؟

وليت مانروح مانجي مانحكي حتى مع واحد لي يلقاني يهدرلي واشبيك لدركا ماحملتيش فلانة تزوجت وراك وراهي بزوح ولاد، فلانة تزوجت قدامك وراهي بالأولاد وأنت علاه، كرهت الهدرة هذه (بكاء)، واحد مايرحمك خاصة دارهم حاطين كلش فيا أنا السبة، جرحوني الهدرة هذه تجرحني بزاف.

- هل حاولتِ التقليل من أهمية الموقف (وضع الموقف في حجمه الطبيعي) من أجل تخفيف التوتر؟

حاولت قداه من مرة، أنا من جيهتي راضية بواش كتبلي ربي حتى لو معطانيش لولاد خلاص، أنا مع طبيب ندير واش يقلي تخطيني الهدرة برك.

- هل لهذه الوضعية تأثير على العلاقة الجنسية، كمحاولة تجنبها؟

لا مكانش حتى تأثير، كلش عادي طبيعي، ماأثرش.

- هل لهذه الوضعية تأثير على نوعية حياتك وما نوع هذا التأثير؟

أثرت شوية تأثير سلبي يعني دراري 3 سنين معنديش وزيد الدار معجبتيش عايشة في قُربي نقلق ساعات وساعات بزاف نولي نبكي، يعني راضية نوعا ما والحمد لله على كل حال.

مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة الخامسة

م	العبارة
1.	ما هو تقديرك لنوعية الحياة؟ (أ) سيئة جدا (ب) سيئة إلى حد ما (ج) جيدة إلى حد ما (د) لا سيئة ولا جيدة √ (ه) جيدة جدا
2.	ما هو مدى رضاك عن حالتك الصحية؟ (أ) راض جدا √ (ب) راض نوعا ما (ج) غير راض نوعا ما (د) لا راض ولا غير راض (ه) غير راض أبدا
3.	من رأيك إلى أي مدى يمكن أن يؤدي مرضك إلى عجزك عن القيام بالعمل؟ (أ) ليس دائما √ (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
4.	حتى تستمر حياتك، ما مقدار الرعاية التي تحتاج إليها؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (ه) بدرجة بالغة

5.	ما مدى استمتاعك بالحياة؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (ه) بدرجة بالغة
6.	ما مدى شعورك بوجود معنى لحياتك؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (ه) بدرجة بالغة
7.	إلى أي مدى يمكنك تركيز عقلك ببساطة؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة √ (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
8.	ما مدى شعورك بالأمن في الحياة (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (ه) بدرجة بالغة
9.	ما مدى الاهتمام الصحي في بيئتك الطبيعية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة √ (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
10.	هل لديك الكفاية والفاعلية الكافية للقيام بواجبات الحياة اليومية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (ه) بدرجة بالغة
11.	هل أنت متقبل لبنائك الجسدي؟ (أ) سيء جداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) جيد نوعاً ما (د) لا سيء و لا جيد (ه) جيد جداً √
12.	هل أنت كفاء لإشباع احتياجاتك؟ (أ) سيء جداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) جيد نوعاً ما (د) لا سيء و لا جيد (ه) جيد جداً √
13.	ما مدى توافر المعلومات اللازمة والتي تحتاج إليها في حياتك اليومية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة √ (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
14.	إلى أي مدى تتوافر لديك الفرصة للراحة والاسترخاء؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (ه) بدرجة بالغة
15.	كم أنت قادر على التنقل هنا وهناك؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة √ (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
16.	إلى أي مدى أنت راضٍ عن نومك؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (ه) راضي جداً √
17.	ما مدى رضاك عن أدائك لواجباتك اليومية؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (ه) راضي جداً √
18.	ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (ه) راضي جداً √
19.	ما مدى رضاك عن نفسك؟

(أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا√	
20. ما مدى رضاك عن علاقاتك الشخصية؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي √ (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا	
21. ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا√	
22. كم أنت راضيا عن المساعدة الاجتماعية التي يقدمها لك أصدقائك؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا√	
23. ما مدى رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي √ (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا	
24. ما مدى رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما √ (هـ) راضي جدا	
25. ما مدى رضاك عن مزاجك ورحلاتك؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا√	
26. كم مرة شعرت فيها بالحزن، الاكتئاب، والقلق؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة √ (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة	

مقياس إستراتيجيات المواجهة المطبق على الحالة الخامسة

الرقم	العبارة	لا	إلى حد ما لا	إلى حد ما نعم	نعم
1	وضعت خطة عمل واتبعتها			X	
2	تمنيت لو كنت أكثر تفاؤلا				X
3	تحدثت مع شخص ما على ما شعرت به			X	
4	قاومت للحصول على ما أريد				X
5	تغيرت بشكل إيجابي				X
6	عالجت الأمور الواحدة تلو الأخرى		X		
7	تمنيت لو كان باستطاعتك تغيير ما حدث				X
8	شعرت بألم لعدم قدرتك على تجنب المشكل	X			
9	ركزت على الجانب الإيجابي المتوقع ظهوره لاحقا				X
10	تحدثت مع شخص ما للتعرف على المزيد	X			

