جامعة قاصدي مرباح ورقلة
كليـــة العلـوم الإنسانيـة والاجتماعيـة
قـــســـــم: علم النفس وعلوم التربية

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي

الميدان: علـــوم اجـتماعـــيـــة

الشعبة: علم النفس

التخصص: علم النفس العيادي

مقدمة من طرف الطالبة:

صالحـــي مليكـــة

العجـــز النفســـي لـــدى المـرأة متـأخرة الانجـــاب

دراسة ميدانية بمدينة ورقلة

نوقشت يوم: 2023/06/19

لجنـــة المناقشة المكونـــة مـــن:

- أ.د/بن مجاهد فاطمة الزهراء .....جامعة قاصدي مرباح.....رئيساً.
- أ.د/خميس محمد سليـــم.....جامعة قاصدي مرباح.....مشرفا ومقرراً.
- أ.د/بلحسيني وردة.....جامعة قاصدي مرباح.....مناقشاً.

السنة الجامعية: 2023/2022

جامعة قاصدي مرباح ورقلة
كليـــة العلـوم الإنسانيـة والاجتماعيـة
قـــســـــم: علم النفس وعلوم التربية

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي
الميدان: علـــوم اجـتماعـــيـــة
الشعبة: علم النفس
التخصص: علم النفس العيادي
مقدمة من طرف الطالبة:
صالحـــي مليكـــة

العجـــز النفســـي لـــدى المـرأة متـأخرة الانجـــاب

دراسة ميدانية بمدينة ورقلة

نوقشت يوم: 2023/06/19

لجنة المناقشة المكونة من:

- أ.د/بن مجاهد فاطمة الزهراء.....جامعة قاصدي مرباح.....رئيسـاً.
- أ.د/خميس محمد سليـــم.....جامعة قاصدي مرباح.....مشرفا ومقرراً.
- أ.د/بلحسيني وردة.....جامعة قاصدي مرباح.....مناقشـاً.

السنة الجامعية: 2023/2022

شكر وتقدير

قـال الله تعـالى:

﴿ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ ﴿١٩﴾ { سورة النمل الآية 19 }

أسجد لله حمدا وشكرا وتعظيما أن منى على بحب هذا العمل ووفقني لإنجازه و على نعمه على التي لا تعد ولا تحصى، فله الحمد والشكر من قبل ومن بعد على توفيقه لي في إتمام هذا العمل وجعلني من طلبة العلم.

كما لا يفوتني أن أتقدم بأسمى معاني الشكر والتقدير للأستاذ الفاضل الدكتور "**خميس محمد سليم** "على توجيهاته القيمة وعلى ثقته اللامتناهية ودعمه المستمر خلال مراحل انجاز هذه المذكرة، ومعه يقودنا شرف الوفاء لكل اعضاء اللجنة الاستاذن بن مجاهد فاطمة الزهراء والاستاذة وردة بلحسيني للاعطاء وقت لقراءة هذا العمل

كما لا ننسى جميع أساتذة علم النفس الذين أناروا شموع الأمل في نفوسنا ودفعونا للتقدم نحو الأمام،الاستاذة الدكتورة "**نادية مصطفى الزقاي**" أطال الله في عمرها.

كما أتقدم بجزيل الشكر لكل من الدكتور شريفي أحمد والدكتورة خرفي والدكتورة زغار والدكتورة غنيم تخصص طب النساء والتوليد على كل التسهيلات التي قدمت لي،

كما أشكر كل أفراد العينة اللواتي وضعن ثقتهن في ؛ وقبلوا العمل معي ولولاهن لما تمت ،فالتحية الخالصة لهن.

وتحية خاصة وخالصة، مع أسمى معاني الشكر والعرفان إلى من وقفوا بجانبي دون كلل أو ملل وانتظروا هذه اللحظة كل أفراد أسرتي زوجي نقاز لخضر ،وأبنائي اية ، نور الاسلام، اسيل، روان

واسرة العمل بوكالة التنمية الاجتماعية الفرع الجهوي ورقلة للوصول إلى هذه المرحلة.

الطالـــــبة : صالحي مليكة

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مستوى العجز النفسي لدى عينة من النساء متأخرات الانجاب بمدينة ورقلة، والفروق في هذا المستوى حسب متغير (السن، مدة الزواج، والمهنة)، ومنه إنبثقت فرضيات الدراسة كالتالي:

1-نتوقع مستوى العجز النفسي لدى عينة الدراسة مستوى مرتفعًا؛

2-لا توجد فروق دالة احصائيا في مستوى العجز النفسي تبعا لمتغير السن لدى عينة الدراسة؛

3-لا توجد فروق دالة احصائيا في مستوى العجز النفسي تبعا لمتغير مدة الزواج لدى عينة الدراسة؛

4- لا توجد فروق دالة إحصائيا مستوى العجز النفسي تبعا لمتغير المهنة لدى عينة الدراسة.

وللتحقق من الفرضيات سالفة الذكر تم استخدام استبيان "العجز النفسي" من اعداد الطالبة، وبعد التأكد من الخصائص السيكومترية لأداة القياس طبقت على عينة الدراسة المختارين بطريقة العينة القصدية، والتي تكونت من (150) امرأة متأخرة الانجاب القاصدات الى العيادات الخاصة للعلاج بمدينة ورقلة ، تراوحت أعمارهن بين 19 إلى 45 عاماً، وبعد جمع البيانات وتفريغها، تمت المعالجة الإحصائية باستخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS V 24)، وقد أسفرت النتائج على ما يلي:

1-مستوى العجز النفسي لدى عينة الدراسة مستوى متوسط؛

2- لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى العجز النفسي تبعا لمتغير السن لدى عينة الدراسة؛

3- لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى العجز النفسي تبعا لمتغير مدة الزواج لدى عينة الدراسة؛

4- لا توجد فروق دالة إحصائيا مستوى العجز النفسي تبعا لمتغير المهنة لدى عينة الدراسة.

وقد تمت مناقشة النتائج وفق الأدب النظري والدراسات السابقة حول ذات الموضوع، وتبقى في الأخير نتائج هذه الدراسة محدودة بعينتها ومنهجها وأدواتها.

الكلمات المفتاحية: العجز النفسي ،تأخر الإنجاب.

Abstract of the study:

The current study aimed to identify the level of psychological helplessness among a sample of women with delayed childbearing in the city of Ouargla, and the differences in this level according to the variable (age, duration of marriage, profession), from which the study hypotheses emerged as follows:

1- We expect a high level of psychological helplessness among the study sample.
2- There are no statistically significant differences in the level of psychological helplessness according to the age in the study sample.
3- There are no statistically significant differences in the level of psychological helplessness according to the duration of marriage among the study sample.
4- There are no statistically significant differences in the level of psychological helplessness according to the profession of the study sample.

In order to verify the hypotheses of the study, a psychological helplessness questionnaire prepared by the student was used, and after verifying the psychometric characteristics of the measurement tool, it was applied to the study sample selected by the intentional sample method, which consisted of (150) women with delayed childbearing going to private clinics for treatment in the city of Ouargla, their ages ranged from 19 to 45 years, and after data collection and unloading, statistical treatment was carried out using the statistical program for social sciences (SPSS V24), and the results resulted in the following:

1- The level of psychological helplessness among the study sample is medium.
2- There are no statistically significant differences in the level of psychological helplessness according to the age of the study sample.
3- There are no statistically significant differences in the level of psychological helplessness according to the duration of marriage among the study sample.
4-There are no statistically significant differences in the level of psychological helplessness according to the profession among the study sample.

The results were discussed according to the theoretical literature and previous studies on the same subject, and in the end, the results of this study remain limited to its sample, methodology, and tools.

Keywords: psychological helplessness, delayed childbearing.

فهرس المحتويات

المحتـويـات	الصفحة
الشكر والعرفان.	أ
ملخص الدراسة باللغة العربية.	ب
ملخص الدراسة باللغة الانجليزية.	ج
فهرس المحتويات.	د
فهرس الجداول.	ز
فهرس الأشكال.	ح
المقدمة.	1
الجانب النـــــظري	
الفصل الأول: تقـديـــــم الـــدراســـة	
1-مشكلة الدراسة.	5
2-فرضيات الدراسة.	8
3-أهداف الدراسة.	9
4-أهمية الدراسة..	9
5-المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة.	10
6-حدود الدراسة.	11
7-الدراسات السابقة	12
الفـصل الثـاني: العجز النفسي	
تمهيد.	26
1-تعريف العجز النفسي.	26
2-بعض النظريات المفسرة للعجز النفسي.	30
3-الأعراض الخاصة بالعجز النفسي.	35
4-العوامل والأسباب المؤثرة في حدوث العجز النفسي.	36
5-انواع العجز النفسي .	36
6- خصائص الافراد الذين يعانون العجز النفسي	36

7-أبعاد العجز النفسي.	**37**
8-الاضطرابات المرتبطة بالعجز النفسي.	**37**
خلاصة .	**38**
الفـصل الثالث: تــأخر الانجاب	
تمهيد.	**40**
1-تعريف تأخر الانجاب.	**40**
2-المصطلحات المرتبطة بتأخر الانجاب.	**43**
3-انواع تأخر الانجاب عند المرأة	**44**
4-أسباب تأخر الانجاب عند المرأة.	**44**
5-أهم الفحوصات التي تقوم بها المرأة المتأخرة في الانجاب	**48**
6-علاج تأخر الانجاب عند المرأة.	**49**
7-الآثار النفسية لتأخر الانجاب على المرأة	**51**
خلاصة .	**53**
الجــانب الميداني	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
تمهـيد.	**56**
1-المنهج المتبع في الدراسة.	**56**
2-الدراسة الاستطلاعية.	**56**
2-1-أهداف الدراسة الاستطلاعية.	**57**
2-2-عينة الدراسة الاستطلاعية.	**57**
3- أداة الدراسة.	**58**
4- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة	**59**
5- الدراسة الأساسية.	**69**
5-1-عينة الدراسة الأساسية.	**69**
5-2- إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية.	**72**

5-3-الأساليب الإحصائية.	**73**
خلاصة .	**73**
الفصل الخامس: عرض وتحليل نتائج الدراسة	
تمهيد.	**75**
1-عرض وتحليل نتيجة الفرضية العامة.	**75**
2-عرض وتحليل نتيجة الفرضية الأولى.	**77**
3-عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثانية.	**78**
4-عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثالثة.	**79**
خلاصة .	**79**
الفصل السادس: تفسير ومناقشة نتائج الدراسة	
1-تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية العامة.	**81**
2-تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الاولى.	**83**
3-تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الثانية.	**84**
4-تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الثالثة.	**86**
الاستنتاج العام.	**88**
اقتراحات.	**89**
المراجـع.	**90**
الملاحـق.	**101**

فهرس الجداول

الرقم	عنـــوان الجدول	ص
01	يوضح ابعاد أداة القياس" العجز النفسي".	60
02	يوضح مجال مستوى العجز النفسي لأداة القياس.	61
03	يوضح نتائج صدق مقياس العجز النفسي بطريقة المقارنة الطرفية.	63
04	يوضح نتائج صدق الذاتي للأبعاد المقياس العجز النفسي.	64
05	يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات لبعد تقدير الذات مع درجته الكلية.	65
06	يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات لبعد اليأس مع درجته الكلية	65
07	يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات لبعد المساندة النفسية مع درجته الكلية	66
08	يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات لبعد النشاط الجسدي مع درجته الكلية	67
09	يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات "استبيان العجز النفسي"مع درجته الكلية	68
10	يوضح مصفوفة ارتباطات الدرجات الكلية للابعاد مع درجته الكلية	69
11	يوضح نتائج معامل ثبات مقياس العجز النفسي بطريقة ألفا كرونباخ	70
12	يوضح نتائج معامل ثبات مقياس العجز النفسي بطريقة المعامل بمعادلة سيبرمان برون	70
13	يوضح توزيع عينة الدراسة حسب العيادات.	71
14	يوضح توزيع عينة الراسة حسب السن.	72
15	يوضح توزيع عينة العينة حسب مدة الزواج.	73
16	يوضح توزيع عينة العينة حسب المهنة.	74
17	يوضح نتائج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمستوى العجز النفسي	77
18	يوضح توزيع عينة الدراسة حسب مجال مستوى العجز النفسي	78
19	يوضح دلالة الفروق لدى النساء المتأخرات في الانجاب حسب متغير السن	79
20	يوضح دلالة الفروق لدى النساء المتأخرات في الانجاب حسب متغير مدة الزواج	80
21	يوضح دلالة الفروق لدى النساء المتأخرات في الانجاب حسب متغير المهنة	81

فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	ص
01	توزيع عينة الدراسة حسب السن.	72
02	توزيع عينة الدراسة حسب مدة الزواج	73
03	توزيع عينة الدراسة حسب المهنة	74
04	نسبة توزيع عينة الدراسة حسب مجال مستوى العجز النفسي	78

المقدمـــة:

قال تعالى: ﴿ رَبِّ لَا تَذَرْنِي فَرْدًا وَأَنتَ خَيْرُ الْوَارِثِينَ﴾ الأنبياء[89]، إنطلاقا من هذه الأية الكريمة نجد أن كل زوج يتمنى أن يكون له نسل من صلبه من يحمل إسمه ويرثه، وقد جعل الله المرأة هي الوعاء الذي يحمل هذا النسل وخصها بهذا الدور عن طريق الحمل الذي يعد عملية تفاعلية فسيولوجية ونفسية وإجتماعية، وتشير البحوث والدراسات على وجود علاقة بين صحة المرأة الجسدية وصحتها النفسية لإن «العلاقة بين هذين الجانبين في الإنسان علاقة تفاعلية »(صيهود هاشم،2016)، فحدوث الحمل يعتبر مرحلة إنتقالية فتصبح أكثر نضجا وإستقرارا نفسيا في دور الأم ، وتتجه قدراتها العقلية والنفسية والجسمية والإجتماعية نحو الثبوت والإستقرار والنضج، فتشعر بالأمن والإطمئنان، ويعني أنها وصلت إلى تحقيق إثبات أنوثتها وكذا تحقيق التكامل الفسيولوجي والنفسي والإجتماعي، لكن عند تأخر الحمل يشكل لها عقبة تمنعها من تحقيق وإشباع حاجتها الفسيولوجية (الأمومة)، مما يؤثر على فكر المرأة وعلى صحتها النفسية.

وبما أن تحقيق المرأة لرغبتها في الإنجاب مطلب بيولوجي وكذا نفسي وإجتماعي، فهو ليس مشكل ذاتي للمرأة فقط ، إنما هناك نظرة المجتمع التي تحكم عليها على أنها المسؤولة عن الإنجاب، إستنادًا إلى ما ذكر فإن المرأة تعيش تحت ضغط العجز الجسمي الذي لا تستطيع فعل أي شيء الإ السعي نحو العلاجات المتاحة، والحاجة النفسية الملحة للإشباع (الأمومة)و الحاجة الإجتماعية لإثبات دورها وأنوثتها، مما يجعلها تدخل في دوامة نفسية تنعكس على سلوكياتها فتشعر بأن قواها وطاقتها تسلب منها وفقدانها الأمل واليأس وشعورها بأنها وحيدة ولا أحد يساندها مما يجعلها تفقد ثقتها بنفسها فتصبح عاجزة نفسيا.

تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية لسنة (2023) إلى أن تأخر الإنجاب يصيب أعدادا كبيرة من الأشخاص في مرحلة من مراحل حياتهم، ويعاني منه نحو 17.5% من البالغين، أي نحو شخص واحد من كل ستة أشخاص في العالم(منظمة الصحة العالمية،2023)، ونتيجة التغيرات النفسية والإجتماعية الحاصلة التي تجعل المرأة متأخرة الإنجاب تشعر بالعجز

النفسي، الذي أصبح من أكثر المواضيع إثارة للجدل نتيجة تغيرات الظروف في المجتمع، فقد إستقطب إهتمام المختصين الباحثين خلال الآونة الأخيرة وبدراسته على عينات مختلفة منهم الطلبة، النساء المعنفات، الشباب، اولياء المعاقين، ذلك قصد التعرف على أهم المتغيرات التي قد تساعد في تفسيره.

لذلك إرتأت هذه الدراسة الحالية إلى معرفة مستوى العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الإنجاب، حسب بعض المتغيرات، حيث تم تقسيم الدراسة الى جانبين:

الجانب النظرية:

يضم الفصول التالية:

الفصل الأول:

يتمثل هذا الفصل في تقديم الدراسة الذي يضم مشكلة الدراسة والفرضيات، إضافة إلى أهداف الدراسة وأهمية الدراسة النظرية والتطبيقية، والتعاريف الإجرائية، وحدود الدراسة، والدراسات السابقة.

الفصل الثاني:

يحتوى هذا الفصل الحديث عن العجز النفسي، وذلك بتعريف العجز النفسي والنظريات التي تناولته، بالإضافة إلى أعراضه وأسبابه وأبعاده والعوامل التي تساعد في حدوثه.

الفصل الثالث :

يضم الحديث عن تأخر الإنجاب، تعريف تأخر الإنجاب، المصطلحات المرتبطة بتأخر الإنجاب، أنواع تأخر الإنجاب عند المرأة؛ أسباب تأخر الإنجاب عند المرأة، أهم الفحوصات التي تقوم بها المرأة المتأخرة في الإنجاب، علاج تأخر الإنجاب عند المرأة، الأثار النفسية لتأخر الإنجاب على المرأة.

الجانب الثاني:

يضم الفصول التالية:

الفصل الرابع:

يشمل هذا الفصل أهم الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية التي تحتوى على المنهج والدراسة الاستطلاعية ، ،و أداة القياس المستخدمة في الدراسة ، وذكر الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة ، والدراسة الأساسية عينة الدراسة الاساسية والحدود المكانية والحدود الزمنية والحدود البشرية إجراءات تطبيق الدراسة الاساسية والأساليب الإحصائية المستخدمة لمعالجة النتائج.

الفصل الخامس:

فيه تم عرض وتحليل نتائج الدراسة،

الفصل السادس:

تناول هذا الفصل مناقشة وتفسير نتائج فرضيات الدراسة وفقً الإطار النظري والدراسات السابقة ، وبعدها تم تقديم استنتاج عام واقتراحات.

الفصل الأول
تقديم الـدراسـة

1- مشكلة الدراسة.

2- فرضيات الدراسة.

3- أهداف الدراسة.

4- أهمية الدراسة.

5- المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة.

6- حدود الدراسة.

7- الدراسات السابقة.

1- مشكلة الدراسة:

لقد خص الله الزواج بصفة السكينة والتي تعني الإطمئنان والأمن حيث تعتبر من الحاجات النفسية الأساسية للزوجين، لما له من أهمية لتكاثر الجنس والحفاظ عليه، وفي ظل التغيرات الإجتماعية والإقتصادية ظهرت عدة أمراض تعيق تكاثر الجنس البشري، وتجعل الزوجين في صراع وضغوطات نفسية وإجتماعية ومادية نتيجة تأخر الإنجاب ونتيجة السعي للعلاج.

هذا ما توصلت إليه الدراسات النفسية والعلمية أن لتأخر الإنجاب أثار نفسية وإجتماعية على الزوجين، حيث يظهر أثره الكبير على المرأة مقارنة بالرجل، وهذا ما أشارة اليه "محمد ابراهيم العسلية"(2006) بأن الزوجات الإناث هن أكثر تأثرًا من الأزواج الذكور جراء واقعة تأخر في الحمل(محمد ابراهيم العسلية،2006)، بإعتبار المرأة في مجتمعنا هي المسؤولة الأولى في قضية تأخر الحمل، وبالتالي فإنها تتحمل أثاره وتبعاته النفسية والعائلية والإجتماعية، مما يجعلها تعيش تحت ضغوطات نفسية يتطلب منها مجهود لتكيف وعندما لا تستطيع تستسلم، و يظهر عليها الأنسحاب والهروب من المواقف الإجتماعية والعدوانية ضد الأخرين لإحساسها بعدم وجود مساندة فتفقد ثقتها بذاتها، وفقدان الشعور بالدور في الحياة والإفتقار العاطفي والشعور المستمر بأن حياتها مهددة بالصراعات والمخاطر وشعورها بعدم وجود سند مما يولد لديها عجز نفسي.

يشير "حسانبوري ازغدي وأخرون" **(Hasanpoor-Aaghdyet al)(2014)** " إلى أن أهم النتائج النفس إنفعالية للعقم وعلاجه مجموعة من الإستجابات وهي: إستجابات التأثر الإنفعالي لحالة العقم ومنها: الخوف، القلق، التوتر، الوحدة، الإحساس بالذنب، الحزن، الاكتئاب)، وإستجابات التأثر الإنفعالي للعملية العلاجية لتأخر الإنجاب ومنها القلق، التعب، الحزن، الإكتئاب واليأس والعجز(Hasanpoor – Aaghdy et al2014).

كما يرى العالم "رازمان" (Riesman) (1995) أن مشكلة العجز النفسي حالة ينفرد بها الإنسان لأنه ناتج عن علاقة تفاعلية بين الجسد والعقل، وأن معظم الأفراد لا يستطيعون التعايش مع متطلبات التغيرات الهائلة دون أن يتعرضوا إلى الكثير من صور الإحساس بالإضطرابات النفسية، ويعد الإحساس بالعجز النفسي نقطة البدء لكثير من المشكلات التي يعاني منها الإنسان لأن تأثيراتها تتبادل فيما بينها في حلقة دائرية إذ تؤثر الواحدة بالأخرى،

وإن الأفراد الذين يشعرون بالعجز عندما يفشلون في تحقيق أهدافهم فإنهم سرعان ما يخضعون لليأس والإستسلام من غير بذل أدنى جهد لمواجهة المواقف الصعبة التي تعترضهم وتشعرهم بالقلق وعدم الراحة في حياتهم الضاغطة."(حجاج غانم، 2005، ص105)

يعتبر "كريم عسران "(2020) العجز النفسي « مشكلة من أهم المشاكل التي من الممكن أن يتعرض لها الفرد، فكثرة المشكلات والإضطرابات التي يمر بها الفرد تجعله متخبطا وينتج عنها العديد من المشاعر السيئة مثل القلق والبكاء والحزن وغياب الإستقرار والضيق المستمر، فضلاً عن عدم استقرار وتذبذبها ويترتب على ذلك فقدان الشعور بدوره في الحيـاة والإفتقـار العاطفـي والشعـور المستمـر بأن حياته مهدده بالصراعات والمخاطر وشعـوره بالفراغ والـعزلة الوجدانيـة والوحـدة النفسيـة ممـا يجعله عاجزًا نفسـيًا.»(كريم عسران ، 2020 ،ص13)

أما "يوسف قطامي"(2012) فيرى العجز النفسي أنه:« ظاهرة مؤلمة في نتائجها، وقد تعمل على تدمير الذات، أو تترك أثارًا يصعب التخلص منها على مدى الحياة.» (يوسف قطامي ،2012 ص 280)

في حين يؤكد (سيلجمان) أن التجارب المؤلمة و الصادمة التي يمر بها الفرد تجعل منه متشائماً وتشيع بداخله الشعور بالعجز وفقدان السيطرة بسبب تعميم تلك الخبرة على المواقف المستقبلية)، وأن تكرار تعرض الفرد للضغوط، إذا تزامن مع إعتقاده بأنه لا يستطيع التحكم في المواقف الضاغطة و مواجهتها، يصبح أسير الأفكار التي تخلق التعاسة واليأس ويصبح غير قادرة على الإندماج مع الأخرين، ويشعر بعدم الإيجابية والفعالية ونقص طاقته الحيوية مع عدم قدرته السيطرة على الأحداث والمجريات، ويعجز عن تحمل المسؤولية، ومع شعوره بعدم وجود مساندة نفسية يجعله يائس وفاقد الثقة في ذاته مما يحدث تغيرات على صحته النفسية ويصبح عاجز نفسيا".(سيلجمان وآخرون 2006،ص132)

لقد اعتبر تأخر الإنجاب من الخبرات المؤلمة وهذا ما يؤكده" كارول تركينجنون وسوزان بروست"(2001) «أن المرأة تصاب بصدمة تأخر الحمل عندما تتأكد من إستحالة الحمل وهنا إما أن تزيد عدوانيتها أو تلجأ إلى الإنسحاب والإنطواء والإكتئاب، وهذا ما توصلت دراسة حديثة أجرتها جامعة هارفارد الى أن النساء اللواتي يتناولن عقاقير الخصوبة

تكون معاناتهن مساوية للنساء اللواتي يعالجن من السرطان»(كارول تركينجنون وسوزان بروست،2001،ص200) وهذا ما تتفق معه "اليس ودومار"(**Alice,Domar**)(2007) إلى أن النساء متأخرات الإنجاب لديهن نفس مستوى القلق والإكتئاب مثل النساء اللاتي لديهن السرطان ومرض القلب". (Alice,Domar,2007 ,p7)

ويرى كل من "اسبادا" و"روسي" (Espada ,rosset,)(2008) «الى أن تأخر في الحمل خبرة صادمة وينتج عنها أزمات نفسية هامة بحيث يختبر الفرد نوع من الصراع الداخلي بين قدراته ووعيه بالعجز الواضح والغير معروف المؤدي الى كسر التوازن البيوهرموني والتوازن النفسي ومشاكل تضم الفهم، التواصل مع الشريك، حياته العائلية مصادره المالية وفهمه لمحيطه الإجتماعي.» (Espada ,rosset,2008,p2)

أشارت أيضا الدراسات والبحوث النظرية والإكلينيكية إلى أن تأخر في الحمل يعد خبرة ضاغطة بالنسبة للأفراد سواء أثناء التشخيص أو العلاج ،وأن هؤلاء الأفراد يعانون من إضطرابات نفسية مرتفعة، وإن المرأة تمر بمراحل من الحزن تشابه المراحل النفسية التي يمر بها الفرد عند حدوث صدمة، وهذا ما تذكره "**مرفت عبد الناصر** " بالتفصيل تحت بند الترمل «وأول هذه المراحل هو الإحساس بالتمرد والشعور بالظلم والإضطهاد والغضب لكونها ضحية عدم الإنجاب ويأتي هذا الشعور بالذنب واليأس الذي قد يطول والحزن هنا يكون على موت الحلم أو الأمل وكأنها سلب منها الطفل الذي عاش في خيالها وشعرت معه ومن خلاله بأن أنوثتها تتحقق ولو في الخيال وقد يصل الحزن بالمرأة إلى الشعور الفضيع بأن لا هدف من حياتها و أن لا داعي من وجودها في الحياة. »(مرفت عبد الناصر،دس،ص157)

اذا تأخر الحمل واستمر إلى مدة سواء كانت طويلة أو قصيرة فإن المرأة تعيش تحت الضغوط النفسية والإجتماعية، تحاول التكيف أو تهرب من المواقف وتكتسب أفكار وإنفعالات سلبية.

تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية لسنة (2023) تشير إلى أن تأخر الإنجاب يصيب أعدادا كبيرة من الأشخاص في مرحلة من مراحل حياتهم، ويعاني منه نحو 17.5% من البالغين، أي نحو شخص واحد من كل ستة أشخاص في العالم(منظمة الصحة العالمية،2023).

