وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة المسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم: ..../2013

تقدير الذات وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المراهق المصاب بالأمراض الجلدية
(حب الشباب،الإكزيما، والصدفية)

دراسة ميدانية لمجموعة من مرضى الجلد بالمسيلة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر2 في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الباحثة: **إشراف**

الدكتور:

* حجيلي بدرة * طه حمود

د/طه حمود .....مشرفا

د/مخلوف سعاد .....رئيسا

أ/مرازقة وليدة .....مناقشا

السنـــة الجـــامعية: 2012 - 2013م

بسم الله الرحمن الرحيم

كلمة شكر وعرفان

قال الله تعالى : ﴿ قُل لَّوْ كَانَ الْبَحْرُ مِدَادًا لِّكَلِمَاتِ رَبِّي لَنَفِدَ الْبَحْرُ قَبْلَ أَن تَنفَدَ كَلِمَاتُ رَبِّي وَلَوْ جِئْنَا بِمِثْلِهِ مَدَدًا﴾ (الآية: 109 من سورة الكهف)

في البداية نتوجه بالحمد والشكر إلى المولى عزّ وجل الذي منحنا القدرة والإرادة لإنجاز هذا البحث .

كما نتقدم بأسمى المعاني والشكر والتقدير إلى دكتورنا الفاضل "طه حمود" الذي حضينا بإشرافه فله منا أصدق العرفان والشكر .

ونتقدم بأكاليل من أهازيج الشكر والعرفان تنشدها خفقات قلوبنا وتجمعها باقة من التكريم والتقدير، لكل أساتذة قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا خاصة الدكتور "اسماعيلي يامنة"

ونخصّ بالشكر للدكتور مجاهدي الطاهر والأستاذ غريب حسين الأستاذ بعلي مصطفى والأستاذ دوباخ قويدر أيضا كل طاقم مكتبة البيان وحسين لعيدي وإلى الذين ساعدونا في طباعة هذا البحث

وإلى كل من ساعدنا في إنجاز هذا البحث من قريب أو بعيد ولو بالكلمة الطيبة .

بدرة

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين تقدير الذات والتوافق النفسي لدى المراهق المصاب بالأمراض الجلدية وقد اخترنا من بين هذه الأمراض دراسة مرض حب الشباب، الصدفية والإكزيما كما يستهدف البحث مرحلة عمرية حساسة جدا في حياة الإنسان ألا وهي المراهقة فهي مرحلة انتقالية مهمة إذا ما وفرنا لها الفهم والتوعية اللازمة أمكننا مساعدة هذه الفئة في تخطي مراهقة سوية خالية من الصعوبات والانحرافات وإذا أهملنا هذه المرحلة فإن الانعكاسات قد تكون سلبية بل وقد يمتد أثرها السلبي على سنوات العمر اللاحقة ولذا تنبع أهمية الدراسة الحالية في دراسة الأمراض الجلدية التي تسبب مشاكل عديدة للمراهق الذي يبدو أن جل اهتمامه في هذا الوقت هو صحته وصفاء بشرته من الحبوب والتشققات والتعفنات التي يعتبرها المراهق تشوها على مستوى جلده، وقد تم و تم تقسيم الدراسة إلى سبعة فصول حيث تناولنا في الفصل الأول الإطار العام للدراسة و في الفصل الثاني الأمراض الجلدية وأشكالها أما في الفصل الثالث فتناولنا تقدير الذات والعوامل المؤثرة فيه ومن ثمة فصل الرابع التوافق النفسي وأبعاده وتناولنا في الفصل الخامس المراهقة وخصائصها وبعدها تناولنا في الجانب التطبيقي وتناولنا في الفصل السادس منهجية البحث وميدان الدراسة أما في الفصل السابع عرض وتحليل النتائج لذا تم طرح التساؤل التالي:

هل توجد علاقة بين تقدير الذات والتوافق النفسي لدى المراهق المصاب بالأمراض الجلدية (حب الشباب، الصدفية والإكزيما)

ولضبط هذا الموضوع أكثر قسمت فرضيات الدراسة إلى فرضية عامة وأخرى جزئية:

1- توجد فروق دالة إحصائيا في تقدير ذات المراهق المصاب بالأمراض الجلدية وفق متغير الجنس.

2- توجد فروق دالة إحصائيا في التوافق النفسي للمراهــق المصـــاب بـــالأمراض الجلدية وفق متغير الجنس.

3- توجد فروق في تقدير الذات للمراهق وفقا لنوع المرض الجلدي (حب الشـــباب الصدفية، الإكزيما)

4- توجد فروق في التوافق النفسي للمراهق وفقا لنوع المرض الجلدي (حب الشباب الصدفية، الإكزيما).

هذا ما فرض علينا اختيار عينة من المجتمع الأصلي مقدرة بـــ (60) مريض و ذلك بطريقة قصدية تمثلت مرضى من الأمراض الجلدية (حب الشباب، الصدفية، الإكزيما) و أما عن أدوات جمع البيانات فتم استخدام مقياس تقدير الذات لكوبر سميث، مقياس التوافق النفسي لزينب شقير2003، المقابلة الإكلينيكية، و تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي المقارن والإكلينيكي لتلاؤمه مع طبيعة الموضوع عن طريق أساليب إحصائية التالية:

- اختبار ت، اختبار تحليل التباين، واختبار بيرسون .

و بعد الدراسة الميدانية في العيادات الخاصة بالأمراض الجلدية بولاية المسيلة أظهرت الدراسة النتائج التالية:

1. وجود علاقة طردية موجبة بين التوافق النفسي وتقدير الذات للمراهق المصاب بالأمراض الجلدية (حب الشباب، الصدفية،والإكزيما).
2. وجود فروق في تقدير الذات وفروق في التوافق النفسي بين الجنسين لصالح الذكور.
3. وجود فروق في تقدير الذات وفروق في التوافق النفسي لأنماط الأمراض الجلدية (حب الشباب الصدفية، والإكزيما) لصالح مرض حب الشباب.

فهرس الموضوعات

العنـــــوان **الصفحة**

شكر و عرفان ..... أ

فهرس الموضوعات ..... ب

فهرس الجداول ..... و

فهرس الأشكال ..... ز

ملخص الدراسة ..... ح

مقدمة ..... ي

الفصل التمهيدي

1- الإشكالية 14

2- الفرضيات 16

3- أهمية الدراسة 16

4- أهداف الدراسة 17

5- أسباب اختيار الموضوع 18

6- التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة 18

أولا: الجانب النظري

الفصل الثاني: الأمراض الجلدية

تمهيد 23

1- ماهية الجلد ومكوناته 24

2- وظائف الجلد 24

3- طبقات الجلد 25

4- الأمراض الجلدية و الاضطرابات السيكوسوماتية 26

5- أشكال الأمراض الجلدية 29

أولا: مرض الصدفية 29

1- تعريف الصدفية 29
2- الآلية المرضية 30
3- الأسباب 30
4- الأنماط الشكلية 33
5- علاج الصداف 40
ثانيا: مرض حب الشباب 45
1- تعريف حب الشباب 46
2- نسبة انتشار حب الشباب 47
3- آليات ظهور حب الشباب 48
4- أشكال حب الشباب 49
5- طريقة العلاج 53
ثالثا: الإكـــزيما 56
1- تعريف الاكزيما 56
2- أشكال الإكزيما 57
3- العوامل المؤهبة 60
5- طريقة العلاج 62

الفصل الثالث: تقدير الذات والعوامل المؤثرة فيه

تمهيد 69
1- تعريف تقدير الذات 70
2- تمييز مفهوم الذات عن بعض المفاهيم النفسية الأخرى 74
3- أهمية تقدير الذات 76
4- التفسيرات النظرية لتقدير الذات 79
5- نمو تقدير الذات خلال مراحل الحياة 85
6- العوامل المؤثر على نمو وتكوين الذات 90
7- أنواع تقدير الذات 93

8- مكونات تقدير الذات 96
9- أبعاد تقدير الذات 98
10- تقدير الذات والنوع.....99

الفصل الرابع: التوافق النفسي وأبعاده

1-مفهوم التوافق النفسي 107
2- تصنيفات التوافق 109
3- عناصر التوافق.....109
4- خصائص التوافق.....110
5- عوامل (مطالب) التوافق 113
6- عوائق التوافق 115
7- التوافق والصحة النفسية .....
8- التوافق الحسن والتوافق السيء **115**
9- النظريات المفسرة للتوافق.....119
10- العوامل المؤثرة في عملية التوافق.....127
11-مجالات التوافق 130
12-الاساليب الدفاعية 134
13- التوافق من المنظور الإسلامي 138

الفصل الخامس: المراهقة وخصائصها

1- تعريف المراهقة.....147
2- مراحل المراهقة.....150
3- الخصائص العامة لشخصية المراهق.....152
4- أهم مظاهر النمو في فترة المراهقة 153
5- أهداف المراهقة 164
6- حاجات المراهقة.....166

7- مشكلات المراهقة 168
8- المراهقة في الجزائر 169

ثانيا: الجانب التطبيقي

الفصل السادس: الإطار المنهجي للدراسة

1- الدراسة الاستطلاعية 177
2- العينة وكيفية اختيارها 178
3- المنهج المتبع للدراسة..... 180
4- أداوت الدراسة 180
6- أساليب المعالجة الإحصائية..... 183

الفصل السابع: عرض وتحليل النتائج

1- الخصائص السيكومترية 187
2- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات 189
3- تحليل المقابلتين العياديتين..... 196
خلاصة عامة 200
خاتمة
المراجع
الملاحق

فهـــرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	مقارنة بين ذوي تقدير الذات العالي والمنخفض	195-196
02	ضبط المتغيرات لأفراد العينة من حيث العمر	179
03	ضبط المتغيرات لأفراد العينة من حيث الجنس	179
04	ضبط المتغيرات لأفراد العينة من حيث نوع المرض	179
05	العلاقة الارتباطية لعبارات الفردية و الزوجية	187-188
06	معاملات الارتباط بين درجات تقدير الذات ودرجات التوافق النفسي	189
07	درجات الذكور ودرجات الإناث في مقياس التوافق النفسي	190
08	درجات الذكور ودرجات الإناث في مقياس التوافق النفسي	191
9	تحليل التباين الأحادي لمتوسطات درجات تقدير الذات ونوع المرض الجلدي	192
10	فروق المتوسطات بين نوع المرض على مقياس تقدير الذات	193
11	نتائج تحليل التباين لدرجات التوافق النفسي	194
12	فروق المتوسطات بين نوع المرض على مقياس التوافق النفسي	195

فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	**مرحلة المراهقة بين الطفولة والرشد**	08
02	صداف عائلي	30
03	صداف وبهق (الصداف المناعي)	30
04	صدفية اليد والقدمين	33
05	صدفية شائعة (بقع حمامية مغطاة بقشور فضية)	33
06	صداف الأظافر والجلد	33
07	صداف شائع	33
08	صداف الفروة	33
09	صداف الفروة وآفات جرابية في الجلد	33
10	الأحمرية الصدفية	36
11	أحمرية صدفية وصداف بثري	36
12	صداف بثري	36
13	صداف جرابي	37
14	صداف جرابي	37
15	الإكزيما القريصية	59
16	الإكزيما القريصية المزمنة	59
17	إكزيما عسر التعرق (مع إنتان جرثومي ثانوي)	59
18	إكزيما عسر التعرق	59
19	الجلاد الأخمصي الشبابي	60
20	أكزيما ركود	60
21	**هرمية ماسلو للحاجات**	87

مقدمة:

يصل الفرد إلى هذا العالم وهو كيان بيولوجي يخضع لخصائص النمو وقوانينه العامة، والتي تسير إلى الأمام متجهة نحو تحقيق غرض ضمني وهو النضج ومع استمرارية العملية النمائية وتعقدها والتي تشمل على كافة الجوانب التي تشكل بنيان الإنسان سواء كانت فيزيولوجية، أو عقلية أو انفعالية وجدانية واجتماعية، يبدأ الفرد في تكوين نظرة نحو ذاته تتضمن أفكار واتجاهات ومعاني ومدركات حولها.

فمن ضمن هذه التغيرات الفيزيولوجية والتي تبلغ أوجها في مرحلة المراهقة تكونن هناك تغيرات هرمونية ويكثر إفراز الغدد الدهنية للزهم مما يسبب ظهور بعض الأمراض الجلدية داء حب الشباب والصدفية والذي يؤثر على الصورة أو المظهر الخارجي لجاذبية وجمال المراهق ومظهر الجسم ككل وما يتضمنه من مشاعر وإدراكات تندرج تحت لواء تقدير الفرد لذاته لاسيما أنه يتضمن صفات وخصائص تشكل في مجملها مكون من مكونات مفهوم تقدير الذات، وعلى هذا فإنه إذا كانت هناك تغيرات متباينة سواء كانت نفسية داخلية أو بيئية خارجية تعوق قدرة الفرد على التواصل الفعال والتوافق السليم مع بيئته المحيطة فإن صورة الفرد لوجهه أو جسمه التي يؤثر عليها هذا المرض الجلدي الذي يشوه صفاء البشرة ونظارتها، أو عدم رضاه عنها، قد يكون أحد العوامل التي تعوق التوافق النفسي مع ذاته وبيئته المحيطة في الآن ذاته وقد يكون هذا سببا في معاناته من اضطرابات سلوكية تعكس عدم اتزانه وسوء توافقه النفسي.

وإذا كان رضا الفرد أو عدم رضاه وتقبله للأمراض الجلدية خاصة منها حب الشباب والإكزيما، والصدفية يرتبط بما يصدره آخرون من أحكام وتقييمات فإن النمط الجسمي الذي يعتبر جذابا ومناسبا من حيث العمر من وجه نظر ثقافة الفرد له فاعلية قد تكون أعم وأشمل في التأثير على مدى رضا الفرد وتوافقه أو عدم رضاه.

ويساهم تقدير الذات العام الجيد في الإحساس بفاعليته أو الاعتقاد أن الفرد يستطيع أن ينجز عمله وهو عامل هام في النجاح في العمل، كما يساهم في نمو هوية الذات – التي تتشكل في مرحلة المراهقة – ووجهات النظر المختلفة

للأشخاص عن أنفسهم يشمل ذلك الشخصية والأدوار والعلاقات والخصائص الجمالية.

إن الارتباط والتأثير المتبادل بين الجسد والنفس ربما أدى إلى اضطراب وصعوبات في عملية التوافق ولكن العلاقة ليست حتمية، وتتحدد بعوامل عديدة منها : نوع المرض المصاب به ومدة هذا المرض، والدعم الأسري والاجتماعي، والوضع الاقتصادي، ومدى تقدير الفرد لذاته، هذه العوامل قد تكون مساعدة للوصول إلى مستوى جيد من التوافق أو قد تكون عوامل معيقة لعملية التوافق.