				بخصوص المشكل	
X				تمنيت لو تحدث معجزة	11
X				خرجت من الوضعية الضاغطة بأكثر قوة	12
X				غيرت الأمور لتنتهي إلى الأفضل	13
			X	أنبت نفسك وأشعرتها بالذنب	14
			X	احتفظت بمشاعرك لنفسك	15
			X	تفاوضت للحصول على شيء إيجابي من المشكل	16
			X	حلمت أو تخيلت وقتا أو مكانا أحسن منا لذي كنت تعيش فيه	17
X				حاولت ألا تتسرع في أفعالك أو إتباع أول فكرة تخطر على بالك	18
			X	رفضت التصديق بأن ذلك قد وقع فعلا	19
			X	أدركت أنك المتسبب في المشكل	20
			X	حاولت ألا تتعزل	21
			X	فكرت في أشياء غير حقيقية أو خيالية للشعور بأفضل حال	22
X				تقبلت تعاطف أو تفهم شخص ما	23
X				وجدت حلا أو حلين للمشكل	24
	X			حاولت نسيان كل شيء	25
	X			تمنيت لو كان بإمكانك تغيير اتجاهاتك وموقفك	26
		X		عرفت ما يجب فعله وضاعفت جهدك وقمت بكل ما في وسعك للوصول إلى الحل	27
			X	غيرت شيئا ما في نفسك لتحمل الوضعية بشيء أحسن	28
			X	انتقدت نفسك أو صححتها	29

بروتوكول المقابلة العيادية للحالة السادسة

المحور الأول: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكل

السؤال الرئيسي: كيف تمت معاشتك لفترة تأخر حدوث الحمل؟

والله صعبة يعني période تع عامين ودخلت في الثالث ومازال مكانش ولاد، مكتبش ربي، ساعات نقلق نولي نقول علاش أنا معنديش، سيرثو في المناسبات كل عندهم الأولاد غير أنا مكانش لِنَبْدَلُو، نشريلوا الحاجة... هكا.

- ماهي الأفكار التي راودتك عند مواجهة هذه الوضعية؟

و الله أنا في الأول ماكنتش فاهمة واش عندي، بعد 4 أشهر من زواجي كانت العادة عندي مخربطة ديرلي retard نقول ناب ربي ومن بعد تجيني، وليت نروح عند les médecins عند أسياخ هو الأول يقولي مكايين والو اشرب برك الدواء هذا 6 أشهر وأنا عندي وماكايين والو بانكلي نخسر في دراهمي برك، ومنبعد رحيت عند بوشحمة كيف كيف مكانوش يقولولي واش كايين، حتى هدرولي الناس على حجاجي دركا عندي عام وأنا نجي عندي قالي بلي البويضة متكبرش بسبب التكيسات (تكيس المبايض) عدا وان فهمت واش هذا وبلي يمنع حدود الحمل، وليت نقرا عليه بزاف في الأنترنات ندخل في les pages facebookنقرا les commentaires تاع الحالات كيما هكا ونتبع في واش يقولي الطبيب والحالة في تحسن الحمد لله.

- هل حددت دورك في الموقف وحاولت حله؟

Oui، علاش راجلي كلش عندي طبيعي عادي والمشكل عندي يعني تكيس المبايض هو السببة باش مصراش حمل لدركا كيفهمت واش هو هذا المشكل وليت نحوس على حلول باش نبرا ونتحسن ومتأملة بلي يجي نهار ونحمل إن شاء الله.

- هل تلقيت دعما أو مساندة من محيطك؟

من راجلي، على جال أنا منحكيش في الموضوع تع الحمل مع أي واحد غير معاه تباخلي مشكل شخصي بين زوج، حتى ماما وخاوتي منحكيلهمش واش كاين غير مالفوق لفوق وصحباتي منحكيش معاهم على حياتي الخاصة، حتى التعاطف نحسو شفقة منحيش حاجة كيما هكا.

- ماهي الحلول التي لجئت إليها خلال هذه الفترة؟

نتبع في العلاج تع الطبيب، نطبق في نظام الحماية الغذائية يعني الوضع هذا دخلتو في la mode de vie تاعي، قاعدة ندير واش نقدر عليه كامل.

- ماهي أنواع العلاجات التي أخذتها من أجل الإنجاب؟

العلاج تع الطبيب الدواء، أعشاب كيما البردقوش والميرمية وكف مريم هذو تاني عاونوني بزاف نظمولي العادة الشهرية شوية حتى البرولاكتين لكان طالع من قبل تعدل الحمد لله، هدرولي على دواء عرب تع النسا ليمسدو ووو... mais... محببتش نخاف من لحوايج هذو ويزيدو الطين بلة ونولي في تعقيدات أخرى.

المحور الثاني: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال

السؤال الرئيسي: ماهو مفهومك للأومومة؟

(ضحك)... الأمومة تباخلي حاجة لازم تعيشها لمرأ باش تحسها وتقمها، يعني Bébé تطعمو وتبدلو وتربيه مسؤولية كبيرة surtout في الوقت لراننا فيه الدنيا ولات تخوف.

- ماهي المشاعر التي اجتاحتك طيلة هاته المدة؟

القلقة ساعات نولي déprimé خاصة كي يديرلي blocage نتأمل ومنبعد نتحبط شعور قاسي ومؤلم بزاف في كل شهر نولي نبكي وحدي منحيش يشوفني حتى واحد heureusement نسكن وحدي تقريبا، منحيش نبين حتى لواحد حتى راجلي ساعات، ومعاهم نكون عادية نضحك ونحكي، وليت سلبية أكثر.