في حين تشير الدراسات العلمية أن 10-15% من المتزوجين يعانون من تأخر الإنجاب حيث أن 40%من حالات النساء هن من يتحملن المسؤولية بينما يتحمل الرجل 40%و10% من الحالات تعود إلى أسباب أخرى و10% ترجع إلى أسباب غير معروفة، وتأخر الإنجاب له خصوصية في البلاد العربية لا يستطيع أحد إنكارها حيث ترتبط مكانة المرأة في المجتمع بالزواج وإنجاب الأطفال.(Katherine Péloquin،2013،P23)

وبما أن الجزائر تعد من بين الدول التي تعاني من إنتشار تأخر الإنجاب، حيث تشير الإحصائيات حسب الجمعية الجزائرية للتنظيم العائلي أن نسبة تأخر الإنجاب وصلت إلى 15-20% في السنوات الأخيرة.(حكيم بوغرارة ، 2017)، وأن أزيد من 3 ملايين و150 ألف جزائري، يعانون من حالات تأخر الإنجاب، وهذا راجع إلى نمط العيش والتغذية، فضلا عن تأخر سن الزواج الذي ساهم في تزايد الظاهرة التي تمس 7% من الجزائريين.(أسماء منور، 2021)

في هذا الإطار تتمحور الدراسة الحالية بمحاولة تسليط الضوء على موضوع العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الإنجاب عبر المشكلة العامة التي يمكن صياغتها كالتالي:

ما مستوى العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الإنجاب؟

تتفرع عن هذه المشكلة التساؤلات التالية:

1- هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى درجات العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الإنجاب تعزى لمتغير السن؟
2- هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى درجات العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الإنجاب تعزى لمتغير مدة الزواج؟
3- هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى درجات العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الإنجاب تعزى لمتغير المهنة؟

2 - فرضيات الدراسة:

1- مستوى العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الإنجاب عجزًا مرتفعًا.

2-لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى درجات العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الانجاب تعزى لمتغير السن.

3-لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى درجات العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الإنجاب تعزى لمتغير مدة الزواج.

4-لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى درجات العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الإنجاب تعزى لمتغير المهنة.

3- أهداف الدراسة:

من خلال هذه الدراسة نهدف الى:

1- معرفة مستوى العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الإنجاب .

2- معرفة الفروق في مستوى درجات العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الإنجاب تبعا لمتغير السن.

3-معرفة الفروق في مستوى درجات العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الإنجاب تبعا لمتغير مدة الزواج.

4-4- معرفة الفروق في مستوى درجات العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الإنجاب تبعا لمتغير المهنة.

4- أهمية الدراسة:

لكل بحث علمي أهمية تدفع بالباحث إلى الغوص في أعماق الموضوع ومحاولة الوصول إلى إجابات عن التساؤلات التي يطرحها حول هذا الموضوع، و هذا من خلال الأهمية النظرية والتطبيقية والمتمثلة في دراستنا فيما يلي:

4-1- الأهمية النظرية:

1- إلقاء الضوء على متغير ربما يعاني منه الكثير، ولكن لا يدركونه وهو العجز النفسي ، فالإنسان لا يولد عاجزا أو ضعيفا أو محبطا، إنما الضغوط المستمرة والاحداث السيئة تفقده السيطرة على حياته ، ويولد لديه احساس قوى بمسؤولية عوامل خارجه عن ارادته مما يدفعه للَاستسلَام للظروف ، وخلَال عمليات البحث التي أجرتها الباحثة وجدت

أن معظم الدراسات تركز وتربط العجز بمناحي تعليمية وأكاديمية أكثر منها بمناحي نفسية واجتماعية، ،وهكذا يتميز البحث بأنه جاء يؤكد على التفسير النفسي للعجز .

2- تناول الدراسة فئة النساء المتأخرات في الانجاب ، وهن بحاجة إلى مساندة نفسية، وتوفير الرعاية النفسية، التي من شأنها أن تخفض شعورهن بالضعف.

3- تفتح المجال أمام الباحثين لعمل دراسات حول متغيرات الدراسة الحالية

4- وعلى الرغم من وجود دراسات ميدانية تناولت متغيرات الدراسة الحالية؛ إلا أنها لم نجد دراسات دراسة تناولات هذه المتغيرين مع بعض.

4-2- الأهمية التطبيقية:

1 – بناء مقياس العجز النفسي.

2- يمكن أن تساهم هذه الدراسة في لفت نظر الباحثين لتناول متغيرات لها إرتباط وثيق في حياة هذه الفئة وصحتها النفسية؛

5-وقد تساهم في حث الباحثين في مجال العلاج النفسي على تطبيق برامج علاجية لهذه الفئة من النساء.

5- المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

***العجز النفسي:**

تعرفه" سميــة كرسوع "(2016) بأنه": ضعف القدرة على أداء وظيفي كالشعور باليأس وعدم القدرة على إتخاذ القرارات و بدء الخطط، وفقدان الطاقة الحيوية والإحساس بالإحباط، وفقدان الثقة بالنفس والنظـرة السلبية للحياة وفقدان المساعدة النفسيــة.(سمية كرسوع ،2016، ص06)

التعريف إجرائيا:

شعور المرأة بضعف في نشاطها وباليأس وعدم وجود مساندة نفسية وتدني في تقديرها لذاتها، يظهر هذا من خلال الدرجة التي تحصل عليها المرأة عن طريق الإجابة على إستبيان العجز النفسي المستخدم في الدراسة الحالية.

تأخر الإنجاب:يعرفه" **حسام زكي**" هو:"عدم القدرة على الحمل بعد مرور عام من محاولة إنجاب طفل بالرغم من العلاقة الجنسية المنتظمة بين الزوجين وبالطبع عدم إستخدام موانع حدوث الحمل"(حسام زكي،د.س،ص30)

المرأة متأخرة الانجاب

تعريف اجرائيا:

هي المرأة المتزوجة التي تأخر حملها وقد مضى عن زواجها عام فأكثر من العلاقة الزوجية الصحيحة دون إستخدام موانع الحمل، يكون عمرها بين 19سنة لتفادي عنصر عدم نضج الجهاز التناسلي، و45 سنة لتفادي سن اليأس.

تقدير الذات:

تقييم المرأة لذاتها من خلال إجابتها على العبارات التابعة للبعد في الاداة المستخدمة في الدراسة.

المساندة النفسية:

السند العاطفي الذي تستمده المرأة من المحيطيين بها والذي يصفه المقياس من خلال العبارات التابعة للبعد.

النشاط والحيوية:

احساس المرأة بضعف في قدراتها الجسدية حيث يقاس عن طريق المقياس من خلال العبارات التابعة للبعد.

اليأس:

فقدان الأمل في تحقيق أهداف مستقبليةا، والذي يقيسه المقياس من خلال العبارات التابعة للبعد.

6-حدود الدراسة:

تمثلت حدود الدراسة الحالية فيما يلي:

* **الحدود البشرية:** إقتصرت على عينة قوامها(150)إمرأة من نساء متأخرات في الإنجاب تتراوح أعمارهن بين (19-45)سنة، والقاصدات للعيادات الخاصة بالطب النساء والتوليد للعلاج بمدينة ورقلة؛

* **الحدود المكانية:** تمثلت حدود الدراسة في عيادات الخاصة بالطب النساء والتوليد بمدينة ورقلة؛

* **الحدود الزمنية:** تمثلت في الفترة الممتدة من 2023/02/03 إلى 2023/04/15.

7- الدراسات السابقة:

1. متغير العجز النفسي:

***دراسة ضحي محمود (2005): العجز النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلبة جامعة بغداد:**

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى العجز النفسي لطلبة جامعة بغداد، والتعرف على الفروق ما بين المجالات على مقياس العجز النفسي وهي الإنزعاج الذاتي، العجز في الوظيفة الإجتماعية، العجز في الأداء الدراسي.

الكشف عن العجر النفسي لطلبة جامعة بغداد على وفق متغير الجنس، الحالة الاقتصادية(ملك-إيجار)، المرحلة الدراسية (الأولى، الثانية، الثالثة، الرابعة)، التخصص(علمي-إنساني)، توقع حدوث الحرب أو عدم توقع حدوث الحرب، تلقي التدريب لمواجهة كوارث الحرب أو عدم تلقي التدريب لمواجهة كوارث الحرب، وفق متغير المرور بخبرة الحروب السابقة، أو عدم المرور بهاتين الخبرتين. إختيرت عينة البحث بالطريقة الطبقية العشوائية من كليات جامعة بغداد، وبلغ حجم العينة (400) طالب وطالبة، بتطبيق مقياس العجز النفسي من إعداد الباحثة حددت (3) مجالات للمقياس وهي: مجال الانزعاج الذاتي، مجال العجز في الوظيفة الإجتماعية، مجال العجز في الأداء الدراسي، تكون المقياس من (25) فقرة أسفرت النتائج على أن مستوى العجز النفسي لدى طلبة جامعة بغداد منخفضا

ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجالات المقياس ولصالح المجال الثالث كالعجز في الأداء الدراسي، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس العجز النفسي لدى عينة الدراسة وفق متغير الجنس، المراحل الدراسية الأربعة، بين توقع الطلبة لحدوث الحرب أو عدم توقعهم، بين الطلبة الذين تلقوا تدريبياً والذين لم يتلقوا تدريباً.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الحالة الاقتصادية (ملك-إيجار)ولصالح الإيجار، والتخصص (علمي،إنسانى) ولصالح العلمي، المرور بخيرة الحروب وبين عدم المرور بخبرة الحروب ولصالح المرور بخبرة الحروب.

***دراسة أمل إبراهيم الخالدي ونهى لعيبي سهم(2014): تأثير أسلوب وقف الأفكار في تخفيض العجز النفسي لدى طالبات المرحلة الإعدادية:**

هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير أسلوب وقف الأفكار في خفض العجز النفسي لدى طالبات المرحلة الإعدادية، من خلال الفروق في درجات العجز النفسي بين مجموعتين مجموعة تجريبية بأسلوب وقف الأفكار ومجموعة الضابطة في الأختبار البعدي، والتعرف على مستوى العجز النفسي ببناء مقياس وفق نظرية مارتن سليجمان، وتكونت عينة الدراسة400طالبة من الصف الخامس الإعدادي أين تم تحديد الطالبات اللواتي يعانين من العجز النفسي ووضع مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية، وتم تطبيق على المجموعة التجريبية برنامج إرشادي وقد أظهرت الدراسة أن الأسلوب وقف الأفكار له تأثير في خفض العجز النفسي لدى الطالبات المرحلة الأعدادية.

***دراسة "سمية كرسوع"(2016)هدفت الدراسة التعرف إلى فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتخفيف العجز النفسي لدى عينة من الزوجات المعنفات، في قطاع غزة بفلسطين:**

بحثت الدراسة في التعرف إلى فاعلية برنامج لتخفيف العجز النفسي لدى عينة من الزوجات المعنفات، في قطاع غزة بفلسطين، وتكونت عينة الدراسة من(30)سيدة متزوجة، وإستخدمت الباحثة مقياس العجز النفسي من إعدادها، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في لمتوسط درجات العجز النفسي لدى المجموعة التجريبية في القياس(قبلي–بعدي–تتبعي)لصالح القياس التتبعي.

*** دراسة "قنيطة" (2019) العلاقة بين العجز النفسي والحساسية الانفعالية لدى النساء المعنفات في محافظة غزة بفلسطين:**

سعت الدراسة الى التعرف إلى طبيعة العلاقة بين العجز النفسي والحساسية الإنفعالية لدى النساء المعنفات في محافظة غزة بفلسطين، وإستخدمت الباحثة مقياس العجز النفسي ومقياس الحساسية الإنفعالية وكلاهما من إعدادها، وتكونت عينة البحث من(160)من السيدات المعنفات. وتوصلت النتائج إلى أن مستوى العجز النفسي متوسط، وأن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية طردية بين العجز النفسي والحساسية الإنفعالية لدى النساء المعنفات في محافظة غزة

***دراسة"رياض صيهود هاشم"(2020)، بعنوان: العجز النفسي وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلاب وطالبات كلية التربية الرياضية بجامعة بيسان:**

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى العجز النفسي لدى عينة البحث والتعرف على علاقة العجز النفسي بالصحة النفسية لطلبة كلية التربية البدنية وعلوم الرياضة تبعا ومعرفة الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في العجز النفسي، وقد بلغت عينة البحث72طالب وطالبة وقد إستخدم الباحث مقياسين هما(العجز النفسي والصحة النفسية)وتوصلت نتائج الدراسة إلى تباينات في مستويات الصحة النفسية لدى الطلاب والطالبات، حيث كان مستوى الصحة النفسية لدى الطلاب أعلى منه لدى الطالبات وكذلك وجود علاقة إرتباط عكسية بين العجز النفسي والصحة النفسية لدى طلبة كلية التربية البدنية وعلوم الرياضة، وكذلك ظهر أن مستوى العجز النفسي لدى الطلاب والطالبات أقل من مستوى الوسط الفرضي وهذا يدل على أن عينة البحث تتميز بالعجز دون المتوسط، وكلما قل عن ذلك يكون أفضل وبشكل إيجابي.

***عبد الكريم محمد عبد ابو مصطفى(2020): الاتزان الانفعالي علاقته قلق المستقل والعجز النفسي لدى والدي الاطفال المعاقين حركيا:**

سعت الدراسة الى معرفة مستوى الإتزان الإنفعالي علاقته قلق المستقل والعجز النفسي لدى والدي الأطفال المعاقين حركيا، والعلاقة بينهم، والفروق بينهم حسب الجنس والسن والمؤهل العلمي ومستوى الدخل، وكانت عينة الدراسة(226)والدي للأطفال معاقين حركيا من المنتسبين لجمعية المعاقين حركيا، وإستخدم مقياس الإتزان الإنفعالي من إعداده ومقياس قلق المستقبل من إعداد (محمود2018)ومقياس العجز النفسي من إعداد(قنيطة2019)، والإعتماد على المنهج الوصفي والأساليب الإحصائية وتوصلت الدراسة الى أن لدى والدي الأطفال المعاقين حركيا لديهم مستوى الإتزان الإنفعالي متوسط في حين مستوى قلق المستقبل مرتفع وإن مستوى العجز النفسي مستوى متوسط، وإن العلاقة بينهم سلبية بين الإتزان الإنفعالي وقلق المستقبل والعجز النفسي، وأنها لا توجد فروق في الإتزان الإنفعالي وقلق المستقل والعجز النفسي لدى والدي الأطفال المعاقين حركيا، حسب الجنس والسن والمؤهل العلمي ومستوى الدخل.

***دراسة "حاجي أيمن وأخرون"(2021)العجز النفسي لدى أولياء الأطفال المتخلفين ذهنيا:**

هدفت الدراسة إلى معرفة على مستوى العجز النفسي لدى أولياء الأطفال المتخلفين ذهنيا، والكشف عن وجود فروق في مستوى العجز النفسي تعزى لمتغيرات الدراسة(الجنس– السن– المستوى التعليمي– الوضع الاقتصادي)، وقد توصلت الدراسة أن مستوى العجز النفسي لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا متوسط، وأنه لا توجد فروق في مستوى العجز النفسي تعزى لمتغيرات الدراسة(الجنس– السن– المستوى التعليمي– الوضع الاقتصادي).

***دراسة سارة محمد عواد د.علاء الدين علي العنزي(2021)" العجز النفسي في ضوء بعض المتغيرات لدى طلبة جامعة الموصل ":**

هدف البحث إلى بناء مقياس العجز النفسي لدى طلبة جامعة الموصل والتعرف على مستوى العجز النفسي لدى طلبة جامعة الموصل، وكذلك التعرف على الفروق في مستوى العجز النفسي تبعاً لمتغيرا(الجنس، التخصص، المرحلة الدراسية) ولغرض تحقيق الأهداف قام الباحثان بإعداد مقياس" العجز النفسي" المتكون من (40) فقرة يغطي ستة ابعاد والتي هي(الرؤية الإنتقائية, وتوقع الفشل, وفقدان الأمل وعدم القدرة على السيطرة على البيئة ,فقدان الإرادة, الإخفاق الإجتماعي, العجز في الأداء الدراسي) على عينة بلغت (416) طالباً وطالبة وتم اختيارهم بالطريقة العشوائية المنتظمة من كليات جامعة الموصل, وقد تم التحقق من صدق المقياس وثباته, وتوصل البحث الى امتلاك الطلبة للعجز النفسي، وعدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى العجز النفسي تبعاً لمتغير(الجنس، التخصص، المرحلة الدراسية).

*** دراسة أماني أحمد إسكندراني(2021) العدوى الإنفعالية لمستخدمي وسائل التواصل الإجتماعي في ظل جائحة كورونا والعجز النفسي:**

تناولت الدراسة معرفة العلاقة بين العدوى الإنفعالية لمستخدمي وسائل التواصل الإجتماعي في ظل جائحة كورونا والعجز النفسي لدى عينة من الراشدين في مدينة دمشق، والكشف عن دلالة الفروق (وفقاً لمتغير العمر والجنس والمستوى التعليمي في كل من المتغيرين السابقين، وذلك على عينة بلغت(500)من مدينة دمشق، ذكراً وأنثى وتم إستخدام مقياس العدوى الإنفعالية(إعداد دوهرتي) ومقياس العجز النفسي(إعداد ضحى محمود)،

وأظهرت النتائج وجود علاقة إرتباطية موجبة بين العدوى الإنفعالية والعجز النفسي، ووجود فروق وفقاً لمتغير الجنس في كل من العدوى الإنفعالية والعجز النفسي لصالح الإناث، ووجدت فروق وفقاً لمتغير العمر في كل من العدوى الإنفعالية والعجز النفسي لصالح مرحلة الرشد المبكر في العدوى الإنفعالية ولصالح مرحلة الشيخوخة في العجز النفسي، كما وجدت فروق وفقاً لمتغير المستوى التعليمي في كل من العدوى الإنفعالية والعجز النفسي لصالح البكالوريا في كلي المتغيرين.

***دراسة "بيان صافي"(2022) العلاقة بين العجز النفسي ووجهة الضبط لدى عينة من النساء المعيلات المسجلات في الجمعيات الخيرية في مدينة حمص طالبة الدراسات العليا:**

هدفت إلى معرفة العلاقة بين العجز النفسي ووجهة الضبط لدى عينة من النساء المعيلات في مدينة حمص، وفيما إذا كانت هناك فروق بين متوسطات درجات إجابات عينة البحث من النساء المعيلات على مقياس العجز النفسي ووجهة الضبط تعزى إلى متغيرات(المستوى التعليمي، العمر)، ولتحقيق أهداف البحث فقد تم إستخدام المنهج الوصفي الإرتباطي، ومقياسي العجز النفسي والضبط كأدوات لجمع البيانات، أمّا عينة البحث فقد تكونت من (150) امرأة معيلة في مدينة حمص، وقد توصّلت إلى وجود علاقة إرتباطية قوية ما بين درجات أفراد العينة على مقياس العجز النفسي وبين درجاتهن على مقياس وجهة الضبط.

– وجود علاقة إرتباطية عكسية قوية ما بين العجز النفسي ووجهة الضبط الداخلي، وعلاقة إرتباطية طردية قوية ما بين العجز النفسي ووجهة الضبط الخارجي؛

– هناك درجة مرتفعة من العجز النفسي لدى النساء المعيلات في مدينة حمص؛

وجهة الضبط السائدة لدى النساء المعيلات في مدينة حمص هي وجهة ضبط خارجي.

– ووجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى النساء المعيلات على مقياس العجز النفسي تعز؛ إلى متغير العمر وذلك لصالح الفئة العمرية من41–50؛

–توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى النساء المعيلات على مقياس العجز النفسي لصالح النساء المعيلات اللاتي لديهن مستوى تعليمي (إبتدائي وإعدادي) .

2- متغير تأخر الإنجاب:

*** دراسة محمد ابراهيم العسلية (2006) ، الآثار النفسية والإجتماعية الناتجة عن تأخر الإنجاب لدى الجنسين بمحافظات غزة**

هدفت الدراسة التعرف على الآثار النفسية والإجتماعية الناتجة عن تأخر الإنجاب لدى الجنسين بمحافظات غزة، والتي أجريت على عينة تكونت من (60)من الأزواج الذكور والإناث في قطاع غزة. أظهرت نتائج الدراسة أن أكثر الآثار النفسية والإجتماعية المترتبة على التأخر عن الحمل الزواجي تمثلت في: فقدان الإستمتاع بالحياة، والإكتئاب، والقلق والضغوط النفسية، وفقدان المعنى واللامبالاة، والوحدة النفسية، وبينت نتائج الدراسة بأن الزوجات الإناث هن أكثر تأثراً من الأزواج الذكور جراء واقعة التأخر عن الحمل. كما خلصت الدراسة إلى أن الأوضاع النفسية والإجتماعية السلبية لدى السيدات العقيمات تزداد مع الوقت.

*** دراسة (Abrahams et al, 2012) "تقييم الآثار النفسية المترتبة عن تأخر الانجاب بين النساء اللاتي يعانين من التأخر عن الحمل الزواجي في جنوب أفريقيا":**

هدفت إلى تقييم الآثار النفسية المترتبة عن تأخر الانجاب بين النساء اللاتي يعانين من التأخر عن الحمل الزواجي في جنوب أفريقيا، تكونت عينة الدراسة من (120)امرأة. أظهرت نتائج الدراسة أن النساء اللواتي يعانين من العقم يعانين من سوء تعامل أزواجهن مما يترتب عليها آثار نفسية كالقلق والانطواء واليأس من حالة الشفاء.

***دراسة Saja H. Mohammed,Abdulqader H. Hamad Gardi (2013) تقييم الحالة النفسية للنساء العقيمات في اربيل (كردستان العراق):**

أجريت هذه الدراسة لتقييم الحالة النفسية للنساء المصابات بالعقم إلى ،تم إجراء دراسة وصفية على 200 امرأة مصابة بالعقم من الذين يحضرون إلى مركز العقم في مدينة أربيل ،وأظهرت هذه النتائج أن من النساء المصابات بالعقم لديهن ارتفاع مستوى القلق وهو من اهم المشاكل النفسية الأكثر شيوعا، ومعظم النساء منهم كانوا يعانون من العقم لديهم حالات الاكتئاب .وكان هنالك نسبة عالية من النساء المصابات بالعقم لديهن الاضطرابات النفسية (مستوى غير طبيعي للاكتئاب والقلق وتدني احترام الذات).

*** دراسة "حسانبور أزغدي وآخرون" (Hasanpoor-Aaghdy et al) (2014)** The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment "**النتائج النفس انفعالية للعقم وعلاجه**":

هدفت للكشف عن النتائج النفس وإنفعالية للعقم وعلاجه وأجريت على عينة تقدر بـ(25) إمرأة مصابة بالعقم بمركز البحوث الصحية والخصوبة بطهران، وإستخدموا الملاحظة، المقابلة شبه موجهة، التسجيلات الصوتية، مع تحليل المحتوى وقد أظهرت النتائج مجموعة من الإستجابات وهي: إستجابات التأثر الإنفعالي للعقم (الخوف، القلق، التوتر، الوحدة، الإحساس بالذنب، الحزن، الإكتئاب)، وإستجابات التأثر الإنفعالي للعملية العلاجية (القلق، التعب، الحزن، الإكتئاب، واليأس، والعجز).

***دراسة " فهيمة لراري"(2015) دور المساندة الاجتماعية في تعزيز بعض المتغيرات النفسية المعرفية عند المرأة المصابة بتأخر الإنجاب:**

سعت الدراسة إلى الكشف عن الدور الذي تلعبه المساندة الإجتماعية وخاصة مساندة الزوج, في تعزيز الشعور بالتفاؤل وتبني إستراتيجيات المواجهة الفعالة عند المرأة المصابة بالعقم، حيث تضمنت عينة البحث 60 إمرأة مصابة بعقم أولي و ثانوي, أما أدوات البحث فتمثلت في مقياس الدعم الإجتماعي/العاطفي كما تدركه الزوجة من قبل الزوج (Toylor) ومقياس اساليب مواجهة احداث الحياة اليومية الضاغطة (Leonardo.W.Poon) ومقياس التفاؤل(أحمد عبد الخالق) وأسفرت النتائج على أنه ووجود فروق بين النساء العقيمات اللواتي تلقين المساندة من طرف الزوج بمستوياتها(منخفضة، معتدلة، مرتفعة) وذلك فيما يخص تبني غستراتيجيات المواجهة بأبعادها وكذلك الشعور بالتفاؤل، وأنه لا توجد فروق في كل من درجة المساندة المقدمة من طرف الزوج ودرجة تبني إستراتيجيات المواجهة بأبعادها ودرجة الشعور بالتفاؤل بين النساء العقيمات بدلالة نوع العقم ومدة العقم ومزاولة المهن.

***دراسة "رحمة المحروقية، منير كرادشة" (2016) الآثار النفسية والصحية لتأخر الأمومة البيولوجية في المجتمع العُماني:**

هدفت إلى تقصي الآثار النفسية والصحية على المرأة العُمانية نتيجة تأخرها في الحصول على الأطفال، وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (317) من السيدات اللاتي يعانين فعلاً من مظاهر تأخر الإنجاب والمترددات على المستشفيات والعيادات الخاصة بأمراض العقم والولادة التي تركزت في محافظة مسقط، وقد إعتمدت الدراسة بشكل أساسي على المنهج الوصفي، وخلصت نتائج إلى بروز بعض العوامل الصحية التي يمكن أن تقف وراء تأخر وصول السيدات العُمانيات لمرحلة الأمومة البيولوجية، كالتعقيدات التي تمر بها أثناء عملية الحمل، وزيادة احتمالات تعرضهن للولادات القسرية، ووفيات الأجنة، وزيادة معاناتهن من بعض الأمراض المستعصية والمزمنة، وخلصت الدراسة إلى بروز مجموعة من الآثار النفسية والصحية على السيدات اللاتي يعانين من تأخر وصولهن لمرحلة الأمومة البيولوجية، كظهور بعض مظاهر القلق، وكثافة المشاعر السلبية، وإنخفاض تقدير الذات، وفرط الحساسية تجاه الآخرين وبروز بعض الأمراض المزمنة لديهن.

*** دراسة قطوسة (katwsa, 2016) " التأخر عن الحمل وتأثيره على نفسية النساء اللواتي يعانين من التأخر عن الحمل في الضفة الغربية في فلسطين:**

بحثت هذه الدراسة في التعرف على التأخر عن الحمل وتأثيره على نفسية النساء اللواتي يعانين من التأخر عن الحمل في الضفة الغربية في فلسطين، تم إستخدام المنهج التحليلي، من خلال توزيع المقياس على(88) من النساء المشخصات بالتأخر عن الحمل(100) من النساء الحوامل، وجميعهن أعمارهن ما بي 18-42 سنه. أظهرت نتائج الدراسة أن هناك فرقا في الحالة النفسية بين النساء المصابات بالتأخر عن الحمل بالمقارنة مع النساء الحوامل، حيث أن هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين من ناحية الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، البارانوريا التحليلية، القلق، الإكتئاب، قلق الخوف كما أظهرت الدراسة أن ليس للعمر تأثير، مدة التأخر عن الحمل، ومكان السكن على الحالة النفسية للمرأة، ولكن هناك فروقات ذات دلالة إحصائية تحت ظروف معينة للعمل وكذلك للتحصيل العلمي

***دراسة رشيدة سبتي (2008): " وضعية ومكانة الجسد العقيم في المجتمع الجزائري":**

سعت الدراسة للكشف عن مدى تحول النظرة المتعلقة بمكانة الجسد العقيم، ولوظيفته وكيفية إستخداماته والتعامل معه إجتماعيا وثقافيا و إلى تطور التصورات التقليدية و إقترابها من التفسيرات الموضوعية العقلانية بفعل بعض التطورات التي مست المجتمع الجزائري.