ولا يخلو شخص في حياته من سوء التوافق فالإنسان يتعرض طوال حياته للعديد من الضغوط والمشاكل الجسدية والنفسية التي تؤثر على عملية التوافق لديه مثل تعرضه للأمراض النفسية أو الجسدية المزمنة حيث يحتاج الفرد لبذل مجهود أكثر للوصول إلى حالة التوافق.

ونظرا لأهمية الموضوع أردنا من خلال بحثنا هذا الكشف عن العلاقة بين تقدير الذات والتوافق النفسي لدى المراهق المصاب بالأمراض الجلدية خاصة منها حب الشباب، الصدفية والإكزيما، معتمدين في ذلك على خطة البحث التي تكونت من سبعة فصول حيث قسمنا الفصول إلى جانبين:

الجانب النظري وفيه أربعة فصول.

الفصل التمهيدي ويتضمن: الإشكالية، الفروض، أهمية الدراسة أهداف الدراسة أسباب اختيار الموضوع، تحديد المفاهيم.

الفصل الثاني ويتضمن: مفهوم الجلد، والاضطرابات السكوسوماتية بصفة عامة الأمراض الجلدية وأنواعها، كما تناولنا بالتفصيل كل من مرض الصدفية نسبة انتشاره أنواعه مسببات كل نوع علاجه، داء حب الشباب، نسبة انتشاره ، نسبة الإصابة بين الجنسين، آليات ظهور حب الشباب، أشكال حب الشباب، طريقة العلاج، ومن ثمة مرض الإكزيما أسبابه، أنواعه وطرق علاجه.

الفصل الثالث تقدير الذات والعوامل المؤثر فيه: ويتضمن تعريف تقدير الذات أهمية تقدير الذات التفسيرات النظرية لتقدير الذات، نمو تقدير الذات خلال مراحل الحياة، والعوامل المؤثرة في تكوينه أنواع تقدير الذات وأبعاده.

الفصل الرابع التوافق النفسي وأبعاده: وتضمن مفهوم التوافق والمفاهيم المرتبطة به معايير التوافق النفسي، أهم النظريات المفسرة للتوافق، أبعاده، العملية التوافقية وسوء التوافق والعلاج.

الفضل الخامس المراهقة وخصائصها: تعريف المراهقة ومراحلها وأهم مظاهر نموها والخصائص العامة للمراهق، حاجاته ومشاكله.

الجانب التطبيقي ويحتوي على فصلين:

الفصل السادس الإطار المنهجي للدراسة ويتضمن الدراسة الاستطلاعية، العينة وكيفية اختيارها، منهج الدراسة وأدواتها ومن ثمة المصطلحات الإجرائية وأدوات المعالجة الإحصائية.

الفصل السابع الإطار الميداني للدراسة: ويتضمن عرض البيانات والتعليق عليها، تقديم وتحليل المقابلات الإكلينيكية، ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات ثم الاستنتاج العام.

وفي آخر الدراسة تضمنت خاتمة الدراسة والمراجع والملاحق.

الفصل التمهيدي

1- الإشكالية

2- الفرضيات

3- أهمية الدراسة

4- أهداف الدراسة

5- أسباب اختيار الموضوع

6- التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة

1- الإشكالية:

يمر الإنسان خلال مراحل نموه بمراحل مختلفة تتفاعل خلالها استعداداته الفطرية مع معطيات محيطه الاجتماعي فالمراهقة تمثل مرحلة قلق وعدم ثبات وتحد لسلطة الكبار وفيها أيضا تغيرات سريعة في الجوانب المختلفة لحياة الفرد النفسية منها والجسمية والاجتماعية فهي مزيج من الشيء ونقيضه فهي الطفولة ونقيضها الرشد وهي الميلاد الوجودي للكائن البشري من حيث انه يعي لأول مرة ذات تريد أن تواجه الذوات الأخرى ووجود يلتمس الحياة.

ونتيجة لهذه التغيرات التي تطرأ على المراهق فإننا نجده يتساءل عما إذا كانت هذه التغيرات ايجابية أم سلبية بمعنى أن يكون مقبولا للآخرين أم لا وهل صورته هذه مستديمة أم أنها ستتغير وكيف يكون شكله بعد ذلك كل هذا يشغل حيزا كبيرا من تفكير المراهق ذلك أن المراهق يحي حياة اجتماعية مستقرة تتوازن فيها ذاته الداخلية والخارجية في منحى يسير به نحو السواء والتوافق النفسي. (**أبو حمادة** ،2008، 362)

ويعتبر تقدير الذات من العناصر المهمة في هذه المرحلة من حياة الإنسان فهو من الموضوعات التي لا زالت تتصدر المراكز الأولى في البحوث النفسية والشخصية، ونحن نعيش في عصر محفوف بالتغيرات السياسية والاقتصادية والثقافية التي لها تأثيرها المباشر على الكائن البشري خاصة إذا كان يمر بفترة المراهقة التي يضطرب فيها تقدير الذات بشكل واضح وكذا توافقه النفسي.

ينشأ الجلد والجهاز العصبي من الناحية التكوينية من المصدر نفسه لذا نجد ترابط بين الأمراض الجلدية والنفسية، بل يكون أحيانا نعبر عن انفعالاتنا بطريقة جلدية واحمرار الوجه بسبب الخجل أو الغضب، الشحوب من الخوف انتصاب الشعر من حالات الرعب، التعرق من الفزع، ويعتبر الجلد أحد أكبر الأعضاء الجسد التي يتفاعل بها مع بيئته ويتواصل معها وكل التغيرات التي تطرأ عليه سواء على مستوى اللون أو الشكل أو الملمس إنما تكون وفقا لشدة

التوتر والقلق الذي يتعرض له، قد يكون ذلك سببا في إصابته بأمراض جلدية ومتعددة كحب الشباب ، الاكزيما، والصدفية .

وتمثل صورة الجلد الجميل الصافي الخالي من البثور والبقع التشققات وصورة الجسد بأكمله أهم أبعاد نمو تقدير الذات عند المراهق وتحقيق التوافق النفسي لارتباطها بالمظهر الجسدي الذي يعتبر الوسيط بين الذات والعالم الخارجي.

والدراسة تهدف إلى معرفة العلاقة بين التوافق النفسي وتقدير الذات لدى المراهق المصاب بالامراض الجلدية (حب الشباب ،الصدفية والإكزيما).

2- **التساؤل العام**:

ومن خلال ما سبق عرضه يمكننا طرح التساؤل التالي:

هل توجد علاقة بين التوافق النفسي وتقدير الذات لدى المراهق المصاب بالأمراض الجلدية (حب الشباب ،الصدفية والإكزيما).؟

2-1- **التساؤلات الجزئية**:

2-1-1- هل توجد فروق دالة إحصائيا بين تقدير ذات المراهق المصاب بالأمراض الجلدية وفق متغير الجنس؟

2-1-2- هل توجد فروق دالة إحصائيا بين التوافق النفسي للمراهق المصاب بالأمراض الجلدية وفق متغير الجنس؟

2-1-3- هل توجد فروق في تقدير الذات للمراهق وفقا لنوع المرض الجلدي (حب الشباب، الصدفية، الإكزيما)؟

2-1-4- هل توجد فروق في التوافق النفسي للمراهق وفقا لنوع المرض الجلدي (حب الشباب، الصدفية، الإكزيما)؟

3_**الفرضيات**:

3-1- **الفرضية العامة**:

توجد علاقة بين التوافق النفسي وتقدير الذات لدى المراهق المصاب بالامراض الجلدية (حب الشباب، الصدفية، الاكزيما)

3-2- **الفرضيات الجزئية**:

1- توجد فروق دالة إحصائيا في تقدير ذات المراهق المصاب بالأمراض الجلدية وفق متغير الجنس.

2- توجد فروق دالة إحصائيا في التوافق النفسي للمراهق المصاب بالأمراض الجلدية وفق متغير الجنس.

3- توجد فروق في تقدير الذات للمراهق وفقا لنوع المرض الجلدي (حب الشباب الصدفية، الإكزيما)

4- توجد فروق في التوافق النفسي للمراهق وفقا لنوع المرض الجلدي (حب الشباب الصدفية، الإكزيما).

4_**أهمية الدراسة**:

يستهدف البحث مرحلة عمرية مهمة وحساسة جدا في حياة الإنسان ألا وهي المراهقة فهي مرحلة مفترق الطرق إذا ما وفرنا لها الفهم والدراسة والتحليل أمكننا مساعدة أبنائنا في تخطي مراهقة سوية خالية من المشكلات والصعوبات وإذا أهملنا هذه المرحلة فإن الانعكاسات قد تكون سلبية بل وقد يمتد أثرها السلبي على سنوات العمر اللاحقة ولذا تنبع أهمية الدراسة الحالية فيما يأتي:

1/ الاهتمام بفئة المراهقين المصابين بالأمراض الجلدية وما تواجهه هذه الفئة من مشكلات تتعلق بتقديرهم لذاتهم.

2/ عدم وجود- في حد علم الباحث- دراسات عربية اهتمت بدراسة العلاقة بين التوافق النفسي وتقدير الذات للمراهقين المصابين بالإمراض الجلدية.

3/ ومما يزيد أهمية الدراسة الحالية تناولنا لمرحلة المراهقة للمصابين بهذه الأمراض، تلك المرحلة التي تتضمن تفكير المراهق في جذب انتباه الآخرين

ولأهمية هذه المرحلة في بلورة شخصية الفرد لما يحدث فيها من متغيرات نمائية فيسيولوجية كبيرة لدى الأفراد والمؤثرة على تقدير الذات لدى الأفراد المصابين بهذا الداء، وحتى يمكن توجيه الانتباه إلى تخطيط وإعداد برامج وقائية أكثر فاعلية لتحقيق توافق نفسي وتقدير ذات للمراهق المصاب .

5_أهداف الدراسة:

لكل دراسة غايات ترجى من وراءها، وأهداف تسعى إلى تحقيقها من أجل تقديم البديل أو تعديل ما هو موجود إعطاء الأجوبة عن الأسئلة التي تطرحها المشكلة هدف كل مشكلة فيمكن تلخيص أهداف هذه الدراسة في:

- تبيين القيمة الكامنة في الاهتمام والعناية بمشكلة الأمراض الجلدية لدى المراهقين بفرض الصحة النفسية لهم، ووضع برامج وقائية لتحسين التعامل مع الالتهابات الجلدية، وكذا تحسين المظهر أو الصورة الجمالية المشوهة التي يأخذها المراهق على مظهر وجهه وجسده من الناحية العقلية والتخيلية والداخلية بفرض الإحساس الإيجابي بالذات.
- التعرف على العلاقة بين التوافق النفسي وأبعاده وتقدير الذات لدى المريض المصاب بالأمراض الجلدية.التعرف على مدى تقدير ذات المراهق المصاب بالمرض الجلدي حسب نوع المرض الجلدي (حب الشباب،الصدفية والإكزيما).
- التعرف على مستوى التوافق النفسي وتقدير الذات تبعا لنوع المرض الجلدي.
- العمل على نشر ثقافة صحية بين المراهقين وتنمية اهتمام المراهقين بالتعرف على نواحي الضعف عنده وأن يساعد نفسه مسترشدا بالخبراء والمختصين.
- توضيح انعكاسات الأمراض الجلدية على تقدير الذات، وكذا توافقه النفسي مما له تأثير على جميع نشاطات المراهقين وعلى حياتهم المستقبلية.

6- أسباب اختيار الموضوع:

إن اختيار القائمة بالبحث لموضوع " التوافق النفسي وعلاقته بتقدير الذات لدى المراهق المصاب بالأمراض الجلدية (حب الشباب ،الصدفية والإكزيما) يعود إلى:

- الوعي والشعور بأهمية المراهقة باعتبارها من المحددات لمسار الحياة المستقبلية ومقياس لسلامة المجتمع وقوته.
- شعورنا بنقص الاهتمام بالموضوع في الساحة الإكلينيكية من خلال احتكاكنا وملاحظتنا بمعاناة المراهقين من هذه الأمراض.
- نقص الدراسات القائمة على البحث في تقدير الذات والتوافق النفسي للأمراض الجلدية .

7_التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

يمكن تعريف المفهوم بأنه الوسيلة التي يستعين بها الباحث للتعبير عن المعاني والأفكار المختلفة بغية توصيلها للآخرين، وتعبر المفهومات غالبا عن الصفات المجردة التي تشترك فيها الأشياء والواقع، والحوادث دون تحديد الواقعة أو الحادثة بعينها أو أشياء بذاتها.

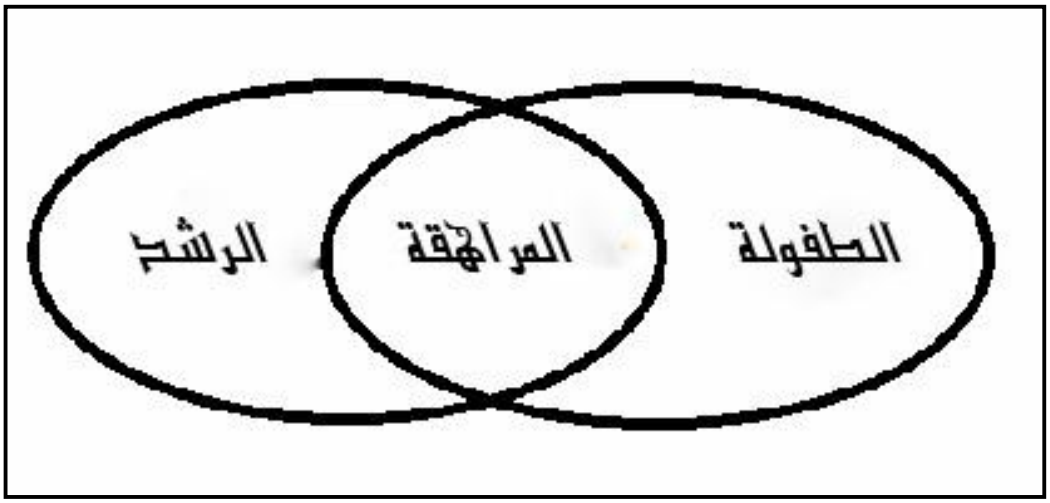
1/تقدير الذات: Self- Esteem

عملية مستمرة تتضمن تقييم الفرد- المصاب بداء حب الشباب- لمجموعة من الخبرات والاتجاهات التي يكونها عن ذاته بما فيها من قدرات وكفاءات واحترامه وتقبله المستحق لنفسه وإدراكه لأهميته وجدارته- أكاديميًا واجتماعيًا وجسمانيًا- بتوازن وثقة وبعيدًا عن الغرور والأنانية، كما تتضمن تقييم لتقدير الآخرين له "مدى احترامهم له ومكانته عندهم".