- في ظل هذه الوضعية، وحتى تصبح حياتك أفضل لإلام تلجئين لتشعري بحال أحسن؟

كؤني منخدمش قاعدة في الدار وراجلي نهار كامل وهو في برا يخدم عند روجو حت فالليل يجي ميقدرش يخلي الحانوت نقلق وحدي فالدار، السكات نوض نخدم في الدار ولأ نروح لدارنا نخرج ندور... هكا، بصح كنعكون قلقانة نحب نقعد وحدي فالدار مانخرج مانحكي مع واحد.

- هل تشعرين بأنك أصبحت متقلبة المزاج جراء هذه الوضعية؟

Oui، وليت نقلق بزاف نكون نضحك ليه ليه نولي قلقانة، كون يجيني مشكل نشوف الجانب السلبي أكثر من الجانب الإيجابي لي فيه، حتى حياتي وليت مستمتعة فيها بدرجة قليلة، الرقاد منرقدش مليح من لخر وليت وحدة خلاف مرضياش عليها خلاص.

- هل شعرتِ بأنك تحتاجين إلى شخص تتحدثين معه للشعور بالارتياح؟

لا كنقلق مانحكي مع حتى واحد نحس بالشفقة ماش واحد يصبر فيك ولأ. نقعد وحدي.

المحور الثالث: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على التجنب

السؤال الرئيسي: هل تستطعين تجنب كل ما يتعلق بالحمل والإنجاب من أحاديث، أماكن، أشخاص، مناسبات اجتماعية... إلخ؟

نتجنب الهدرة في الموضوع هذا مع لعباد يعني الهدرة محدودة يقولو لعقوبة ليك نقول إن شاء الله وخلاص، حتى الطبيب كنعلى نساء معندهمش ولاد منحبش نفهم منحكيش، نحكي مع الطبيب هو ليفهم حالتي برك.

- هل حاولتِ التقليل من أهمية الموقف (وضع الموقف في حجمه الطبيعي) من أجل تخفيف التوتر؟

نوعا ما ساعة هكا وساعة هكا، نص نص كل مرة كيفاه نخمم.

- هل لهذه الوضعية تأثير على العلاقة الجنسية، كمحاولة تجنبها؟

نوعا ما وليت نحسب غير لفترة التبويض وقتاش تكون وكون متصلحليش نقلق، ساعات نمرض أنا وساعات هو يعني كل مرة يكون ظرف من بعد نقلق نقول علاش يعني.

- هل لهذه الوضعية تأثير على نوعية حياتك وما نوع هذا التأثير؟

أكيد أثرت وأثرت بزاف بشكل سلبي لأنو الدراري في رأيي هوما حلاوة الحياة وكي مايكونوش الدنيا سامطة، تشوف الناس مع ولادهم تغيضني روجي نولي نقول علاه أنا ربي معطانيش، الدار ديما ساكتة.

مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة السادسة

م	العبارة
1.	ما هو تقديرك لنوعية الحياة؟ (أ) سيئة جدا (ب) سيئة إلى حد ما (ج) جيدة إلى حد ما (د) لا سيئة ولا جيدة √ (هـ) جيدة جدا
2.	ما هو مدى رضاك عن حالتك الصحية؟ (أ) راض جدا (ب) راض نوعا ما (ج) غير راض نوعا ما (د) لا راض ولا غير راض √ (هـ) غير راض أبدا
3.	من رأيك إلى أي مدى يمكن أن يؤدي مرضك إلى عجزك عن القيام بالعمل؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة √ (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
4.	حتى تستمر حياتك، ما مقدار الرعاية التي تحتاج إليها؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (هـ) بدرجة بالغة
5.	ما مدى استمتاعك بالحياة؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة √ (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
6.	ما مدى شعورك بوجود معنى لحياتك؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
7.	إلى أي مدى يمكنك تركيز عقلك ببساطة؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (هـ) بدرجة بالغة
8.	ما مدى شعورك بالأمن في الحياة (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (هـ) بدرجة بالغة
9.	ما مدى الاهتمام الصحي في بيئتك الطبيعية؟ (أ) ليس دائما √ (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
10.	هل لديك الكفاية والفاعلية الكافية للقيام بواجبات الحياة اليومية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (هـ) بدرجة بالغة
11.	هل أنت متقبل لبنائك الجسدي؟ (أ) سيء جداً (ب) سيء نوعا ما (ج) جيد نوعا ما (د) لا سيء ولا جيد (هـ) جيد جداً √
12.	هل أنت كفاء لإشباع احتياجاتك؟ (أ) سيء جداً (ب) سيء نوعا ما (ج) جيد نوعا ما (د) لا سيء ولا جيد (هـ) جيد جداً √
13.	ما مدى توافر المعلومات اللازمة والتي تحتاج إليها في حياتك اليومية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (هـ) بدرجة بالغة
14.	إلى أي مدى تتوفر لديك الفرصة للراحة والاسترخاء؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة √ (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة

15.	كم أنت قادر على التنقل هنا وهناك؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة √ (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
16.	إلى أي مدى أنت راضٍ عن نومك؟ (أ) غير راض أبدا √ (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا
17.	ما مدى رضاك عن أدائك لواجباتك اليومية؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما √ (هـ) راضي جدا
18.	ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما √ (هـ) راضي جدا
19.	ما مدى رضاك عن نفسك؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي √ (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا
20.	ما مدى رضاك عن علاقاتك الشخصية؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا √
21.	ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي √ (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا
22.	كم أنت راضيا عن المساعدة الاجتماعية التي يقدمها لك أصدقائك؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي √ (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا
23.	ما مدى رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي √ (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا
24.	ما مدى رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما √ (هـ) راضي جدا
25.	ما مدى رضاك عن مزاجك ورحلاتك؟ (أ) غير راض أبدا √ (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا
26.	كم مرة شعرت فيها بالحزن، الاكتئاب، والقلق؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (هـ) بدرجة بالغة