شملت الدراسة مجموعة بحث رئيسية تكونت من 15000 إمرأة تم إختيارهم بطريقة قصدية وفق متغير مرور ثلاثة سنوات من زواجهم و أن يكونوا من الجزائر الوسطى وضواحيها. إضافة إلى عينة تكميلية شملت: محامي مختصة أمراض النساء، مختصة في علم النفس، مديرة من وزارة الصحة مختصين في التلقيح الاصطناعي لتوظيف إجاباتهم في تدعيم المبحث الخاص بمشكل العقم عند الأزواج في الجزائر. تم الإتصال بهم في مراكز معالجة العقم بالطرق الإصطناعية (مركز الأبيار، و مركز تيزيري بالعاصمة) إستمرت عملية البحث و الإتصال بالعينة من سبتمبر 2005 إلى جوان 2006. استخدم الباحث تقنية الملاحظة تقنية المقابلة نصف الموجهة ،واستمارة شملت ثمانية محاور تضمنت أسئلة مفتوحة و أسئلة مغلقة أسئلة متعددة و الاختيارات جاءت في خمسين سؤالا. معتمدا في ذلك على المنهج الوصفي التحليلي توصلت الدراسة إلى:

-أن العلاقات التي تربط بين الرجل و المرأة لم تعد تحدد بالوظيفة الإنجابية فقط فالرغبة الجنسية و تلبيتها والحب المتبادل بينهما يعوض عدم وجود الأطفال،

-عدم إرتباط مكانة المرأة في المجتمع بدور جسدها في المجال الاجتماعي من خلال وظيفة الإنجاب بسبب وعي النساء، مما أدى إلى تغيير سلطة الرجل الجنسية على المرأة،

- تراجع في اللجوء لبعض الحلول الاجتماعية والإنسانية التي تحافظ على استمرار العلاقة الزوجية كالتبني والكفالة ،والإقبال على الحلول التقنية أي التلقيح الاصطناعي للحصول على طفل و لوبطريقة غير طبيعية الأمر الذي قد تطول مدة تحقيقه وقد لا يتحقق في أغلب الحالات مما يؤدي إلى إصابة الزوجين خاصة المرأة بمشاكل نفسية حادة.

***دراسة ماري لو (2017) "بعنوان تأثير نمط الحياة على تأخر الانجاب" :**

هدفت الدراسة إلى معرف مدى تأثير نمط الحياة على تأخر الإنجاب وقد إعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، حيث خلصت الدراسة التي أجراها في فرنسا، إلى أن النظام الغذائي يمكن أن يؤثر على خصوبة المرأة، حيث جمعت عادات الأكل عند 12 844 إمرأة بإستخدام إستبيان حول تواتر الطعام، حيث توصلوا إلى ما يسمى "حمية الخصوبة" وذلك بالتركيز على النظام الغذائي الذي يمكن التنبؤ به بأن لديه علاقة بإضطراب التبويض، حيث كانت النتيجة جيدة بإتباع نظام غذائي عالي في البروتين النباتي والألياف، ومنتجات الألبان والحديد (الأكل الصحي)، في حين كانت النتيجة منخفضة من حيث إتباع نظام غذائي غني بالدهون غير المشبعة والبروتينات الحيوانية والكربوهيدرات، كما أظهرت نتائج هذه الدراسة أن النساء في الخمس الخامس (أعلى نظام غذائي للخصوبة) كانت أقل عرضة لخطر الإصابة بإضطرابات التبويض بالمقارنة مع النساء في الخمس الأولى (أدني درجة حمية الخصوبة) كما أظهرت ذات الدراسة أن نمط الحياة المعيشي نظام غذائي صحي يؤثر في تأخر الإنجاب.

*** سليمة محمد على الرشيد (2018) الآثار النفسية للعقم لدى عينة من النساء المترددات على مركز علاج العقم بمدينة سبها :**

سعت الدراسة إلى التعرف على الآثار النفسية للعقم لدى عينة من النساء المترددات على مركز علاج العقم بمدينة سبها، وإشتمل البحث على عينة قوامها(70) إمرأة من اللاتي يترددن على مركز علاج العقم في مدينة سبها، إتبعت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي وإستخدمت مقياس الآثار النفسية من إعداد محمد إبراهيم عسلية (2006) وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً على مستوى الآثار النفسية ناتجة عن العقم لدى النساء العقيمات بمدينة سبها، على الترتيب القلق أكثر تأثيرا، ويليه الإكتئاب، من ثم الخجل،

– ووجود فروق على مستوى الآثار النفسية الناتجة عن العقم لدى النساء العقيمات تعزى لمتغير(من داخل العائلة –من خارج العائلة) لصالح متغير من خارج العائلة.

– ووجود فروق على مستوى الآثار النفسية الناتجة عن العقم لدى النساء العقيمات تعزى لمتغير عدد سنوات الزواج لصالح الفئة العمرية (40–47) سنة، ومتغير المستوى التعليمي دراسات عليا، وعدم وجود تعزى لمتغير مستوى الدخل.

***محمد حسين مصطفى انور محمد الاشرم (2019) الجوانب النفسية للمصريات المصابات بالعقم غير المبرر:**

هدفت إلى تقييم الجوانب النفسية للمرأة المصرية المصابة متأخرات الإنجاب، تم تضمين 220 إمرأة مصابة بالعقم في هذه الدراسة (110) مصابات بالعقم غير المبرر و110 مصابات بالعقم الموضح)، تم تقييم الجانب النفسي لهؤلاء النساء بإستخدام مقياس تقييم القلق لهاميلتون المترجم والتحقق من صحته و مقياس بيك للإكتئاب وتوصلت الدراسة إلى أن الإكتئاب الخفيف والقلق المعتدل كان أعلى بشكل ملحوظ في مجموعة العقم غير المبرر.

***دراسة فاطنة براهمي ومريم فرطاس(2020) منظور الزمن والصلابة النفسية لدى المرأة المتأخرة في الإنجاب:**

تتمثل الدراسة في معرفة أثر منظور الزمن في تطوير الصلابة النفسية لدى المرأة المتأخرة في الإنجاب، وهذا لعينة أربع(04) حالات من ولايتي المدية والجلفة. وتم الإعتماد على المنهج العيادي دراسة الحالة هل يؤثر منظور الزمن في تطوير الصلابة النفسية لدى المرأة المتأخرة في الإنجاب؟ وللإجابة على التساؤل إعتمدنا في جمع البيانات على دليل المقابلة نصف الموجهة وشبكة الملاحظة ومقياس منظور الزمن في صورته المصغرة الذي أعده زمباردو وبويد (1999) وقام بتعريبه سليمان جار هللا ومحمد الصغير شرفي(2009)، وكذا مقياس الصلابة النفسية الذي أعده عماد مخيمر (2002) و كيفه على البيئة الجزائرية بشير معمريه (2011)، توصلت الدراسة إلى أن منظور الزمن يؤثر في تطوير الصلابة النفسية لدى المرأة المتأخرة في الإنجاب بشكل إيجابي بحسب الحالة.

***دراسة سحر الضمور، ولمياء الهواري(2020): علاقة الآثار النفسية المترتبة على التأخر في الحمل والتوافق الزواجي لدى السيدات المتزوجات في محافظة الكرك:**

سعت الدراسة إلى الكشف عن علاقة الآثار النفسية المترتبة على التأخر في الحمل والتوافق الزواجي لدى السيدات المتزوجات في محافظة الكرك، فقد تكونت عينة الدراسة من (250) سيدة تم إختيارهن بطريقة العينة القصدية، ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطوير مقياسي الدراسة الآثار النفسية المترتبة على الحمل، ومستوى التوافق الزواجي، وتم التحقق من دلالات صدقهما وثباتهما وأظهرت النتائج:

– أن مستوى الآثار النفسية المترتبة على التأخر في الحمل لدى السيدات المتزوجات في محافظة الكرك جاء مرتفعا؛

– في حين كان مستوى التوافق الزواجي متوسطا؛

– وأظهرت وجود علاقة أرتباطيه ذات دلالة إحصائية بين الآثار النفسية المترتبة على التأخر في الحمل والتوافق الزواجي، وكان مقدار ما فسرت أبعاد الآثار النفسية المترتبة على التأخر في الحمل لدى السيدات المتزوجات في محافظة الكرك.

***دراسة عبد الفتاح عبد الرحيم جبريل(2022) "المشكلات الاجتماعية والاقتصادية الناجمة على تأخر الانجاب في المجتمع الليبي":**

هدفت الى التعرق على المشكلات الإجتماعية والإقتصادية الناجمة عن تأخر الإنجاب لدى الأسر الليبية، حيث تكونت عينة الدراسة من 23 حالة من الأزواج المترددين على مركز بنغازي للخصوبة والمساعدة على الإنجاب، إستخدم دليل إستمارة المقابلة، وأوضحت النتائج أن مستوى التعليم يؤثر في الحد من المشكلات الناجمة عن تأخر الإنجاب وإن للعامل الثقافي يلعب دور كبير في تفاقم المشكلات، إضافة لوجود أثر كبير لمشكلة تأخر الإنجاب على زيادة الخلافات الأسرية بين الزوجين وإزدياد الضغوطات الإقتصادية على الإسرة نتيجة تأخر الإنجاب.

علاقة الدراسة الحالية بالدراسات السابقة:

بعد هذا العرض وجد أن الدراسة الحالية تتفق مع الدراسات السابقة في تناولها لمتغيرات: العقم أو في ترجمات تأخر الإنجاب، و العجز النفسي.

إلا أن الباحثة على حدود بحثها وعلمها لم تعثر على أية دراسة تناولت هذا المتغير على عينة متأخرات الانجاب، وأن المتتبع للدراسات السابقة يجد نقصاً واضحاً في دراسة متغير الدراسة الحالية، ولذلك جاءت هذه الدراسة لسد الفجوة العلمية، فتحاول الدراسة تغطية النقص المعرفي الموجود من خلَال التعرف على مستوى العجز النفسي لدى النساء متأخرات الإنجاب في مدينة ورقلة، كما تتفق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في أنها ستتعرف على مستوى العجز النفسي.

وإختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في نوع العينة فقد تناولت الدراسات السابقة فئة الطلبة و فئة أولياء المعاقين و زوجات معنفات، أما الدراسة الحالية ستتناول عينة النساء متأخرات الأنجاب.

وتنوعت المناهج المستخدمة في الدراسات السابقة ما بين منهج وصفي ودراسة الحالة، وشبه تجريبي في حين إستخدمت الدراسة الحالية المنهج الوصفي الإستكشافي طريقاً لها للإجابة على التساؤلات.

*أهم ما تتميز به الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

–تناولت متغير العجز النفسي لدى فئة النساء المتأخرات الإنجاب، ولم يسبق لدراسة أن تناولت هذه الفئة مع متغير العجز النفسي (على حدود علم الباحثة)؛

– تسعى لمعرفة مستوى العجز النفسي لدى النساء المتأخرات الانجاب؛

– تناولها متغير العجز النفسي الشائع تناوله في الأغلب على فئة الطلبة والنساء المعنفات و فئة اولياء المعاقين و زوجات معنفات، فأتت الدراسة الحالية لمعرفة مستوى العجز النفسي لدى النساء المتأخرات الإنجاب وتأثيره على حياتها الأسرية، وهذا ما يؤكد على أهمية الدراسة الحالية وحداثتها؛

– تميزت الدراسة الحالية ببناء أداة سيكومترية للتعرف على مستوى العجز النفسي لدى النساء المتأخرات الإنجاب، حيث الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة لا تتناسب مع خصوصية وطبيعة الفئة التي تناولتها الدراسة الحالية، وهو ما يساعد الباحثين في إستخدام هذه الأداة لاحقاً، ومساعدتهم على إجراء دراسات تتناول متغير الدراسة لدى عينات أخرى من فئات المجتمع.

الفصل الثاني
العجـــــز النفسي

- تمهـــــيد
1- تعريف العجز النفسي.
2- بعض النظريات المفسرة للعجز النفسي
3- الأعراض الخاصة بالعجز النفسي
4- العوامل المسببة للعجز النفسي.
5- انواع العجز النفسي
6- خصائص الافراد الذين يعانون العجز النفسي.
7- ابعاد العجز النفسي.
8- الاضطرابات المرتبطة بالعجز النفسي.
- خـلاصة

تمهيد:

تعد الصحة والعافية العنصر الأساسي لتوازن الفرد، وبما أنه إجتماعي والظروف المحيطه به هي التي تتحكم في تصرفاته فقد يتكيف وقد يستسلم لها ويصل الأمر إلى اليأس وفقدان الأمل مما يجعله ضعيف الثقة بذاته ويصبح عاجزًا نفسيا، وإن «معايشة الخبرات السيئة والتهديد والأزمات تترك آثاراً نفسية لا تزول بزوال مسبباتها بل تظل كامنة تتراكم فيما بعد لتتخذ أشكالاً متعددة في الإنفعالاتلاغير السارة مثل الإكتئاب والخوف، والشعور بالذنب والقلق والتوتر والشعور بالوحـدة وعـدم التركيز وكـل هـذه الأعـراض تـؤدي إلـــى الإصابة بالعجـز النفسي» (بدر الدين الأنصاري، 1988، ص81)

وفيما يلي عرض تفصيلي حول العجز النفسي، من خلال تعريف العجز النفسي، ما هي الأعراض الخاصة بالعجز النفسي ،وبعض النظريات المفسرة للعجز النفسي والعوامل المسببة له، كما سوف يتم ذكر خصائص الأفراد الذين يعانون منه وأبعاده، والتعريج عن أهم الإضطرابات المرتبطة بالعجز النفسي.

1- تعريف العجز النفسي:

*** العجز لغة:**

نقيض الحَزْم، عَجَز عن الأَمر يَعْجِزُ وعَجِزَ عَجْزا فيهما، ورجل عَجِزٌ وعَجُزٌ: عاجِزٌ، والعجز: عدم القدرة والضعف.(ابن منظور، 1999، ص 2816)

*** العجــز اصطلاحاً:**

تعددت تعاريف العجز النفسي حسب الدراسات وانواعها فكل باحث يعرفه حسب وجهة نظره، فعرفه "ابرامسون"(Abramson) (1978)أنه:«استقلال النتائج عن أفعال الفرد عندما يواجه موقفا، الذي يعزو فشله الى عوامل داخلية مستقرة وشاملة(ضعف القدرة)، في حين يعزو نجاحة الى عوامل خارجية الحظ».(Abramson, 1978, p102)

وأما دويك وايلوكت (Dweck et Elliclt) (1983)يعرفان العجز على أنه: «عزوف الشخص عن المحاولة وبذل الجهد حين يتعرض للعقبات أو حين يواجه مواقف ضاغطة حيث تعكس هذه الحالة تدنيا شديدا في دافعيته لاتخاذ استجابات ملائمة تمكنه من تجاوزها.»(Dweck et Elliclt,1983,pp643)

كما تم ذكر تعريفه في الموسوعة البريطانية بأنه:«أحد الأمراض (النفس–جسدية) ويتضمن كل الاستجابات الجسمية التي تأخذ شكل الاضطراب الجسمي عن طريق الحواس والإدراك الخاطئ الذي يحدث للكائن الحي ويؤدي إلى تغيرات داخلية تؤثر فيه سلبا وتهز كيانه الداخلي".»(محمد صالح السامرائي، 1988، ص 180–181)

عرفه كذلك "سليجمان" (1975) بأنه:« حالة التي يصل إليها الفرد بعد مرور بسلسلة من التجارب من فقدان السيطرة على الظروف البيئية التي تحيط به، وإستقلالية إستجاباته عن نتائجها، لما يولد عنده الإعتقاد بأنه لا يملك السيطرة على نتائج الأحداث بأنه لا توجد علاقة بين جهده المبذول (السلوك) وبين التغيرات البيئية، أي أنه مهما بذل من جهد فلا يستطيع تغير وضعه.» (يوسف قطامي، 2012، ص 257)

كما يرى "عبد الرحمن العيسوي" (1990) أنه:« عندما يعجز الفرد عن أداء دوره أو وظيفته كأب أو زوج أو عميد أو عامل أو طالب أو صديق، فإنه يعاني من العجز» (عبد الرحمن العيسوي، 1990، ص26).

كما عرفه "ميشيل اوحنا الله رمزي"(1998) بأنه:« عدم القدرة على أداء وظيفة، ويكون عادة من جراء ضرر». (ميشيل اوحنا، 1998 ، ص 148)

ويعرفه "حسين عبد الرزاق الجزائري"(2001) بأنه:" بحالة شعور باليأس وفقدان المساعدة النفسية ".(حسين عبد الرزاق الجزائري، 2001، ص 152)

في حين يرى "سامر جميل رضوان"(2002) أنه:« فقدان استقلالية الأنا يترافق مع شعور بالحاجة نتيجة لفقدان الإشباع ويتم السعي إلى تعويض هذه الحاجة من خلال الموضوع موجود خارج الذات.» (سامر جميل رضوان ، 2002 ، ص 90)

وتعرفه "ضحى محمود" (2005) على أنه :«الفرد يريد الشئ وضده في الوقت ذاته حتى يتعادل الدافعان المتعارضان مؤديان الى عدم التنفيذ مع عدم القدرة على أداء الوظيفة واتخاذ القرارات والشعور باليأس وفقدان المساعدة النفسية وتستمر طوال حياة الإنسان أو لفترات زمنية غير معروفة أو لفترة زمنية محددة.»(ضحى محمود،2005)

كما يشير "**ابل**"(2006) بأنه:« شعور الفرد بأن أفعاله ليست لها تأثير إيجابي، وأن حياته لا يمكن السيطرة عليها وأنه لعبة في يد القدر، وعدم قدرته على بدء الخطط ووضع الأهداف، وفقدان الحيوية وضعف في الطاقة وفقدان الثقة بالنفس، وضعف الإعتماد على النفس ونظرة سلبية للحياة وسلوك سلبي عند مواجهة التحديات مع فترات الأكتئاب، والإنطباع بأن الأشخاص الأخرين والأوضاع وليس القرارات والأفعال في حياة الشخص هي التي تسيطر على الأحداث.»(كاظم ابل،2006،ص2)

أما "رياض صيهود هاشم" (2016) بأنه:« عدم القدرة على اتخاذ القرارات وتبدد الطاقة العقلية والجسمية مما يتسبب في عدم تنفيذ وظيفة ما وينتابه الشعور باليأس وفقدان الامل وقد تستمر طول فترة حياة الانسان.»(رياض صيهود هاشم،2016،ص04)

في حين تعرفه" سمية كرسوع "(2016) بأنه": ضعف القدرة على أداء وظيفي كالشعور باليأس وعدم القدرة على إتخاذ القرارات وعدم القدرة على بدء الخطط، وفقدان الطاقة الحيوية والإحساس بالإحباط، وفقدان الثقة بالنفس والنظرة السلبية للحياة وفقدان المساعدة النفسية.(سمية كرسوع " ،2016، ص06)

يرى "حيدر عوده الفضلي" (2017) أن العجز النفسي يقصد به :« شعور الفرد بعدم إجابتيه وفعاليته وعجزه عن تحمل المسؤولية، واتخاذ القرار.» (الفضلي حيدر، 2017 ،ص124)

يعريف "طالب سرحان"(2019) إن العجز النفسي هو:"عدم قدرة الفرد على القيام بالأنشطة العادية لوجود ضغوط نفسية ومشكلات تسيطر على قدراته وإمكانياته."(طالب سرحان شفيق المالكي،2019،ص141)

أما " كريم عسران "(2020) يرى إن:«شعور الفرد بالعجز النفسي مشكلة من أهم المشاكل التي من الممكن أن يتعرض لها الفرد فكثرة المشكلات والإضطرابات التي يمر بها تجعله متخبطا وينتج عنها العديد من المشاعر السيئة مثل القلق والبكاء والحزن وغياب الإستقرار والضيق المستمر، فضلاً عن عدم إستقرار العلاقات مع الأخرين وتذبذبها ويترتب على ذلك فقدان الشعور بدوره في الحياة والإفتقار العاطفي والشعور المستمر بأن حياته مهدده بالصراعات والمخاطر وشعوره بالفراغ والعزلة الوجدانية والوحدة النفسية».(كريم عسران،2020 ،ص13)

كما ترى "سارة محمد عواد الهكوري د.علاء الدين علي العنزي"(2021) إن العجز النفسي هو:« إن فشل الفرد في مواجهة ضغوطات الحياة ومطالبها ورؤيته للأحداث الحياتية تكون سلبية منفصلة عن سياقها العام وعدم القدرة على إتخاذ القرارات والإحساس باليأس وفقدان المساعدة النفسية وشعوره بالإنعزال عن الأخرين وسرعة الغضب وفقدان الثقة».(سارة محمد عواد الهكوري ، علاء الدين علي العنزي،2021،ص251)

أما "علي داود سليمان"(2021) يرى على أنه:«الشعور بالعجز عن إثبات الذات وتأكيدها وعدم القدرة على تحمل المسؤولية واتخاذ القرار ويحدث ذلك بسبب التنشئة الاجتماعية الوالدية الخاطئة، والتي تجعل الأبناء الذكور والإناث عاجزين عن تقبل أنفسهم وعن إثبات ذواتهم والإستمتاع بحياتهم فتزويد الأبناء والبنات بنوع من القيم والمبادئ التي تشعرهم بالنقص والعجز كلا منهم لا يكاد يتقبل دوره الإجتماعي والنفسي.» (على داود سليمان، 2021، ص46)

ويعرفه" لطفي عبد العزيز الشربيني "(2021) يدل هذا التعبير على حالة« شعور بالعجز واليأس وفقدان المساعدة النفسية».(لطفي عبدالعزيز الشربيني، 2021،ص72)

صفوت القول ومن خلال ما تقدم من التعريفات المتعددة يمكن القول في أن العجز النفسي بأنه شعور الفرد بتبدد طاقته الحيوية والجسمية وعدم استطاعته تنفيذ مهام ووظائف ما، كما ينتابه الشعور باليأس وشعور بعدم المساندة من طرف الآخرين وإنخفاض تقديره لذاته.

2-بعض النظريات المفسرة للعجز النفسي :

لقد تعددت النظريات حول العجز النفسي وذلك بتعدد العلماء وإتجاهاتهم، فكل له رأيه الخاص ووجهة نظره حول المفهوم، وأهم هذه الأراء رأي النظرية التحليلية النفسية فرويد، " هورني وماسلو كارل روجرز

2-1-النظرية التحليلية النفسية:

يرى فرويد إن جوهر الموقف هو خبر العجز الذي يحس به الفرد عند مواجهته للحدث الصدمي الذي يجعله غير قادر على ممارسة أي تأثير أو سيطرة على الموقف، وبالتالي ينتج عنه الشعور بالعجز، ومن ذلك نجد أن أحداث الحرب والصدمات العنيفة والموت المفاجئ هي صدمات تكون فوق طاقة البشر مما تجعل الفرد يحس حيالها بالعجز تماماً".(ضحى محمود، 2008، ص 10)

أن العجز «هو من ميكانزمات الدفاع العامة التي أوردتها نظرية التحليل النفسي كوسائل دفاعية أو حيل نفسية يلجأ إليها الفرد لتجنب التهديدات التي تواجهه عن طريق تحريف الخبرة الواقعية وإنكارها »(عبد الفتاح الخواجا، 2002، ص 145) وهذا يعني يمكن أصابة الفرد بالعجز في المراحل الأولى من حياته.

2-2- النظرية السلوكية:

أكد بافلوف 1936 – 1849 على الإشتراط السلوكي عندما ترتبط إستجابة العجز النفسي ومنبهات مرتبطة بصدمات نفسية شديدة. (عبد الرحمن محمد السيد، 2000، ص 268)

فالتعرض للصدمة مثلاً هو منبه (غير مشروط) والعجز النفسي استجابة لهذا المنبه، بعدها ينشأ الاقتران الشرطي، فكلما تكررت صورة للحدث، زادت نسبة العجز النفسي.(Kaplan Sadak , 1999 , p 1231)

وإن زيادة الشعور بالعجز النفسي يؤدي بالفرد إلى أن يسلك سلوكاً تجنباً سلبياً(Litz & Romer 1996 :pp 160)

2-3-النظرية الاجتماعية:

أ/ الفريد ادلر:

من بين روادها "أدلر" الذي يعتبر أن "الإنسان كائنا إجتماعيا، وإن شعور الفرد بالذنب لبقائه حيا دون الآخرين في حالة الصدمات التي ينتج عنها موت الأشخاص المحيطين بالفرد مثل المعارك وحوادث القتل في معسكرات الأسر تعزز مشاعر النقص التي تكون سببا رئيساً لظهور العجز النفسي. (طالب سرحان شفيق ، 2019 ، ص 143)

وتنشأ مشاعر النقص في حالة النقص العقلي أو البدني أو الاجتماعي الحقيق أو المتوهم، وأن هذا الشعور بالنقص يتعرض له جميع الناس وأن الرغبة في التفوق والكمال توضع الفرد لتجاوز الشعور بالنقص في حين أن الإخفاق في التعويض عن مشاعر النقص يؤدي إلى نشوء عقدة النقص، والتي تجعل الفرد غير قادر على التكيف مع مشاكل الحياة اليومية والتعامل معها تعاملاً سويا بناءا، وقد تؤدي عقدة النقص إلى: شعور الفرد بالعجز النفسي بالإكتئاب واللامبالاة وإنعدام قيمة الفرد وحتى الإنتحار.(على جابر الربيعي،1994،ص16)

ب/ كارين هورني Horney Karen :

ترى "هورني" أن الشخصية الإنسانية تمر بأنماط ثلاثة في الأساليب التوافقية إبتداء من الطفولة حتى الرشد مارة بالمراهقة، وأن للبيئة الإجتماعية دوائر في التوافق أو عدمه وأظهرت هورني مفهوماً أولي هو القلق.

وأشارت "هورني" إلى أن المصدر الأساسي والوحيد لمظاهر القلق وأشكاله هو شعور الفرد بأنه عاجز وضعيف ولا يفهم نفسه ولا يفهم الآخرين، وأنه يعيش في وسط عالم عدائي مليء بالتناقضات.