2/تعريف المراهقة:

المراهقة هي الفترة التي ينتقل المراهق فيها من مرحلة الطفولة ليخرج إلى العالم الخارجي ويبدأ في التعامل معه والاندماج فيه، فالمراهقة تعني الاقتراب من النضج العقلي والنفسي والجسمي والاجتماعي. والمراهقة هي مرحلة طبيعية من مراحل عمر الإنسان تلي مرحلة الطفولة، فمرحلة المراهقة

تعتبر الوسيط الذي يعبر بها الشخص من فترة الطفولة إلـــى فتـــرة النـــضج والاستقرار وبناء الهوية الشخصية للإنسان على الرغم من أنها أكثر العوامـــل إزعاجًا وحرجًا، بما يصاحبها من تغيرات عضوية وجنسية ونفـــسية أو بمـــا نسميه المشكلات المصاحبة لها. نقصد هنا المراهق المصاب بالمرض الجلدي سواءا كان مصاب بداء حب الشباب أو الصدفية آو الإكزيما .



الشكل رقم (01): يمثل مرحلة المراهقة بين الطفولة والرشد

3/ التوافق النفسي:

التوافق هو عملية تتيح للفرد تحقيق ذاته وإمكاناته في خفـــض توتراتـــه لاستعادة اتزانه الداخلي وتلاؤم مع متطلبات البيئة الخارجية او اتـــزان بـــين شخصية الفرد وبيئته.

وفي دراستنا يعرف على انه الدرجة التي تحصل عليها من خلال تطبيق مقياس التوافق النفسي لدى المراهق المصاب بالمرض الجلدي.

4/تعريف مرض الـــصدفية: هو داء وراثي التهابي تكاثري يتصف بلويحـــات واضحة الحواف مغطاة بقشور فضية تظهر بشكل رئيـــسي علـــى النـــواتيء الباسطة والفروة.

5/ تعريف حب الشباب:

حب الشباب هو مرض جلدي يتطور على حساب الغدد الدهنية يحدث في الغالب أثناء التغيرات الهرمونية المصاحبة لفترة المراهقة، وغالبا ما يختفي في مرحلة البلوغ.

ويحدث حب الشباب في الغالب بسبب زيادة إنتاج الدهن (تعمل الغدد الدهنية تحت سيطرة الهرمونات الجنسية) الذي يؤدي إلى انسداد المسام الشعرية الدهنية المتوسعة مما يحدث التهابات لها.

6/**تعريف الاكزيما**: ويمكن تعريف التهاب الجلد(الإكزيما) بأنه حالة التهابية لا معدية تحدثها عوامل خارجية وداخلية أو تضافر الاثنين معا، تؤدي إلى عدم في الجلد.

التظاهرات الإكلينيكية للإكزيما يكون فيها الجلد محمرا ومتورما وعليها حويصلات صغيرة قد تنتفخ وتمر الإكزيما بمراحل معددة من الحادة إلى المزمنة ويكون شكوى المريض الأساسية هي الحكة المصاحبة للإكزيما.

(Recommandation et réféces médicales1998, 500)

الجانب النظري

الفصل الثاني

الأمراض الجلدية

1- ماهية الجلد ومكوناته

2- وظائف الجلد

3- طبقات الجلد

4- الأمراض الجلدية و الاضطرابات السيكوسوماتية

5- أشكال الأمراض الجلدية

أولا: مرض الصدفية

ثانيا: مرض حب الشباب

ثالثا: الإكـــــزيما

تمهيد:

ينشأ الجلد والجهاز العصبي من الناحية التكوينية من المصدر نفسه لذا نجد ترابط بين الأمراض الجلدية والنفسية، بل يكون أحيانا نعبر عن انفعالاتنا بطريقة جلدية واحمرار الوجه بسبب الخجل أو الغضب، الشحوب من الخوف، انتصاب الشعر من حالات الرعب، التعرق من الفزع، ويعتبر الجلد أحد أكبر الأعضاء الجسد التي يتفاعل بها مع بيئته ويتواصل معها وكل التغيرات التي تطرأ عليه سواء على مستوى اللون أو الشكل أو الملمس إنما تكون وفقا لشدة التوتر والقلق الذي يتعرض له، قد يكون ذلك سببا في إصابته بأمراض جلدية ومتعددة كحب الشباب، والبهاق، والثعلبة والصدفية والثأليل.

وللتعرف على الأمراض الجلدية أشكالها ومسبباتها وجب معرفة ناهية الجلد ومكوناته واهم ووظائفه ليسهل علينا هضم هذه الأمراض ومناطق إصابتها.

1- ماهية الجلد ومكوناته :

هو الوسط الفاصل بين الأعضاء الداخلية للجسم والبيئة الخارجية ويكون الجلد حوالي 15% من الوزن الكلي لجسم الإنسان.

إن للجلد وظائف حيوية وبدونه لا يمكن أن تدوم الحياة.

2- **وظائف الجلد:**

1- مقاومة الصدمات التي يتعرض لها جسم الإنسان وذلك بسبب المرونة الخاصة التي تتميز بها طبقات الجلد.

2- لجلد ستار يمنع من دخول المواد الضارة إلى داخل الجسم مثل الجراثيم وبعض المركبات السامة.

3- يمنع الجلد خروج السوائل من الأنسجة الداخلية إلى الخارج إلا تحت ظروف معينة.

4- تنظيم درجة حرارة الجسم:

وذلك عن طريق الشعيرات الدموية والغدد العرقية. ففي الصيف مثلاً حيث ترتفع درجة حرارة الجو تزداد كمية العرق ويؤدي ذلك إلى تلطيف درجة حرارة الجسم عن طريق تبخر العرق. أما في الشتاء فعندما تنخفض درجة الحرارة الخارجية تزداد الدورة الدموية بالجلد وبالتالي تُحفظ درجة حرارة الجسم ثابتة.

5-بالجلد مراكز الإحساس بالألم.

6-الجلد مركز هام لإخراج المواد الضارة من الجسم، مثل الأملاح الزائدة وذلك بواسطة الغدد العرقية.

7-حماية سطح الجلد والمحافظة على حيويته:

يحتوي الجلد على الغدد الدهنية التي تكون إفرازاتها وسطاً حامضياً يحمي سطح الجلد من الجراثيم.

8-تزويد الجسم بفيتامين د الذي له دور هام على حيوية ونمو أنسجة الجسم المختلفة: يُخزن فيتامين د بأنسجة الجلد على شكل خامل.

9-وقاية الجسم من الأشعة الضارة التي قد تؤذي الجلد أو قد تسبب سرطان الجلد .

3- **طبقات الجلد**:

يتكون جلد الإنسان من طبقتين رئيسيتين:

1 -الطبقة السطحية:

وهي الطبقة الخارجية للجلد والتي تفصل الجسم عن المؤثرات الخارجية المحيطة به، وسمك هذه الطبقة حوالي 0.2 مم وبها الخلايا التي تجدد أنسجة الجلد باستمرار وهذه الخلايا تسمى "الكيراتينوسايتس "وكذلك الخلايا التي تلون الجلد.

2- الأدمة:

هي الطبقة السفلى من سطح الجلد وتتكون من ألياف وأنسجة مطاطية سميكة تعطي الجلد المرونة والقوة.

وتحوي هذه الطبقة الأوعية الدموية وشبكة معقدة من الأعصاب المسئولة عن الإحساس بالألم، اللمس، الحرارة، البرودة والضغط كما تحوي الغدد العرقية التي تفرز بالإضافة إلى الماء أملاح الصوديوم والبوتاسيوم ومواد أخرى. وللغدد العرقية دور هام في تلطيف درجة حرارة الجسم والتخلص كذلك من المواد الضارة .

3- الشعر:إن معدل نمو الشعرة اليومي على فروة الرأس حوالي 0.35 مم.

تكون بصيلات الشعر الموجودة بالجلد، الشعر الذي يتوزع على سائر أنحاء الجسم، وعدد بصيلات الشعر حوالي خمسة ملايين، منها مائة ألف بصيلة على فروة الرأس، تعتمد معظم الصفات الخاصة بالشعر فيما يتعلق بعدد البصيلات أو لون الشعر أو سماكته على العوامل الوراثية.

4- الأمراض الجلدية:

وقبل أن نتناول تعريف الأمراض الجلدية وأشكالها لابد أن نعرج على تعريف الأمراض السيكوسوماتية :

1-تعريف الأمراض السيكوسوماتية :

يشار إلى مصطلح الاضطراب نفسي المنشأ (psychogenic disorder) بأنه اضطراب وظيفي أي يرجع العطب الذي يصيب العضو إلى وظيفة العضو بينما يكون العضو ذاته سليما، هذا الاضطراب النفسي المنشأ والوظيفي ينشأ من ضعف التعلم الاجتماعي في غيبة الأسباب العضوية أما الاضطرابات السيكوسوماتية (psychopsomatic) فهي تلك الاضطرابات التي تنشأ من أسباب نفسية، ولكن أعراضها تتخذ شكلا جسميا أي أسباب نفسية المنشأ.

والسيكوسوماتية حسب تعريف (Grinker) هو اتجاه يشمل كلية اتصالات (des processus) تعاقد بين أنظمة جسدية نفسية اجتماعية وثقافية، هكذا السيكوسوماتية لا ترجع إلى الفيزيولوجية أو إلى الأمراض السيكولوجية ولكن إلى مفهوم إستطالات بين الأنظمة الحية وتمثل أفكار اجتماعية وثقافية.
(عبد الرحمن العسوي 2000، 39-40)

إن كلمة " السيكوسوماتية " تطلق على الطب الذي يدرس الأمراض الجسدية ذات المنبع النفسي أي الأمراض الجسمية المرتبطة بأسباب نفسية أي بصراعات عموما لا شعورية أو شعورية. **(بوسنة محمود وآخرون : 1998، 173)**

ويظهر لنا هنا الأمراض السيكوسوماتية هي التي تنتج عن اختلال في العمليات النفسية الداخلية والتي تؤدي إلى محالة إلى اضطراب جسدي .

2-الأمراض الجلدية والاضطرابات السيكوسوماتية

وتنقسم الحالات الجلدية السيكوسوماتية إلى:

1- عصاب الجلد: نتف الشعر – نتف الجلد البثور.

الخوف من سرطان الجلد الأمراض التناسلية المعدية عادة ما يكون الفرد فيها وسواسي الطبع.

2- أمراض جلدية يكون العامل النفسي فيها دور هام:

الحكة، الثعلبة، الإكزيما، البهاق، الصدفية.

3- استجابات نفسية مع اضطرابات فسيولوجية، احمرار الوجه، التعرق الغزير.

4- أمراض جلدية مصاحبة لأمراض جسمية ولها علاقة بالعوامل النفسية مثل الحكة مع مرض السكر.

يحفل التاريخ الطبي بالدراسات التي أثبتت ارتباط العديد من الأمراض الجلدية بالاضطرابات النفسية، وكذلك الحال للإصابات الجلدية كمسبب للمعاناة النفسية ؛ خاصة البهاق، والصدفية، والثعلبة، وحب الشباب، والإكزيما. إذ تبيّن أن هذه الإصابات مرتبطة باضطرابات نفسية متعددة أهمها القلق، والكآبة، والوسواس القهري، واضطراب الشخصية.وأظهرت الدراسات علواً في نسبة المعاناة النفسية لتصل إلى (40%) من مرتادي عيادات الجلدية.

فالتشوه الناجم عن هذه الإصابة الجلدية، والوصمة الاجتماعية، ونتائج المعالجة طويلة الأمد غير المرضية لمتطلبات المريض، وتغيّر نمط الحياة الاجتماعية للمصاب (مثل الحرج من الظهور أمام الناس أو الخوف من التقدم للزواج أو التعارف على الآخرين أو التقدم للعمل في مجال يحتاج إلى الظهور بجاذبية، وحب الانغلاق على الذات والميول للعزلة الاجتماعية خاصة إذا كانت الإصابة في منطقة ظاهرة كالوجه، أو اليدين أو الرقبة)، أو ظهور أعراض الحكة، أو قابلية النزيف كل ذلك كان أكثر الأسباب المؤدية إلى المعاناة النفسية عبر وسائل متعددة أهمها القلق، والكآبة، والوسواس.

وكثير من هذه الحالات الجلدية تظهر بعد ضغوطات نفسية حادة (صدمة) أو مزمنة وشديدة، أو أثناء القلق والاكتئاب الشديدين وذلك من خلال وسائل عديدة أهمها اختلال جهاز المناعة العصبي وإفراز مواد تُهاجم الخلايا الجلدية السليمة إن الجلد مرآة النفس فهو في المراحل التكوينية الجنينية ينفصل عن الدماغ، ولذلك فإننا نرى التغيرات الجلدية السريعة بعد الخوف (كاحمرار الوجه أو التعرق أو الشحوب أو القشعريرة) أو ظهور البثور

أو الحكة في حالات القلق، أو تغير لون الجلد بما يعرف (بالبهاق) بعد التعرض (للصدمة) النفسية.

إن التأثير النفسي للإصابات الجلدية لا يعتمد فقط على المنطقة التي يظهر فيها، ولا على شدته بل أيضاً على قدرات وطاقات الشخص النفسية والاجتماعية للتكيف الايجابي، وعلى ثقافة المجتمع حول هذه الحالات المرضية (كالنظرة الدونية)أو (الوصمة الاجتماعية) فالأشخاص ذوو الروح المعنوية العالية والثقة بالنفس المتينة يتعاملون بشكل إيجابي، وعلى النقيض من ذلك أولئك الذين تتدنى معنوياتهم وتقديرهم لذواتهم هم أكثر عرضه للسقوط في حالات اللاتوافق النفسي، ولذلك فإن درجة الروح المعنوية والثقة بما يقابلها من (وصمة) اجتماعية كما هو سائد في معظم المجتمعات مفصل الانزلاق في المعاناة النفسية المرضية أو الظهور عليها.

فالمصاب بهذه الإصابات لا يعاني فقط من التشوهات الجلدية وما يحيط بها من نواح تجميلية، في المجتمعات التي تعير انتباها كبيرا للمظهر الخارجي، والتي غالباً ما يجد المصاب الحواجز الاجتماعية، وضياع الفرص، واختلال علاقاته الاجتماعية، بل أن مضاعفات الإصابة الجلدية والأعراض الأخرى مثل كثرة الحك، والحرقة، والألم والنزيف أيضاً تزيد من حدة المعاناة النفسية، ولذلك فإن أكثر من ثلثي (65%) المصابين جلدياً يعانون من الإحباط النفسي وبالتالي الكآبة نتيجة لتثبيط قدراتهم الحياتية.

والأطفال أكثر تأثراً بهذه الإصابات التي تؤدي إلى إعاقة النمو الذهني، والعاطفي والسلوكي، والاجتماعي عندهم وبالتالي التأثير على قدراتهم وخبراتهم الشخصية والنفسية والاجتماعية والتعليمية، وقد ينعكس ذلك على بناء شخصيتهم المستقبلية، وعند اقترابهم من سن البلوغ يظهر عليهم القلق الشديد، وخوف المواجهة.