مقياس إستراتيجيات المواجهة المطبق على الحالة السادسة

الرقم	العبارة	لا	إلى حد ما لا	إلى حد ما نعم	نعم
1	وضعت خطة عمل واتبعتها				X
2	تمنيت لو كنت أكثر تفاؤلا	X			

		X		تحدثت مع شخص ما على ما شعرت به	3
	X			قاومت للحصول على ما أريد	4
			X	تغيرت بشكل إيجابي	5
X				عالجت الأمور الواحدة تلو الأخرى	6
X				تمنيت لو كان باستطاعتك تغيير ما حدث	7
	X			شعرت بألم لعدم قدرتك على تجنب المشكل	8
		X		ركزت على الجانب الإيجابي المتوقع ظهوره لاحقاً	9
X			X	تحدثت مع شخص ما للتعرف على المزيد بخصوص المشكل	10
X				تمنيت لو تحدث معجزة	11
X				خرجت من الوضعية الضاغطة بأكثر قوة	12
	X			غيرت الأمور لتنتهي إلى الأفضل	13
			X	أنبتت نفسك و أشعرتك بالذنب	14
X				احتفظت بمشاعرك لنفسك	15
X				تفاوضت للحصول على شيء إيجابي من المشكل	16
	X			حلمت أو تخيلت وقتاً أو مكاناً أحسن من الذي كنت تعيش فيه	17
X				حاولت ألا تتسرع في أفعالك أو إتباع أول فكرة تخطر على بالك	18
			X	رفضت التصديق بأن ذلك قد وقع فعلاً	19
		X		أدركت أنك المتسبب في المشكل	20
	X			حاولت ألا تتعزل	21
X				فكرت في أشياء غير حقيقية أو خيالية للشعور بأفضل حال	22
			X	تقبلت تعاطف أو تفهم شخص ما	23
X				وجدت حلاً أو حلين للمشكل	24
X			X	حاولت نسيان كل شيء	25

X				تمنيت لو كان بإمكانك تغيير اتجاهاتك وموقفك	26
X				عرفت ما يجب فعله و ضاعفت جهدي و قمت بكل ما في وسعي للوصول إلى الحل	27
X				غيرت شيئاً ما في نفسي لتحمل الوضعية بشيء أحسن	28
			X	انتقدت نفسي أو صححتيها	29

بروتوكول المقابلة العيادية للحالة السابعة

المحور الأول: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكل

السؤال الرئيسي: كيف تمت معاشتك لفترة تأخر حدوث الحمل؟

صعبة، صعبة بزاف بزاف (بكاء)، الحياة ناقصة بلا دراري لابغة راجلي داعمني بصح صعبة عليا والحمد لله على كل حال.

- ماهي الأفكار التي راودتك عند مواجهة هذه الوضعية؟

رحت عند الطيبة بن شوشان في حروش، زدت رحتي عند بن سلامة وجيت عند حجاجي منبعد قالنا بلي راجلي عندو ميكروب بصح أنا مكان عندي والو، مدلنا دواء وشربناه قاعدين نداويو هذا مكان.

- هل حددت دورك في الموقف وحاولت حله؟

دوري أنا، معنديش دور كلش عندي طبيعي، راجلي يشرب فالدواء والمرة الأخيرة قالوا الطبيب بلي تحسن والحمد لله.

- هل تلقيت دعماً أو مساندة من محيطك؟

مهم، راجلي هو السند والدعم تاعي، ديما واقف معايا بالكلمة لمليحة جامي خلاني ودارنا ثاني كانوا معايا (بكاء).

- ماهي الحلول التي لجئت إليها خلال هذه الفترة؟

نزوح عند الطبة باش نعرف السبب وتاني هدرولي على دواء عرب بصح محبيتش نديرو شربت عشبة القطف برك ولمدة صغيرة، نحوس فالأنترنت نقرا على الحمل ...

- ماهي أنواع العلاجات التي أخذتها من أجل الإنجاب؟

دواء تع الطبيب بن شوشان وبن سلامة ودركا حجاجي برك، منحبش التخريط هذاك نخاف منو يديرلي حوايج خلاف وأنا أصلا ماعندي والو.

المحور الثاني: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال

السؤال الرئيسي: ماهو مفهومك للأومة؟

حاجة مليحة بزاف بزاف (بكاء)، نعلم بهاد يما نعلم نجيب الدراري نسهر عليهم، نقرهم، نربهم، نوصل معاهم لدرجات عالية... أجمل حاجة الأومة.

- ماهي المشاعر التي اجتاحتك طيلة هاته المدة؟

قلق، اكتئاب ساعات، نحس روجي ماش مليحة خلاص المورال طايح بكل، نبكي بزاف أنا أصلا تغيضني الحاجة يعني كون العبد يهدر معايا حاجة هو تبانلو عادي أنا تغيضني ونبكي، أنا أصلا من النوع ليخبي كلش في قلبو نرجعها على البكاء.