كما أكدت على أن المبدأ الذي يقرر سلوك الإنسان ليس غريزة الجنس أو العدوان كما يعتقد فرويد، بل هي حاجة الإنسان إلى الأمن والاطمئنان.(مصطفى فهمي، 1978، ص 92)

***أريك أريكسون :**

يفترض أريكسون 1979--1902 أن هناك ثماني فضائل تقابل مراحل النمو النفسي الإجتماعي للفرد تتكون عندما يواجه الفرد أزمة معينة يحاول حلها وتجاوزها بشكل إيجابي والفضائل هي: الأمل، الإرادة، الهدف، الكفاية، الإخلاص والأمانة، الحب، الإهتمام، الحكمة. (شلتز، 1983، ص 244)

ويؤكد اريكسون Erikson بان قوة الأنا وقدرتها تكمن في القيام بوظائفها إذ تعمل الأنا على تنظيم خبرات الفرد وسلوكه وتوحيدها بصيغة تكيفية، والتوافق هو منظم داخلي نفسي يقوم بحماية الفرد وتخليصه من الضغوط الناشئة مثل (الهو) و(الأنا)،(الأنا الأعلى).(Hogan, 1976 :P180)

2-4- النظرية الإنسانية

أ/ ماسلو:

يؤكد"ماسلو" على أهمية إشباع الحاجات وتجنب إحباطها مبينا ان حالات العجز النفسي تتولد عن إحباط الحاجات الأساسية والحاجات النفسية، وإن تحقيق الحاجات الأساسية للفرد يؤدي إلى الشعور بالحاجة إلى تحقيق الذات، وهو أعلى مستويات الوجود الإنساني، إذ يشغل الفرد كل إمكاناته وطاقاته لتحقيق ذاته ويستطيع الفرد تحقيق ذاته من خلال استكشافه لقيم الوجود، والتي تتكون من الحاجة إلى الموضة وقيم التقدير الجمالي، وينتج عن تحقيق حاجات الوجود حالة أطلق عليها ماسلو (ذروة الخبرة) وأن بلوغ ذروة الخبرة تساعد الفرد

علـى إدراك ذاته ويتـرجم هـذا الإدراك إلـى سلـوك يتسم بالتلقائيـة والصـدق وتحقـيق أهـداف تخـص ذات الفـرد.(على جابر الربيعي ، 1994 ، ص 48)

ب/ كارل روجرز Carl Rogers :

أكد "روجرز"على تكوين المفهوم الإيجابي لذات الفرد والذي يعني إعداد صورة إيجابية للفرد عن ذاته كما أنه يبتعد عن الصراعات الداخليـة ويعيش حالـة من التناغـم والإنسجـام مـع ذاتـه.(Borgatto et al, 1968, P77)

ويحدث الإنسجام عندما يصبح مفهوم الذات للفرد في وضع يسمح لكل الخبـرات الحسيـة والشعوريـة للكائن الحـي بـأن تصبـح متمثلـة في مستوى رمزي وعلـى علاقـة ثابتـة ومنسقـة مـع مفهـوم الـذات فـي حين أن الخـبرات التـي لا تتـسق مـع تنظيـم الـذات تمثل تهديـدا لـه فكلمـا زادت الخـبرات الصادمـة إزداد الجمـود فـي تنظيـم الـذات وتقييـم دفاعاتهـا ضـد التهديـد. (Rogers, 1951, p515-517)

2-5- النظرية المعرفية:

وهي النماذج المعاصرة في مجال علم النفس المعرفي ، التي تناولت ردود الفعل للحدث الضاغط وتستمر لمدة طويلة نتيجة لمتغيرات نفسية أو شخصية أو بيئية معينة التي تفترض فيها وجود حاجز نفسي واق يحول دون إستحضار المصاب بالحدث الضاغط، ويمثل هذا الحاجز العتبة التي يؤدي تجاوزها أو تصدعها إلى توقف وظائف مبدأ اللذة أو إلى نكوص الفرد الضحية إلى مستوى بدائي من السلوك المبكر مع معاناة الشعور بالعجز الكامل، وقد يلجأ إلى الحيل الدفاعية في أثناء ظهور مظاهر الخبرة المؤلمة في دائرة الوعي ،وتضع ثلاث مراحل لردود أفعال الحدث الضاغط وهي كما يأتي:

المرحلة الأولى: وتشمل ردود الأفعال مثل: الإنكار، والحذر وتمثل هذه المرحلة من ردود الفعل حيلة دفاعية كما أشار فرويد ترمي إلى منع ظهور صور ومظاهر أحداث الخبرة

الصادقة في دائرة الوعي، وقد تقترن ردود الفعل هذه باعرأف إكتئابيه كالشعور بالإغتراب أو الإنعزال عن خبرات الحياة العادية اليومية.

المرحلة الثانية: ويتم فيها بالتدريج تمثل المعلومات والصور المرتبطة بالحدث الضاغط حيث تستغرق عملية التمثيل والتكامل وقتا طويلا، وقد تؤدي عملية التمثيل والتكامل إلى ظهور الأحلام الليلية المفزعة وأحلام اليقظة والتقلب المزاجي وقد يحدث خلالها السلوك العدواني المتجه نحو الذات.

المرحلة الثالثة: ويتم فيها التمثيل والتكامل ويؤدي إلى تحقيق الإتزان النفسي أما الصعوبة في تحقيق عملية التمثيل والتكامل لدى ضحايا الصدمات والأحداث الحادة تؤدي إلى ظهور بعض المشكلات النفسية لديهم مثل الشعور بالدونية والخجل وضعف الشخصية والإحباط والعجز. (Hoyow, 1989,P98-99).

2-6-نظرية إيرفيان يالوم :

تقوم نظرية يالوم على الصراع الوجودي الأساسي والأزلي الذي ينبع من التفاعلات والإستجابات الفردية لأربعة عناصر مقلقة للوجود هـ(الموت، الحرية، الإغتراب، الإ معنى)

ويـرى أنَّ المعنى في الحياة يتجلَى في الإستجابة الفردية الخلاقة والمبتكرة لعالم فاقد للمعنى، وأنَّ الفرد هو من يخلق ظروفه لذا فهو من يخلق المعنى من حياته، ويتمُّ ذلك عبر طرق متعددة منها: الإيثار، الإبداع، الإبتكار، الإنجاز، والإخلاص، وبالتالي فإنّ عدم قدرة الفرد عن خلق معنى يجعله يشعر بالعجز النفسي.(أماني أحمد اسكندراني،2023،ص114)

صفوت القول والمتمعن للنظريات يجد أن كل نظرية جاءت لتؤكد جانبا من جوانب العجز النفسي وتفسير حدوثه، لكن جلها قد ركزت على أن إدراك الفرد ومعتقداته وتفسيراته للذات يؤدي إلى اليأس والعجز النفسي، وأن حالات العجز النفسي تتولد من إحباط الحاجات الأساسية للفرد، وأن عليه أن يحقق التوازن بين مكونات الشخصية ليحقق مفهوم الصحة النفسية.

يكون الفرد الذي يعاني من العجز النفسي عاجزا عن التكيف مع الضغوط النفسة الناتجة عن التغيرات الحياتية منها الظروف الشخصية والإجتماعية، مما يؤدي إلى تعرضه إلى مشاكل في حياته وتعرضه لمشاكل في مجال علاقاته الإجتماعية بحيث يكون الفرد منزعجا ومضطرب في علاقاته مع الناس. إن الظروف المحيطة بالفرد وعدم إستطاعته تغيرها تجعل الفرد يستسلم ويخضع لها، بحيث يفقد الفرد توازنة وتكيفه معها مما يولد لدية عجز نفسيا قد يكون عجز مرتفع لفترة زمنية معينة وقد يطول.

3-الأعراض الخاصة بالعجز النفسي :

بما أن العجز النفسي إضطراب نفسي فقد تظهر على الفرد اعراض لتشخيص على انه عاجز نفسيًا، ولقد ذكرتها "أمل ابراهيم الخالدي ونهى لعيبي سهم" وهي: (أمل الخالدي ونهى سهم، 2015، ص477)

1-قلق وخوف ينتاب الفرد بسبب تفسيره الخاطئ للحدث الحاصل؛

2-عجز إنتباه يصيب الفرد بسبب تشويش بنيته المعرفية؛

3-يحسن الفرد تقديراً لذاته فمستوى تقدير الذات لديه منخفض؛

4-يبرر اللوم الذي يقع على عاتقه من قبل نفسه ومن الآخرين تجنباً للأحباط والفشل في الخوض في دوامة البحث عن الحلول لمشكلاته؛

5-إنزعاج وإرتباك مستمر وخاصة عند المرور في الخبرة المؤلمة والموقف الضاغط؛

6-أرق مع أرهاق يفقده التركيز عند ممارسة العمل؛

7-يشك بقدراته رغم الجهد المبذول؛

8-العزلة والوحدة وصعوبة التواصل مع الآخرين؛

9-إعياء (نقص الطاقة) وفقدان الشهية والقلق المعمم للأحداث والمواقف؛

10-جسدنة الصراع تغليف الصراع بالأعراض الجسدية إيحاء للهروب من الموقف المشكل؛

11- التوقع المنخفض للفائدة المرجوة من العمل القائم به قبل البدء بهذا العمل؛

12- النقص المدرك للدعم البيئي؛

13-كثير الغضب نحو الذات؛

14- التفكير غير العادي الأفكار السلبية.

4- العوامل والأسباب المؤثرة في حدوث العجز النفسي:

إن التغيرات الحياتية للفرد تجعله في حالة صراع، أما أن يتكيف معها أو يستسلم نتيجة فقدان أو صدمة وهذا ما يراه كل من "إنجل وشيمل" من أن مشاعر العجز واليأس يمكن أن تظهر أما من خلال:

1- الفقدان الواقعي للموضوع: كموت الزوج أو الطلاق أو فقدان العمل، أو الخسارة.

2- الفقدان المتوقع للموضوع: كتوقع الإنفصال أو التهديد به من قبل أحد الشريكين، توقع الإنفصال بسبب السفر والهجرة، توقع الخسارة، توقع تغيير الظروف لإجتماعية، التهديد بالتهجير..... إلخ.

3- الفقدان المتخيل للموضوع: كتكرار تذكر خبرة الإنفصال السابقة، تخيل وتكرار الخبرات السلبية السابقة...إلخ. (جميل رضوان ، 2002 ، ص 90)

5-أنواع العجــز النفسي:

يذكر "جميل رضوان" أن "سليجمان" ميز بين ثلاثة أنواع للعجز النفسي وهي: (جميل رضوان 2002 ، ص 95)

5-1- العجز الدافعي: أي إنخفاض الإستعداد عند الشخص لردة الفعل.

5-2- العجز المعرفي: أي الكف المتعلم مسبقا الذي يعيق فيما بعد رسوخ محتويات شبيهة من الخبرات.

5-3- العجز الإنفعالي: أي الإنفعالات مثل الخوف والإكتئاب المصبوغة بفقدان الرغبة "التثاقل والتباطؤ".

6-خصائص الافراد الذين يعانون العجز النفسي :

ان اصابة الفرد بالعجز النفسي تظهر عليه بعض الخصائص يمكن ذكرها كما أوردها "يوسف قطامي" وهي كما يلي: (يوسف قطامي 2012، ص 288)

1- يطور العجز إلى الكأبة واليأس والإحباط وتدني التقدير للذات؛

2- حالة إستسلام للفشل والتوقف عن النظر لمصادرة؛

3- الفشل يقود أكثر إلى العجز المرتبط بتشويه المفاهيم، وقلة حيلة الفرد تجاه ما يقدم له؛

4- تقبل حالة الفشل التي تقود إلى الألم والتعايش مما يترتب على ذلك حالة فشل؛

5- يشعر الفرد بأنه غير متكيف، ومصاب بأذى، وأنه لم يعد في حالة تسمح له القيام بنشاط مستقل نسبيا. وآخرون"(Taylor et others,2015,p186)

6-يشعر الشخص أن العلاقة بالمحيط (الأشخاص والأشياء) لم تعد أكيدة وموثوقة، أو يشعر بأنها لم تعد مرضية ، ويشعر بأن المقربين منه قد تخلوا عنه.

7- يشعر فقدان العلاقة بين الماضي والمستقبل، ومن ثم يبدو له المستقبل قاتما نسبيا وغير مثمر.(امل ابراهيم نهى لعيبي، 2014، ص.ص477)

8-يترك الإتجاه بإعادة إحياء المشاعر والذكريات وأنماط السلوك المرتبطة بخبرات الماضي والتي تشعر الشخص أنها تشبه الخبرات التي يمر بها الوقت الراهن (نكوص).

7- أبعاد العجز النفسي :

إن العجز لا يقتصر على جسم الفرد فقط وإنما هو يتضمن كل ما يدخل في المجال المادي والمعنوي، وهذا ما تذكره "سميـة كرسوع" إن العجـز يمكن أن يكون

7-1-**العجز الداخلي:** عبارة عن إعتقاد الشخص أنه لا يستطيع أن يتحكم بالموقف(يسيطر عليه)، وإعتقاده في الوقت نفسه أن الآخرين قادرون على ذلك، وحين يعتبر الشخص نفسه مسؤولاً عن هذا الإحساس يتشكل العجز الشخصي وهذا يضاف كعجز لاحق للإضطرابات...

7-2- **العجز الخارجي:** فهو عبارة عن اعتقاد الشخص أنه لا توجد إمكانية لديه أو لدي غيره في السيطرة على الموقف. :(سمية كرسوع، 2016،ص 06)

8-الإضطرابات المرتبطة بالعجز النفسي:

في حالة الترقب المستمرة للفرد لوضعه قد تسبب حالة من السلوكات السلبية وهذه الاضطرابات هي:.

8-1-الإضطرابات المعرفية :

التعرض لحالة من فقدان السيطرة، فتتطور لدى الشخص بنية معرفية بأن نجاحه وفشله لاعلاقة لهما بإستجاباته، وهذا ما تؤكده "أمل ابراهيم الخالدي" (2015) أن الأفكار تأثر على الفرد ولها علاقة بالعجز النفسي.

8-2-الإضطرابات الدافعية:

توقعات فقدان السيطرة تعمل على خفض دافعيته ومبادرته للاستجابات الملائمة وعلى زيادة السلبية والاستسلام عنده، فالذين تعرضوا لصوت مزعج غير مسيطر عليه أظهروا سلوكيات تتميز باللامبالاة علما أنهم حاولوا تعلم الهروب في مواقف مضغوطة.

8-3-الإضطرابات الانفعالية :

الأشخاص الذين تعرضوا لحالة فقدان السيطرة أو التعرض لمعززات غير متوافقة مع إستجاباتهم عانوا من الإكتئاب والقلق مقارنة مع أولئك الذين لم يتعرضوا لمثل هذه الحالات.(قطامي يوسف، 2012، ص 267)

وتؤكد دراسة "أماني أحمد اسكندراني" (2021) أنها توجد علاقة بين الإنفعالات والعجز النفسي، ودراسة "رياض صيهود هاشم" (2016) وجود علاقة إرتباطية عكسية بين الصحة النفسية والعجز النفسي.

خلاصة:

يكون الفرد الذي يعاني من العجز النفسي عاجزا عن التكيف مع الضغوط النفسة الناتجة عن الظروف الشخصية والإجتماعية مما يؤدي إلى تعرض الفرد إلى مشاكل في إنجازه الدراسي وتعرضه لمشاكل في مجال علاقاته الإجتماعية بحيث يكون الفرد منزعجا وناضبا في علاقاته مع الناس وردود فعل الآخرين نحوه تتسم بالنفور والكراهية والغضب والحقد غير ذلك من المشاعر السلبية. إن الظروف المحيطة بالمجتمع والتي في العادة لها تأثير سلبي على الحالة النفسية للأفراد وعدم تغييرهم لتلك الظروف جعل منها تولد لديهم الإستسلام والخضوع لها وخلق العجز النفسي إتجاهها ، فتختل لديه موازين التكيف لينحرف مؤشر التكيف إلى نوع سلبي.

الفصل الـــثالـث

تـــأخر الإنجـــاب

- تمهـــيد.
- تعريف تأخر الإنجاب.
- المصطلحات المرتبطة بتأخر الإنجاب.
- أنواع تأخر الإنجاب عند المرأة.
- أسباب تأخر الإنجاب عند المرأة.
- أهم الفحوصات التي تقوم بها المرأة المتأخرة في الإنجاب .
- علاج تأخر الإنجاب عند المرأة.
- الاثار النفسية لتأخر الإنجاب على المرأة.
- خلاصة.

تمهيد:

لقد جعل الله سبحانه وتعالى البنون زينة الحياة الدنيا، وأن فرصة إنجاب طفل ممكنة لدى معظم المتزوجين، والغالبية من الأزواج مؤهلين طبيعيا وذلك خلال السنة الأولى من الزواج.

الإ أنه لا أحد يستطيع التنبؤ بأفضل الشهور لحدوث ذلك، فإذا حدث تأخير في الحمل نجد الزوجين وخاصة الزوجة تتجه الى كل العلاجات المتاحة سواء كانت التقليدية أو الطبية، فهي تسعى إلى إثبات مكانتها كأنثى ثم كأم، وقد لا تجد أسباب طبية غير مبررة لتأخر الإنجاب.

لذلك سوف نتناول في هذا الفصل تعريف تأخر الإنجاب وأهم المصطلحات المرتبطة به وأنواعه وأسباب حدوثة، كما سنعرج على أهم الفحوصات التي تقوم بها المرأة المتأخرة في الإنجاب وذكر أهم العلاجات الطبية التي تلجأ إليها و الآثار النفسية لتأخر الإنجاب على المرأة.

1-تعريف تأخر الانجاب:

إن المتتبع لمصطلح تأخر الإنجاب سوف يلاحظ إنه لم يكن موجود الإ في السنوات الأخيرة فهو يوحي بوجود عقبة يمكن التغلب عليها، وقد كان يطلق عليه في الماضي مصطلح العقم الذي يدل على عدم الإنجاب، وهذا ما يشير الية "**حسام زكي**" في أنه من الدقة أن نقول "تأخر الحمل" بدل من كلمة "عقم"، فبعض الحالات تواجه عدم حدوث الحمل لفترة تزيد عن العشرين عاما ثم يحدث الحمل لتوفيق الله سبحانه وتعالي لنجاح إستخدام وسائل الإخصاب المساعدة(وهو ما حدث بالفعل للكثير من الحالات)، فمن الأنسب أن نسمي فترة العشرين سنة بأنها فترة تأخر فيها الحمل ولهذا فإن وصف عدم حدوث الحمل لفترة زمنية مهما طالت يجب أن يطلق عليه تأخر للحمل ومن المفضل أن لا يسمي عقما.(**حسام زكي،دس،ص30**)،ومع التطورات الطبية التي عرفها العالم حول طرق العلاج تم إعادة النظر في تعريفات متعلقة بتأخر الإنجاب.

يرى" رانزانيسي"Ranzanici (2008) أن مصطلح العقم« كان يستخدم في التراث الأدبي سابقا، وحاليا لم يعد يستخدم إلا في حالات نادرة أو خاصة، والمتخصصين في مجال الإنجاب يسعون جاهدين لعدم استخدامه، لما يخلفه من الناحية النفسية من وقع ثقيل وغير مريح على نفوس المصابين، خاصة أنه يعني عدم القدرة التامة على الإنجاب». (Ranzanici et al, 2008 ,p12)، لذلك سوف أحافظ على مصطلح العقم من الناحية النظرية.

1-1-تعريف لغة:

العَقْمُ والعُقْمُ بالفتح والضم هَزْمةٌ تقعُ في الرَّحِم فلا تَقْبَلُ الولدَ وعَقُمَت إذا لم تَحْمِلْ فهي عَقِيمٌ، وعَقُرَتْ بفتح العين وضَمِّ القاف وحكى ابـن الأعرابي امرأَةٌ عقـيمٌ بغيـر هاءٍ لا تَلِدُ من نِسْـوةٍ عَقائم.(ابن المنظور،2004،ص236)

1-2-تعريف اصطلاحا:

لقد تم تناول تأخر الأنجاب أو العقم من طرف الأطباء و الباحثون من زوايا مختلفة طبية، بيولوجية ونفسية واجتماعية، لذلك تعدد تعريف تأخر الإنجاب بتعدد الإطر المرجعية.

تعرفه "**الموسوعة الطبية**" (1994)على أنه: "عدم قدرة الزوجين على الإنجاب بعد سنة من محاولات الإخصاب يتم خلالها الجماع بمعدل مرة كل أسبوع مرتين أو ثلاث".(رنيف بستاني، 1994، ص 1258)

أما الطبيبان" **سافال و زورن**"(1999) يعرفانه على أنه: "استحالة الحمل لسبب متعلق بالمرأة أو بالرجل أو بالزوج معا خلال مدة معينة، وعدم القدرة هاته إما أن تكون مؤقتة(قابلة للعلاج) أو دائمة و أبدية (غير قابلة للعلاج)(**Savale et Zorn ,1999 P 03**)

كما يـري "**فيصل محمد خير الزراد**"(2000) بأنــه:" العجــز عن الحمــل أو الإخصــاب خــلال فترة الفاعليــة الجنسية السليمة، وعادة يجب ألا نعتبر الزواج عقيما ما دام لـم يمــر سنــة علــى عمليــة الجمــاع دون استعمــال وسائــل منــع الحمــل". (فيصل محمد خير الزراد،2000،ص 332)

وحسب "**حمود فهد القشعان**"**(2000)** يعرف العقم من الناحية النفسية بأنه:" مرحلة من مراحل الأزمات والكوارث التي تواجه الفرد إضافة إلى كونه إعاقة غير مرئية تصيب الفرد بسبب نظرات المقربين وما يترتب عليه من ردة فعل من أسباب المشكلة. (حمود فهد القشعان ، 2000 ص،187)

أما" **حسام زكي**" يرى انه هو:" عدم القدرة على الحمل بعد مرور عام من محاولة إنجاب طفل بالرغم من العلاقة الجنسية المنتظمة بين الزوجين وبالطبع عدم استخدام موانع حدوث الحمل"(حسام زكي،د.س،ص30)

كما يعرفه" **محمد المهدي**"(2006) أنــه:" عدم القدرة على الحمل بعد مرور سنة كاملة دون استعمال وسائل، منع الحمل".(محمد إبراهيم العسلية، 2006 ،ص144)

أما "**الموسوعة النفسية الجنسية**"(2008) تعرفه:" أنه العجز عن الإنجاب، ولا يقال للمرأة أنها عقِيم إلا إذا مارست الجماع على وجه صحيح ولمدة قد تبلغ عامًا كاملا ومع ذلك لم تحمل، وقد يكون سبب العقم بها أو بزوجها أو الاثنين معًا .(عبد المنعم الحنفي ، 2008، ص263)

ويعرفه "**شيلي تيلور**"(2008) فيري بأنه:" هو عدم القدرة على الحمل بعد مرور سنة كاملة من الجماع الجنسي المنتظم، دون أن يتخلل ذلك استخدام موانع الحمل. (شيلي تيلور، 2008،ص 102)

كما يرى "**ليريدون**"**(2011)**على أنه:" عـدم حصـول الحمـل بعد فترة من المحاولات الإنجابية الجادة والمنتظمة والتي تقدر بأكثر من خمس سنوات". Leridon (henri, 2011,p11)

أما **منظمة الصحة العالمية** فتعرفه بأنه: "عدم القــدرة علــى إنجــاب طفل بعــد 12 شهرا من محاولة الإنجاب بعلاقات جنسية منتظمة". (P22 ، 2013 ، Katherine Péloquin)

صفوت القول من خلال هذه التعاريف يمكن اعطاء تعريف تأخر الانجاب هو عدم القدرة على حدوث حمل ضمن علاقة جنسية منتظمة لمدة عام من الزواج، وبمجرد حمل الزوجة تصبح لن ينطبق عليها هذا .

2- المصطلحات المرتبطة بتأخر الانجاب:

هناك العديد من المصطلحات المرتبطة بتأخر الانجاب، وهذا لتعدد وجهات النظر الطبية الى هذا المصطلح ونذكر منها:

2-1-ضعف الخصوبة :

صعوبة في الحمل والتي تظهر من خلال امتداد فترة عـدم حدوث الحمل وهذا يدفع بالزوجين للذهاب إلى الفحص والعلاج.(Zorn , Savale2005,p1)

2-2-عــدم الخصوبة :

استحالة الحمل بعد عام من العلاقة الجنسية الغير محمية، أو عدم القدرة على إيصال الحمل إلى كماله تسعـة أشهر.(Bélange r Josée et al.,2010 ,p34)

2-3-العقم الغير مبرر :

يعنـي بهـا أنه من الناحية الطبية لا يوجـد أي سبب يفسـر هـذه الاصابـة وهـذا بعد فحص شامل للزوجين، تتراوح نسبـة انتشاره بيـن الأزواج مــن 15% إلى 30 %؛ وفي هذه الحالـة احتمالية حدوث الحل دون عـلاج أو دواء.(Spira alferd et al ,2012 ,p53).

كما ترى "بوشا" (Bouchat) أن تأخـر حدوث الحمل الغير مبرر قد يرجع من الناحيــة الطبـية إلــى اضطراب ذو طبيعــة بيولوجية غير محددة لحد الآن، أو إلى أسباب نفسيــة لا شعوريــة. (Bouchat Adriana,2006,p20) .

يختلف حدوث هذا من زوج لأخر ،و لابد من 4 دورات لحدوث الحمل؛ ويجب على الأقل 100 دورة لحدوث الحمل، أي تقريبا 8 سنوات (Lysek et al, s.a, p 6)

3- أنــواع تأخر الانجاب عند المرأة :

تذكر الدراسات العلمية ان هناك نوعين من تأخر الانجاب قد يكون في اول العلاقة ؛وقد يكون بعد الانجاب وهما:

3-1- تأخر الانجاب مبدئي: أي عدم حدوث حمل من قبل.

3-2-تأخر الانجاب النسبي: تأخر الانجاب رغم حدوث الحمل في السابق بغض النظر عما الا اليه الحمل ،حمل ناجح او اجهاض(معالم صالح ،د.س،ص111)

4- أسباب تأخر الانجــاب عند المرأة:

يعود تأخر الانجاب لأسباب مختلفة وهذا ما تشير له الدراسات العلمية ،فهناك اسباب مباشرة وهناك اسباب غير مباشرة منها:

4-1- الأسباب العضويــة:

تختلف الأسباب باختلاف مكان الإصابة وتتمثل في:

4-1-1-ضيق المهبل:

يعتبر من الأسباب المؤدية للعقم وهي إما تكوينية تعود لقصر المهبل التكويني، التهاب الأغشية التكوينية، أو عصبية وهي مرتبطة بزيادة الحساسية في الأعضاء التناسلية.

4-1-2- حموضة المهبل:

يكون السائل المهبلي في حالته الطبيعية حامضا ليحمي المهبل من الجراثيم، ويساعد المني على الانزلاق في مجرى الدم، لكن إذا زادت درجة الحموضة شلت حركة الحيوانات المنوية، وبالتالي تقل فرص وقوع الحمل. (سبيرو فاخوري، 1984، ص217).

4-1-3-انسداد قنوات فالوب:

قد يكون الانسداد كلي أو جزئي وغالبا ما ينتج عن التهاب في قنوات فالوب بسبب عمليات الإجهاض أو الولادة أو الأمراض الجنسية مثل السيلان أو الكلاميديا، وفي بعض الحالات النادرة يؤدي عدم اكتمال نمو الأنابيب إلى انسدادهما. (أحمد الراس، 2001، ص18)

4-1-4-اضطرابات التبويض:

يرى "هورد Horde "وفقا لمختلف الدراسات أن ما يقارب 15 إلى 20% من أسباب تأخر الانجاب الغير مفسـرة السبب أي واحـد مـن خمسـة لـم يحـدد فيها العامـل السببي مـن الوجهـة الطبية ،وأن ما يقـارب 80% من أسباب العقـم هـتي عضوية ومحـتددة طبيـا. (Horde Pierrick,2014 ,p1)

وهي تشكل حسب "هيلين Helene " من20 إلى30% من مجمل أسبـاب العقـم وتتمثـل في غياب التبـويض، أو حدوث التبـويض لكـن بشكل غيـر منتظـم وغير مستمـر ويفسـر من خـلال الاضطـرابات التـي تحدث علـى مستوى الـدورة الشهـرية الأعضاء التناسلية.(Helene Coste,2009 ,p9)

وتنقسم وفق" لمبرارز Lumberas " في أسباب مرتبطة بالزوجة تقدر بـ 30% وأسباب مرتبطة بالزوج وتقدر بـ 30% وأسباب مشتركة بين الزوجين تقدر بـ 20% ، و 20% المتبقية ترجع لأسباب غير محددة .(Lumberas Marina,2009,p6)

4-2- اسباب نفسيــة :

من بين العوامل النفسية التي من الممكن أن تسبب أو تساهم في إحداث تأخر الإنجاب والتي يذكرها "**محمد المهدي**"**(2006)** (محمد المهدي،2006،ص122)

4-2-1- عدم التوافق في العلاقة الزوجية :

ما يتبع ذلك من صراع وشجار يؤثران على التوازن الهرموني وعلى انقباضات 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.

4-2-2- 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 ثم الجنين، واعتبار

ذلك عدوانا عليها تقاومه بالرفض واللفظ، وهذه الشخصية لديها صراعات كثيرة حول دورها كأنثى.

4-2-3- **الشخصية الأنثوية غير الناضجة بيولوجيا نفسيا**:وفيها تكون عملية التبويض ضعيفة أو يكون الرحم صغيرا أو الأنابيب ضيقة، وتكون غير ناضجة انفعاليا.

4-2-4- **البرود الجنسي** : الذي يسببه أو يحتاجه نشاط هرموني باهت وضعيف.

4-2-5- **الزوجة التي تأخذ دور الأم لرجل سلبي واعتمادي**:فالتركيبة النفسية لها كأم لهذا الزوج الطفل أو الابن تحدث خللا في العمليات البيولوجية فلا يحدث الحمل.