ومن الملفت أن كثيراً من الدراسات الطبية تؤكد سبق المعاناة النفسية والعاطفية وعبء الضغوطات الاجتماعية عند أو ما قبل الإصابة الجلدية. ويبدو أن الشعور بالوصمة الاجتماعية، والحرج من الآخرين يأتي من

مجموعة المفاهيم، والبناء الفكري والنفسي للشخص قبل الإصابة، فلنظرة المصاب إلى ذاته والآخرين أهمية كبيرة في مسيرة المرض ومدى استقرار حياة المصاب الاجتماعية والنفسية. وليس السبب الإصابة الجلدية فقط، فنوعية وكيفية التفكير، وطريقة التفسير، والاستقبال النفسي للإصابة هي التي تقود أو تحجب المعاناة النفسية التي تؤثر على مسيرة المرض والكيان النفسي الاجتماعي فأحياناً تكون الإصابة خفيفة غير مرئية للآخرين ولكن بسبب اضطراب الشخص نفسياً تصبح شغله الشاغل فتكبر (عشرات المرات) لتصبح وسواساً قهرياً وهاجساً لحياته، وفي ظل هذه الوضعية النفسية المأزقين يظهر العقل الباطن (عالم اللاشعور) بوسائل دفاعاته الأولية من (إزاحات وإسقاطات) والذي يجد في هذه الإصابة إناء مناسباً لاستقبالها، فكأنما أقتطع من جسده هذا الجزء المصاب ليصبح (مشروعاً) بسلب جُلّ اهتمامه.

تلك هي الآلية الميكانيكية التي تعمل عليها هذه الوسائل الدفاعية لتعطيه نوعاً من (التوازن النفسي الوهمي) مخلّفة بذلك أنماطاً سلوكية سلبية تواكب الإصابة الجلدية من حرج، وخجل، وتدني المعنويات وعزلة اجتماعية.

من خلال تقييم وضعية المصاب باستشعار مدى قبوله لصورته الجسدية، وطيف ردود فعله النفسية الذي يمتد من القلق الطبيعي المتلائم مع الإصابة إلى الوسواس القهري المنغمس بصور الجلد انتهاء بحالات الكآبة الشديدة والانتحار أحيانا.

5- أشكال الأمراض الجلدية :

إن أشكال الأمراض الجلدية كثيرة ومتعددة وقد قام الطالبة الباحثة باختيار ثلاثة أشكال منها لأنها تخدم الدراسة

أولا: مرض الصدفية:Psoriasis

1/تعريفها: مرض الصدفية من الأمراض الجلدية المزمنة يصيب حوالي 2% من البشر خاصة بين ذوي البشرة البيضاء.

أما سبب المرض فهو غير معروف تماماً. وهو غير معدي ولا يؤثر بدرجة كبيرة على صحة المصاب. وكل ما يحدث غالباً هو ظهور مناطق من

الجلد مغطاة بطبقة كثيفة من القشور البيضاء، وقد يتبعه بعض الأعراض الأخرى مثل التهاب بالمفاصل.

وسبب تجمع القشور تلك هو أن الخلايا الكيراتينية الميتة تتجمع بسرعة أكثر من المعدل الطبيعي على سطح الجلد، وتتكوم عليه ولذا تظهر على شكل طبقات كثيفة من القشور. ورغم أن مرض الصدفية قد يحدث في أي فترة من العمر، إلا أنه نادر جداً في الأطفال ويعتقد بأن العامل الوراثي يلعب دوراً في ظهور المرض.

فمرض الصدفية داء وراثي التهابي تكاثري يتصف بلويحات واضحة الحواف مغطاة بقشور فضية تظهر بشكل رئيسي على النواتيء الباسطة والفروة. الصداف نادر عند الرضع وشائع عند الأطفال ومجموعات الأعمار الأصغر.

والصداف الحفاظي الذي يصيب الرضع عادة يصنف تحت التهاب الجلد الدهني (الزهمي) الطفلي، لقد وجد أن 5% من الرضع والأطفال المصابين بالتهاب حفاظي، يتكون لديهم آفات للصداف فيما بعد

(Iselius L, Williams WR:1984, 68)

2/الآلية المرضية:

تغيرات تشريحية مرضية مختلفة تحدث في آفات الصدفية هي:

1- زيادة نشاط خلوي في البشرة بسبب تنمي وتكاثر خلايا البشرة السريع.

2- زيادة تقشر الجلد.

3- نشاط البشرة يزداد.

4- زيادة الأوعية الدموية في الأدمة.

5- زيادة معدل تصنيع البروتين بواسطة الجلد.

5- الارتكاس الصدافي هو خلوي ونووي في الخلايا المالبيحية وطبقة الخلايا الحبيبية.**(Iselius L, Williams WR:1984, 71)**

الشكل رقم 2: صداف عائلي

الشكل رقم 3: صداف وبهق (الصداف المناعي)

3/الأسباب:

السـبب غير معروف قد يكون الصداف وراثياً كصفة جسمية قـاهرة وقد يلاحظ متواتراً في بعض العائلات وهناك دليل على أن الوراثة جـسـمية قاهـرة وحيدة المورثة مع نفوذية ناقصة الشذوذات.

في الآفات الصدفية التقليدية هي حلقة التقرن حيـث تتـضج الخلايـا الكيراتنية بشكل أسرع وتصل إلى سطح الجلد بوقت أقصر من الطبيعي.

4/التشريح المرضي:

المظاهر الشاذة في الآلية المرضية للصدفية تشمل تكاثر بشرري غيـر منتظم وزيادة الأشكال الانقسامية من الخلايا الكيراتينيـة، وتوسـع وعـائي سطحي وتكاثر (تنامي) ارتشاح الآفات بالكريات البيض بما فيهـا العـدلات، اللمفاويات

ــ وحيدات والبالعات الكبيرة.

*التغيرات التشريحية المرضية الرئيسية هي:

- فرط تقرن ونظير التقرن.
- فرط تصنع بشروي.
- شواك وورم حليمي.
- ارتشاح كبير حول العرى الشعرية المتوسعة.
- في الطبقة المالبيجية: العدلات قد تتراكم لتـشكل بثـرات إسـفنجية الشكل مميزة لـــ"Kogoj" **(Tiselius L, Williams WR:1984, 78).**

5/العوامل المؤثبة:

1- الرضوض ووالإصابات :

الصدفية في موقع رض معروف باسم (ظاهرة كوبرن)، طيف عريض وواسع من المحرضات الرادة موضـــعياً بمـــا فيهـــا الفيزيائيـــة والكيميائيـــة والكهربائية والجراحية والإنتانية والالتهابية قد أثبت إثارتها للآفات الصدفية أو تفاقم آفات سابقة.

2- الإنتانات :

إن للالتهابات العقديات، خاصة في البلعوم دور في إثـــارة الـــصداف النقطي الحاد وهذا ما يفسر تحسن الآفات الصدفية بعـــد تنـــاول المـــضادات الحيوية لمعالجة إنتان اللوزتين والتهاب الحنجرة .

(Abel EA, Disco LM, Orenburg EK et al:1986, 15)

3- العوامل العدية الصمامية:

تكاثر المرض وحدوثه في سن البلوغ وفي سن اليأس قـــد يفـــسر دور الهرمون.

الصداق المعمم النثري قد يثار بالحمل والطمث والجرعات العالية مـــن الاستروجين.

4- أشعة الشمس:

رغم أن أشعة الشمس مفيدة بشكل عام، لكن نسبة ضئيلة من حـــالات الصداف تثار بواسطة التوهج القوي خلال الصيف في المنـــاطق المعرضـــة للشمس.

5- العوامل الاستقلالية:

نقص كلس الدم (مثال: بعد استئصال جارات الدرقية الخطأ) قد يثيـــر الصداف.

6- الأدوية:

الليثيوم ــ حاصرات بيتا ــ براكتولول ــ كلونيدين ــ يويد البوتاسيوم ــ اميودارون ديجوكسين ومضادات الاكتئاب، ترازودون ــ الأدوية الخافضة

للشحوم ــ بنسلين تيرفينادين ومضادات الملاريا قد تختلط بارتكـــاس دوائـــي صدافي الشكل.

التوقف الفجائي للستيرويدات القويه المعطاة جهازياً مثـــل الـــستيروئيد الموضعي القوي (كلوبيتازول بربيونات مثل ديرموفيت) خاصة يترافــق مـــع انتشار الصداف البثري المعمم.

التأثير المتفاقم الناجم عن مضادات الالتهاب غير الـــستيروئيدية مثـــل: الفنيل بوتازون الفموي والأوكسي فين بوتازون ــ اندوميثاسين، ديكلوفيناك ــ ميكلوفينامات والايزوبروفن قد يودي إلى انتشار المرض.

(Abel EA, DiCicco LM, Orenberg EK et al:1986, 22)

7- العوامل النفسية:

الإجهاد والتوترات العاطفية والنفسية قد يكـــون لهـــا دور فـــي تفـــاقم الصدفية.

6/ المظاهر السريرية:

- في سن الرضاع الباكر والطفولة قد تشبه الآفـــات التهـــاب الجلـــد الحفاظي.

- الحمامي المتقشرة أو إكزيما الاستشرائية، حيث أن التفريق بين هذه الآفات ليس سهلاً أحياناً.

- الصدف هو شائع في الأطفال رغم أن الصداق الخلقي نادر جداً.

- الأطفال والبالغون يصابون غالباً بالشكل النقطي من الصداق، بينمـــا المرضي الأكبر سناً قد يصابون بأشكال سريرية مختلفـــة أخـــرى والأشـــكال الشديدة من الصداف مثل الأحمرية والأشكال البثرية

(Abel EA, Barnes S, Le Vine MJ et al:1988; 19)

7/الأنماط الشكلية المختلفة

أ- الصداف الشائع:

1- الآفات الجلدية:

الآفات البدائية هي بقع حطاطية متقشرة واضحة الحدود مغطاة بقشور فضية ملتصقة. كشط المنطقة بصفيحة زجاجية يترك نقط نازفة دقيقة (علامة أوزبتز أو علامة النز) التي هي مشخصة للصداف.

هذا النوع من الصداف يتظاهر بأعراض قليلة وآفات جلدة غير حاكة عادة.

الشكل رقم 4: صدفية اليد والقدمين

الشكل رقم 5: صدفية شائعة (بقع حمامية مغطاة بقشور فضية)

الآفات ذات أشكال ونماذج مختلفة، تتراوح ما بين آفات مدورة مفردة تـــشبه الأكزيما القريصية، الآفات الفطرية، التهاب الجلد الدهني (الزهمي) أو لويحات (التفافية) أو بقع حمامية معممة

(Abel EA, Barnes S, Le Vine MJ et al:1988; 23)

الشكل رقم 6: صداف الأظافر والجلد

الشكل رقم 7: صداف شائع

الشكل رقم 8: صداف الفروة

الشكل رقم 9: صداف الفروة وآفات جرابية في الجلد

2-الأغشية المخاطية :قد يصاب اللسان والمنــاطق الــشــرجية التناســـلية بالصـــداف بشـــكل بقـــع بيضاء.

3-الأظافر قد تصاب وتبدي تبارزات معترضة أو تشقق وتفتت في صـــحيفة الظفر.

4- الفروة :آفات الفروة قد تصل إلى قرب خط الشعر وهي تميز الصداف عن التهاب الجلد الدهني (الزهمي) الذي يصاب بالتقشر الدهني.اعتلال المفاصـــل الصدفي :هو نادر ويحدث في الحالات المزمنة.

الصداف قد يوجد مترافقاً مع أمراض جلدية أخرى مثل الحزاز المــسطح ــ البهق ــ الذئبة الحمامية، الفقاع، الداء الفقعاني .

(Abel EA, Barnes S, Le Vine MJ et al:1988; 24)

ب- الصداف عند الأطفال:

شائع تماماً عند الأطفال، رغم أن الصدفية الخلقية نادرة جداً. يبدو المرض أولاً على الفروة حيث تظهر الآفات بشكل بقع منتشرة بشكل متأخر لتصيب مواقع جلدية مختلفة وبشكل رئيسي الأطراف والجذع. .

(Beylot C, Puissant A, Bioulac P et al: 1979, 59)

1- الصداف الحفاظي:

الصداف النقطي وفي الســطوح العاطفة (Flexural):أكثر شــيوعـــاً عند الأطفـــال، مـــاعدا الأشكال الشائعة فإن النماذج الأخرى مـــن الـــصداف تحدث عند الأطفال إذ أن المرض يظهر أولاً على الفروة.

داء الثنيات الصدافي والسطوح العاطفة عند الأطفال: الـــسعفة مـــابين الأصابع غير شائعة عندالأطفال والآفات مابين الأصابع قد تكـــون صـــدفية، وكذلك الأشكال الأخرى الـــتي تظهر على ثنايا الجلد أو الـــسطوح العاطفـــة الأخرى. **(Beylot C, Puissant A, Bioulac P et al :1979, 61)**

2- الصداف البثري الطفلي الشبابي:

هذا الشكل يمكن أن يصيب أي عمر في الطفولة، وبعض الحالات قـــد تكون البداية في السنة الأولى من العمر. معظم الأطفال المصابون هـــم فـــي أعمار 2ــ10 سنوات وقت البداية.

الآفات عادة تكون دائرية أو حلقية. الأعراض العامة غائبة عادة، ويحدث الهجوع العفوي دون معالجة، والكثير من الحالات قد تشخص على إنها التهاب جلد دهني، التهاب جلد حفاظي أو صداف حفاظي خاصة عند الأطفال وتكون في الواقع هي الصداف.

الحمى والسمية قد ترافق الأشكال الأكثر شدة.

(Beckman L, Bergdahl K, Cedergren B et al:1977, 57)

2- **الصداف النقطي:**

آفات صغيرة تظهر بشكل أقل أو أكثر تعمماً فوق الجسم خاصة عند الأطفال والبالغين الصغار عادة بعد انتان حاد بالعقديات. تظهر الآفات بشكل بقع صغيرة مدورة أو بيضاوية على الجذع، الفروة والوجه.

جـ- النوع السريع أو الغير مستقر:

هذا الشكل من الصدفية يتصف بآفات مفرطة التقرن متقشرة مع سطوح مقعرة وهو نوع غير مستقر وقد يسبق الشكل الأحمرية أو البثري. وهذا النوع قد يحدث نتيجة عوامل أهمها:

الستيرويدات القشرية موضعياً أو الجهازية بكميات كبيرة، نقص كلس الدم، انتان حاد وفرط العلاج بالقطران ــ الديثرانول أو العلاج بأشعة PUVA وربما الاكتئاب العاطفي الشديد

(Beylot C, Puissant A, Bioulac P et al :1979, 61)

د- الأحمريةالصدفية:

هذا الشكل يتظاهر عادة بثوران آفة صدفية سابقة كما في الصداف الغير المستقر وقد يتلو ارتكاس تحسسي لبعض المركبات الموضعية مثل القطران، الأنثرالين (PUVA)الانتانات، نقص كلس الدم، الستيرويدات القشرية الموضعيه المركزه أو الجهازية مثل الكولبتيازول ديرموفيت "Dermovate ointment"خاصة عندما يستخدم على سطوح واسعة من الجسم لمدة طويلة.