- في ظل هذه الوضعية، وحتى تصبح حياتك أفضل إلام تلجئين لتشعري بحال أحسن؟

نديرو واش ندير التخمام هذاك يسيطر عليا أنا نخدم وأنا نخم، أنا قاعدة وأنا نخم، ديما نخم لايغة نحب ننسى منقدرش الله غالب (بكاء) حاولت حاولت قداه من مرة باش ننسى مقدرتش.

- هل تشعرين بأنك أصبحت متقلبة المزاج جراء هذه الوضعية؟

ساعات (ضحك)، بصح ماش بزاف لكثير نحب نسكت نقعد وحدي ساعات نعلم بدراري، بالحمل...

- هل شعرتِ بأنك تحتاجين إلى شخص تتحدثين معه للشعور بالارتياح؟

لا منحكيش في الموضوع هذا نحكي غير مع راجلي برك، برك، منحكي مع حتى واحد لأنه هو السند تاعي بعد ربي سبحانو، هو داعمني ديما، أنا نبكي كي نبكي نحس روجي ارتاحت شويا.

المحور الثالث: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على التجنب

السؤال الرئيسي: هل تستطيعين تجنب كل ما يتعلق بالحمل والإنجاب من أحاديث، أماكن، أشخاص، مناسبات اجتماعية...الخ؟

نتجنب لعباد كون نشوف وحدة نعرفها نهرب منها باش متسقسينيش على الموضوع هذا خلاص وحتى كون نحضر مناسبات نتهرب من الموضوع هذا نبذل الهدرة نرجع بسماطة، نكره الشفقة تاعهم يقولو مسكينة، لماه حتى مسكينة منحش ليهدرلي في الموضوع هذا خلاص وليت نتجنب لعباد والهدرة على الدراري، نقلق، حتى لو نيتهم مليحة وحابين ليا الخير منقدرش، منبعد نولي نراجع روجي ونقول علاه درت هكا.

- هل حاولتِ التقليل من أهمية الموقف (وضع الموقف في حجمه الطبيعي) من أجل تخفيف التوتر؟

مم (بكاء)، حاولت حاولت بزاف بصح مقدرتش تغيضني في قلبي علابالي بلي بيد ربي ومنقدر ندير والو الله غالب عليا نحس روجي محطمة.

- هل لهذه الوضعية تأثير على العلاقة الجنسية، كمحاولة تجنبها؟

أثرت هاه، قده من مرة نتجنبها بزاف، تبالني مفيهاش فايده، ساعات نكره.

- هل لهذه الوضعية تأثير على نوعية حياتك وما نوع هذا التأثير؟

نعم، حياتي نحسها ناقصة، لابغة راجلي مامخليني نحتاج والو وداعمني ويحس بيا وكلكش، بصح الحياة ناقصة كاينة حاجة خاصتي ديما في كل وقت، الدراري زينة الحياة الدنيا ربي يرزقني ويرزق كل وحدة إن شاء الله، الله غالب ماش بيدينا حاجة ربي (بكاء).

مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة السابعة

م	العبرة
1.	ما هو تقديرك لنوعية الحياة؟

(أ) سيئة جدا (ب) سيئة إلى حد ما (ج) جيدة إلى حد ما (د) لا سيئة و لا جيدة √ (ه) جيدة جدا	
2. ما هو مدى رضاك عن حالتك الصحية؟ (أ) راض جدا (ب) راض نوعا ما (ج) غير راض نوعا ما (د) لا راض و لا غير راض √ (ه) غير راض أبدا	
3. من رأيك إلى أي مدى يمكن أن يؤدي مرضك إلى عجزك عن القيام بالعمل؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة √ (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة	
4. حتى تستمر حياتك، ما مقدار الرعاية التي تحتاج إليها؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (ه) بدرجة بالغة	
5. ما مدى استمتاعك بالحياة؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة √ (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة	
6. ما مدى شعورك بوجود معنى لحياتك؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (ه) بدرجة بالغة	
7. إلى أي مدى يمكنك تركيز عقلك ببساطة؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (ه) بدرجة بالغة	
8. ما مدى شعورك بالأمن في الحياة (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة √ (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة	
9. ما مدى الاهتمام الصحي في بيتك الطبيعية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (ه) بدرجة بالغة	
10. هل لديك الكفاية والفاعلية الكافية للقيام بواجبات الحياة اليومية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (ه) بدرجة بالغة	
11. هل أنت متقبل لبنائك الجسدي؟ (أ) سيء جداً (ب) سيء نوعا ما (ج) جيد نوعا ما √ (د) لا سيء و لا جيد (ه) جيد جدا	
12. هل أنت كفاء لإشباع احتياجاتك؟ (أ) سيء جداً (ب) سيء نوعا ما (ج) جيد نوعا ما (د) لا سيء و لا جيد √ (ه) جيد جدا	
13. ما مدى توافر المعلومات اللازمة والتي تحتاج إليها في حياتك اليومية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (ه) بدرجة بالغة	
14. إلى أي مدى تتوفر لديك الفرصة للراحة والاسترخاء؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة √ (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة	
15. كم أنت قادر على التنقل هنا وهناك؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة √ (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة	