4-2-6- **وجود أم مسيطرة:** ومستبدة تجعل المرأة تكره دور الأمومة وترفضه.

4-2-7- **وجود رغبات متناقضة:** في الحمل وعدمه، فهي ترغب فيه لتحقيق الدافع الفطري لديها في أن تكون أما، وترفضه في نفس الوقت خوفا من مشاكله وتبعاته أو لشعورها بأن حياتها الزوجية تعيسة.

4-2-8-الصدمات الانفعالية المتكررة :التي تؤثر على الغشاء المبطن للرحم وتؤدي إلى انقباضات كثيرة وغير منتظمة في الأنابيب والرحم وعنق الرحم.

4-2-9-شدة التعلق بالإنجاب: فالرغبة الجامحة في حدوث الحمل ربما تؤدي إلى نزول البويضات قبل نضجها.

4-2-10-تكرار الإثارة الجنسية:دون إشباع وهذا يصيب عنق الرحم بالاحتقان.

ولقد أشار معظم الباحثون إلى وجود مجموعة من العوامل المختلفة الاخرى التي قد تؤدي إلى تأخر الانجاب ومن بينهم الدكتور" نجيب ليوس " أن هناك عوامل عديدة تؤثر في عملية الإخصاب أهمها:

4-3-1- **العمـــر** :

يعد عُمر المرأة العامل الاساسي الذي يؤثر كثيرا على المرأة ذلك نظرا لاختلال عمل الهرمونات و ظهور بعض التغيرات في الرحم، حيث تأكد منظمة

الصحــة العالمية أن الــمرأة فــي سن 25 تكــون الخصــوبة في ذروتها ثــم تتناقص ببطء بعد 35 سنة . (Ranzanici, et al, 2008, 1213)

كما يؤكد البروفيسور" روناتو فانشين Renato Fanchin" في اليـوم الوطنـي للعقم بفرنسا أن العمر يعـد أحــد الأسباب الهامــة في حــدوث العقــم وهذا بسبب الشيخوخــة التي تصيب المبـيض وهذا بعد سن 35 .(Poisson Deléglise,2014,p4)

في حين يرى كل من (Johansson & Berg, 2005) أن نسبة الإنجاب تكون لدى المرأة التي يتراوح عمرها بين 25–30 سنة بـ: 85% وبنسبة 60 %عندما يتراوح العمر بين 30 و 35 ليتناقص إلى نسبة % 50 عندما تبلغ المرأة عمر 40 ، كما أنه بالنسبة للنساء المتزوجات خلال أيام أو خلال 6أشهر كانت لديهم نسبة التأخر عن الحمل قليلة، أ ي نسبة قليلة فقط من النساء اللاتي لم يحملن وهناك من حملن ثم أجهضن بعدها، أما بالنسبة للنساء اللاتي حددت مدة عدم الخصوبة لديهم بعامين فأكثر فكانت نسبة كبيرة منهن مصابات بالتأخر عن الحمل، حيث تجاوزت % 50 خلال عامين، و % 89 بالنسبة للاتي لم تحملن خلال 5 سنوات .في حين أن إمكانية الخصوبة لدى هؤلاء النسوة تبقى ممكنة لكن بنسبة ضئيلة جدًا تقدر ب 4% ويرى أن هذا التحديد للمدة المتمثلة في عامين يقتصر فقط على الزوجات الشابات، لكن عندما يتجاوز عمر المرأة 35 سنة فإن الانتظار غير مجدي و أي تأخر في العلاج يقابله ضياع في فرص الحمل.

ويذكر" **سافال**" Savale " أن الخصوبة تكون في أقصاها مابين 20– 30 سنة وتتناقص تدريجا خلال سن 35 سنة في حين يتأزم الوضع في الأربعينات ،والتأثير السلبي للعمر يتموضع على مستوى المبيض (إنتاج البويضات)إذ أن المرأة مع كل دورة شهرية تفقد بويضة واحدة ليتناقص عددها مع كبر السن إلى أن تتلاشى خلال الأربعينات ، أو الخمسينات .(Zorn J R, Saval M, 1999, p 6)

***عدد مرات الجماع:** تكرار هذه العملية 3 مرات في الأسبوع يزيد من إمكانية حدوث الحمل بمعدل ثلاث مرات أضعاف مقارنة بحصولها مرة واحدة في الأسبوع.

***البيئة و العادات اليومية:**

إن للمؤثرات الخارجية مثل التلوث ،التدخين ،الإفراط في التمارين الرياضية تأثيرا للجنسين، كل ذلك ثبت أن له تأثيرا على إفراز هرمون الاخصاب.

***السلوك الغذائي :**

أن السلوك الغذائي له اهمية وتأثير على عملية الانجاب ، وهذا ما توصل له "ماري لوفي" في دراسته حول " تأثير نمط الحياة على تأخر الإنجاب" إلى أن النظام الغذائي يمكن أن يؤثر على خصوبة المرأة، استبيان حول تواتر الطعام، حيث توصلوا إلى ما يسمى "حمية الخصوبة" وذلك بالتركيز على النظام الغذائي الذي يمكن التنبؤ به بأن لديه عالقة باضطراب التبويض، حيث كانت النتيجة جيدة بإتباع نظام غذائي عالي في البروتين النباتي والألياف، ومنتجات الألبان والحديد (الأكل الصحي)، في حين كانت النتيجة منخفضة من حيث إتباع نظام غذائي غني بالدهون غير المشبعة والبروتينات الحيوانية والكربوهيدرات كما أظهرت نتائج هذه الدراسة أن النساء في الخمس الخامس (أعلى نظام غذائي للخصوبة) كانت أقل عرضة لخطر الإصابة باضطرابات التبويض (المقارنة مع النساء في الخمس الأول) (أدني درجة حمية الخصوبة) كما أظهرت ذات الدراسة أن إتباع نظام غذائي صحي يساعد على زيادة الخصوبة.(Marie loun,2017 ,p13)

5-أهم الفحوصات التي تقوم بها المرأة المتأخرة في الانجاب:

يعد التشخيص المفتاح الأساسي للعلاج لهذا بمجرد مرور بضعة أشهر دون حدوث الحمل تسارع المرأة للفحص، وتبدأ سلسلة الفحوصات المختلفة والتي تطال الزوج أيضا، خاصة في الآونة الأخيرة أين تم إثبات أن الرجل يشارك المرأة نفس الحظوظ، و من بين الفحوصات التي تقوم بها المرأة يذكرها باتريك "(1993) كما يلي: (باتريك راو ، 1993 ،ص ص 52 -57)

***الفحص العام:**

لا بد من تسجيل الوزن المطلق فزيادة الوزن أو نقص وزن الجسم يؤدي إلى اضطرابات حيضية والاباضة وكذلك لابد من إجراء الفحص البدني العام للكشف عن وجود اضطراب قلبي وعائي أو تنفسي أو معدي أو معوي أو في الجهاز التناسلي فقد يساهم هذا في عدم حدوث الحمل.

***فحص البطن:**إذا ما كانت هناك ندوب ناتجة عن جراحة سابقة ،واستبعاد وجود اي كتلة ضخمة بارزة من الحوض.

***فحص الحوض:**

ينبغي معاينة الأعضاء التناسلية الخارجية ونلاحظ إذا ما كان هناك إلتهاب بالفرج و لابد من معاينة المهبل وملاحظة وجود أي مفرزات وينبغي فحص عنق الرحم والأخذ بعين الاعتبار إذا ما كان الرحم منقلبا إلى الخلف لان بسبه تحدث أمراض حوضية.

*إجراء تحاليل طبية كتحليل الدم والبول للتأكد من عدم الإصابة بالفيروسات كالحصبة الألمانية أو الإصابة بفقر الدم والسكري والأمراض الكلوية.

***إجراء فحص للهرمونات :**

-خاصة هرمون اللبن البرولاكتين لان ارتفاع مستواه في الدم يؤدي إلى عدم انتظام دورة الحيض.

-فحص الغدد الدرقية فينبغي ملاحظة الوظيفة الدرقية فاحتمال لها ارتباط بعدم حدوث الحمل.

-فحص السل الحوضي في حالة الاشتباه بإصابة البطانة الرحمية ولا سيما في المناطق التي لا يزال هذا المرض متوطنا فيها .

-فحص الرحم عن طريق الموجات فوق الصوتية وذلك لتشخيص الشذوذات الخلقية الموجودة فيه مثل التشوهات الخلقية أو التشوهات المكتسبة وخلال هذه الرحلة من عملية الفحوصات تكون المرأة في حالة طبيعية خلال الاشهر الاولى ،لكن مع مرور الوقت قد يستدعي الامر علاجا طبيا مبكرا . (باتريك راو ، 1993 ،ص ص 52 -57)

6-علاج تأخر الانجاب عند المرأة :

يعتمد علاج تأخر الانجاب لدى المرأة على السبب اذا أمكن معرفته وينقسم الى الأساليب التالية:

6-1- علاج العقم الناجم عن انقطاع الاباضة :

اذا اتضح بعد الفحوصات الطبية أن هناك خلل في الاباضة وان الخلايا الجرابية في المبيض موجودة فعندما يمكن اللجوء الى العلاج الدوائي لأثارة الاباضة شرط التأكد من ان الزوج قابل للأخصاب ويكون التحريض على الاباضة باستعمال عدة عقاقير تمارس عملها على مستويات مختلفة :

6-2- تنبيه منطقة المهاد التحتي في الدماغ :

ويستعمل لهذه الغاية عقار كولميد ويستخدم اساسا لانضاج واطلاق البويضات الصالحة للتلقيح عند المراة.

6-3- تنبيه المبيض مباشرة :

من اجل التنبيه مباشرة يستعمل عقار الهوميفلبين ومهمته الاساسية حث المبيض على انتاج البويضات الصالحة للتلقيح.

6-4- تثبيط عمل هرمون البرولاكتين : لمنع هرمون البرولاكتين من ممارسة فعله المثبط على هرموني الاباضة ،الهرمون المنبه للجريبات و هرمون الملوتن، يلجأ الى استعمال عقار بروموكريبتين (خالد بسام الطيارة :1999 ، ص 72)

6-5- علاج العقم الناجم عن انسداد الانابيب :

يكون اما بالأدوية أو الجراحة وتمتد مدة العلاج من سنتين الى ثلاث سنوات اجراء مدخلات جراحية على البوقين الهدف من العملية ازالة الاجزاء التالفة من البوق والابقاء على ابن الاجزاء السليمة ، وتستعمل حاليا الجراحة المجهرية باستعمال طريقة منظار البطن.(أحمد بن على صفيان،2001،ص101)

6-7- التلقيح الاصطناعي:

هو نوع من علاجات تأخر الانجاب عند المرأة ونقصد به انتقال السائل المنوي في المجاري التناسلية للمرأة بهدف الانجاب ولكن ليس عن طريق الممارسة الجنسية المباشرة بل

بحقنة بطريقة اصطناعية بواسطة الحقن ويلجا الطبيب للحقن في حالة الفشل النهائي في علاج العقم(سيـرو خوري،1983،ص45)

7- الآثار النفسية لتأخر الإنجاب على المرأة:

بإعتبار تأخر الإنجاب يعود الى إعاقة فهو يؤثر حيويا على ممارسات المرأة لحياتها الطبيعية، سواء كان تأثيرا تاما أو نسبيا.

فبعـد إدراك المرأة بانها غير قادرة على الإنجاب يولد لديها الشعور بالعجز ، الذي يرجعـه "مختار حمزة " إلى «الشعور بالنقص وشعوره بتشوه صورة الذات». **(مختار حمزة ، ب ، ت ، ص43)**، كما أكدت دراسات أقيمت منها دراسة "رحمة المحروقية ومنير كرادشة" حول الاثار النفسية والصحية لتأخر الامومة البيولوجية ،انخفاض تقدير الذات وفرط الحساسية تجاه الاخرين وبروز وكثافة المشاعر السلبيــة**(رحمة المحروقية ومنير كرادشة، 2016)** ،كما ان تغلب على شخصية المرأة العقيم سمة العصابية وهذا ما تؤكده دراسة "فصيح نور الهدى واخرون" (2022) حول سمات شخصية المرأة العقيم من خلال تطبيق مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لكوستا و ماكري، وذلك باستخدام المنهج العيادي دراسة الحالة ، حيث تمثلت عينة الدراسة في أربعة حالات من النساء العقيمات والتي تتراوح أعمارهن ما بين 31-44 سنة وأن سمات الشخصية الغالبة لدى المرأة العقيم هي سمة العصابية والاتقان؛ وتختلف هذه السمات لدى النساء العقيمات باختلاف الوضع الاجتماعي؛ ومدة الزواج.(فصيح نور الهدى واخرون،2022)

7-1- شعور المرأة بالدونية وفقدان الثقة في هويتها كأنثى:

وهذا لأنها غير قادرة على أداء مهمتها في الإنجاب وهذا ما توصلت له "طبيب أمينة" (2015) في دراسة حول العقم و تأثيره على صورة الذات لدى المرأة المتزوجة" هدفت الى معرفة أثار الناجمة عن مشكلة العقم ومدى تأثيرها على صورة الذات وتقدير الذات لدى المرأة المتزوجة ،و شملت هذه الدراسة على دراسة لحالتين تعانين من العقم و توصلت الى ان العقم له تأثير سلبي على صورة

الذات لدى المرأة المتزوجة وبالتالي يكون تقدير الذات منخفض وصورة الذات سلبية(طبيب امينة،2015).

7-2- زيادة الأنانية والنرجسية لدى المرأة:

بعض النساء العقيمات تزداد لديهن الأنانية و النرجسية وتوجه مشاعرها نحو ذاتها فتهتم بنفسها اهتماما زائدا. .(محمد عبد الفتاح المهدي،2007 ، ص58)

7-3- الغضب وتوجيه العدوانية نحو الزوج والاقارب :

حيث تعتبر أن الزوج سببا في شقائها إذ حرمها نعمة الإنجاب أو توجه عدوانيا نحو أهلها وكأنها تتهمهم بأنهم السبب في أنها جاءت إلى الحياة غير مؤهلة لدورها الأنثوي .

7-4- صدمة تأخر الإنجاب:

وهي تحدث حين تتأكد المرأة من استحالة الحمل وهنا إما أن تزيد عدوانيتها أو تلجأ إلى الانسحاب و الانطواء و الاكتئاب ،وهذا ما توصلت اغلب الدراسات منها دراسة حديثة اجرتها جامعة هارفارد الى أن النساء اللواتي يتناولهن عقاقير الخصوبة تكون معاناتهن مساوية للنساء اللواتي يعالجن من السرطان(كارول تركينجنون وسوزان بروست،2001،ص200)

7-5- اللجوء إلى الإنكار:

هنا تلجأ المرأة إلى الإنكار كحيلة نفسية دفاعية فتدعي حين سؤالها أنها لا تفكر إطلاقا في موضوع الحمل و لا تتأثر به، وأن معاناتها الجسدية الحالية ليست لها أي علاقة بهذا الموضوع وهي غالبا تشتكي من أعراض نفس جسدية سببها محاولة إخفاء المشاعر السلبية الناتجة عن تأخر الإنجاب.

7-6- الشعور بعدم الأمان و الخوف من المستقبل:

هذا الشعور سببه تفكير المرأة في احتمالية هجر الزوج لها وزواجه من أخرى، وكذلك الغيرة الشديدة من النساء الأخريات اللائي ينجبن ربما يؤدي إلى استمرار تأخر الإنجاب أكثر فأكثر.

7-8- إهمال الذات:

فيه تشعر المرأة بأنها أصبحت قبيحة الشكل وتهمل مظهرها وتفقد الرغبة في العلاقة الزوجية وتراها غير ذات فائدة، وتفقد المعنى في بقية الأشياء.

7-9- اللجوء إلى التسامي:

هناك نوع من النساء يلجأن إلى التسامي برغبتهن في الحمل و الأمومة فينخرطن في مجالات التدريس خاصة رياض الأطفال أو التمريض أو في كفالة الأيتام.

خلاصة:

لقد تم في هذا الفصل التعرض لتعريف تأخر الإنجاب واهم المصطلحات المرتبطه به وانواعه واسباب الإصابة به، كما تم ذكر أهم الفحوصات التي تقوم بها المرأة المتأخرة في الإنجاب، وتم تناول علاجه والآثار النفسية المترتبة عنه لدى المرأة .

الجـانب الميدانـي

الفصل الـــــرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

- تمهـــــيد

1- المنـهج المتبع في الدراسة.

2- الدراسة الاستطلاعية.

1.2- أهداف الدراسة الاستطلاعية.

2.2- عينة الدراسة الاستطلاعية.

3.2- أداة الدراسة.

3- الدراسة الأساسية.

1.3- عينة الدراسة الأساسية.

2.3- إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية.

4- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

- خلاصة.

تمهيد:

تعتبر الإجراءات الميدانية للدراسة حجر الأساس في جميع الدراسات والبحوث، ذلك لأن جمع بيانات الدراسة يتم على ضوئها, ولفحص الفروض والتحقق منها تم القيام بإجراءات منهجية، يتم عرضها في الفصل الحالي، والذي تضمن المنهج المتبع، ثم عينة الدراسة وأدواتها، ووصفها والتحقق من خصائصها السيكومترية، وظروف التطبيق الميداني، وجمع البيانات، وطرق التحليل الإحصائي التي استخدمت في معالجة هذه البيانات.

1- المنهج المتبع في الدراسة:

انطلاقا من طبيعة البحث والبيانات المراد الحصول عليها لاستكشاف مستوى االعجز النفسي لدى النساء المتأخرات الإنجاب المترددات على بعض عيادات الطب النساء والتوليد بمدينة ورقلة، تم الإعتماد على المنهج الوصفي الأستكشافي الذي يتناسب مع طبيعة الموضوع ،وهو منهج " يهتم بدراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع، ويهتم بوصفها وصفا دقيقًا، ويعبر عنها تعبيرا كيفي وكمي، فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة ويوضح خصائصها، أما التعبير الكمي فيعطيها وصفا رقميا يوضح بمقدار هذه الظاهرة" (محمود الجراح، 2008، ص75).

2-الدراسة الإستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة من خطوات الإجراءات الميدانية للدراسة، فهي تمكن الباحث من التعرف على الظاهرة التي يرغب بدراستها، والتحقق من الخصائص السيكومترية إلى إستطلاع الظروف التي يجري فيها البحث والعقبات التي من الممكن أن تقف في طريقه وبالتالي محاولة ضبطها والتحكم فيها حتى لا تؤثر على نتائج البحث" (مروان عبد المجيد إبراهيم، 2000،ص 39).

الدراسة الإستطلاعية«تقرب الباحث من ميدان بحثه وتزوده بمعلومات أولية حول الظاهرة محل الدراسة،وبهذا فهي تعتبر أساساً جوهريا لبناء البحث.»(محي الدين مختار، 2000،ص 47).

وعليه فإن الدراسة الإستطلاعية تساعد الباحث على الربط بين الجانب النظري والميداني، ومن خلالها يتفحص الباحث أدوات القياس التي يستعملها في الدراسة الأساسية.

2-1- أهداف الدراسة الإستطلاعية:

تتضح أهداف الدراسة الإ ستطلاعية للدراسة الحالية فيما يلي:

1-التعرف على ميدان إجراء الدراسة الأساسية، والحصول على المعطيات الأولية.

2-التمكن من التدريب الأولي على الدراسة الميدانية.

3-استطلاع الظروف التي تجرى فيها الدراسة الأساسية والتعرف على العقبات التي تقف في طريق إجرائها، وبالتالي إيجاد الحلول اللازمة لها .

4-اكتشاف وتحديد بعض جوانب النقص أو القصور في إجراءات تطبيق الأداة المستخدمة في الدراسة وتعديلها.

5-معرفة ما إذا كان المقياس واضحاً ومفهوما، وكذا مدى ملاءمته لمستوى أفراد العينة.

6-دراسة صدق وثبات –الخصائص السيكومترية – الأداة المستعملة في الدراسة

2-2- عينة الدراسة الإستطلاعية:

أجريت الدراسة الإستطلاعية على عينة قوامها (30) امرأة متأخرة في الإنجاب ؛ المترددات على العيادات الطب النساء والتوليد بمدينة ورقلة، تم إختيار أفراد العينة بطريقة قصدية لغرض التحقق من صلاحية أداة القياس، لذا فقد تم ضبط مواصفات عينة الدراسة الإستطلاعية على أن تكون نفسها من مواصفات عينة الدراسة الأساسية.

3- أداة الدراسة:

يعتمد الباحث في جمع البيانات عن الظاهرة المراد دراستها على أدوات منها المقياس الذي يعتبر من أهم وسائل جمع البيانات ملائمة للحصول على معلومات وحقائق مرتبطة واقع معين، وعلى هذا الأساس فقد تم تصميم استبيان يتم من خلاله جمع البيانات عن مشكلة الدراسة المتعلقة بالعجز النفسي لدى المرأة متأخرة الإنجاب، وسوف يتم وصفها من خلال كيفية تصميمها ووصف تعليماتها وطريقة الإجابة عنها وأوزان تصحيحها.

أ/ تصميم الأداة:

تم القيام ببناء الأداة" المقياس" انطلاقا من الأدبيات النظرية والعلمية والأطلاع على مقاييس للقياس العجز النفسي منها مقياس العجز النفسي لـ: ضحى محمود عادل (2016) ، سمية كرسوع(2016) ،حاجي ايمن(2018) ،سارة محمد عواد وعلاء الدين علي (2021) ،رياض صيهود هاشم(2005) ،ومن خلال الميدان والمقابلات مع عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب والأطباء أهل الإختصاص، وأخذ فكرة أولية عن حالتهن، تم الحصول على عدد من الإجابات والملاحظات ،من خلالها تم بناء الأداة و الحصول على المقياس يحتوي على أثنان وأربعون (42) عبارة ، تتوزع على أربع ابعاد:

جدول رقم (01) يوضح ابعاد أداة القياس" العجز النفسي"

البعـــــد	العبـــــــــارة
اليـــأس	1.3.7.8.15.19.26.32.33.34.35
تقدير الذات	5.9.13.18.25.29.38.80.42
المساندة النفسية	11.14.17.20.21.23.27.28.30.36.39
الطاقة الجسدية	2.4.6.10.12.16.22.24.31.37.41

1 * **التعليمات:**

خصصت الصفحة الأولى للتعليمات وشملت ما يلي:

* البيانات الشخصية وهي:

* السن

*مدة الزواج

*المهنة

2* طريقة الإجابة :

تتم الإجابة على العبارات بوضع العلامة (X) في الخانة المناسبة حسب البدائل (نعم) (لا) (أحيانا)

3*الأوزان:

وقد قدرت الأوزان المعطاة لبدائل الأجوبة بالنسبة للأداة كما يلي :

بالنسبة للعبارات الموجبة: (00) علامة للإجابة بـ: لا ؛

(01) علامة للإجابة بـ: احيان ؛ .

(02) علامة للإجابة بـ: نعم.

تعكس الأوزان في العبارات السالبة.

4-طريقة التصحيح:

تتراوح درجة الفرد على المقياس نظريا بين 0 الى 123 ،ووفق مفتاح التصحيح تم وضع مستوى العجز النفسي ضمن ثلاث مجالات وهي كما يلي:

جدول رقم(02) :يوضح مجال مستوى العجز النفسي لأداة القياس

المجـــال	مستوى العجز النفسي
40-0	منخفض
59-41	متوسط
60 فما فوق	مرتفع

4- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة:

للتحقق من صدق وثبات الاداة في الدراسة الحالية قمنا بتطبيقها على عينة استطلاعية، حيث يمنح كل من الصدق والثبات لأداة الدراسة القدرة على قياس الظاهرة موضوع الدراسة، وفيما يلي سيتم عرض طرق حساب الصدق والثبات للأداة على النحو التالي:

أولا/ الصدق:

يعتبر الصدق" أهم شرط ينبغي أن يتصف به الاختبار حتى يصبح صالحا للاستعمال" (بشير معمرية، 2015، ص47). تم حساب صدق استبيان العجز النفسي بعدت طرق:

1-صدق المحكمين:

يعني به "عرض بنود المقياس على مجموعة من المحكمين" (محمود عبد الحليم منسية هنية الكاشف، 1982، ص:152)، حيث عرضت العبارات اثنان واربعون (42) على مجموعة من الأساتذة المحكمين عددهم احد عشر (11) فكانت تسعة (09) من جامعة ورقلة واستاذ واحد (01) من جامعة وهران واستاذ واحد (01) من جامعة الوادي ،كلهم أساتذة من قسم علم النفس ، واقتصر اختيار المحكمين نظرا لخبرتهم في مجال المنهجية وعلم النفس، وطلب منهم ابداء رأيهم فيما يلي:

*مدى مناسبة التعليمات وذلك بوضع العلامة (x) في إحدى الحالتين (تقيس، لا تقيس)

*مدى مناسبة بدائل الأجوبة.؛

* مدى مناسبة المعلومات الشخصية.؛

*مدى مناسبة عدد العبارات ؛

*مدى ملائمة العبارات وقياسها للهدف الذي وضعت لأجله، وهذا بوضع العلامة (x) في الخانة المناسبة (تقيس، لا تقيس)؛ مع إعطاء البديل في حالة إجاباتهم بلا تقيس.

استرجعت سبع (07) استمارات من أصل احدى عشر (11) استمارة، كانت نتائج صدق المحكمين لهذه الأداة في إطار ما وافق عليه أغلبية المحكمين أي خمسة(05) من أصل سبعة (07) محكمين ،وقد أكدوا على ما يلي :

* ملائمة التعليمات؛

*ملائمة بدائل الأجوبة؛

*مناسبة المعلومات الشخصية مع إضافة هل تعاني المرأة من مرض مزمن أو أي مرض لأستبعادها من العينة؛

*مناسبة العبارات للهدف المراد قياسه، مع اعادة صياغة بعض العبارات.

من خلال هذا فقد تمت الموافقة على المقياس مع تعديلات طفيفة مست التعليمات واعادة صياغة بعض العبارات، وعليه فالأداة صادقة .

2- صدق المقارنة الطرفية:

يعرف على انه :« قدرة المقياس على التمييز بين طرفي الخاصية التي يقيسها»(بشير معمرية،2011،ص231) ، حيث يطبق المقياس على مجموعة من المفحوصين، ثم ترتب الدرجات التي حصلوا عليها تنازليا أو تصاعديا، ثم يقارن بين المجموعتين المتناقضتين اللتان تقعان على طرفي الخاصية، من حيث درجاتهما عليها، إحداهما يطلق عليها مجموعة عليا من حيث ارتفاع درجاتها على الخاصية، والثانية يطلق عليها مجموعة دنيا من حيث انخفاض درجاتها على الخاصية،« ويستعمل أسلوبا إحصائيا ملائما وهو اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطين حسابيين، ويكون المقياس صادقا كلما كان قادرا على التمييز تمييزا دالا بين المجموعتين المتطرفتين» (بشير معمرية، 2009،ص 252).

وللتحقق من الصدق التمييزي لكل فقرة من فقرات استبيان العجز النفسي والدرجة الكلية له تم تطبيقه على عينة مكونة من (30) امرأة، وبعد تكميم الإجابات وترتيب الدرجات المتحصل عليها ترتيبـًا تنازليًا، تمت المقارنة بين المجموعتين المتطرفتين، حيث أخذت نسبة (33,33%) تمثل الأفراد الذين تحصلوا على الدرجات العليا ونسبة (33,33%) تمثل الأفراد الذين تحصلوا على الدرجات الدنيا.