الشكل رقم (10): الأحمرية الصدفية

صفات المرض هي غالباً غير واضحة المعالم، إذ أن كل الجلد قد يصاب ويوجد حكة شديدة (على عكس الأنواع الأخرى من الصداف، حيث الآفات الجلدية غير حاكة عادة). المريض محموم وسير المرض عادة طويل حيث أن النكس وارد وقد يكون قاتلاً.

الصداف الجرابي :يحدث على النواتيء الباسطة على المرفقين والركبتين.

(Beylot C, Puissant A, Bioulac P et al :1979, 62)

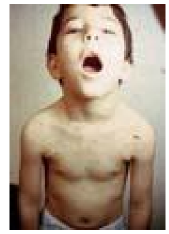
هـ- الصداف البثري (زمباخ):

هذا النوع من الصدفية، شديد ومعمم وقد يكون قاتلاً، ويعتبر شكل شديد من الصداف إذ ينجم عن الإصابة الجلدية الواسعة ويترافق عادة مع مظاهر جهازية مثل التهاب الكبد.

الشكل رقم 11: أحمرية صدفية وصداف بثري

الشكل رقم 12: صداف بثري

يتميز هذا النوع بالبدء المفاجئ، حيث أن اليود والسالسيلات قد تلعب كعامل مهيئ لحدوث المرض. يظهر الصديد تحت الأظافر حيث يتلوه بعد ذلك حمامي معممة. **(Beckman L, Bergdahl K, Cedergren B et al:1977, 58)**



الشكل رقم 13: صداف جرابي

الشكل رقم 14: صداف جرابي

كما أن الأعراض الرئيسية هي الحكة وحرقان بالجلد مع حمى ورائحة عفنه وكريهة ينجم عن التسلخ أو التوسف الشديد والنز. تتكوم القشور الجافة المصفرة وتتشكل فوق المنطقة المصابة ذات السطح الأحمر البني اللامع. وقد تظهر الآفات الحلقية وغيرها في الصداف البثري المعمم الحاد لكنها أكثر وصفية للأشكال تحت الحادة والمزمنة من الصداف البثري المنتشر .تبدأ الآفات بشكل مناطق دائرية من الحمامي قد تصبح مرتفعة ومتوذمة. لذلك يجب الحذر من الستيرويدات الجهازية فى علاج الصداف الشائع إذ أنها تحمل خطر انتشار الانتانات الثانوية بالحماق والفيروسات الأخرى وقد يلجأ إلى استعماله في بعض حالات الصداف مثل النوع البثري.

(Beckman L, Bergdahl K, Cedergren B et al:1977, 60)

الأغشية المخاطية :آفات الشفاه واللسان قد تؤدي لتقرح سطحي وتقشر، المرض قد ينتهي عفوياً أو يتطور إلى مظاهر أكثر شدة. الصداف البثري المعمم قد يحدث عند الأطفال بينما الصداف العضلي نادر عند الأطفال.

***علاج الصداف البثري**:

يعالج هذا النوع من الصداف بالستيرويدات الجهازية والتهاب الأجفان الصدافي والتهاب الفم الزاوي .

الصداف :" **ACTH** "

هذا المرض قد يقلد التهاب الأجفان المزمن أو التهاب الصوارين المزمن. عادة يكون وحيد الجانب يظهر على شكل لويحة صغيرة من الصداف على جفن واحد ويمتد إلى حافة الجفن أو الخد إلى زاوية الفم

. **(Barth JH, Baker H: 1986, 115)**

و - **صدفية اليدين والقدمين** :آفات مزمنة أكثر انتشاراً قد تحدث مع جفـــاف مستمر ويظهر هذا النوع على نمط تقرن وتشقق، تنقط أظافر اليدين وقد يكون ذلك المظهر الوحيد الذي يظهر لمدة شهور وحتى سنوات.

الصدفية عادة أقل شدة في الصيف ويسوء في الشتاء وهذا يبين التأثير المفيـــد للأشعة فوق البنفسجية من أشعة الشمس

(Beckman L, Bergdahl K, Cedergren B et al:1977, 60) .

م - **التهاب جلد ونهايات الأصابع** (Acrodermatitis continua of Hallopeau)

الصداف البثري هو مرض نادر الحدوث في الأطفال ولكنه يصيب البـــالغين في أواسط العمر.

الآفة الأولى تبدأ على أصابع الأيدي وأصابع الأقـــدام، يـــسبقها عـــادة الرض البسيط أوالانتان الجلدي فوق السلامية النهائية البعيدة إذ يصبح الجلـــد محمراً متقشراً وتظهر بعد ذلك بثور والطيات الفطرية ومهد الظفر قد تصاب مؤدية إلى عـــسر تـــصنيع الظفـــر ــ تـــشوهات بالأظـــافر وقـــد تتكـــسر. التغيرات العظمية قد تحدث مع انحلال عظمي في السلامية البعيـــدة والنهايـــة الحرة للأصابع قد تصبح ناقصة ومبثورة ومقلدة تصلب الجلد (Scleroderma) في مثل هذه الحالات فإن الدوره الدموية قد تصبح ضعيفة بالأطراف إذ يؤدي ذلك إلى الانزعاج في الجو البارد

(Beckman L, Bergdahl K, Cedergren B et al:1977, 62) .

ز -الصداف الراحي الأخمصي البثري الحاد (البثري ــ الانتاني)

"(Acute palmoplantar pustular psoriasis) "Pustular bacterid)

هذا المصطلح يستخدم لوصف طفح جلدي وحيد الشكل نادر وحاد من البثرات على كل مساحات اليدين والقدمين. يبدأ مفاجئاً وخلال عدة أيام تتـــوزع عـــدد كبير من البثرات الصغيرة 2-4 ملم على الراحتين وكلا الأخمصين والمسافات الراحية الأخمصية للأصابع وأحياناً تشاهد الآفات على ظهر اليدين والقدمين. الاندفاع قد يختفي خلال عدة أسابيع وأحياناً يظهر فقط على شكل مجموعة من البثور. **(Bollag W:1982,175)**

8/التشخيص التفريقي للصدافية:

قد تقلد الصدفية عدد من الأمراض الجلدية:

1-التهاب الجلد الدهني (الزهمي): أحياناً ليس من السهل تفريق التهاب الجلد الدهني عن الصداف، في التهاب الجلد الدهني تكون الآفات أفتح لونـــاً وأقـــل وضوحاً ومغطاة بقشور دهنية نخالية أو قاتمة صدفية فروة الـــرأس لايتعـــدى خط الشعر بينما الالتهاب الدهني يتعدى مناطق الفروة إلى الجلد المجاور.

2-الأكزيمـــا :قد تحدث بشكل صدافي الشكل خاصة على الساقين، والأكزيمـــا نتيجة فرط التقرن في الراحتين تسبب أحياناً التباساً وصعوبة في التشخيص.

3-الحزاز المسطح: اللون البنفسجي، السطح الـــلامع للحطاطـــات ووجـــود التغيرات الفموية عادة متميزة.

الحزاز البسيط قد يشبه كثيراً الصداف، خاصة على الفروة وقـــرب المرفـــق، علامات الجلد الكثيفة، الحواف الواضحة والحكة الشديدة مميزة.

(Beckman L, Bergdahl K, Cedergren B et al:1977, 65)

4-النخالية الحزازية المزمنـــة: (Pityriasis lichenoides chronica)

تشبه كثيراً الصداف النقطي، لكن الآفات عادة أقل تجمعاً، ذات لون أحمر بني أو برتقالي بني ومغطاة بقشرة ناعمة بيضاء.

5-داء المبيضات: آفة المبيضات تتظاهر بلون أحمر غامق لامع، خاصة على السطوح العاطفة، لكن القشور تميل لأن تكون على أطراف الطفح بالإضـــافة إلى وجود بثرات تابعة وحطاطات مرافقة والتي عادة تتواجد خارج المنطقـــة المصابة بالطفح الأولى.

6-**السعفة الأربية:** ذات حافة عديدة الحلقات واضحة الحـــدود. لكـــن انتـــان الفطور الشعرية الحمراء، خاصة في الراحة يسبب صعوبة فـــي التـــشخيص التفريقي خاصة بعد استعمال السيروئيد القشري إذ قد يغيب التقشر.

الفحص المجهري والزرع قد يظهر التشخيص.

7-الدخنيات الحمراء : (Pityriasis rubra piliaris): قــد تقلــد الــصدفية، التشابه في الدخنية الحمراء قد يكون قريباً، خاصة في الطور الحمامي ولكــن اللون في الدخنيات عادة يكون أقل وضوحاً وأحمر غامق بالإضــافة إلــى أن الآفات الجرابية والتسمك التقرني ذو لون مصفر.

8-**الآفات الصدفية الشكل في الأفرنجي:** قد تكون صعبة التفريق، المظــاهر الأخرى للأفرنجي مثل الورم القرنبيطي (Condyloma) والعلامات الأخــرى إلى جانب الاختبارات المصلية للإفرنجي قد تفيد في التشخيص التفريقي.

9-**الأمراض الجلدية الأخرى:** التقرن في Mibelli على الراحتين والأخمصين ـــــ (مــرض بــوين(Bowen'sوداء باجيــت(Paget's)و التبقــع الأحمــر القصبي (Penile erythroplasia)قد تشبه الصداف، لكن الآفات عادة مفردة مــا عدا في التسمم بالارسينيك الحاد وفي تلك الحالات الجزعة قد تكون ضرورية لتأكيد التشخيص.

10-الاندفاع الدوائي: يجب تفريقه عن الصدفية، خاصة الاندفاع المحــرض بحاصرات بيتا (بيتابلوكر) نظير التقرن البثــري. (Parakeratosis pustulosa) هو اندفاع إكزيمائي يلاحظ عند الأطفال الصغار وقد يصعب التفريــق بــين الصدفية والإكزيما التأبتية والسعفة، وهو يصيب الجلد والمنطقة حول واحد أو أكثر من أظافر اليدين أو القدمين مسبباً فرط تقرن تحت الظفر وســماكة فــي الحواف الحرة للأظافر، التقشر أكثر وضوحاً من البثر والآفــات ذات ســير مزمن. **(Farber EM, Jacobs:1977, 131)**

9/علاج الصدفية: الطبيب الممارس يمكن أن يعالج بعض حالات الــصداف، ولكن فإن مشورة اختصاص الأمراض الجلد قد تكون ضرورية خاصــة فــي الحالات التالية:

- الآفات المنتشرة والواسعة الانتشار.
- الآفات المتوسفة والارتكاسات الأحمرية.
- الصداف البثري.
- الآفات المتكررة.

طرق المعالجة:

1- الوسائل غير النوعية والعامة:

1-راحة وتهدئة خفيفة.

2-الابتعاد عن البيئة المقلقة، عطلة أو إقامة قصيرة في المشفى قد تفيد.

3-الاسترخاء في منطقة حيث التعرض العالي لأشعة الشمس ممكن مثل شاطىء البحر الميت.

4-طمأنة المريض مهم جداً وإعلام المريض وأهله أن هذا النوع من المرض الجلدي غير معدي ويمكن علاجه ويحتاج إلى قليل من الصبر.

5-يجب الحذر وبذل عناية خاصة عند معالجة صداف الرضع والأطفال الصغار حيث أن الدواء المستخدم من قبل الكبار قد يسبب تأثيرات جانبية خطيرة عند هذه المجموعة من صغار السن.

(Henseler T, Christophers E: 1985, 13)

2- المعالجة بالقطران:

القطران يستخدم كمعالجة موضعية لأكثر من قرن من الزمن. طريقة "جوكرمان" هي المستخدمة في علاج الصداف وذلك بالتطبيق اليومي من 2ـــ5% قطران خثري مترافق مع حمام قطراني والتعرض بعدها للأشعة فوق البنفسجية.

يستخدم المستحضرات الزيتية من القطران وهو زيت الـ Cade لآفات الفروة.

بعض الكريمات والمحاليل والمراهم والهلامات التجارية والشامبو الحاوية على خلاصات القطران متوفرة في السوق، حيث أنها تسيطر جزئياً على بعض حالات الصداف لكن غير فعالة في الحالات الشديدة.

القطران لوحده فعال أحياناً في الصداف أو الأشعة " UVB"لوحدها أيضاً، والقطران الفحمي يبدو أنه يحسس الجلد وليس الأشعة فوق بنفسجية وتسبب الحساسية الضيائية من النمط الحركي الضوئي

. (Henseler T, Christophers E: 1985, 15)

الأشعة فوق البنفسجية من النوع " UVB"أكثر قيمة من" UVA"إذا استعملت مع القطران فالقطران الفحمي (داي ثرانول) وجد أنه فعال كذلك.

-الحكة البدائية غير شائعة ما عدا في حالات الصدفية الغير مستقرة، وفي الوجه والأعضاء -التناسلية والسطوح العاطفة. التهاب الجلد التماسي قد يحدث، لكن نادراً.

-التهاب الأجربة هو أشيع تأثير جانبي قد يحدث أثناء المعالجة بالقطران والأشعة وفي حالات نادرة قد يحدث الكارسينوما في مواقع المعالجة

(Lerner MR:1972; 105)

3ـ الستيرويدات الموضعية:

من الأهمية بمكان أن تبدأ المعالجة بالتطبيق الموضعي الخفيف من هذه المركبات خاصة عند الأطفال.

إذا طبقت طرق المعالجة بطريقة قوية ومكثفة وذلك باستعمال الأدوية شديدة التأثير في البداية فإن الطبيب قد يستنفذ كافة طرق المعالجة التي تلزم خاصة في مرض مزمن مثل الصداف.

إن الطرق الفعالة للمعالجة هي البدء بهدوء باستعمال المركبات البسيطة التي تتناسب مع الحالة المرضية فمثلاً: الحالات البسيطة من الصدفية قد لا تحتاج أكثر من مطريات بسيطة للجلد أو ستيروئيد خفيف موضعياً مثل مرهم الهيدرو كورتيزون أو بالمشاركة مرهم الستيروئيد مع حمض الصفصاف أو القطران.

ورغم أن ذلك يمكن أن يعطي نتائج جيدة في الأعمار الأكبر، فإنه يجب الحذر الشديد عند وصف هذه المشاركات خاصة عند الأطفال.

النتائج الممتازة يمكن الحصول عليها بالستيروئيد الموضعي المغطي بضماد غرواني مائي بدلاً من شريحة البلاستك أو استخدام (Cordran Tap) وهو لاصق خاص يحوي ستيروئيد فلور، هذه الطريقة لها خلفياتها، بغض النظر عن التأثيرات الجانبية الجلدية إذ أن معظم المركبات القوية أو الجرعات العالية، تنقص بسهولة مستوى كورتيزول المصل خاصة عندما يستخدم لفترة

طويلة على مساحة واسعة من الجلد، هذا قد يؤدي لامتصاص أكثر من الستيروئيد وتأثيرات جانبية أكثر خطورة وقد تحرض إلى حدوث صداف بثري. **(Henseler T, Christophers E: 1985, 18)**

ملاحظات:

إن كمية 7 غ من الكلوبتيازول بروبيونات 0.05% أو 0.05% بيتامتيازون دي بروبيونات كافية لتثبط كورتيزول البلازما الصباحي في 20% من المرضى.