16.	إلى أي مدى أنت راضٍ عن نومك؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضٍ و لا غير راضٍ √ (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضٍ جداً
17.	ما مدى رضاك عن أدائك لواجباتك اليومية؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضٍ و لا غير راضٍ (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضٍ جداً√
18.	ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضٍ و لا غير راضٍ (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضٍ جداً√
19.	ما مدى رضاك عن نفسك؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضٍ و لا غير راضٍ (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضٍ جداً√
20.	ما مدى رضاك عن علاقاتك الشخصية؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضٍ و لا غير راضٍ (د) جيد نوعاً ما √ (هـ) راضٍ جداً
21.	ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضٍ و لا غير راضٍ √ (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضٍ جداً
22.	كم أنت راضياً عن المساندة الاجتماعية التي يقدمها لك أصدقاؤك؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضٍ و لا غير راضٍ (د) جيد نوعاً ما √ (هـ) راضٍ جداً
23.	ما مدى رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما √ (ج) لا راضٍ و لا غير راضٍ (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضٍ جداً
24.	ما مدى رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضٍ و لا غير راضٍ (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضٍ جداً√
25.	ما مدى رضاك عن مزاجك ورحلاتك؟ (أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضٍ و لا غير راضٍ (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضٍ جداً√
26.	كم مرة شعرت فيها بالحزن، الاكتئاب، والقلق؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً √ (هـ) بدرجة بالغة

مقياس إستراتيجيات المواجهة المطبق على الحالة السابعة

الرقم	العبارة	لا	إلى حد ما لا	إلى حد ما نعم	نعم
1	وضعت خطة عمل واتبعتها				X
2	تمنيت لو كنت أكثر تفاؤلاً			X	
3	تحدثت مع شخص ما على ما شعرت به				X
4	قاومت للحصول على ما أريد				X

X				تغيرت بشكل إيجابي	5
X				عالجت الأمور الواحدة تلو الأخرى	6
		X		تمنيت لو كان باستطاعتك تغيير ما حدث	7
X				شعرت بألم لعدم قدرتك على تجنب المشكل	8
	X			ركزت على الجانب الإيجابي المتوقع ظهوره لاحقاً	9
			X	تحدثت مع شخص ما للتعرف على المزيد بخصوص المشكل	10
X				تمنيت لو تحدثت معجزة	11
	X			خرجت من الوضعية الضاغطة بأكثر قوة	12
X				غيرت الأمور لتنتهي إلى الأفضل	13
			X	أنبتت نفسك و أشعرتك بالذنب	14
X				احتفظت بمشاعرك لنفسك	15
X				تفاوضت للحصول على شيء إيجابي من المشكل	16
X				حلمت أو تخيلت وقتاً أو مكاناً أحسن من الذي كنت تعيش فيه	17
X				حاولت ألا تتسرع في أفعالك أو إتباع أول فكرة تخطر على بالك	18
			X	رفضت التصديق بأن ذلك قد وقع فعلاً	19
			X	أدركت أنك المتسبب في المشكل	20
X				حاولت ألا تعزل	21
X				فكرت في أشياء غير حقيقية أو خيالية للشعور بأفضل حال	22
			X	تقبلت تعاطف أو تفهم شخص ما	23
			X	وجدت حلاً أو حلين للمشكل	24
X				حاولت نسيان كل شيء	25
X			X	تمنيت لو كان بإمكانك تغيير اتجاهاتك وموقفك	26

	X			27	عرفت ما يجب فعله و ضاعفت جهديك و قمت بكل ما في وسعك للوصول إلى الحل
	X			28	غيرت شيئاً ما في نفسك لتحمل الوضعية بشيء أحسن
	X			29	انتقدت نفسك أو صحتها

بروتوكول المقابلة العيادية للحالة الثامنة

المحور الأول: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكل

السؤال الرئيسي: كيف تمت معاشتك لفترة تأخر حدوث الحمل؟

صعبة، والله صعبة لابغة عندي داري وحدي وراجلي مباخل عليا بوالو بصح ديما حاجة تخص، يعني الدار مايعمروها غير الدراري هوما ليعمروا الدار.

- ماهي الأفكار التي راودتك عند مواجهة هذه الوضعية؟

أنا بعد شهر من زواجي دارلي blocage 10 أيام ومنبعد هبط عليا الدم ومن هذاك الوقت وليت نتابع في الطببة رحت أول مرة عند لعور سطايجي قاتلي عندك kyste fonctionnel مدتلي دواء ومنبعد راحلي بعد شهر زدت رحت عند حاشية قالي عندك polype بعدها بشهرين زدت رحت عند الدكتورة جاو وأكدتلي على نفس لحكاية قاتلي polype جاك في بلاصة حساسة خلاص في المبيض، ومن بعد رحت لقسنطينة عند طبيب بودراع سحنون مدلي les analyses قالي البرولاكتين طالع وعندك polype يقدر يروح بالدواء ولأ تتحيه بopération ودركا عندي 3 أشهر ملي جيت عند حجاجي ورائي عندو رايح يديرلي تنظيف رحمي باش يشوف واش عندي كامل، مدلي دواء أنا نشرب فيه.

- هل حددت دورك في الموقف وحاولت حله؟

دوري نداوي، كل مرة نوح عند طبيب ومنبعد خمنت قلق كون من الأول حكمت طبيب واحد وبديت رحلة العلاج معاه خير على خاطر قعدت نخم le polype هذا كيفاه ماشفوهش من قبل، يعني بلاك غير وان دارلي، وزيد أنا مرت سلفي هي تاني كانت هكا ومنبعد نحاتو بصح أنا معنديش الأعراض لكانوا

عندها هي، وكاين ناس نحاوه وعاود ناض في بلاصة خلاف دركا قررت نحيه ونتهنى لكان هذا هو السبة ليخليني مانحلمش.