الجدول رقم (03) : يوضح نتائج صدق مقياس العجز النفسي بطريقة المقارنة الطرفية

المؤشرات الإحصائية / الفئة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة(ت) المحسوبة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
الدنيا ن= 10	14.60	5.48	8.27	18	دال عند 0.01
العليا ن= 10	46.90	11.05			

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن المتوسط للفئة العليا بلغ (46.90) بانحراف معياري قدره (11.05)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للفئة الدنيا (14.60) بانحراف معياري قدره

(5.48)، وبحساب قيمة "ت" المحسوبة التي بلغت (8.27) عند مستوى دلالة (0,01) فإن الفروق ذات دلالة جوهرية، ومنه فبنود المقياس ميزت تمييزًا واضحًا بين الفئة العليا والفئة الدنيا وهو ما يؤكد صدق المقياس.

3- الصدق الذاتي :

في بعض الأحيان يستخرج الصدق من الثبات ويمكن إستخراجه «بحساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات بوصفه معاملاً للصدق»(بشير معمرية،2012،ص241) فتم حساب الصدق الذاتي عن طريق الجذر التربيعي لقيمة الثبات ،نجده قد بلغ قيم عالية ومنه فإن قيمة معامل الصدق الذاتي توضح صدق فقرات(بنود)الأداة

الصدق الذاتي = $\sqrt{\text{الثبات}}$

والنتائج المحصل عليها مدونة في الجدول أدناه:

حيث كان ثبات الأداة هو 0.92 إذن فالصدق الذاتي يقدر ب:0.96 ، والجدول التالي يبين صدق أبعاد المقياس:

الجدول رقم (04): يوضح نتائج الصدق الذاتي لأبعاد أداة" العجز النفسي"

الابعاد	العينة	الثبات	الصدق	مستوى الدلالة
تقدير الذات	30	0.73	0.85	0.01
اليأس		0.76	0.87	0.01
المساندة النفسية		0.74	0.86	0.01
الطاقة الجسدية		0.70	0.84	0.01
الكلي		0.92	0.96	0.01

من خلال الجدول رقم (04) يتضح أن درجات الصدق الذاتي عالية عند مستوى الدلالة 0.01 فهذا يعني أنه يمكن تطبيق المقياس بكل أمان وعليه يمكن القول ان الأداة تتميز بالصدق.

4-صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب صدق هذا المقياس عن طريق حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالبعد الذي تنتمي اليه، ثم بين العبارات والدرجة الكلية للمقياس ككل، وبعدها تم تقدير الارتباط بين الدرجة الكلية لكل محور بالدرجة الكلية للمقياس ككل كما يلي:

4-1-الإرتباط بين العبارات والدرجات الكلية للمحاور التي تنتمي إليها:

أ- الإرتباط بين العبارات والدرجة الكلية لبعد تقدير الذات:

تم حساب أو تقدير الإرتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للبعد الاول (تقدير الذات) بمعامل الإرتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (05) يوضح مصفوفة إرتباطات عبارات بعد تقدير الذات مع درجته الكلية

الرقم	معامل الإرتباط	الرقم	معامل الإرتباط	الرقم	معامل الإرتباط
س5	0,423**	س25	0,294**	س42	0,628**
س9	0.466**	س29	0.671**		
س13	0,512**	س38	0,569**		
س18	0.490**	س40	0.579**		
**الإرتباط دال عند (0.01)		*الإرتباط دال عند (0.05)			

يلاحظ من الجدول(05) أن الإرتباطات بين عبارات البعد الاول مع الدرجة الكلية له ككل جاءت كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.01) وعددها (09) عبارات، حيث تراوحت قيم الإرتباط فيها ما بين (0,67) كأعلى إرتباط كان بين العبارة (29) والدرجة الكلية للبعد ككل و(0,29) كأدنى إرتباط كان بين العبارة (25) والدرجة الكلية للمحور ككل، وعموما يمكن القول بأن البعد الاول (تقدير الذات) صادق.

ب- الإرتباط بين العبارات والدرجة الكلية لبعد اليأس:

تم حساب أو تقدير الإرتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للبعد الثاني (اليأس) بمعامل الإرتباط بيرسون ، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (06) يوضح مصفوفة إرتباطات عبارات بعد اليأس مع درجته الكلية					
الرقم	معامل الإرتباط	الرقم	معامل الإرتباط	الرقم	معامل الإرتباط
س1	0,612**	س19	0,694**	س35	0,656**
س3	0.586**	س26	0.787**		
س7	0,647**	س32	0,617**		
س8	0.604**	س33	0.624**		
س15	0,647**	س34	0,735**		
**الإرتباط دال عند (0.01)		*الإرتباط دال عند (0.05)			

من خلال الجدول (06) يلاحظ أن الارتباطات بين عبارات البعد الثاني مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.01) وعددها (11) عبارة، حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,78) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (26) والدرجة الكلية للبعد ككل و(0,58) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (3) والدرجة الكلية للبعد ككل، وعموما يمكن القول بأن البعد الثاني (اليأس) صادق

ج- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لبعد المساندة النفسية:

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للبعد الثالث (المساندة النفسية) بمعامل الإرتباط بيرسون ، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (07) يوضح مصفوفة إرتباطات عبارات بعد المساندة النفسية مع درجته الكلية					
الرقم	معامل الإرتباط	الرقم	معامل الإرتباط	الرقم	معامل الإرتباط
س11	0,602**	س23	0,505**	س39	0,198
س14	0,634**	س27	0,712**		
س17	0,544**	س28	0,575**		
س20	0,688**	س30	0,674**		
س21	0,759**	س36	0,698**		
**الإرتباط دال عند (0.01)		*الإرتباط دال عند (0.05)			

يلاحظ من الجدول رقم (07) أن جاءت الإرتباطات بين عبارات البعد الثالث مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.01) ما عد بند (39) الذي جاء غير دال، حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,75) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (21) والدرجة الكلية للبعد ككل و(0,50) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (23) والدرجة الكلية للبعد ككل، وجاءت عبارة 39 غير دالة، وعموما يمكن القول بأن البعد الثالث (المساندة النفسية) صادق.

د- الإرتباط بين العبارات والدرجة الكلية لبعد الطاقة الجسدية:

تم حساب أو تقدير الإرتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للبعد الرابع (الطاقة الحيوية) بمعامل الإرتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (08) يوضح مصفوفة الإرتباطات عبارات بعد النشاط والحيوية مع درجته الكلية

الرقم	معامل الإرتباط	الرقم	معامل الإرتباط	الرقم	معامل الإرتباط
س2	0,451**	س12	0,573**	س31	0,540**
س4	0,491**	س16	0,252**	س37	0,611**
س6	0,347**	س22	0,529**	س41	0,546**
س10	0,443**	س24	0.563**		
**الإرتباط دال عند (0.01)			*الإرتباط دال عند (0.05)		

يلاحظ من خلال الجدول (08) جاءت الإرتباطات بين عبارات البعد الرابع مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.01) وعددها (11) عبارات، حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,61) كأعلى إرتباط كان بين العبارة (37) والدرجة الكلية للبعد ككل و(0,04) كأدنى إرتباط كان بين العبارة (24) والدرجة الكلية للبعد ككل، وعموما يمكن القول بأن البعد الرابع (الطاقة الحيوية) صادق.

هـ- الإرتباط بين العبارات والدرجة الكلية للاستبيان "العجز النفسي" ككل:

تم حساب أو تقدير الإرتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للاستبيان "العجز النفسي" بمعامل الإرتباط بيرسون ، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (09) يوضح مصفوفة الإرتباطات لعبارات "استبيان العجز النفسي"مع درجته الكلية

رقم العبارة	درجة الإرتباط	رقم العبارة	درجة الإرتباط	رقم العبارة	درجة الإرتباط
س1	0,569**	س15	0,606**	س29	0,685**
س2	0,331**	س16	0,462**	س30	0,577**
س3	0,516**	س17	0,103*	س31	0,371**
س4	0,469**	س18	0,584**	س32	0,525**
س5	0,487**	س19	0,625**	س33	0,515**
س6	0,283**	س20	0,558**	س34	0,730**
س7	0,624**	س21	0,701**	س35	0,584**
س8	0,532**	س22	0,483**	س36	0,587**
س9	0,506**	س23	0,515**	س37	0,552**
س10	0,313**	س24	0, 164*	س38	0,490**
س11	0,517**	س25	0,195*	س39	0,065
س12	0,535**	س26	0,697**	س40	0,517**
س13	0,633**	س27	0,615**	س41	0,560**
س14	0,568**	س28	0,513**	س42	0,263*
**الارتباط دال عند مستوى الدلالة (0.01)		*الارتباط دال عند مستوى الدلالة (0.05).			

جاءت الإرتباطات بين العبارات مع الدرجة الكلية للمقياس ككل أغلبها دالة إحصائيا ،فمنها ما هو دال عند مستوى الدلالة (α=0.01) وعددها (41) عبارة، حيث تراوحت قيم الإرتباط فيها ما بين (0,73) كأعلى إرتباط كان بين العبارة (34) والدرجة الكلية للاستبيان ككل و(0,28) كأدنى إرتباط كان بين العبارة (6) والدرجة الكلية للاستبيان ككل، وهناك عبارة واحدة فقط دالة عند مستوى الدلالة (α=0.05) وهي رقم (42) بارتباط قدر بـ (0.26)، في حين نجد أن هناك عبارة (01) فقط كانت غير دالة إحصائيا وهي (39)، وعموما يمكن القول بأن الاداة "العجز النفسي" صادقة.

و- الإرتباط بين الدرجات الكلية للأبعاد والدرجة الكلية للأداة "العجز النفسي" ككل:

تم حساب أو تقدير الإرتباطات بين درجة كل بعد بالدرجة الكلية للأداة بمعامل الإرتباط بيرسون ، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (10) يوضح مصفوفة إرتباطات الدرجات الكلية للأبعاد مع درجته الكلية

المحور	درجة الإرتباط	المحور	درجة الإرتباط
تقدير الذات	0,808**	المساندة	0,863**
اليأس	0,906**	الطاقة	0,863**
**الارتباط دال عند مستوى الدلالة (0.01)			

حيث جاءت الإرتباطات كلها دالة إحصائيا فقد بلغ معامل الإرتباط بين الدرجة الكلية البعد الاول (تقدير الذات) والدرجة الكلية للاستبيان ككل (0.80)، وبالنسبة لارتباط البعد الثاني (اليأس) بالدرجة الكلية للاستبيان ككل (0.90)، أما بالنسبة لإرتباط الدرجة الكلية للبعد الثالث (المساندة النفسية) بالدرجة الكلية للاستبيان ككل فقد بلغت (0.86)، أما بالنسبة لإرتباط الدرجة الكلية للبعد الرابع (النشاط والحيوية) بالدرجة الكلية للاستبيان ككل فقد بلغت (0.86)، ، وبالتالي يمكن القول بأن هذه الأداة صادقة.

ثانيا/ الثبات:

إن الاختبار الثابت معناه أن الاختبار يعطي تقديرات ثابتة، أي أننا لو كررنا الإجراء في عملية القياس لحصلنا على نتائج متسقة عند الفرد، إذن فدرجة الفرد لا تتغير جوهرياً بتكرار إجراء المقياس عليه.

وأن يكون على درجة عالية من الدقة والإتقان والاتساق والاطراد، فيما يزودنا به من بيانات عن السلوك المفحوص، وقياسه قياسا متسقاً في ظروف مختلفة ومتباينة (سوسن مجيد، 2010،ص 66).

للتأكد من ثبات استبيان العجز النفسي تم حسابه بطريقة :

1- حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

يعتبر معامل ألفا كرونباخ من أهم مقاييس الاتساق الداخلي للاختبار المكون من درجات مركبة، ومعامل ألفا كرونباخ يربط ثبات الأختبار بثبات بنوده (بشير معمرية، 2009، ص 198).

تم حساب ثبات استبيان "العجز النفسي" بهذه الطريقة "معامل ألفا كرومباخ"، والجدول رقم (11) يوضح النتائج المتحصل عليها:

الجدول رقم (11) يوضح: نتائج معامل ثبات مقياس العجز النفسي بطريقة ألفا كرونباخ

الأداة	عدد الفقرات	معامل ألفا (α)	مستوى الدلالة
مقياس العجز النفسي	42	0.92	0.01

نلاحظ من خلال الجدول رقم(11) أن معامل ثبات أداة العجز النفسي بطريقة الاتساق الداخلي وفق معادلة ألفا كرونباخ كان مساويا لـ (α = 0.92) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0,01)، مما يؤكد تمتع المقياس بمستوى جيد من الثبات.

2-حساب الثبات بطريقة التجزئية النصفية :

لتقدير ثبات الأداة أستعمل طريقة التجزئية النصفية المصححة ، بحيث نقوم "بتجزئية الاختبار إلى جزئيين ،جزء يتكون من درجات العبارات الزوجية والجزء الثاني العبارات الفردية "(فؤاد البهي السيد،1978،ص384) ، وقد أستعمل تصحيح المعامل بمعادلة سيبرمان برون للتجزئة النصفية ،والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها:

الجدول رقم (12) : يوضح نتائج معامل ثبات مقياس العجز النفسي بطريقة المعامل بمعادلة سيبرمان برون

الأداة	عدد الفقرات	معامل الإرتباط قبل التصحيح	تصحيح المعامل بمعادلة سيبرمان برون
مقياس العجز النفسي	42	0.88	0.94

يتضح من خلال الجدول رقم(12) أن أجزاء الأداة "العجز النفسي" وهذا وفق معامل الإرتباط قبل التصحيح قدر بـ α = 0.88. وبعد تصحيح المعامل بمعادلة سيبرمان برون سجل قيمة عالية حيث قدرة بـ:0.94 وهي قيمة دالة ، مما يؤكد تمتع الأداة بمستوى جيد من الثبات، وبناء على هذه النتائج نجد أن قيم الصدق والثبات للأداة عالية، وهو ما يدفعنا نحو الثقة في إستخدام المقياس في الدراسة الحالية.

5- الدراسة الأساسية:

5-1-عينة الدراسة الأساسية:

يتمثل مجتمع الدراسة في النساء المتزوجات اللواتي لم يتجاوز عمرهن الحالي (45)سنة من خلال سؤال النساء والممرضة عن النساء المترددات للعيادة،واللواتي تعانين من تأخر في الإنجاب وهذا بعد موافقة الأطباء على إجراء الدراسة على مستوى العيادة الخاصة بهم ، وتم الإعتماد على أسلوب العينة القصدية لجمع البيانات ،وقد أخذ بعين الإعتبار عند جمع البيانات أن تكون العينة شاملة لكل العيادات المتخصصة في طب النساء والتوليد المتواجدة بمدينة ورقلة ،إلا أن الدراسة اقتصرت على أربع عيادات وهذا لعدم موافقة بعض الأطباء ، لذلك كان توزيع العينة حسب العيادات كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (13) يوضح: توزيع عينة الدراسة حسب العيادات

العيادة	عدد النساء	النسبة المئوية
عيادة أحمد شريفي	75	%50
عيادة خرفي	40	%27
عيادة غنيم	20	%13
عيادة زغار	15	%4
المجموع	150	%100

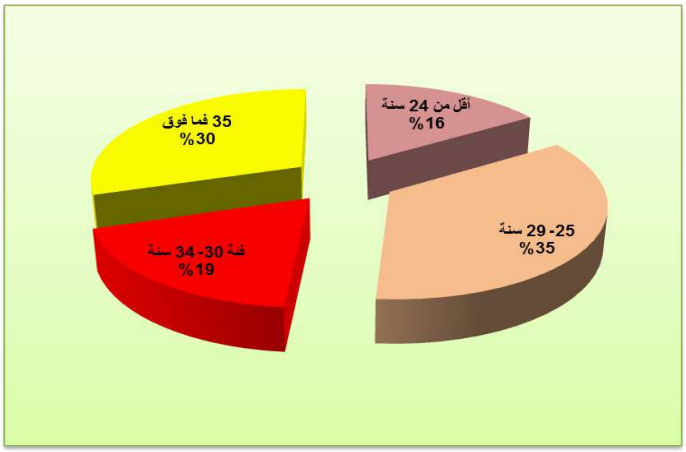
أ- توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات التصنيفية:

*** توزيع عينة الدراسة تبعا لمتغير السن :**

يتراوح سن لدى عينة الدراسة في الدراسة بين (19- 45) سنة، وقد تم توزيعهن على فئات كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (14): يوضح توزيع عينة الراسة حسب السن		
السن	العدد	النسبة المئوية
أقل من 24 سنة	24	%16
25- 29 سنة	53	%36
فئة 30- 34 سنة	28	%19
35 فما فوق	45	%29
المجموع	150	%100

من خلال الجدول رقم (14) نجد أن العينة الكلية تتوزع حسب السن الى الفئة العمرية الأولى أعمارهن أقل من 24 سنة يبلغ عددها (24) امرأة بنسبة (16 %)، بينما الفئة العمرية الثانية تراوحت أعمارهن بين 25-29 سنة والبالغ عددها (53) امرأة بنسبة (36 %) ،بينما الفئة الثالثة تراوحت أعمارهن بين 30- 34 سنة البالغ عددها (28) بنسبة (19%)،أما الفئة الرابعة أعمارهن من 35 فما فوق بعدد 45 امرأة وبنسبة(29%).



الشكل رقم (02) توزيع أفراد العينة حسب السن

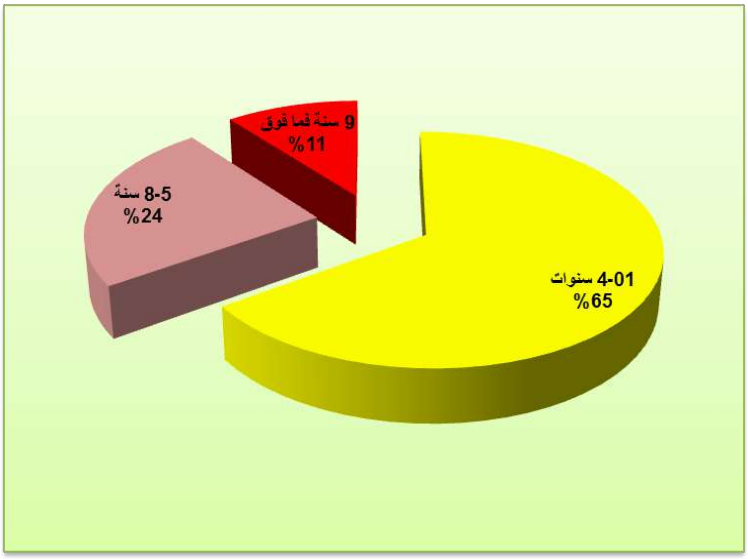
***توزيع عينة الدراسة تبعا لمتغير مدة الزواج :**

تتراوح مدة زواج لدى عينة الدراسة بين (01- 9 فما فوق) سنة، وقد تم توزيعهن على فئات كما هو موضح أدناه.

الجدول رقم (15): يوضح توزيع أفراد العينة حسب مدة الزواج

مدة الزواج	العدد	النسبة
01-4 سنوات	98	%65
5-8 سنة	36	% 24
9 فما فوق	16	%11
المجموع	150	% 100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (15) أن عينة الدراسة تتكون من (150) أمرأة ، تتوزع حسب مدة الزواج على ثلاث فئات، الفئة الأولى (1-4 سنوات) البالغ عددها (98) امرأة بنسبة (65%)، بينما نجد الفئة الثانية ذات (5-8 سنوات) يبلغ عددها (36) امرأة تمثل نسبة (24%) ، بينما فئة الثالثة تراوحت مدة الزواج من 9 سنوات فما فوق البالغ عددها (16) امرأة بنسبة (11%).



الشكل رقم (03): توزيع أفراد العينة حسب مدة الزواج

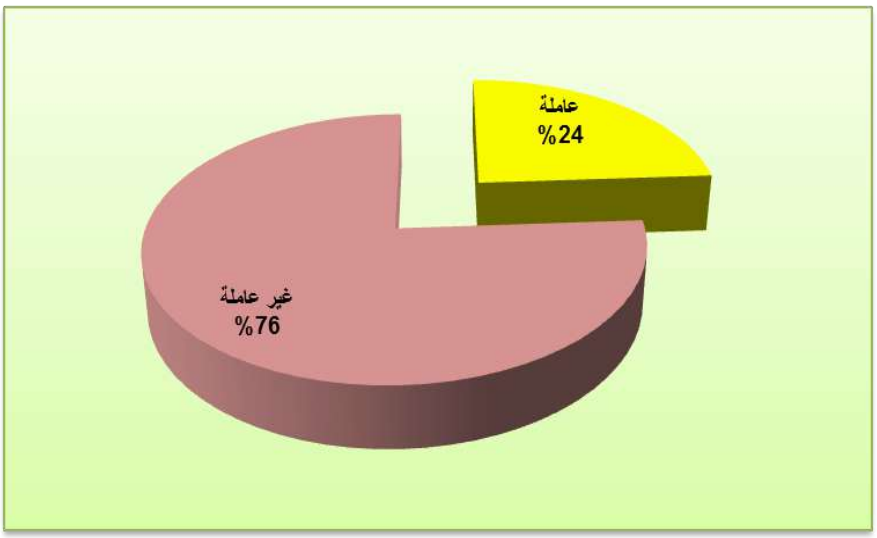
***توزيع عينة الدراسة تبعا لمتغير المهنة :**

تتراوح عينة الدراسة بين (عاملة– غير عاملة) ، وقد تم توزيعهن على فئتان كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (16) يوضح: توزيع أفراد العينة حسب المهنة

المهنة	العدد	النسبة
عاملة	**36**	**%24**
غير عاملة	114	% 76
المجموع	**150**	**%100**

نلاحظ من خلال الجدول رقم (16) أن عينة الدراسة تتوزع حسب المهنة الى فئتين، الفئة الأولى (عاملة) البالغ عددها (36) امرأة بنسبة (24 %)، بينما نجد الفئة الثانية (غير عاملة) يبلغ عددها (114) امرأة يمثلون بنسبة (76%).



الشكل رقم (03): توزيع أفراد العينة حسب المهنة

5-2- اجراءات تطبيق الدراسة الأساسية:

بعد إجراء الدراسة الإستطلاعية والتأكد من صدق و ثبات أداة الدراسة، أجريت الدراسة الأساسية بدءا من 2023/02/16 إلى غاية 2023/04/25، حيث تم خلالها تطبيق الأداة، مع إستبعاد النساء اللواتي يعانين من عقم ثانوي او أي مرض اخر(مزمن)،وهذا بعد اخذ الموافقة الشفوية منهن ،مع توضيح الغرض الرئيسي من الدراسة

وأهمية رأيهن وتقديم الشكر مقدما والتأكيد على السرية التامة للمعلومات، وحرصا على أن يكون التطبيق أكثر دقة وضبطاً، تم شرح كيفية الإجابة على المقياس، و التأكيد على ضرورة تحري الصدق في الإجابة وبأنه ليس هناك صحيح وخطأ.

تم تطبيق الدراسة بتوزيع (180) استمارة على عينة الدراسة الأساسي، بعد المراجعة والفرز والتصنيف تم استبعاد (30) أجابة بسبب عدم اكتمال الاجابة على المقياس ،لذلك قدر إجمالي العينة بـ (150) امرأة متأخرة في الإنجاب، أعمارهن انحصرت بين 19- 45 سنة.

5-3 الأساليب الإحصائية:

هي "طرق فنية تستعمل لمعالجة بيانات البحوث بصورة رقمية وفق معايير محددة "(بشير معمرية،2022،ص476) لتحليل وإستخراج النتائج تم الإستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS v24) المناسبة لمعالجة البيانات ، المتحصل عليها بعد تطبيق الدراسة الأساسية.

وقد أعتمدنا الأساليب الإحصائية التالية:

-تم إستخدام المتوسط والانحراف المعياري ،وحساب النسب المئوية للمتغيرات الفئوية؛

-تم إجراء "كا^2 " لمقارنة مستوى العجز النفسي لدى عينة الدراسة؛

-تم إستخدام اختبار "T" لمعرفة الفروق في مستوى العجز النفسي حسب المهنة؛

-تم إستخدام تحليل التباين "ANOVA" لمعرفة الفروق في مستوى العجز النفسي حسب متغير السن ومدة الزواج.

خلاصة:

إعتمدنا في هذا الفصل على تبيان الإجراءات المنهجية وقد قمنا بإتباع المنهج الوصفي الاستكشافي الذي يرتقي إلى وصف الظاهرة و تحليلها وتفسيرها، و كيفية إختيار العينة ووصفها، ومن ثم التطرق إلى أدوات الدراسة، وخصائصها السيكومترية، وهذا ما جاء في الدراسة الأستطلاعية، و أنتقلنا إلى الدراسة الأساسية بدءاً بوصف عينتها وخصائصها، و اجراءاتها وختاما الأساليب الإحصائية المعتمدة.

الفصل الـــخامـس

عرض وتحليل نتائج الدراسة

- تمهـــــيد

1- عرض وتحليل نتيجة الفرضية العامة

2- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الاولى؛

3- .عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثانية؛

4- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثالثة.

- خلاصة

تمهيد:

سيتم حاليا التطرق إلى عرض النتائج المتوصل إليها من أختبار فرضيات لدراسة بإستخدام الأساليب الإحصائية المعتمدة، وذلك في جداول تم تحليل البيانات الواردة فيها.

1. عرض وتحليل نتيجة الفرضية العامة:

نصت الفرضية الأولى للدراسة على مايلي:

" مستوى العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الإنجاب عجزًا مرتفعًا "

وللتحقق من هذه الفرضية تم تحديد مستوى العجز النفسي من خلال حساب المتوسط الحسابي ومقارنته بالمتوسط الفرضي المقدر ب 41 ، فأسفرت عن النتائج التالية:

جدول رقم (17):يوضح نتائج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمستوى العجز النفسي

الأداة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
العجز النفسي	45,30	19,40	2.71	149	0.01

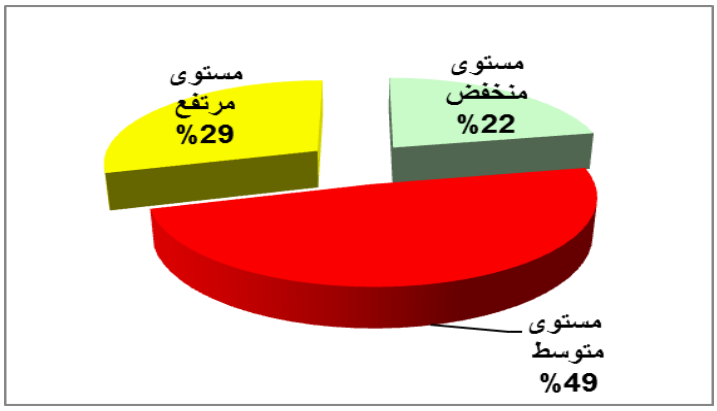
يتضح من الجدول(17) أن قيمة المتوسط الحسابي الحسابي للعينة المقدر ب45.30 عند إنحراف معياري 19.40 أكبر من المتوسط الحسابي الفرضي المقدر بـ: 41 ، وأن القيمة التائية المحسوبة بلغت 2.71 دالة عند مستوى 0.01 ، وهذا يعني وجود فروق دالة أحصائيا عند مستوى 0.01 بين المتوسط المتحقق والمتوسط الفرضي مما يدل على أن المرأة متأخرة الإنجاب تعاني من العجز النفسي .

لذلك تم توزيع عينة الدراسة حسب مجال مستوى العجز النفسي ، فكان التوزيع كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم (18):يوضح توزيع عينة الدراسة حسب مجال مستوى العجز النفسي				
مستوى العجز النفسي	العدد التكرارات	النسبة المئوية	كا²	مستوى الدلالة
منخفض 0-40	33	%22	17.08	0.01
متوسط 41-59	73	% 49		
مرتفع60 فما فوق	44	% 29		

يتضح من الجدول رقم(18) أن نسبة النساء اللواتي لديهن عجز نفسي منخفض بلغ عددهن (33) امرأة بنسبة 22 % ،في حين قدرت نسبة النساء اللواتي لديهن عجز نفسي متوسط (73) امرأة ب: 49 % بمعني نصف العينة ،أما عدد النساء متأخرات الإنجاب لديهن عجز مرتفع عددهن 44 بنسبة 29 %من عينة الدراسة .