آفات الفروة تحتاج لمحاليل الستيروئيد وشامبو قطرا نية.

4ـ **الفيتامين" D3 "ومشابهاته (Calciptrol)** مرة يومياً وقد يعطي نتائج جيدة خاصة عند مشاركته مع الستيروئيد الخفيف مع حمض الصفصاف حيث تستخدم تلك المركبات الموضعية مرتين يومياً.

5ـ **السورالين مع** Puva **أو التعرض لأشعة الشمس:**

يجب الحذر من استخدام(PUVA) و (PUVB)كنمط معالجة بسبب التأثيرات الجانبية وتفاقم الآفات في بعض المرضى حيث هذه الأدوية لا تستطب للأعمار الصغيرة أقل من 12 سنة.

أقراص السورالين تؤخذ قبل تعرض الآفات إلى الـ (PUVA) أو أشعة الشمس (في الصباح) بساعتين، جرعة السورالين تحدد حسب وزن المريض. يجب اتخاذ الاحتياطات عند استعمال الأشعة فوق البنفسجية وذلك بحماية العينين بعدسات خاصة من تأثيرات الـ(PUVA) وفي الحالات التي لا يمكن استخدام الأشعة فإن التعرض لأشعة الشمس الذي يجب أن يكون في الصباح وقبل الساعة 3 بعد الظهر، حيث إن الأشعة فوق البنفسجية تنقص بعد ذلك قد يؤدي إلى نتائج طيبة. ويجب التأكيد على المريض بأخذ أقراص السورالين أو الميلادنين قبل التعرض للأشعة وإلا فإنه لن يحصل على النتائج المرجوة من العلاج.

6 ــ المتثوتركسات:

هذا الدواء لا يستعمل عند الرضع والأطفال بسبب تأثيرها الخطر على الأعمار الصغيرة. أما البالغين والمجموعات الأكبر قد تستعمل لعلاج الصداف العنيد الشديد والذي لا يستجيب لكل المعالجات الأخرى. الميثوتركسات يجب أن تستخدم تحت المراقبة الشديدة وبعد استقصاءات كاملة خاصة تعداد الدم ووظائف الكبد. **(Henseler T, Christophers E:1985, 21)**

7ــ أدوية أخرى تستعمل في علاج الصدفية:

الكلوفازيمين، الدابسون والسفابيريدين تعرف بأنها تنشط فرط البالعات المعتدلات وقد تفيد في الصداف البثري.

8ــ الستيرويدات القشرية:

يجب استخدامها بحذر شديد. الجرعات الكبيرة من البريدنيزولون يتلوها انقطاع فجائي في المعالجة قد يؤهب لحدوث الصداف البثري المعمم. الجرعات الصغيرة من التريام سينولون لا تتجاوز 6ملغ مبدئياً وبجرعة 2ــ4 ملغ يومياً قد يكون فعالاً خاصة في الآفات الحمراوية والشديدة.

9ــ الرتينويدات:

وجد أن الفيتامين A لفترة طويلة أن له تأثيراً كبيراً على التمايز البشروري وسمية فرط الفيتامين A معروفة جداً. عوز الفيتامين A يحدث فرط تقرن جلدي وحؤول شائك في الأغشية المخاطية. مصطلح "رتينوئيد" يطبق لعائلة من مقلدات الفيتامين A الطبيعية والمصنعة.

أ ــ ايزوتريتوئين:

يحسن الصداف البثري المعمم ووجد أنه أقل فعالية من الايترتينيت في معالجة الصداف اللويحي المزمن.

ب ــ الاتريتينيت:

تحدث هجوع في الأشكال البثرية وتبين أنها أكثر فعالية من ." PUVA" في محاولة لتخفيف التأثيرات الجانبية المترافقة مع المعالجة المديدة بجرعة

كبيرة من "الاترتينيت "فيمكن استعمال (75 ملغ اتريتينيت للبــالغين) يوميــاً، يتلوها بجرعات أقل (30 ملغ / يوم) عند السيطرة على الحالة
(Mahrle G:1982, 118) .

10ـ سيكلوسبورين:

(1ـ6 ملغ / كغ وزن الجسم / يوم) وجد أنه يحسن الآفات البثرية عند البالغين، سحب الدواء الفجائي قد يؤدي إلى نكس سريع. التــأثيرات الجانبيــة تحتاج لحذر أثناء المعالجة.

11ـ زيدوفودين (الازيدوها يميدين):

الصداف المرافق للأيدز سجل أنه يشفي بالــ "Zidovudine "الفمــوي. هذا الدواء قد يكون المعالجة المختارة للــصداف المرافــق للإيــدز والــذي لايستجيب إلى الرتينوئيد، الميثوتركسات، الــسيكلوسيورين والــــ "PUVA "ويحتمل حتى الستيرويدات موضعياً.

12ـ هيدروكسي يوريا:

بالمقارنة مع الميثوتركسات فإن تأثيراتها الجانبية أقل مثل: فقدان الشهية ـ الغثيان والسمية الكبدية. الجرعة يجب أن لا تتجاوز 0.5غ 3 مرات يوميــا وأحيانا 0.5غ مرة أو مرتين يومياً كافية للمعالجة المستمرة.

13ـ زيت السمك:

آلية العمل قد تشمل التداخل مع استقلاب "حمض الأراشيدونيك"وهــو واحد من محتويات زيت السمك من الحموضة الدســمة الرئيــسية، ويمكــن استخدامه لمعالجة مرافقة الصداف.

14ـ حمام البحر الميت:

بسبب محتوى الملح العالي قد يحسن بعض الحالات خاصة إذا اتبــع الحمــام بحمام شمسي.

15ـ الثمال والوسائل المتعلقة به: (Dialysis)الثمال ذو تأثيرات قليلة علــى الصداف في المرضي ذوي وظيفية الكلية الجيدة وكذلك الثمال البريتواني أكثر

فعالية من الثمال الدموي ربما بسبب المواد ذات الوزن الجزئي العالي التـــي يمكنها أن تزيل كميات أكبر. (Lerner MR:1972, 110-112)

ثانيا: مرض حب الشباب :

يعتبر حب الشباب أكثر المشاكل الجلدية شيوعًا بين الشباب، خاصة سن المراهقة فأغلب هؤلاء الشباب يعانون من هذه المشكلات ولو بدرجة بسيطة، بل إنهم يقضون الكثير من أوقاتهم بحثا عن علاج أو وسائل تقلل البقع التي في بشراتهم، فالكثير منهم ينتهج أساليب غريبة في التغذية ظنا منهم بـــأن لحـــب الشباب علاقة بالغذاء.

هذا وكثيرا ما تتحدث المجلات الخاصة بالشباب عن طرق مختلفة لعلاج حب الشباب ذلك لما له تأثير على الجانب النفسي الداخلي، وتـــأثيره الأكثـــر خطورة هو التشوه الخلقي.

1- تعريف حب الشباب:

حب الشباب هو مرض جلدي يتطور على حساب الغدد الدهنية يحدث في الغالب أثناء التغيرات الهرمونية المصاحبة لفترة المراهقة، وغالبا ما يختفـــي في مرحلة البلوغ.

ويحدث حب الشباب في الغالب بسبب زيادة إنتاج الدهن (تعمـــل الغـــدد الدهنية تحت سيطرة الهرمونات الجنسية) الذي يؤدي إلـــى انـــسداد المـــسام الشعرية الدهنية المتوسعة مما يحدث التهابات لها.

وأكثر الأماكن تواجدا لهذه الغدد والقنوات التي تحمل إفرازاتها (الـــزهم) إلى سطح الجلد الوجه، الظهر، والصدر، وهي الأماكن التي يسود فيها ظهور حب الشباب على الرغم من أن أغلب الذين يعانون من حب الشباب يكون على الوجه.

كما أن أغلب الذين يعانون من حب الشباب غالبا ما يشتكون من التزيت الشديد للجلد أي أن هناك علاقة طردية بين درجة شدة حب الشباب وزيـــادة إنتـــاج المواد الدهنية في الجلد.

(Agence sécurité français de sanitaire des produits ace sont:1999, 231)

2- نسبة انتشار حب الشباب:

في الواقع أن معظم إذا لم نقل كل الشباب يظهر عندهم في وقت ما عدد صغير من بقع حب الشباب وبعضهم سيصابون بأكثر من ذلك.

فحب الشباب يمس أكثر من 70% من الشباب ما بين 12- 18% إذا هو سبب الفحص المتكرر عند الطبيب المختص، والأشكال الحادة تمثل أقل من 10% من حب الشباب.

ويقدر اليوم على أن أقل من 30% ممن يتم التعامل مع حب الشباب باستشارة الطبيب.

وفي الطب العام: حب الشباب هو السبب الرئيسي للفحص، أو الثاني الموجه من خلال فحص مبرر من أجل علم الأمراض الأخرى.

منذ عدة سنوات كان هناك زيادة في متوسط عمر السكان المصابين بحب الشباب المتعلقة أساسا بزيادة ترددية حب الشباب عند السيدات ما بين 25 و40 سنة حوالي 20% من السيدات في هذه الجزئية من السن.

فمفهوم الأرضية موجود في حب الشباب، فالتاريخ العائلي من حب الشباب عند الأب أو الأم، هم الأكثر تعلقا طوعيا بحب الشباب الحاد أو المقاوم للعلاج، وفي تباين مكان الإقامة نمط المعيشة والتغذية لا تؤثر بشكل كبير، كما أن للقلق والتوتر علاقة بحب الشباب وذلك من خلال دراسات على حب الشباب والطلبة الممتحنين، وجد أن حب الشباب يزداد ظهور في فترة الامتحانات. **(B enetom N. Bocquet H: 2008, 349)**

3- نسبة الإصابة بين الجنسين:

تعتبر نسبة الإصابة متساوية بين الجنسين، ولكن الإصابات تكون عند الذكور سواء تعلق الأمر عند بداية الإصابة بحب الشباب ومدة بقاءه.

وتبدأ الإصابة الأولى بحب الشباب عادة في أوائل العقد الثاني من العمر ويعزى ظهوره في الإناث قبل الذكور إلى حدوث البلوغ مبكرا لدى الإناث.

ومن النادر جدا ملاحظة بقع حب الشباب في عمر 8 أو 9 سنوات، وإذا لم تعالج البقع يزداد عددها لتصل إلى أقصى حد لها عند عمر 17 عاما في الإناث، و18- 19 عاما عند الذكور.

أما شدة الإصابة فيما بعد فتبقى ثابتة نوعا ما وتتحسن تدريجيا في عمر 21 إلى 22 عاما إن أغلب الحالات السريرية تزول عند 25 عاما.

إلا أن 5% من الحالات في الإناث يمكن أن تبقى حتى عمر 40عاما، أما الذكور فقد لوحظ هذا التأخر في 1% فقط من الحالات، وحيث أن حالات حب الشباب الاعتيادية بين المراهقين تكون أقل شدة فإنها لا تدوم إلا لفترة قصيرة عادة من 4 إلى 6 سنوات.

كما لوحظ حدوث حب الشباب في جميع السلالات البشرية، ولكنه أقل شيوعا في بعض السلالات، مثل اليابانيين والسود.

(B enetom N. Bocquet H: 2008, 349)

4- آليات ظهور حب الشباب:

هناك ثلاث آليات رئيسية التي تدخل في تكوين آفات حب الشباب هي:

ارتفاع المث (الزهم)، العرقلة القمعية، والالتهاب.

1/ فرط الإفراز الدهني: هو أساس تحت السيطرة الأندروجينية.

بالرغم أن معدلات الفصل الهرموني هي عادة طبيعية، ويرتبط ذلك جزئيا بزيادة إنزيم آلفا- 5 نوع اختزال 1، في جلد المرضى خلال فترة البلوغ.

وفي الواقع هذه الإنزيمات الموجودة بغزارة في الغدد الدهنية تقلل هرمون التستسترون (هرمون ذكري) إلى التشكيل دي هيدروتستسترون أكثر يحفز على إنتاج الزهم (مادة زيتية).

2/ العرقلة القمعية: هي مرتبطة بالانتشار المفرط للمادة الكيراتينية داخل الأنسجة وزيادة اندماج للخلايا القرنية فيما بينها، هذه الظاهرة في فرط التقرن، الزيادة في نشاط اختزال ألفا من نوع 1 الموجودة في القناة القمعية للخلايا القرنية بإمكانها أن تزيد في الإنتاج الأندروجيني في الموقع وبالتالي تعتبر

التفاضل الكيراتيني وتأثير كوميدوغينيك، مرتبط بعجز دهون الـزهم (نقـص حمض لينوتيك في الزهم) لذلك فإن الـبعض الـسيتوكينات أنتجـت مـن أن (selocgtes)
وتساعد الكيراتين في تطور حب الـشباب (بمـا فـي ذلـك Lineleukine1) باستطاعتهم أن يحدثوا أو يسببو فرط التقرن.

3/ الاحتلال البكتيري: ولاسيما من جانب المكورات العنقوديـة والبروبونيـة المسببة في الالتهابات لحب الشباب، فجلد الوجه والجزء العلوي من الجسم لكل شخص بعد البلوغ الجنسي سواء المصابين أو غير المصابين بحب الشباب.

تتواجد بالجلد أنواع من البكتيريا وخاصة "**أكنيـز**"، تدخل هذه البكتيريـا إلـى قنوات الغدد الدهنية فتسبب إنتاج مواد شديدة التباين، ونشطة حيويا.

(Shapirohe, Knowles SR:1997, p133)

فهذه البكتيريا تتغذى على حمض الليونيتك (المكون للزهم) وتفـرز فـضلاتها (أحماض دهنية) التي تزيد في حدة الالتهاب الجلدي.

(Shapirohe, Knowles SR1997, p134)

4/أشكال حب الشباب:

1/ الأشكال (الآفات) الابتدائية لحب الشباب:

1/ المث (الزهم): هو العنصر المبادر لحب الشباب والذي يترجم بـالمظهر اللامع زيتي الجلد بالخصوص في منتصف الوجه الذي يشترك بكثرة مع فرط الزهم من فروة الرأس.

2/ الوتيرة المفتوحة (الرؤوس السوداء): تشبه صمام من الدهون والكيراتين (صبغة) للمقمعي تتجمع هذه المواد في قنوات الغدد، وهي ملونة نتيجة أكسدة الدهون.

3/ الوتيرة المغلقة أو الميكروكيست: تترجم التراكم من الزهم والكيراتين في قمعية مغلقة تأخذ مظهر الانتفاخ الأبيض من 0,1- 3 مم من القطر.

الانتفاخ: هو أنه التهابية لها قطر لا يقل عن 5 مم من الممكن أن يظهر مـن جديد أو يكون نتيجة التهاب الإصابة، وبالخصوص بعد ذلك يمكن أن يتطـور إلى جريب بثرة.

العقيدات: تتجلى في تورم التهابات عميقة أو مؤلمة على الملامسة ويكون قطرها أكثر من 5 مم.(Shapirohe, Knowles SR: 1997, p144) .