- هل تلقيتي دعم أو مساندة من محيطك؟

يما وأختي هما السند تاعي هما ليكوراجيوني، نحكي معاهم برك، راجلي أصلا طبعو ميحكيش بزاف تلقاه ساكت والسكات تاعو هذا محسني بالذنب نَحَاثُو رغم أنه الموضوع ماش بيدي الله غالب عليا، وعندني صاحبتي بصح منحكيش معاها في الموضوع هذا وإذا حكيت نحكي بسطحية منحكيش واش كاين.

- ماهي الحلول التي لجئت إليها خلال هذه الفترة؟

حاولت ومازالني نحاول نلقا حل أو حلول وهو الطبيب، نقرا في الأنترنات على الموضوع، عندي مرت خالي نخدم في السبيطار نسقسيها على أمور كيما هكا.

- ماهي أنواع العلاجات التي أخذتها من أجل الإنجاب؟

العلاج تع الطبيب، درت *écho vaginal* و *les analyses* لباش يشوفوا واش عندي، وشربت أعشاب الميرمية والبردقوش، حجامة، قالولي على دواء عرب تاع التفوار والمسيدة *mais* ممدرتش.

المحور الثاني: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال

السؤال الرئيسي: ماهو مفهومك للأمومة؟

الأمومة حاجة كبيرة بزاف، منطنش أنو أي مرا متحبش تكون أم، الأمومة بالنسبة ليا حلم كبير أنا أصلا نحب دراري، نحب نربي، إن شاء الله نكون أم.

- ماهي المشاعر التي اجتاحتك طيلة هاته المدة؟

نقلق بزاف بزاف، الموضوع هذا مآثر فيا بزاف ديما راسي يخدم، ديما نخم لابغة نحب ننسى منقدرش حاولت ننسى بصح والو نروح ونولي لنفس النقطة، كي نشوف راجلي يلعب مع دراري تغيضني، *surtout* في الأعياد والمناسبات ولأ برا نشوف الناس معاهم ولادهم نتوجع في قلبي.

- في ظل هذه الوضعية، وحتى تصبح حياتك أفضل إلام تلجئين لتشعري بحال أحسن؟

والله راجلي خدام وساعات يخدم فالليل يعني معظم الوقت وحدي الدار فارغة ساكتة مافيهاش حس وليت نحب نعمر وقتي درت des formations تع خياطة، تع قاطو باش ننسى شويًا.

- هل تشعرين بأنك أصبحت متقلبة المزاج جراء هذه الوضعية؟

شوية، surtout كون واحد يجبدلي على الدراري، تبانلي خاصة تاغي وحدي منحب حتى واحد يدخل فيها، هذا واش توصلت ليه في الوقت لي رانا عايشين فيه، الناس تدخل بزاف وضخم الأمور.

- هل شعرتِ بأنك تحتاجين إلى شخص تتحدثين معه للشعور بالارتياح؟

كي نقلق نحب نقعد وحدي منحبش نحكي ومنحبش نبين قدام لعباد، هي لنحكي معاها أكثر أختي نفضفضلها هي تاني 3 سنين باش جابت الأولاد.

المحور الثالث: إستراتيجيات المواجهة المرتكزة على التجنب

السؤال الرئيسي: هل تستطيعين تجنب كل ما يتعلق بالحمل والإنجاب من أحاديث، أماكن، أشخاص، مناسبات اجتماعية... إلخ؟

نتجنب الهدرة مع الناس حتى كون نحضر مناسبة ويجبدولي نقفل الموضوع ليه ليه، الناس لتهدر بزاف طيشتهم وراء ظهري كنت نسمع لهدرتهم وتغيضني ونقلق mais دركا معدتش لآتية خلاص ليهدر خلي يهدر.

- هل حاولتي التقليل من أهمية الموقف (وضع الموقف في حجمه الطبيعي) من أجل تخفيف التوتر؟

هو الموضوع عندو أهمية كبيرة، يعني يتعلق بالدراري والأمومة نحاول أني نتناسى منقدرش المشكل راه عندي وراجلي كلش عندو طبيعي. نخم في كلش وزيد الحاجة لي نخم فيها أكثر هي العمر أنا ديجا 37 سنة بديت نكبر، هو أنا طولت في الخطوبة 6 سنين والمشاكل وكلش كون تزوجت ليه ليه بلاك كنت نربح الوقت هذاك.

- هل لهذه الوضعية تأثير على العلاقة الجنسية، كمحاولة تجنبها؟

لا معندهاش تأثير، بصح العلاقة في حد ذاتها منيش راضية عليها بزاف.

- هل لهذه الوضعية تأثير على نوعية حياتك وما نوع هذا التأثير؟

أثرت وبشكل سلبي، يعني أي وحدة تتزوج مادايها من وراء الزواج يجيبو الولاد، هوما ليعمروا الدار، يعني القلقة والتخمام وزيد حتى الحياة ممستمتعاش بها، راجلي من النوع لِمِيمَشِيشْ ما يخرجش أنا مادايها لابغة مرة فالقال نخرجوا، نحسوا متردد في كلش يهاب العكس تاعي خلاص في حوايج بزاف منتفاهموش.

مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة الثامنة

م	العبارة
1.	ما هو تقديرك لنوعية الحياة؟ (أ) سيئة جدا (ب) سيئة إلى حد ما (ج) جيدة إلى حد ما (د) لا سيئة و لا جيدة √ (هـ) جيدة جدا
2.	ما هو مدى رضاك عن حالتك الصحية؟ (أ) راض جدا (ب) راض نوعا ما √ (ج) غير راض نوعا ما (د) لا راض و لا غير راض (هـ) غير راض أبدا
3.	من رأيك إلى أي مدى يمكن أن يؤدي مرضك إلى عجزك عن القيام بالعمل؟ (أ) ليس دائما √ (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
4.	حتى تستمر حياتك، ما مقدار الرعاية التي تحتاج إليها؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (هـ) بدرجة بالغة
5.	ما مدى استمتاعك بالحياة؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة √ (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
6.	ما مدى شعورك بوجود معنى لحياتك؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة √ (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
7.	إلى أي مدى يمكنك تركيز عقلك ببساطة؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة √ (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
8.	ما مدى شعورك بالأمن في الحياة (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة √ (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
9.	ما مدى الاهتمام الصحي في بيئتك الطبيعية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة √ (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
10.	هل لديك الكفاية والفاعلية الكافية للقيام بواجبات الحياة اليومية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا √ (هـ) بدرجة بالغة
11.	هل أنت منقبّل لبنائك الجسدي؟

(أ) سيء جداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) جيد نوعاً ما (د) لا سيء و لا جيد √ (هـ) جيد جداً	
هل أنت كفاء لإشباع احتياجاتك؟	12.
(أ) سيء جداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) جيد نوعاً ما (د) لا سيء و لا جيد √ (هـ) جيد جداً	
ما مدى توافر المعلومات اللازمة والتي تحتاج إليها في حياتك اليومية؟	13.
(أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً √ (هـ) بدرجة بالغة	
إلى أي مدى تتوافر لديك الفرصة للراحة والاسترخاء؟	14.
(أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً √ (هـ) بدرجة بالغة	
كم أنت قادر على التنقل هنا وهناك؟	15.
(أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً √ (هـ) بدرجة بالغة	
إلى أي مدى أنت راضي عن نومك؟	16.
(أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما √ (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً	
ما مدى رضاك عن أدائك لواجباتك اليومية؟	17.
(أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما √ (هـ) راضي جداً	
ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل؟	18.
(أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما √ (هـ) راضي جداً	
ما مدى رضاك عن نفسك؟	19.
(أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما √ (هـ) راضي جداً	
ما مدى رضاك عن علاقاتك الشخصية؟	20.
(أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي √ (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً	
ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية؟	21.
(أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي √ (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً	
كم أنت راضياً عن المساندة الاجتماعية التي يقدمها لك أصدقاؤك؟	22.
(أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً √	
ما مدى رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه؟	23.
(أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما √ (هـ) راضي جداً	
ما مدى رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع؟	24.
(أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعاً ما √ (هـ) راضي جداً	
ما مدى رضاك عن مزاجك ورحلاتك؟	25.
(أ) غير راض أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي و لا غير راضي √ (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً	
كم مرة شعرت فيها بالحزن، الاكتئاب، والقلق؟	26.
(أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً √ (هـ) بدرجة بالغة	

مقياس إستراتيجيات المواجهة المطبق على الحالة الثامنة

الرقم	العبارة	لا	إلى حد ما لا	إلى حد ما نعم	نعم
1	وضعت خطة عمل واتبعتها				X
2	تمنيت لو كنت أكثر تفاؤلاً				X
3	تحدثت مع شخص ما على ما شعرت به				X
4	قاومت للحصول على ما أريد				X
5	تغيرت بشكل إيجابي			X	
6	عالجت الأمور الواحدة تلو الأخرى				X
7	تمنيت لو كان باستطاعتك تغيير ما حدث				X
8	شعرت بألم لعدم قدرتك على تجنب المشكل		X		
9	ركزت على الجانب الإيجابي المتوقع ظهوره لاحقاً				X
10	تحدثت مع شخص ما للتعرف على المزيد بخصوص المشكل			X	
11	تمنيت لو تحدثت معجزة				X
12	خرجت من الوضعية الضاغطة بأكثر قوة				X
13	غيرت الأمور لتنتهي إلى الأفضل				X
14	أنبت نفسك و أشعرتها بالذنب			X	
15	احتفظت بمشاعرك لنفسك				X
16	تفاوضت للحصول على شيء إيجابي من المشكل				X
17	حلمت أو تخيلت وقتاً أو مكاناً أحسن من الذي كنت تعيش فيه				X
18	حاولت ألا تتسرع في أفعالك أو إتباع أول فكرة تخطر على بالك				X
19	رفضت التصديق بأن ذلك قد وقع فعلاً			X	
20	أدركت أنك المتسبب في المشكل				X
21	حاولت ألا تتعزل				X

X				فكرت في أشياء غير حقيقية أو خيالية للشعور بأفضل حال	22
	X			تقبلت تعاطف أو تفهم شخص ما	23
X				وجدت حلاً أو حلين للمشكلة	24
X				حاولت نسيان كل شيء	25
X				تمنيت لو كان بإمكانك تغيير اتجاهاتك وموقفك	26
X				عرفت ما يجب فعله وضاعفت جهدي وقمت بكل ما في وسعي للوصول إلى الحل	27
X				غيرت شيئاً ما في نفسي لتحمل الوضعية بشيء أحسن	28
X				انتقدت نفسي أو صححتيها	29