انطلاقا من هذا يمكن القول أن النساء متأخرات الإنجاب لديهن عجز نفسي متوسط ومنه نرفض الفرضية الصفرية ونستبدلها بالفرضية البديلة التي تنص على أن:" مستوى العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الإنجاب مستوى عجز متوسط".



الشكل رقم(04):نسبة توزيع عينة الدراسة حسب مجال مستوى العجز النفسي

2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الاولى:

تنص هذه الفرضية على أنه:

"لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى العجز النفسي لدى النساء متأخرات الإنجاب تعزى لمتغير السن "، و للتحقق منها تم تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي "ANOVA"

الجدول رقم(19): يوضح دلالة الفروق في مستوى العجز النفسي لدى النساء متأخرات الإنجاب حسب متغير السن

العجز النفسي / التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط الحسابي	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
بين المجموعات	42.621	2	21.311	0.056	غير دال
داخل المجموعات	56084.879	147	381.530		
المجموع	36239,33	149			

يتضح من الجدول أعلاه أن قيمة "ف" فيما يتعلق بمستوى العجز النفسي تساوي 0.056 وهي قيمة غير دالة احصائيا وأن مستوى الدلالة قدر ب:0.94 وهو قيمة أكبر من 0.05 ، هذا يدل عن عدم وجود فروق دال احصائيا في مستوى العجز النفسي لدى النساء متأخرات الإنجاب تعزي لمتغير السن.

وعليه فقد تم إثبات الفرضية الصفرية التي تنص على أنه :" لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى العجز النفسي لدى النساء متأخرات الإنجاب تعزى لمتغير السن.

3- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثانية:

تنص هذه الفرضية على أنه:

" لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الإنجاب تعزى لمتغير مدة الزواج "، ولنتحقق منها تم تطبيق اختبار تحليل التباين الاحادي "ANOVA"

الجدول رقم (20) :يوضح دلالة الفروق في مستوى العجز النفسي لدى النساء متأخرات الإنجاب حسب متغير مدة الزواج.

العجز النفسي / التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط الحسابي	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
بين المجموعات	107,61	2	53,809	0,141	غير دال
داخل المجموعات	56019,88	147	381,088		
المجموع	56127,50	149			

يتضح من الجدول رقم(20) أن قيمة "ف" فيما يتعلق بمستوى العجز النفسي تساوي 0.14 وهي قيمة غير دالة احصائيا ،كما أن المتوسط بين المجموعات وداخل المجموعات لم يكن متباعد ،مما يؤكد على عدم وجود فروق بين المجموعات في مستوى العجز النفسي باختلاف مدة الزواج، إذن هذا يدل عن عدم وجود فروق دال إحصائيا في مستوى العجز النفسي لدى النساء متأخرات الإنجاب تعزي لمتغير مدة الزواج.

وبالتالي أثبتت الفرضية الصفرية للدراسة التي تنص على أنه :" لاتوجد فروق دالة إحصائية في مستوى العجز النفسي لدى النساء متأخرات الإنجاب تعزى لمتغير مدة الزواج.

4- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثالثة:

تنص هذه الفرضية على أنه:

" لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى العجز النفسي لدى النساء متأخرات الإنجاب تبعا لمتغير المهنة "، و لنتحقق منها تم تطبيق اختبار "ت"

الجدول رقم (21) يوضح دلالة الفروق لدى عينة من عينة الدراسة حسب متغير المهنة

العجز النفسي / المهنة	العدد	متوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة
عاملة	36	47,77	15,71	0,87	148	غير دال
غير عاملة	114	44,51	20,43			

يلاحظ من الجدول (21) قيمة المتوسط الحسابي لدرجات النساء متأخرات الإنجاب العاملات تقدر(47.77) بانحراف معياري قدره (15.71) وهو قريب جدا من المتوسط الحسابي لدرجات النساء متأخرات الإنجاب غير العاملات المقدر بـ (44.51) بانحراف معياري قدره (20.43)، وهذا يعني أن درجات أفراد العينة متقاربة، وما يؤكد ذلك هي قيمة "ت" المحسوبة المقدرة بـ (0.87) وهي غير دالة عند درجات الحرية (148) ومستوى الخطأ (0.05) ، وهذا يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى العجز النفسي لدى النساء متأخرات الإنجاب تعزي لمتغير المهنة.

وبالتالي أثبتت الفرضية الصفرية للدراسة التي تنص على أنه :" عدم وجود فروق ذات دالة إحصائية في مستوى العجز النفسي لدى النساء متأخرات الإنجاب تعزى لمتغير المهنة.

خلاصة:

لقد اسفرت نتائج الدراسة على ان مستوى العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الإنجاب مستوى متوسط وانه لا توجد فروق دالة احصائيا تعزى للسن ومدة الزواج والمهنة، وفي الفصل القادم سوف يتم تفسير ومناقشة هذه النتائج في إطار الدراسات النظرية والدراسات السابقة

الفصل الـــــسادس

تفسير ومناقشة نتائج الدراسة

1- تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية العامة.

2- تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الاولى.

3- تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الثانية.

4- تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الثالثة.

1- مناقشة و تفسير نتائج الفرضية العامة:

لقد أسفرت نتيجة الدراسة الحالية على ان مستوى العجز النفسي لدى النساء متأخرات في الإنجاب متوسط، إذ أن نسبة 49 % من النساء لديهن عجز نفسي متوسط، مقابل نسبة 22% من عينة الدراسة لديهن عجز نفسي منخفض، و 29 % لديهن عجز نفسي مرتفع .

وبالرجوع إلى الدراسات السابقة نجد أن هذه النتيجة تتفق مع كل ما توصلت إليه " قنيطة "(2019) في دراسة حول العجز النفسي والحساسية الأنفعالية لدى النساء المعنفات ،أن مستوى العجز النفسي لدى النساء المعنفات مستوى متوسط ، ودراسة "عبد الكريم ابو مصطفى" في دراسة "الإتزان الإنفعالي وعلاقته بقلق المستقبل والعجز النفسي لدى والدى الأطفال المعاقين حركيا حيث توصل إلى أن مستوى العجز النفسي مستوى متوسط لدى والدى الاطفال المعاقين حركيا ، ودراسة "أيمن حاجي و أخرون" (2021) التي توصلت إلى أن مستوى العجز النفسي لدى والدى أطفال متخلفين ذهنيا متوسط، و أتفقت كذلك مع النتيجة التى توصل إليها "هاشم صيهود"(2016) في دراسته حول علاقة العجز النفسي مع الصحة النفسية حيث أقرت أنه توجد علاقة إرتباط عكسية بين العجز النفسي والصحة النفسية .

كما تفسر ضمن ما ورد ذكره في الإطار النظري أن الأمومة هي إكتمال الأنوثة بالنسبة للمرأة ، حتى الرشد والنضج لا يكتملان نفسيا إلا بالإنجاب وتكتمل أنوثة المرأة بأن تصبح كأمها وأن لم يتحقق ذلك فإنهم يعانون ضغطا إنفعاليا شديدًا ،حيث يظهر عليها الحزن واليأس وتدني تقدير الذات.

تتفق هذه النتيجة إلى ما توصلت إليه "سارة محمد عواد وعلاء الدين علي" (2021) و دراسة "قنيطة"(2019) التي هدفت إلى دراسة العلاقة بين العجز النفسي والحساسية الأنفعالية لدى النساء المعنفات ،حيث توصلت إلى أن مستوى العجز النفسي متوسط ، وأن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية طردية بين العجز النفسي والحساسية الأنفعالية لدى أفراد عينة الدراسة .

هذا ما يراه "فرويد" إن جوهر الموقف هو خبر العجز الذي يحس به الفرد عند مواجهته للحدث الصدمي، الذي يجعله غير قادر على ممارسة أي تأثير أو سيطرة على الموقف ".

يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الدراسات السابقة أن أختلاف يعود إلى طبيعة خصائص العينة والتي تتمثل في النساء متأخرات الإنجاب ، لأن تأخر الإنجاب إصابة لها أثارها النفسية والاجتماعية على المرأة باعتباره خبرة صادمة تترك أثار لا تستطيع مواجهتها والتنبؤ بها ،وأن علاجه يتحكم فيه التقدم الطبي مما يجعلها لا تلبي حاجتها النفسية للأمومة عن طريق إنجاب طفل ؛و يعتبر "الإنجاب هو التحقيق الاول للذات "(هلين دوتش، 1998 ،ص 54)

ونتيجة الضغوطات النفسية والإجتماعية التي تتعرض لها المرأة تحاول التكيف مع وضعها من خلال الإبتعاد عن كل المثيرات التي قد تذكرها بمسألة التأخر في الحمل و لأن التأخر في الإنجاب إصابة غير متوقعة ولا يوجد لها أسباب مبررة ولا تسبب ألم جسدي بقدر ما تمس توازنها النفسي ؛ مما يحدث تشوه في صورتها الجسدية البيولوجية التي تسير الحاجات النفسية وهذا ما يراه "ماسلو "على أن العجز النفسي يتولد علىأحباط الحاجات الأساسية والحاجات النفسية ، فأي تغير في هذه الصورة قد يؤثر على أشباع الحاجات النفسية العليا الأخرى .

مع تزامنها و أعتقادها بعدم إستطاعتها مواجهة الظروف المحيطة بها فهي تعيش بين التفاؤل في أن العلاج الطبي ينجح وبين العجز في التحكم في ذلك يجعلها تشعر بالتهديد وعدم الرضا على ما هي عليه ، ينجر عنه ضعف في طاقتها الحيوية واليأس نحو اي شيء أخر في حياتها ، وتدني تقدير الذات وجعلها عاجزة نفسيا.

2-تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الاولى:

أسفرت نتيجة الفرضية على أنه: "لا توجد فروق دالة احصائيا في مستوى العجز النفسي لدى النساء متأخرات الإنجاب تعزى للسن"، ونلاحظ أن الفئة الاولى بين أقل 24 سنة كان عدد افرادها الذين يعانون من عجز نفسي متوسط 15 بنسبة 21% ، مقابل 37 % لفئة 25-30 سنة وأما فئة 31-34 سنة مثلت نسبة 21 %وفئة 35 سنة فما فوق مثلت 21% ، ورغم هذه النسب إلا أنه لا توجد فروق في مستوى العجز النفسي لدى النساء متأخرات الإنجاب تعزى للمتغير مدة الزواج.

جاءت نتيجة الدراسة مخالفة لما توصلت له دراسة "أماني أحمد اسكندراني(2021) أنه توجود فروق دالة احصائيا في مستوى العجز النفسي تعزى لمتغير السن ،كما جاءت موافقة لما تقره دراسة "حاجيأايمن وأخرون"(2020) ودراسة "عبد الكريم محمد عبد ابو مصطفى" (2020) أنه لا توجد فروق في مستوى العجز النفسي تعزى للسن .

إلا أن هذه النتيجة تختلف مع ما توصلت إليه دراسة "قطوسة" (2016) ودراسة "فهيمة لراري"(2015)؛ في أن تأخر الإنجاب يترك اثارًا نفسية تختلف شدتها بإختلاف السن.

وأثبتت الدراسات العلمية والنفسية أن النضج أو الرشد يكون على شكل إستقرار ثابت بدون أي تغيير، وهذا نتيجة التغيرات في الظروف الحياتية ،مما يجعل المرأة تعيد النظر في ذاتها وإدراك إمكانياتها الجسدية و العقلية و التغيرات مع نسبة نجاحها أو فشلها في مختلف الأدوار ،ومنه "إن الذات في هذه المرحلة تتطور لتصل إلى مستوى التنظيم و التكوين كما يمكن أن يحدث لها تغيير نتيجة لعدة متغيرات و ظروف الحياة، وهنا يكون التركيز هو المحيط الخارجي أي يتحرر الفرد من التأمل الذاتي و النظرة الدائمة إلى ذاته فينتقل من الحياة الداخلية إلى الحياة الخارجية ومنه تستقر الذات و تتكون اتجاهات الفرد". (خير الله، 1981، ص96)

يمكن تفسير ذلك أن الأمومة حاجة أساسية بالنسبة للمرأة وعند حدوث تأخر في الحمل يحدث صدمة مما يولد عنه ضعف في البناء النفسي للمرأة وصعوبة في التواصل،

وتدني مهاراتها الإجتماعية، كما تعاني من نفس الضغوطات النفسية والإجتماعية ،و إلى أن المرأة متأخرة الإنجاب دائماً تكون في حالة ترقب وخوف على مستقبلها الأسري .

ونظرًا لأن عينة الدراسة كانت من نفس الفئة العمرية بين 19-45 سنة وتعاني من نفس المشكل ،هو فقدان المتوقع للزوج وأدراكها لذاتها بأنها لا تستطيع الحمل هو سبب في حدوث العجز النفسي وهذا ما يراه "انجل وشميل " أن العجز النفسي يظهر نتيجة الفقدان المتوقع للموضوع" .

يمكن تفسير هذا الإختلاف في النتيجة لكون المرأة متأخرة الإنجاب مهما أختلف سنها فهي تتعرض لنفس الظروف ولنفس التجربة ، فتأخر الإنجاب واثره لا يعرف عمرًا وبالتالي سيؤثر سلبا عليها، فهن يعشن نفس الظروف من إحساس بعدم القدرة على السيطرة والتحكم فمنهن من تواجه المواقف، ومنهن من تستعمل وسيلة الهروب لتخفيف من عجزها ، وهناك من تلجأ إلى حلول طبية وتقليدية، كمحاولة المقاومة للرد على ما تتعرض له من ضغوط ، أو من خلال الاستسلام والضعف وقبول الواقع مما يجعلها عاجزة نفسيا، و بغض النظر عن سنها فهي بحاجة دائمة إلى الحنان والشعور بالأمن والقبول.

3- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثانية:

أسفرت نتيجة الفرضية الجزئية الثانية على إثبات فرض الدراسة والذي توقع "عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى العجز النفسي لدى النساء متأخرات الإنجاب تعزى لمتغير مدة الزواج".

لقد اشارت نتائج الدراسة أن نسبة النساء ذات مستوى العجز النفسي متوسط كانت في الفئة أقل من 4 سنوات بنسبة 71% ، ونسبة النساء ذات مستوى العجز النفسي المتوسط في فئة 5-8 سنوات بنسبة 20 % مقابل 08 في فئة 9 % سنوات فما فوق، ورغم هذه النسب الا ان قيمة "ف" البالغة 0.14 جاءت مؤشر على عدم التباين بين النساء متأخرات الإنجاب، وهذا يعني أن مدة الزواج لا تؤثر على مستوى العجز النفسي للمرأة متأخرة الإنجاب ،فالمرأة بمرورها بعقبات وخبرات متكررة ومؤلمة فأن العجز يصبح ضمن شخصيتها ،وهذا ما يراه سليجمان(1975) أن حالة الفرد بعد مرور بسلسلة من التجارب من فقدان السيطرة على الظروف البيئية التي تحيط به ، وإستقلالية إستجاباته عن نتائجها ، لما

يولد عنده الأعتقاد بأنه لا يملك السيطرة على نتائج الأحداث و بأنه لا توجد علاقة بين جهده المبذول وبين التغيرات البيئية ، أي أنه مهما بذل من جهد فلا يستطيع تغير وضعه (يوسف قطامي، 2012، ص 257)

إذن مهما كانت مدة الزواج فأن المرأة متأخرة الإنجاب تعيش بين السعي في تحقيق المطلب النفسي (الامومة) وبين الضغوطات النفسية والإجتماعية ،فإذا أدركت المرأة أنها أخفقت في التعويض عن مشاعر النقص إزداد إنخفاض تقديرها لذاتها وشعورها بالنقص ، ولأنهن يعشنا نفس الظروف فهن يتعرضنا الى نفس الشعور، وهذا ما تشير إليه النظرية الإجتماعية في أن "الشعور بالنقص يتعرض له جميع الناس، وأن الرغبة في تحقيق تجاوز الشعور بالنقص توضع الفرد في السعي نحو الكمال ،في حين الإخفاق في التعويض مشاعر النقص يؤدي إلى نشوء عقدة النقص ،والتي تجعل الفرد غير قادر على التكيف مع مشاكل الحياة اليومية والتعامل معها تعاملا سويا، وقد تؤدي عقدة النقص إلى شعور الفرد بالعجز النفسي."(على جابر الربيعي،1994، ص16)

كما يمكن تفسير ذلك إلى أن المرأة حتى ولو طالة مدة التأخر في الإنجاب فأنها تعيش على أمل الإنجاب في ظل التطورات الطبية، والنظر إلى الزواج للإشباع حاجات نفسية أخرى منها حاجة الحب والأمن وهي من الحاجات الاساسية التي تساعد المرأة على التكيف مع الوضع .

وقد تفسر هذه النتيجة إلى تراجع في بعض الحلول البديلة التي كان يلجأ لها بعض الازواج في حالة عدم القدرة على الإنجاب كالطلاق أو تعدد الزوجات ، و الإقبال على العلاجات الطبية المتاحة وتمسك الزوجين ببعضهما البعض نتيجة الحب الذي أصبح أساس العلاقات الزواجية مما جعل أدراك المرأة متأخرة الإنجاب إيجابي نحو تطور علاقتها الزواجية واكسبتها تكيف مع الوضع ،وهذا ما توصلت إليه رشيدة سبتي"(2008) "أن العلاقة الزواجية لم تعد تحدد بالوظيفة الإنجابية فقط فالرغبة الجنسية وتلبيتها والحب المتبادل بينهما يعوض عدم وجود الأطفال .(رشيدة سبتي،2008)

ويمكن عزو هذه النتيجة إلى التشابه في الظروف فهن كلهن يعانين من تأخر الإنجاب وأن الاختلافات في بعض الجوانب لم تؤثر في أحداث الفروق في مستوى العجز

النفسي،ومنه نستنتج أنه لا يوجد إختلاف في العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الإنجاب بإختلاف مدة الزواج.

4-عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثالثة:

لقد أسفرت نتيجة هذه الفرضية على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى العجز النفسي لدى النساء متأخرات الإنجاب يعزي لمتغير المهنة".

حيث كانت عينة النساء العاملات متأخرات الإنجاب بعدد (36) امرأة بنسبة 24 % مقابل غير العاملات (114) امرأة قدرت نسبتهن 76 % ،حيث سجلت نسبة(80 %) من النساء متأخرات الإنجاب غير عاملات لديهن عجز نفسي متوسط بنسبة(69%) من النساء المتأخرات في الإنجاب ،ونسبة 31 % امرأة متأخرة الإنجاب عاملة لديهن مستوى عجز نفسي متوسط .

رغم هذه النسب الأ أن قيمة "ت "المحسوبة المقدرة بـ 0.87 غير دالة عند 0.05 وهذا مؤشر على عدم التباين ومنه عدم وجود إختلافات ،وهذا يرجع إلى أن المهنة لا تؤثر على مستوى العجز النفسي ،وهذا ما يتعارض مع ما يراه (ماريو رحال) "أن العمل قيمة انسانية عظيمة يثبت الفرد من خلاله قيمته كإنسان قادر على الأنتاج والعطاء ويوظف إمكاناته وقدراته بما يعود عليه وعلى مجتمعه بالنفع والفائدة ويوثق صلة الفرد بالعالم الذي يعيش فيه "(ماري رحال،1998،ص148) ،

يمكن تفسير نتيجة الدراسة إلى أن ممارسة المرأة لمهنة معينة أو بقاءها في البيت لا يغير في الأمر شيء، فالمرأة حسب المجتمع وظيفتها الأولى والأساسية هي الإنجاب وتربية الأطفال، وفي ظل غياب هذا الشرط الذي تكتسب به التقبل الاجتماعي والأحترام فأن المهنة لاتنسيها واقعها النفسي والإجتماعي ، هذا ما يراه "دوقان وأدلسون" " Douvan & Adelson (1966) " أن عملية تنمية المرأة لذاتها من خلال الجاذبية الشخصية والانخراط في علاقات شخصية متبادلة مع الآخرين من الأمور بالغة الأهمية بالنسبة للمرأة ،لكن تبدو صفات كل من الأستقلال الذاتي والسيطرة والأهداف المهنية غير ذات قيمة بالنسبة لذات الأنثوية." (هناء يحي ابوشهبة،2004،ص34)

أن المرأة متأخرة الإنجاب لا يوجد شيء يعوض لها اشباع حاجتها إلى الامومة فحياتها تفاعل كيميائي بين الجسد والعقل الذي تحكمه الهرمونات التي تمتاز بها المرأة وخاصة الحب والعطف والحنان التي تضبطها المعتقدات الإجتماعية ،لذلك ليس هناك ما يملئ حياتها الأ حب الأطفال ،وغياب الأطفال يزيد الملل لديها وبسبب تفكيرها الزائد بالإنجاب يزيد حالة الشعور بالنقص وتدني للذات مع مجتمع لا ينظر الى المرأة للأنوثة وإنما إلى مدى قيامها بدورها الأمومي من خلال الإنجاب.

وهذا ما يدعم النتيجة الحالية القائلة بعدم وجود فروق في مستوى العجز النفسي تعزى إلى مهنة المرأة متأخرة الإنجاب ما دام أصبح تأخر الإنجاب جزء من حياتها.

الاستنتاج العام :

تناولنا خلال هذه الدراسة فئة مهمة في المجتمع وهن النساء المتأخرات الإنجاب، حيث هدفت إلى الكشف عن مستوى العجز النفسي، والفروق في مستواه حسب متغير (السن، مدة الزواج، والمهنة).

إذ نستنتج أن كل الدراسات والأطر النظرية تفسر نتائج الدراسة والتي توصلت إلى أن الضغوط النفسية تولد لدى الفرد خلل في توازنه النفسي حيث تجعله يكف عن السعى نحو تحقيق الاهداف ،كما يظهر لديه أفكار وإنفعالات سلبية ،مما تجعله عاجزًا نفسيًا.

ويتضح لنا بأن المرأة متأخرة الإنجاب من بين الأفراد الذين يتعرضون إلى الصدمة و ضغوطات مستمرة ، حيث تتصف بعدم الأستقرار في مشاعرها وإنفعالاتها إتجاه نفسها، والتي تتضح في عديد من المواقف وتظهر من خلال سلوكيات فتتسم بالعجز وسوء التكيف، مما يؤدي إلى خلل واضح في علاقاتها الشخصية مع المحيطين بها.

لقد اسفرت نتائج الفرضيات الدراسة على أن مستوى العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الانجاب مستوى متوسط ، وانه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى العجز النفسي تبعا لمتغير السن ومدة الزواج والمهني ،ويمكن تفسير هذه النتائج في إطار عوامل مختلفة ، فقد يعزى ذلك لعامل الصدفة ؛أو للخصائص الديموغرافية لأفراد العينة ومدى فهمها وجديتها في الإجابة عن بنود المقياس بصدق وموضوعية، أو يعود إلى الاستعداد لأفراد العينة(المرأة متأخرة الانجاب) اللواتي أجبنا على بنود المقياس.

اقتراحات الدراسة:

في ضوء النتائج المتحصل عليها والمتمثلة أساساً في أن مستوى العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الإنجاب مستوى متوسط، حيث تمثل نسبة 74 % لديهم عجز متوسط ، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى العجز النفسي تعزى لمتغير السن لدى عينة الدراسة، في حين لم نعثر على فروق في مستوى العجز النفسي تبعا لمتغير مدة الزواج، وكذلك تبعا لمتغير المهنة ،فإنه يمكن اقتراح ما يلي:

– العمل على إرجاع ثقة المرأة متأخرة الانجاب بنفسها وهذا بتوفير الرعاية النفسية لها.

– توظيف أخصائيين نفسانيين بهذه العيادات ، حيث ان الجانب النفسي يمثل نصف العلاج والعمل على التكفل ومتابعة حالة المرأة المصابة بتأخر في الإنجاب، وهذا لتفادي الوقوع في أمراض نفسية تنجم عن حالتها.

– دراسة متغير العجز النفسي لدى عينة من النساء المتأخرات الإنجاب والغير متأخرات الإنجاب دراسة مقارنة؛

يمكن إجراء دراسات على نفس العينة بالتطرق إلى:

– دراسة العجز النفسي وربطه ببعض المتغيرات والانفعالات مثل العدوانية لدى هاته الفئة .

–دراسة فعالية علاج سلوكي معرفي في التخفيف من حدة العجز النفسي لدى المرأة متأخرة الإنجاب؛

– مواصلة الدراسة الحالية بالبحث عن عوامل أخرى قد تؤثر على المرأة مثل المستوى الاقتصادي أو الاجتماعي، أو المنحدر الجغرافي (مدينة او قرية) ، أو المستوى التعليمي.

–اعداد برنامج تكفل بهذه الفئة.

قـائمـة الـمراجـع

قائمة المراجـــــع:

المراجع باللغة العربية:

*القرآن الكريم :برواية ورش عن نافع، سورة الانبياء.

1-إبراهيم، مروان عبد المجيد، (2000)،أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، ط1، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الأردن.

2-ابن المنظور، (2000)، لسان العرب،المجلد العاشر، الطبعة 01، دار صادر بيروت.

3-ابو شهبة ،هناء ،2004،سيكولوجية المرأة، ط 01 ،دار النهضة العربية ،مصر.

4-الأنصاري، بدر محمد(2006)المرجع في اضطرابات الشخصية، دار الكتاب الحديث، القاهرة، مصر

5-الجراح، محمود، (2008)، أصول البحث العلمي، دار الراية للنشر والتوزيع، الأردن.

6-الحنفي، عبد المنعم،(1992)،الموسوعة النفسية الجنسية، القاهرة: مكتبة مدبولي .

7-الخواجا، عبد الفتاح ، (2002)، الإرشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق ، دار الثقافة للنشر، عمان، الأردن والتوزيع، بغداد.

8-الراس، أحمد مصطفي ،(2001)، العقم عند المرأة، المملكة العربية السعودية: مركر النخيل

9-الربيعي , علي جابر، (1994)، شخصية الانسان تكوينها وطبيعتها واضطراباتها, ط 1 ،دار الشؤون الثقافية العامة , بغداد.

10- الرشيدي , بشير صالح،(1999)، الحرب وسيكولوجية المجتمع , ط , 1 مكتب الانماء الاجتماعي , الديوان الاميري , جامعة الكويت , الكويت.

11- الزراد، فيصل محمد خير، (2005)، العلاج النفس السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري بطريقة الكف بالنقيض بيروت: دار العلم للملايين

12- السيد ،فؤاد البهي، (1978)،علم النفس الاحصائي وقياس العقل البشري ،دار الفكر العربي، القاهرة

13- السيد ، عبد الرحمن محمد ، 2000،علم الامراض النفسية والعقلية الموسوعة الصحة النفسية ،ط1،عمان.