2/ الأشكال السريرية الشائعة:

1/ حب الشباب الكلاسيكي: وهو شائع في سن البلوغ ويؤثر بدرجات متفاوتة حوالي 90% من المراهقين المصابين به ويؤثر على العموم في سن 2- 13 سنة عند الفتاة الشابة. وغالبا في وقت لاحق عند الولد، والسبب الأول هو فرط الزهم وتصبح تدريجيا بثور في الوجه على العموم وقد الإصابات في الظهر والكتف، والصدر ويمكن أن تتطور التهابات البثور في غياب العلاج وحب الشباب تشفى معظم حالاته في سن 8- 20 سنة.

3/ الأشكال الخطيرة لحب الشباب:

1/ حب الشباب العقدي: هذا النوع من حب الشباب هو مزمن، حيث يبدأ في سن البلوغ مثل حب الشباب العادي ثم يزداد سوءا مع امتداد الإصابات من الوجه إلى الجذع إلى الأكتاف ثم إلى المؤخرة، إلى جذور الأعضاء وظهور البثور الكبيرة، أحيانا يشترك مع بعض العقيدات المتعددة بحجم كبير ومؤلمة والتي بإمكانها أن تؤدي إلى ظهور بعض العلامات المتورمة، مكتئبة أو قابلة للانكماش تشترك في كثير من الأحيان مع سلاسل الجلد المتبقية.

2/ حب الشباب الصاعق: هو بدون شك الشكل الأكثر خطورة من حب الشباب يمس خصوصا المراهقين من الجنس الذكر ولحسن الحظ هذا النوع نادر جدا، نلاحظ من جهة التغيير التقرحي الحاد من الإصابات قبل وجود حب الشباب، علاوة على ذلك علامات عامة تشمل ارتفاع الحرارة، تدهور الصحة وآلام المفاصل والعضلات وزيادة عدد الكريات البيضاء.

3/ الوجه المقيح: وهو يمس بشكل خصوصي النساء بعد 20 سنة ويتجلى ذلك في ظهور مفاجئ من الكم الهائل لائتلافه العقيدات المرتبطة بالخرجات المؤدية للناسور (مما أدى إلى تصريف قيحي أو نزيف) مع الاشتراك مع

حمامي وجه مزرقة ومميزة بشكل متناقض مقابل هذا العرض الأكثر تمسكا للحالة العامة وهي نوع (متحفظ).

(Aufferent N, L'acnéauyourd'hnu: 2000, p28)

3/ الأشكال الأقل خطورة:

1/ حب الشباب الخارجي أو (المستحث):

تسببه عدد من المواد في المقام الأول أو بفعل البيئة المهنية أيضا وهي قابلة لأن تسبب خدوشا، وهذا النوع تسببه بعض السموم أو المركبات العطرية المهلجنة وخاصة الكلور. والإصابات أساسا تكون بسبب الزيوت الاصطناعية التي قد تؤدي إلى بثور (أوقفل الزيت).

وبعض مستحضرات التجميل عموما تلك المنتجات الأكثر دهنية أو عالية الدهون بالإضافة إلى تلك الاحتكاكات المتكررة التي تسبب الانسداد وخاصة لهؤلاء العمال الذين يستعملون (الخوذة، القناع، وحزمة الظهر...).

2/ حب الشباب حديثي الولادة:

إنها ظاهرة عابرة شائعة لحديثي الولادة مرتبطة بفرط الغدد الدهنية من طرف الأنتروجينات التي تعود إلى الأم التي تحدث حطاطات أكثر ندرة من البثرات على الخدين وتنخفض تلقائيا في غضون بضعة أسابيع ونادرا ما تبقى حتى سن الخامسة.

3/ حب الشباب الذي يتبع الفتاة:

من العادة أن نلاحظ عند الفتاة المراهقة أو المرأة الشابة، العناية الدائمة والزيادة في الضرر الناجم عن العبث بالبثور في الواقع تلك الفتيات غالبا ما تعاني، ولا تتحمل الإصابة بحب الشباب وتعبث بهم مما يؤدي إلى منابع التشوهات التي لا تمحى، كما أن الاستعمال المطلق لمستحضرات التجميل لكي تغطي هذه الآثار يزيد في حدة الإصابة بحب الشباب.

(Aufferent. N. L'acnéauyourd'hnu: 2000, p31)

4/ حب الشباب الأنثوي في وقت متأخر:

ويتميز هذا النوع من تكرار أو حدوث حب الشباب في وقت متأخر عند المرأة التي تفوق 25 سنة وهي تتميز بحطاطات أو بثرات أو التعقيدات

sausmandidi ويتكون بسبب الدواء الخارجي (بشكل خاص) ومواد التجميــل، إن هنا لا يكون التقييم الهرموني مطلوب لأن المرأة تظهر علامات واضــحة في زيادة الأنتروجين، وهذا التقييم يشمل هرمــون التستــسترون وكبريتــات ديهدرودهيا والبرولاكتين.

(Aufferent. N. L'acnéauyourd'hnu: 2000, p32)

5/ حب شباب الحامل:

تنمية حب الشباب متقلب أثناء الحمل في الواقع عنــد بعــض النــساء نلاحظ تكرار حب الشباب أثناء الحمل، وهذا النوع من حب الشباب يبقى طيلة الحمل ويكون عند المصابة به مشكلة في علاجه لأنها لا يمكن أن تأخذ الأدوية التي ستشكل آثار جانبية على الجنين ويأتي حــب الــشباب بــسبب الزيــادة الهرمونية ولهرمونات الحمل والولادة.

(Aufferent. N. L'acnéauyourd'hnu: 2000, p34)

6- طريقة العلاج (إستراتيجية العلاج):

يتم الاختبار العلاجي في أربع مراحل:

1/ في البداية الاستجواب والفحص الطبي يسمحان بتقييم حب الشباب شــدته، أقدميته والعلاج الذي يأتي بعد حين.

2/ في الفترة الثانية ينبغي أن يناقش المريض على عاداته الصحية أو مــواد التجميل ونعد له بالنصائح البسيطة والسهل تحقيقها يوميا.

ومن ثمة يجب إبلاغ المريض عن الآثار الجانبية للعلاج، كإبلاغ المرأة في سن الإنجاب عن المخاطر التشوهية للجنين قبل استعمال العلاج ونــصحها باستعمال وسائل منع الحمل، بشهر قبل إجراء العلاج.

إبلاغ المريض بأهمية الغسل في الصباح والمساء بمنتوج غير مــزعج (Pains surgras ,gel nettoyant) والاستعمال اليومي لكــريم مطــري تكيفــا للتعويض عن آثار الجفاف من مختلف العلاجات، ومن المهم تحسيس المريض للآثار الضارة للأقنعة الدعك المتكرر وغيرها من العلاجات الجمالية، ويحضر الاستخدام الواسع للماكياج.

كما ينبغي التذكير بأن التعرض لأشعة الشمس يزيد من تفاقم حب الشباب وأنه في المقابل أن التغذية لا تلعب دورا في ظهور حب الشباب.

ومن المهم أيضا أن يشرح للمريض آليـــات حـــب الـــشباب، وطابعهـــا الفسيولوجي والتطوري والنمط المعتاد من سنوات قليلة.

3/ الفترة الثالثة: فترة العلاج: حيث في حب الشباب فـــإن المخـــتص يبـــدأ بالعلاج الموضعي وفي حب الشباب الملتهب يتجه نحو ريتينويـــد، وبفـــضل استخدام البنزويل بيروكسايد أوالعلاجات الموضعية للمضادات الحيويـــة فـــي الالتهابات الأكثر حدة مع عدد كبير من البثور المرتبطة.

يبدأ المختص بإعطاء العلاج إذا كـــان حـــب الـــشباب مقـــاوم للعـــلاج لمدة 3 أشهر ومن ثمة اقتراح سوتريتينوين، لأن حب الـــشباب الحـــاد يجـــب أن يعامل مع هذا العلاج.

4/ الفترة الرابعة: في الفترة الرابعة يقيم المختص الأثر النفسي لإلتهاب الجلد وأثره على نوعية الحياة كما يحاول تقييم الدافع للمريض والالتزام بـــالعلاج، ومحاولة التخفيف من الندوب (التشوهات) باستعمال علاجات حديثة.

(Lehuchet Ceyrac D, chaspousc C, sulimovric L, Morel P :1998, p125)

7- العلاج Traitement:

1/ العلاج المتوسط الموضـــعي: هناك أربعة أقسام علاجيـــة قـــدمت الـــدليل لفعاليتها في العلاج الموضعي لحب الشباب واختيار هذا العـــلاج باســـتعمال النوع السائد من إصابات حب الشباب وفي بعض الأحيان من المثير للاهتمـــام أن تضم هذه العلاجات المختلفة وإجراء تآزري للحد من الآثار الجانبية.

2/ المضادات الحيوية الموضعية: وهي التي تكون موضعية أي عن طريـــق الاستعمال المباشر على الجلد وطريقتهم في العلاج على حد سواء هي مقاومة الجراثيم ومضادات الالتهاب وهي موجهة لعلاج الحطاطي والبثري.

و الخطر الكبير للمضادات الحيوية المحليـــة هـــي اســـتقرار المقاومـــة البكتيرية، والمدة المتوسطة للعلاج لا يجب أن تجتاز 4 أشهر مـــن العـــلاج،

وتكون عن طريق جل أو هلام مثل الاريثوميسين 2- 4% والكليمندامايـــسين 1%. **(l'érythromycine 4% et clindamycine 1%)**

3/ بروكسيد البنزويل Peroxyde de benzoyle:

هو وكيل القرنية ومضاد للبكتيريا وهو مناسب لحب الشباب المختلط مع الإصابات Retenlionnelles والالتهابات، ولديه أثرين جانبيين غير محببـــين، أولا يمكن أن تكون مثيرة للانزعاج وخاصة في وقت مبكر للمعالجة، وصفة طبية أولية بتركيز ضعيف (2,5%) ثم بتزايد بطيء للتغلب على هذا التـــأثير، والنوعية الحقيقية هي نادرة وعلاوة على ذلك فإنه يشوه بعض الملامس.

(Lehuchet Ceyrac D, chaspousc C, sulimovric L, Morel P1998, p125)

4/ الرتينبونيدات الموضعية:

ثلاثة جزيئات متوفرة لدى الصيدلية لديهم نشاط القرنية السائد فهم بشكل خاص لعلاج حب الشباب، والنوع الرئيسي هو trétinoïne (تريتينوين).

فهي تعمل كمحفز لخلايا الجلد الحرة والتي تضم انخفاض فـــي تماســك السداء والاقتران المسامي، المؤدي إلى ذوبان وطـــرد الميكروكيـــست، فـــي الرؤوس السوداء.

هو متوفر في مجمد، كمرهم أو محلول بتركيـــز 0,025، 0,05 و0,1% هذا الجزء غالبا ما يؤدي إلى تهيج بالخصوص في بداية العلاج، واســـتعمال المنتوج يكون في المساء ويستعمل على المناطق الصافية من الجلـــد بكميـــة ضئيلة وجرعة بطيئة تدريجيا، التي تسمح بتحديد ظاهرة التهيج.

5/ لادابلان L'Adapléne : متوفر في كبسولة ومرهم، يجمع بـــين الحركـــة المضادة للالتهاب إلى نشاط القرنية، ويصلح إذا لحب الشباب المختلط ويجـــب تجنبه لدى الحوامل.

6/ حمض الأزلابل: هذا النوع من العلاج متوفر على شكل مـــرهم بتركيـــز 20% وهو مضاد للالتهاب مع انخفاض في النشاط المعتدل.

(B entane C, souyri N :1990, p117-118)

7/ العلاج عن طريق الفم (المضاد الحيوي الفمي):

وهذا النوع من العلاج لحب الشباب الالتهابي من المعتدل إلى الحاد والمضادات الحيوية تعمل على حد سواء على نشاطها المضاد للجراثيم التي تحول دون انتشار حب الشباب، (المضاد للالتهابات من الانجذاب الكيماوي لنشاط مضاد الليباز، التي تحول دون إنتاج التهابات السيتوكينات) وهو ما يفسر كيفية استعمال حب الشباب بجرعة منخفضة (50- 100Mg).

والأنواع الرئيسية المستخدمة (المينوسيكلين Minocycline، دوكسيكلين doscycline، ليميسيكلين limécycline، تيتراسيكلين tétracycline)، وهو فعال في جرعة 1%غ ولكن أقل تأثير عند العلاج طويل الأمد، والعلاج يستعمل عموما بجرعة كاملة 2- 3 أشهر ثم ينخفض ربما إلى نصف جرعة لمدة شهر أو اثنين.

كما أن الآثار الثانوية لهذا العلاج متنوعة والأكثر شيوعا هي الاضطرابات المعدية والمعوية، واضطراب المبيضين، والحساسية وآثار أخرى ثانوية مثل أعراض فرط الحساسية، مرض مصل الدم للكريات الحمراء.

وأعراض خطيرة يمكن أن تظهر مثل التهاب الكبد، والتهاب الكلية، لذا يجب أن يكون العلاج في مدة تتراوح ما بين 4- 6 أشهر كحد أقصى، والحصول إلى التزام جيد للمريض وتجنب العلاجات المتكررة والمتسلسلة مع مضادات حيوية مختلفة وما يصاحب ذلك من استخدام للمضادات الحيوية من نفس النوع كاستخدام مشترك بين البروكسيد والبنزويل لأنه سيكون سلالات مقاومة.

(Recommandation et réféces médicales1998, 495)

8/ الإيزتريتنوين Isotretinoïne:

يعتبر إلى حد الآن العلاج الوحيد الفعال جدا في علاج حب الشباب لأنه يعمل على ضمور الغدة الدهنية وانخفاض في إفراز الزهم في حين فرط في تشكل الكيراتين وتخفيض الالتهاب أيضا في المقابل بسبب هذه التأثيرات الثانوية العديدة.

ويستعمل هذا العلاج بشكل خاص لعلاج حب الشباب الحاد (العقدي، أو المكيب) ويكون العلاج منتظم جدا إلى حد ثلاث أشهر مشترك مع مضاد حيوي عن طريق الفم وعلاج موضعي.

الجرعة الأولى هي من 0,05 ملغ في اليوم وهذه الجرعة تتزايد تدريجيا حتى تصل إلى 1 ملغ والاستمرار حتى الحصول على جرعة من مجموع 120 إلى 150 ملغ/ اليوم والعلاج يستمر إلى متوسط 11- 6 أشهر.

ولهذا العلاج آثار جانبية ككل العلاجات لأن الأثر الأكثر خطورة هو مسخي إذ أن هذا الدواء لا يجب أن يشرع عند النساء الحوامل أو المرضعات، لذلك يجب أن تقوم المرأة في سن الإنجاب أن توقع الموافقة المسبقة بعد إعلامها على ما يخص الأخطار والتشوهات الجنينية، على منع الحمل بوسائل منع الحمل بشهر قبل بداية العلاج.