14- الشربيني ،لطفي عبدالعزيز، (د.س)،معجم مصطلحات الطب النفسي، مرمز تعريب العلوم الصحية، مؤسسة الكويت لتقدم العلمي الكويت
15- الصفيان، أحمد بن علي،(2001) ،العقم اسبابه وعلاجه ،ط1،مكتبة العبيكان، الرياض.
16- الطيارة ،بسام خالد،(2000) ،العقم مسؤولية الزوجة والزوج ،ط1،دار الكتاب الحديث ،الكويت.
17- العسوي، عبد الرحمن،(1990) ،باثولوجيا النفس، دار الفكر الإسكندرية الجامعي، الإسكندرية.
18- الفضلي ،حيدر،(2017) ،العجز النفسي، كلية التربية وعلوم الرياضة، جامعة البصرة ،بغداد
19- المهدي، محمد عبد الفتاح ،(2007) ، الصحة النفسية للمرأة، دار اليقين ،المنصورة ،مصر.
20- بستاني، رنيف . (1994). الموسوعة الطبية، المجلد (7) القاهرة : الشركة الشرقية للمطبوعات .
21- بشير ،معمرية، (2009)، مدخل لدراسة القياس النفسي، المكتبة العصرية، المنصورة، مصر.
22- بشير، معمرية(2012)،اساسيات القياس النفسي وتصميم اداته،دار الخلدونية للنشر والتوزيع الجزائر
23- بشير، معمرية(2022)، المرجع في مناهج البحث النفسي وإجراءاته الميدانية، دار الخلدونية للنشر والتوزيع الجزائر
24- تايلور ، شيلي،(2000)،علم النفس الصحي، (وسام) درويش بريك فوزي شاكر طعمية داود، (مترجمين) دار الحامد عمان .
25- تركينجيون،كارول،(2001) ،الدليل غير الرسمي لصحة المرأة،ط1،مكتبة جرير ،الرياض.

26- خير الله، سيد،(1981) ،علم النفس الإكلينيكي، دار النهضة العربية للطباعة، بيروت
27- دوتش، هلين، ،(2008) ، سيكولوجية المرأة الطفولة والمراهقة، ترجمة اسكندر جربي، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر ،ط01 ،بيروت.
28- راو، باتريك، وأخرون، (1993)، دليل منظمة الصحة العالمية للأسلوب المعياري لاستقصاء وتشخيص * العقم عند الزوجين، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية القاهرة:،
29- رضوان، سامر جميل، (2002)، الصحة النفسية، ط 1 ،دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
30- زكي، حسام، د.س، دليل علاج تأخر الحمل والعقم، مركز جنين ،القاهرة
31- سليجمان ،واخرون ،(2006) ،الطفل المتفائل، ترجمة مكتبة جرير، ط 01، مكتبة جرير للتوزيع والنشر
32- شلتز. دارون ،(1983) ، نظريات الشخصية، ترجمة عبد الرحمن القيسي، المكتبة الوطنية، بغداد.
33- عبد الناصر ،ميرفت ،(د.س) ، هموم المرآة تحليل شامل لمشاكل المرآة النفسية ،مكتبة مدبولي للنشر والتوزيع، مصر.
34- غانم ,حجاج، (2005) ، علم النفس التربوي ,عالم الكتب ,القاهرة.
35- فاخوري، سبيرو،(1984)، العقم عند الرجال والنساء أسبابه وعلاجه، ط 4، بيروت
36- فهمي ،مصطفى ،(1978) ، الصحة النفسية دراسات في سيكولوجية التكيف، دار الفكر العربي، القاهرة
37- قطامي ,يوسف،(2012) ، :نظرية التنافر والعجز والتغيير المعرفي ,دار المسيرة والتوزيع والطباعة ,عمان ,الأردن
38- مجيد ،سوسن،(2010)، الاختبارات الشفوية (نماذج)، دار صفاء، عمان.

39- مختار، حمزة ، (د.س) ،سيكولوجية المرضي وذوات العاهات، وزارة التعليم العالي ،بغداد
40- مختار، محي الدين، (2000)، بعض تقنيات البحث وكتابة التقرير، مجلة دراسات في المنهجية.
41- معاليم ،صالح ،(2008) ،محاضرات في الأمراض النفسية والجسدية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
42- منسي، محمود عبد الحليم ،الكاشف ،هنية،(1982) ،بحوث في السلوك والشخصية،دار المعارف ،المجد الثاني ،مصر
43- ميشل ،وحنا الله رمزي،(1998)،معجم المصطلحات التربوية، بيروت، لبنان

***مجـــلات:**

44- اسكندراني، أماني أحمد (2021)،العدوى الانفعالية لمستخدمي وسائل التواصل الاجتماعي في ظل جائحة كورونا وعلاقتها بالعجز النفسي، مجلة الأستاذ للعلوم الإنسانية والاجتماعية مجلد (62) العدد (1) شباط لسنة 2023.
45- الخالدي، أمل وسهم، نهى(2015) .تأثير أسلوب وقف الأفكار في خفض العجز النفسي لدى طالبات المرحلة الإعدادية الجامعة المستنصرية، كلية التربية، قسم الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، مجلة كلية التربية، العدد الثاني .
46- السامرائي هاشم ،وصالح مهدي صالح،(1998)، الاحتراق النفسي لدى المرشدين التربويين وعلاقته ببعض المتغيرات ،مجلة العلوم التربوية والنفسية ،العدد (4)
47- الضمور، سحر الهواري ؛لمياء، (2020) الآثار النفسية المترتبة على التأخر عن الحمل وعلاقته بالتوافق الزواجي لدى السيدات المتزوجات في محافظة الكرك، مجلة جامعة النجاح للأبحاث، العلوم الإنسانية، لمجلد36 .
48- العسلية، محمد ابراهيم ،(2006)،الاثار الاثار النفسية والاجتماعية للعقم لدى الجنسين بمحافظة غزة، مجلة كلية الادب،عدد30،الجزء 01.

49- القشعان، حمود فهد،(2000)،الاثار النفسية والاجتماعية للعقم على تقدير الذات والتوافق الزواجي ،مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة ،جمهورية مصر العربية، العدد 42 ص .ص :183-218

50- المالكي، طالب سرحان شفيق ،(2019)، العجز النفسي لذى طلبة الكلية التربوية المفتوحة، مجلة ابحاث البصرة للعلوم الانسانية ،المجلد 44، العدد 02.

51- المحروقية ؛رحمة، كرادشة ؛ منير،(2016)،الآثار النفسية والصحية لتأخر الأمومة البيولوجية في المجتمع العُماني،دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية المجلّد 43.

52- المسماري،عبد الفتاح،(2022) ،المشكلات الاجتماعية والاقتصادية الناجمة عن تأخر الانجاب في المجتمع الليبي ،مجلة كلية الادب،جامعة المنصورة ،المجلد 71 العدد 71.

53- بخوش، سعاد ، نصر الدين، جابر (2019) الضغط النفسي لدى عينة من النساء العقيمات وفق متغيري (مدة العقم، ومسببه) مجلة علوم الإنسان والمجتمع المجلد08 العدد:40ص297-313.

54- داود ،سليمان محمد علي،(2021)، العجز النفسي وعلاقته بالإخفاق المعرفي لدى طلبة المرحلة الاعدادية .مجلة المستنصرية للعلوم والتربية ،المجلد 22 عدد 3 (2021): العدد الثالث .

55- صافي، بيان (2022) العلاقة بين العجز النفسي ووجهة الضبط لدى عينة من النساء المعيلات المسجلات في الجمعيات الخيرية في مدينة حمص مجلة جامعة البعث المجلد 44 العدد 19 عام 2022 ص 73-118

56- صهيود، رياض هاشم (2016) ,العجز النفسي وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلاب وطالبات كلية التربية الرياضية بجامعة ميسان , رسالة دكتورة ,جامعة ميسان , العراق

57- عسران ، كريم منصور، (2020)، فعالية برنامج ارشادي انتقائي في خفض الشعور بالعجز النفسي لدى ضحايا التنمر الالكتروني من المراهقين طلاب المرحلة

الثانوية في ظل جائحة كوفيد(2019)دراسة حالة ، مجلة تطوير الاداء الجامعي ،المجلد (24) العدد(24)

58- عواد ،سارة محمد، العنزي ،علاء الدين علي،(2021) ،العجز النفسي لدى طلبة جامعة الموصل في ضوء بعض المتغيرات ،مجلة التربية للعلو الإنسانية، المجلد 3 ،العدد9

59- قنيطة ، إسراء سمير سعيد (2019)، الشعور بالعجز النفسي والحساسية الانفعالية لدى النساء المعنفات في محافظة غزة , رسالة ماجستير غير منشورة , كلية التربية, الجامعة الاسلامية ، غزة.

60- محمود ، ضحى عادل، (2008) ، العجز النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات , مجلة البحوث التربوية والنفسية , العدد (16) , كانون الثاني , جامعة بغداد , العراق.

*** <u>رسائل جامعية:</u>**

61- أبو مصطفى، عبد الكريم محمد (2020) ، الاتزان الانفعالي علاقته قلق المستقبل والعجز النفسي لدى والدي الاطفال معاقين حركيا ، مذكرة درجة الماجستير في عم النفس، قطاع غزة، جامعة الأقصى.

62- براهمي،فاطنة، (2020)، منظور الزمن والصلابة النفسية لدى المرأة المتأخرة في الإنجاب ،مذكرة ماستر علم النفس العيادي، جامعة المدية.

63- حاجي ،ايمن و آخرون،(2021) ،العجز النفسي لدى والدي الاطفال المعاقين ذهنيا، مذكرة ماستر تخصص علم النفس العيادي، جامعة المسيلة

64- رحال، ماري،(1998) ، مدى فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالمعنى في خفض مستوى العصابية والفراغ الوجودي , مصر , كلية البنات, جامعة عين شمس

65- سبتي، رشيدة، (2008)، وضعية و مكانة الجسد العقيم في المجتمع الجزائري ، أطروحة دكتوراه دولة في علم الاجتماع الثقافي ، كلية العلوم الاجتماعية و الانسانية ، جامعة يوسف بن خدة الجزائر

66- طبيب ،أمينة،(2015) ،العقم وتأثيره على صورة الذات لدى المرأة المتزوجة ،مذكرة ماستر علم النفس العيادي والصحة العقلية ،جامعة مستغانم.

67- فصيح، نور الهدى،(2022) ، سمات شخصية المرأة العقيم من خلال تطبيق مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ،مذكرة ماستر ،جامعة قالمة.

68- قطوسة ، ليالي سعيد،(2013)، الكرب النفسي بين النساء اللواتي يعانين من العقم في مركز رازان بالضفة الغربية، رسالة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين.

69- كرسوع ، سمية خليل أيوب (2016)، فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتخفيف العجز النفسي لدى الزوجات المعنفات ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ،الجامعة الاسلامية ، غزة.

70- لراري، فهيمة،(2015)،دور المساندة الاجتماعية في تعزيز بعض المتغيرات النفسية المعرفية عند المرأة المصابة بالعقم ،ماجستير في علم النفس العيادي ،جامعة الجزائر

***معاجم وقواميس:**

71- الجزائري، حسين عبد الرزاق (2001)، موسوعة شرح المصطلحات النفسية انجليزي عربي , دار النهضة العربية , بيروت

72- جرجس ، ميشيل ، ورمزي ،كامل حنا الله (1998) ، معجم المصطلحات التربوية ،ط (01)، مكتبة لبنان ناشرون ، بيروت ، لبنان.

73-la rousse médicale, (2005), édition françaises , I. N .C, Paris.

المراجع الاجنبية:

73- Alice D, Domar, phD (2007) Coping With the Stress of Infertility, Copyright RESOLVE. Fact Sheet.

74- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., et Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of* Abnormal Psychology, 87(1), 49–74. https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49

75- Abrahams et Van, (2012),The Problems of late giving birth and its relationship with Marriage adjustment and some demographic variables: A Case study in EL Hassahiesa City, Gezira State, Sudan

76- Berg B.(2001). Psychological functioning across stage of treatment for infertility, Scandinavia journal of sexology.
77- Bélanger, Josée, et al (2010). Le Développement Dun Out D'enseignement, nous avons un rêve au cœur de I intervention auprès des couples Infertiles, Faculté Des Sciences Infermières, Université de Montréal, L'infirmière Clinicienne, vol. 7, no1, Paris Revue en ligne http://wer.uqar.qc/revue-inf
78- Bouchat, Adriana.(2006).Couple et Filiation Impossible- les cause complexe et multiples de I infertilité, Psycho scope 3, VOL.27, Sulsse : journal de la fédération suisse des Psychologues(FSP)
79- Borgatta , E. F . Lambert , w .w. (1968) : Handbook of personality Theory and Research , roned , MC , CHICAGO , Nally Company .
80- Dweck C.S C.S. and E.S. Ellicit (1983).Achievement Motivation", in P.H. Mussen Ed. Hand book of Child Psychology, New York. (4)
81- Espada, Alejandro Avila, and Rosset, Carmen.(2008). Psychological Intervention in Infertility :Guidelines for a Clinical Intervention Protocol, Universidad Complutense de Madrid :.l, Papeles del Psicologo, vol 29(2) ,http//www.cop.es/papeles.
82- Hasanpoor-Azghdy, Seyede Batool et al .(2014). The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative study, University of Medical Sciences, Tehran, Iran J Reprod Med vol, 12, no, 2, Iran.
83- Helene Coste, Marie. (2009). L'infertilité et ses Traitements,- Un bébé quand je veux, ou un bébé quand je peux 7. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Dossier do presse
84- Horde, Pierrick (2014). Infertilité Psychologique, Paris: sante médecine, http://sante-medecine.commentcamarche.net
85- Hogan , Robert . (1976) : personality Theory The personological Tradition , New york , prentice Hall, Engle Wood Gliffs
86- Hoyow . Itzand Saloman . (1989) : Post Traumatic disorder
87- Kaplan , H. ; Sadock . B. (1999) : compréhensive text of psychiatry, Sixth Edition , America , Williams & wilkins
88- Johansson, M. & Berg, M. (2005). Women's experiences of childlessness 2 Years after the end of in vitro fertilization treatment. Scand J Caring Sci. 19. 58-63

89- Litz , Brett T. ; Romer , Lizabath . (1996) : PTSD : An overview .clinical psychology and psychotherapy , vol . 3 (3) , pp . 153 - 168 .
90- Lumbreras, Marina, et al (2009), Infertilité. FIV. Ovodonation: parcours d une vie, Université de Genève, Faculté de Médecine. 146
91- Lysek, René, et al.(s.a).Infertilité, le Corps 6 Panne, Catalogue des Sources et Ressources, Genève : Imprimerie SRO-Kundig. L'assistance médicale
92- Marie lou Piché et al. 2017,Statut pondéral et habitudes de vie des couples infertiles ; Etude pilote, mémoire de la maitrise en sciences de l'activité physique, université de Québec, , on: depot-e.uqtr.ca › (18/04/2023 ; 15.30)
93- Mohammed Hussain Mostafa1*, Anwar Mohamed Elashram2 Psychiatric Aspects of Egyptian Women with Unexplained Infertility Open Journal of Obstetrics and Gynecology, 2020, 10, 1331-1339 https://www.scirp.org/journal/ojog
94- Muhammad, Saja H. Jurdi, Abd al-Qadir H. Hamad , (2013),Assessment of psychological status of infertile women in Erbil Kurdistan Region Source, Kufa Journal for Nursing Sciences,Vol. 3, Issue 1 (30 Apr. 2013), pp.149-161, 13 p.
95- Peterson, C. Mater, S.F. Seligman, M.E.P.(1995) learned helplessness: a theory for the age of personal control. New Yourk: oxford university press. ISBN 0-19-504463.
96- Péloquin ,Katherine,et Brassard Audrey (2013),L'infertilité une réalité sociale et conjugale sur laquelle il faut se pencher, cahier recherche et pratique VOL 3 N 2 , Paris
97- Poisson-Deleglise. Laetitia (2014) Journée Nationale de L'infertilité. association Mula France: L'institut pasteur
98- Poisson Johansson et hag. Allen, M. J. And Yen, W. M. (1979) Introduction to Measurement Theory, Califomia: book / Cole
99- Ranzanici, Giulia, et al.(2008).infertilité et Procréation Assistéen ,Paris, lmmersion en communauté
100- Rogers , C.R . (1951) : Client Centered Therapy , Boston , Houahton. Mifflim, co. Disorder Cotemporary Theories , In Johnson , Kendell , Trumain lives of children , Hunter House .
101- Seyede Batool Hasanpoor -Azghdy et al ,The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women

seeking treatment: Results of a qualitative study. Iran J Reprod Med. 2014 Feb; 12 (2): 131–138.

102- Taylor, Stephen Richards et Brady , Michael .(2015).Cognitive and Intellectual Disabilities, Published Routledge, , New York, United States of America.

103- Valas. H. (2001). Learned helplessness and psychological adjustment effects of age Gender and academic achievement. Scandinavian, Journal Educational Research، 45 (1).

104- Spira, Alferd, et al.(2012). Les Trouble de la Fertilité Etat des Connaissance et Piste pour la Recherche, Institut National de la Recherche Médicale (Inserm). France: Agence de Biomédecine.

105- Zorn, J .R, Savale ,M. (2005),Strilité du couple,2 Edition ,Paris ,Masson

مواقع الكترونية:

106- ابل، كاظم (2006) .شبكة المعلومات .htm/H :/ file)

107- أسماء منور ،(2021) ،أكثر من 3 ملايين يعانون مشاكل في الإنجاب https://www.el-massa.com/dz /2021

108- حكيم بوغرارة،(2017)، العقم يهدّد الأسر ويتسبب في تدمير العلاقات الاجتماعية جريدة الشعب الكترونية ،تم الاطلاع عليها ،2023/3/2 على الساعة 22:23 /http://ech-chaab.com

109- منظمة الصحة العالمية (2023) https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/infertility

.

الملاحق

الملحق رقم (01)

قائمة الاساتذة المحكمين

الرقم	الاستاذ	الرتبة	مكان العمل
01	الشايب الساسي	أ.د التعليم العالي	جامعة ورقلة
02	بن مجاهد فاطمة الزهراء	أ.د.التعليم العالي	جامعة ورقلة
03	نوار شهر زاد	أ.د.التعليم العالي	جامعة ورقلة
04	زليخة جديدي	د.التعليم العالي	جامعة الوادي
05	نادية مصطفي الزقاي	أ.د.التعليم العالي	جامعة وهران
06	بريشي مريمة	د.التعليم العالي	جامعة ورقلة
07	وازي طاووس	أ.د.التعليم العالي	جامعة ورقلة
08	نويبات قدور	د.التعليم العالي	جامعة ورقلة
09	طالب حنان	أ.د.التعليم العالي	جامعة ورقلة
10	صالحي طارق	د.التعليم العالي	جامعة ورقلة
11	خلادي يمينة	أ.د.التعليم العالي	جامعة ورقلة

الملحق رقم (02)

مقياس" العجز النفسي"

عزيزتي المرأة:

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تعبر عن مشاعرك الشخصية في بعض المواقف الحياتية سواء أكانت نفسية أو إجتماعية، لذا نرجو منكي سيدتي أن:

* تقرئي كل عبارة على حدى بشكل جيد،

*أن تحاولي تحديد مشاعرك وإتجاهاتك حول مدى تطابق كل عبارة من العبارات عليك ؛

*نرجو ان لا تتركي أي عبارة دون إجابة.

*الإجابة بوضع علامة (x) في الخانة التي ترينها مناسبة على أن لا تتركي أي عبارة دون إجابة .

*لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة فكل فرد يعبر عن مشاعره الخاصة كما يحس بها في هذه اللحظة.

شكــرًا على تعاونــك

بيانات شخصية:

السن:.....

مدة الزواج: .....

المهنة :عاملة ( ) غير عاملة ( )

هل لديكي مرض مزمن: نعم ( ) لا( )

مثالا:

رقم	العبـــــــارة	نادرًا	احيانًا	دائمًا
1	أعجز عن تقبل الواقع الذي أعيش فيه		X	

االرقم	العبـــــــــــارة	نادرًا	احيانًا	دائمًا
01	أشعر أن الإحباط يسيطر على حياتي.			
02	أشعر أن جسدي ضعيف			
03	أعجز عن تقبل الواقع الذي أعيش فيه.			
04	أشعر أن قواي منهكة.			
05	أشعر بعدم مقدرتي على تقبل نفسي.			
06	أشعر أنني أحتاج الى النوم.			
07	افتقد المتعة في حياتي.			
08	أشعر بفقدان الثقة بالأخرين.			
09	أجد نفسي عاجزة عن مواجهة الأخرين.			
10	أعجز عن ضبط إنفعالاتي.			
11	أشعر أنني مراقبة من قبل الأخرين.			
12	أشعر أفكاري مشتتة.			
13	أشعر بفقدان الثقة بنفسي.			
14	أشعر أن لا أحد يحس بوجودي.			
15	اجد أن كل الأشياء في حياتي مختلط على .			
16	أتجنب المهام الصعبة.			
17	أجد من الجأ إليه عند مواجهة أي مشكلة			
18	أشعر بالخوف من الأخرين.			
19	أشعر بالحزن إتجاه نفسي.			
20	أحب أن أكون وحدي.			
21	أشعر أنني مكسورة الجناح.			
22	أشعر بالعجز عن فعل الأشياء.			
23	أشعر أنه لا أحد يهتم بحقيقة شعوري الداخلي.			
24	أتقبل أوجه القصور في نفسي.			

25	أتقبل وجهات النظر المخالفة لوجهة نظري.			
26	أشعر بالضيق بسبب ما أنا عليه.			
27	أحب الإنعزال عن الأخرين.			
28	أشعر بالرفض من طرف الأخرين.			
29	أشعر أن ثقتي بنفسي مهتزة.			
30	علاقتي متذبذبة مع الأخرين.			
31	أجد صعوبة في القيام بواجباتي.			
32	أشعر بالخوف من الأيام القادمة.			
33	أشعر أن ظروفي غير مستقرة.			
34	أن إهتمامي بنفسي يقل يوما بعد يوم.			
35	أشعر بعدم الإطمئنان.			
36	أشعر بالوحدة حتى أثناء وجودي مع الأخرين.			
37	اتأثر بالأشياء التي أراها.			
38	أشعر بالرضا عما أمتلكه من قدرات.			
39	أتعامل مع من حولي بكل بساطة.			
40	اتأثر بالأشياء التي أسمعها .			
41	أعاني من نسيان أشياء كثيرة.			

الملحق رقم (03)

نتائج الدراسة الاستطلاعية والاساسية حسب spss v24

نتائج الدراسة الاستطلاعية والدراسة الاساسية

مصفوفة ارتباطات عبارات بعد تقدير الذات مع درجته الكلية								
رقم العبارة	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	رقم العبارة	Pearson Correlation	Sig.	رقم العبارة	Pearson Correlation	Sig(2-tailed)
س5	,423**	0,000	س25	,294**	0,007	س42	,628**	0,000
س9	,466**	0,000	س29	,671**	0,000			
س13	,512**	0,000	س38	,569**	0,000			
س18	,490**	0,000	س40	,579**	0,000			

مصفوفة ارتباطات عبارات بعد اليأس مع درجته الكلية								
رقم العبارة	Pearson Correlation	Sig.	رقم العبارة	Pearson Correlation	Sig.	رقم العبارة	Pearson Correlation	Sig.
س1	,612**	0,000	س19	,694**	0,000	س35	,656**	0,000
س3	,586**	0,000	س26	,787**	0,000			
س7	,647**	0,000	س32	,617**	0,000			
س8	,604**	0,000	س33	,624**	0,000			
س15	,647**	0,000	س34	,735*	0,000			

مصفوفة ارتباطات عبارات بعد الطاقة مع درجته الكلية								
رقم العبارة	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	رقم العبارة	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	رقم العبارة	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)
س2	,451**	0,000	س12	,573**	0,000	س31	,540**	0,000
س4	,491**	0,000	س16	,252*	0,021	س37	,611**	0,000
س6	,347**	0,001	س22	,529**	0,000	س41	,546**	0,000
س10	,443**	0,000	س24	0,046	0,676			

مصفوفة ارتباطات عبارات بعد المساندة النفسية مع درجته الكلية					
رقم العبارة	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	رقم العبارة	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)

س11	,602**	0,000	س27	,712**	0,000
س14	,634**	0,000	س28	,575**	0,000
س17	,544**	0,000	س30	,674**	0,000
س20	,688**	0,000	س36	,698**	0,000
س21	,759**	0,000	س39	0,198	0,071
س23	,505**	0,000			

مصفوفة ارتباطات الاتساق الداخلي بين عبارات ابعاد الاداة مع درجته الكلية

		العجز	تقدير	اليأس	المساندة	الطاقة
تقدير	Pearson Correlation	,808**	1	,642**	,566**	,554**
	Sig. (2-tailed)	0,000		0,000	0,000	0,000
اليأس	Pearson Correlation	,906**	,642**	1	,710**	,685**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000		0,000	0,000
المساندة	Pearson Correlation	,863**	,566**	,710**	1	,627**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000		0,000
الطاقة	Pearson Correlation	,819**	,554**	,685**	,627**	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	

مصفوفة ارتباطات عبارات مقياس العجز النفسي مع درجته الكلية								
مصفوفة ارتباطات عبارات مقياس العجز النفسي مع درجته الكلية								
رقم العبارة	Pearson Correlation	Sig.	رقم العبارة	Pearson Correlation	Sig.	رقم العبارة	Pearson Correlation	Sig.
س1	,569**	0,000	س15	,606**	0,000	س29	,685**	0,000
س2	,331**	0,002	س16	,462**	0,002	س30	,577**	0,000
س3	,516**	0,000	س17	,103*	0,032	س31	,371**	0,001
س4	,469**	0,000	س18	,584**	0,000	س32	,525**	0,000
س5	,487**	0,000	س19	,625**	0,000	س33	,515**	0,000
س6	,283**	0,009	س20	,558**	0,000	س34	,730**	0,000
س7	,624**	0,000	س21	,701**	0,000	س35	,584**	0,000
س8	,532**	0,000	س22	,483**	0,000	س36	,587**	0,000
س9	,506**	0,000	س23	,515**	0,000	س37	,552**	0,000
س10	,313**	0,004	س24	,164*	0,003	س38	,490**	0,000
س11	,517**	0,000	س25	,195*	0,045	س39	,065	0,555
س12	,535**	0,000	س26	,697**	0,000	س40	,517**	0,000
س13	,633**	0,000	س27	,615**	0,000	س41	,560**	0,000
س14	,568**	0,000	س28	,513**	0,000	س42	,263*	0,016
** الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا (0.01)			الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا * (0.05).					

الاتساق الداخلي للاداة ككل

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,922	42

التجزئية النصفية

Reliability Statistics			
Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,865
		N of Items	22a
	Part 2	Value	,544
		N of Items	21b
	Total N of Items		43
Correlation Between Forms			,952
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,976
	Unequal Length		,976
Guttman Split-Half Coefficient			,764

المقارنة الطرفية

Group Statistics					
	المجموعة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
العجز	الدنيا	10	14,6000	5,48128	1,73333
	العليا	10	46,9000	11,05994	3,49746

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
العجز	Equal variances assumed	3,806	,067	8,275	18	,000	32,30000	3,90342	40,50078	24,0992
	Equal variances not assumed			8,275	13,17	,000	32,30000	3,90342	40,72180	23,8782

الفرضية الاولى مستوى العجز النفسي.:

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
العجز	150	45,3000	19,40862	1,58471

One-Sample Test

	Test Value = 41					
					95% Confidence Interval of the Difference	
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
العجز	2,713	149	,007	4,30000	1,1686	7,4314

الفرضية الثانية: الفروق في مستوى العجز النفسي حسب متغير االسن

ANOVA

العجز

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	42,621	2	21,311	,056	,946
Within Groups	56084,879	147	381,530		
Total	56127,500	149			

الفرضية الجزئية الثانية: الفروق في مستوى العجز النفسي حسب متغير مدة الزواج

ANOVA

العجز

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	107,619	2	53,809	,141	,868
Within Groups	56019,881	147	381,088		
Total	56127,500	149			

الفرضية الجزئية الثالثة : الفروق في مستوى العجز النفسي حسب متغير المهنة(عاملة ،غير عاملة)

Group Statistics

	المهنة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
العجز	عاملة	36	47,7778	15,71553	2,61925
	غير عاملة	114	44,5175	20,43606	1,91401

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper

العجز	Equal variances assumed	7,658	,006	,878	148	,381	3,26023	3,71339	-4,07789	10,59835
	Equal variances not assumed			1,005	75,676	,318	3,26023	3,24406	-3,20132	9,72179