كما أن هناك آثار جانبية ثانوية شائعة مثل: التهاب الشفتين، والجفاف وتهيج الجلد كما نلاحظ جفاف عن طريق الأنف أو المهبل، ويجب أن ينصح بعدم استعمال مرطبات الوجه والشفاه، ولوحظت آثار جانبية أخرى أكثر ندرة مثل: آلام المفاصل والعضلات فقدان السمع وأعراض ارتفاع ضغط الدم، وارتفاع في الكوليستيرول.

(Recommandation et réféces médicales1998, 496)

9/ العلاج بالهرمونات:

هذا ليس علاجا رئيسيا لحب الشباب، ومع ذلك يكون حلا علاجيا عند النساء الشابات اللواتي يظهر حب الشباب معتدل ولها رغبة باستعمال وسائل منع الحمل ومنهم Diane® 35 (ديان 35)، بالاشتراك مع الأنتروجين

(antiandregéne) له نشاط مضاد لحب الـــشباب بالخـــصوص عنـــد النـــساء يظهرون علامات معتدلة من زيادة إفراز الأنتروجين، ولكن أيضا مـــستويات الأنتروجين (مصل طبيعي) وهذه الفعالية غالبا ما تكون بطيئة الظهور، وهي تختلف من شخص إلى آخر.

وحبوب منع الحمل الجديدة لها جرعة منخفضة من الأستروجان الذي يحمـــل البروجسترون كما أظهرت بعض النشاط لحب الشباب.

(Dcéno B. A mlbard :1989, 69)

ثالثا: الإكـــــزيما Eczema:

يعد التهاب الجلد والإكزيما من أشيع الأمراض الجلد ويقرر أن 25 - 15 من مرضى الجلد المصابون بالتهاب الجلد والإكزيما.

إن مصطلح التهاب الجلد (Dermatitis) والإكزيما Eczema مترادفـــان وكل إكزيما هي التهاب جلد ولكن ليس بالضرورة كل التهاب جلد هو إكزيما .

لكن يوجد اتفاق دولي بين هذين المصطلحين ول ايوجد تصنيف عالمي موحد وإنما يميل غالبية المؤلفين في الوقت الحاضر لاستعمال مصطلح الجلد لاستعمال مصطلح التهاب الجلد أكثر من استعمال مصطلح الإكزيما.

(Lerner MR:1972; 122)

1/ تعريفها: ويمكن تعريف التهاب الجلد(الإكزيما) بأنه حالة التهابية لا معدية تحدثها عوامل خارجية وداخلية أو تضافر الاثنين معا، تؤدي إلى عـــدم فـــي الجلد.

التظاهرات الإكلينيكية للإكزيما يكون فيها الجلد محمـــرا ومتورمـــا وعليهـــا حويصلات صغيرة قد تنتفخ وتمر الإكزيما بمراحل معددة مـــن الحـــادة إلـــى المزمنة ويكون شكوى المريض الأساسية هي الحكة المصاحبة للإكزيما.

(Recommandation et réféces médicales1998, 500)

2/أشكال الإكزيما:

1- الإكزيما الدهنية

تعتبر الإكزيما الدهنية من أكثر الأمراض الدهنية التي تصيب فروة الرأس .وهي حالة فسيولوجية يلعب العامل الوراثي دوراً هاماً في ظهورها نتيجة لذلك تزداد إفرازات الغدد الدهنية بالجلد حيث تظهر القشرة على فروة الرأس في الحالات البسيطة من الإكزيما الدهنية وقد يكون تأثيرها أشد فتؤدي إلى تساقط الشعر خاصة من مقدمة الفروة ولذلك تعتبر الإكزيما الدهنية من أهم أسباب تساقط الشعر والصلع لدى الذكور.

ليس هناك سن معينة لظهور الإكزيما الدهنية فقد تظهر بعد الولادة مباشرة. ونتيجة لذلك يغطي طبقة دهنية متجمعة على مقدمة فروة الرأس ويكون الشعر دهني الملمس مع ظهور القشرة على الفروة، وبثور صغيرة على الجلد. وقد تستمر هذه لمدة طويلة ويمكن إزالة القشرة المتجمعة على فروة الرأس باستعمال بعض المراهم الخاصة أو بطريقة سهلة: وذلك بوضع قليل من زيت الزيتون الدافئ الذي يترك فترة على الفروة ثم تمشط المنطقة برفق فنخرج تلك الطبقة الدهنية.

3- **الإكزيما الإنتانية Infective Dermatitis**:

العضويات الدقيقة أو منتجاتها التي تنتج عندما تزول العضويات الممرضة قد تسبب إكزيما جرثومية، ويجب أن نميزها عن الإكزيما الالتهابية حيث تختلط الإكزيما بإنتان جرثومي ثانوي أو غزو فيروسي للجلد المتمزق، والجلد يصبح متحسساً لمنتجات الجراثيم أو المواد الكيماوية الموجودة في الإفرازات.

التهاب الجلد الإكزيمي الإنتاني يعتبر مثال عن حالة التحسس الذاتي. الآلية التي يمكن للعضويات الدقيقة أن تسبب إكزيما غير معروفة إذ أن الضادات الجرثومية يمكن أن تثير

ارتكاسا سميا خلويا في الجلد.

التمييز بين الإكزيما الإنتانية والإكزيما الملتهبة قد يكون صعباً في بعض الحالات.

- **الإكزيما الملتهبة**: تبدي حمامي ونتحة وتقشر. قد تكون النتحة منتشرة مع تقشر خفيف مع تراكم طبقات من قشور رطبة دهنية نوعاً ما، للسطح الداخلي حيث يكون أحمر.

أطراف الطفح عادة محددة الحواف وقد يكون هناك بثور صغيرة وتسحج في الحواف المحيطة.

- **الإكزيما الإنتانية**: تتظاهر عادة بمنطقة حمامي شديد مع بثور حويصلية أحياناً، وتلاحظ عادة حول الجروح الناتحة والقرحات، أو آفات جلدية رطبة من أشكال أخرى.

الإكزيما الإنتانية شائعة نسبياً عند المرضي المصابين بقرحات الساق الوريدية لكن يجب أخذ الحيطة لتمييزها عن إكزيما التماس الناجمة عن المستحضرات الموضعية. يمكن زراعة العقديات أو العنقوديات والآفات من المنطقة المصابة، وتستجيب هذه الأنواع للمطهرات والصادات الحيوية.

هذه الحالة يبدو أنها تحدث خاصة في المرضي ذوي المستوى الصحي المتدني كما إن فرط التعرق ولباس الأحذية الثقيلة قد تكون من العوامل المهيئة للتحسس.

الإكزيما الإنتانية قد تحدث نتيجة لإنتان الديدان الخيطية المزمنة وداء القمل والجرب وتشقق الجلد الناجم عن الهرش المتكرر.

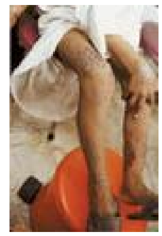
(Aufferent. N. L'acnéauyourd'hnu: 2000, p32-37)

3- الإكزيما الحلقية (المدنرة ــ الدرهمية، الإكزيما القريصية) Discoid eczema:

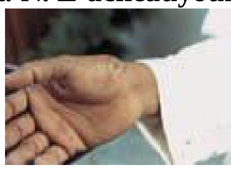
هي آفة إكزيمائية مزمنة تسببها عوامل متنوعة معروفة وغير معروفة. الحالة قد تسبق إكزيما استشرائية، وقد تظهر الآفة من البداية بشكل حلقي، درهمي الشكل أو قريصي على السطوح الباسطة في الأطراف، الجذع والأرداف ويظهر هذا النوع من الإكزيما في مجموعة الأعمار البالغين بشكل رئيسي.

فالآفات الجلدية هي لويحات حطاطية حويصلية درهمية الشكل بثرية على قاعدة حمامية قد يحدث سطح نازف مع تسحج ناجم عن الحكة أو الفرك يتلوه إنتان جرثومي ثانوي، من المظاهر المميزة للإكزيما القرصية هو أن البقع التي تبدو هادئة قد تصبح فعالة ثانية خاصة إذا توقفت المعالجة

(Aufferent. N. L'acnéauyourd'hnu: 2000, p40)



الشكل رقم 15: الإكزيما القريصية



الشكل رقم 16: الإكزيما القريصية المزمنة

4- إكزيما عسر التعرق Dyshydrotic eczema :

هي آفة جلدية حويصلية تصيب الأصابع والمسافات بين الأصابع والأباضي. الحويصلات ذات شكل مميز تبدو بشكل حبات نبات الشعير تحت الجلد وتحوي سائل شفاف. الحالة نادرة عند الأعمار الصغيرة وشائعة لدى البالغين. **(B enetom N. Bocquet H:2008, 355)**

***العوامل المؤهبة:**

- التعرق الغزير.
- عدم التوازن الهرموني.
- عوامل جسمية ونفسية.
- تغطية المناطق لوقت طويل كما في ترك القدمين بدون تهوية كما هو الحال عند لبس الجوارب والحذاء معظم اليوم.
- الأدوية مثل البنسلين والأسبرين.
- حكة بدائية تنجم عن: ثنائي الكرومات ــ العطور والمنظفات القوية يمكن اعتبارها من بين العوامل المؤهبة.
- إنتان فطري أو جرثومي يعمل كعامل مثير أيضاً كما أن الإنتانات الفطرية والجرثومية عادة تصيب بشكل ثانوي المناطق عسيرة التعرق.

- الآفات هي حويصلات عادة متناظرة ومترافقة مع حكة شديدة أو خفيفة كما إنه قد يحدث تسحج للآفات.

الشكل رقم 17: إكزيما عسر التعرق (مع إنتان جرثومي ثانوي)

الشكل رقم 18: إكزيما عسر التعرق

5- الإكزيما الأخمصية الجافة:(Juvenile plantar dermatoses)

تصيب الأطفال بشكل رئيسي، قد يصاب كلا القدمين بشكل متناظر وتصبح القدمين متشققة.

*** العوامل المؤهبة:**

- احتباس العرق وتغطية القدمين بجوارب نايلون أو صوف وترك القدمين لفترة طويلة بدون تهوية هو عامل مهم مهيء للآفة.
- المشي حافياً على السجاد والنايلون أو الصوف قد يؤدي إلى توليد الشحنات الكهربائية الساكنة التي قد تلعب دوراً أيضاً في جفاف الجلد.
- المواد الصناعية أو الكيماوية المستخدمة في صناعة الجوارب والأحذية قد تلعب دوراً مهماً كذلك. **(B enetom N. Bocquet H: 2008, 356)**

الشكل رقم 19: الجلاد الأخمصي الشبابي

6- الإكزيما الركودية :(Stasis Dermatitis)

هي إكزيما خارجية المنشأ ترتبط باضطرابات وعائية مع قصور وريدي وهي أكثر شيوعاً عند الأعمار الكبيرة، فالمظاهر الجلدية عادة تظهر على أسفل الساق في الوجه الداخلي فوق الكعب ألأنسي.

تظهر الآفة بشكل حمامي أو وذمي أو مزرق بسبب الاحتقان الموضعي وقــد تترافق مع حكة خفيفة، تحزز، تقرح وفرط تصبغ(Young E:1970, 82).

الشكل رقم 20: أكزيما ركود

7- إكزيما التماس عنــد الأطفــال حــديثي الــولادة Neonatal Contact Dermatitis:

التهاب الجلد بالتماس عند الوليد عادة يكون حاداً، إذ تظهر آفات حمامية نازفة، حويصلية أو فقاعية في مكان التماس وقد تصبح الحالة مزمنة إذا أهملت مخلفة وراءها بقع حمامية جافة متقشرة وذات حكة.

والحكة عند الوليد تظهر بطريقين: إما أن يصبح قلقاً ومتهيجاً يتحرك من مكان لآخر أو يحك الناحية باتجاه أمه أثناء الرضاعة أو عند حمله وتدليله.

واختبار البقعة قد يفيد أحياناً لتحديد العامل ألم المسبب عند الرضــع الكبــار والأطفال.

***اسباب الاصابة باكزيما الالتماس:**

أسباب التهاب الجلد بالتماس عند الوليد:

1- الحفاظات : خاصة الحاوية على بلاستيك قد تؤدي إلى تخــرش المنطقــة المتلامسة خاصة عندما تترك بدون تغيير لفترة طويلة بسبب التاثير المباشــر أو من مفرزات البول أو البراز والأمونيا التي من الممكن إن تسبب إكزيمــا تماس.

2- المعادن :الأقراط (الحلق) أو أي معــدن قــد يــسبب تــأكزم موضــعي.

3- العطور :أو المناديل المعطرة ذات تأثير أيضاً. الــصوف والنــايلون فــي الألبسة، الأغطية أو الحصير أو السجاد والشراشف هي سبب شائع لالتهــاب الجلد بالتماس.

مستحضرات التجميل :مثل الكريمات، المراهم، والمحاليل، بودرة التالك أو مضادات العفونة (المطهرات) الحاوية على هكيسا كلوروفين ليست فقط مخرشة ولكنها قد تسبب تأثيرات سمية خطيرة. (Young E:1970, 82)

4- الكريمات الدوائية :الحاوية على مضادات حيوية مثل النيوميسين، السلفا، البنسلين، مضادات الهيستامين وحتى الستيرئيدات القشرية قد تسبب التهاب جلد تماس ولكن بشكل رئيسي من النمط المتأخر للحساسية (التحسس الآجل) الذي ينجم عن السواغات الفعالة أوأساس المركب العلاجي أو المواد المضافة.

8-أكزيما النباتات(التحسس النباتي) Plant Dermatitis:

تعتمد الصورة السريرية وشدة الارتكاس على قابلية واستعداد المريض للموقع الجلدي الذي على التماس مع المؤرج وتركيز المادة المحسسة الموجودة في النباتات.

الجلد المتأذي عند الأطفال خاصة مناطق الثنيات أكثر قابلية للارتكاس الشديد هو من نوع التفاعل الفقاعي .

المظاهر الجلدية تبدأ بشكل ارتكاس حمامي متعدد الأشكال وقد يأخذ شكل الورقه أوالوردة التي تعرض لها الجلد، قد يتشكل اندفاع شروي أو حويصلي فقاعي أو حتى فقاعات في مكان التماس، والجلد قد يصبح متآكلاً ورطباً ناجماً عن تمزق التفاعلات والحويصلات.

- الانتان الجرثومي الثانوي قد يكون اختلاطاً لسطح الجلد المتآكل.
- المظاهر الجهازية مثل حمى العلف ــ التهاب الأنف ــ الربو قد تحدث عند المرضى المصابين بالحساسيه الوراثية.
- بعض أنواع النباتات مثل التين قد يحدث حساسية ضيائية حيث يظهر الارتكاس الاكزيمائي بشكل رئيسي على المناطق المعرضة للشمس بعد التعرض لأشعة الشمس مسبباً حمامي أو اندفاع متعدد الأشكال ضيائي وحتى ارتكاسات فقاعية وفرط تصبغ. **(Wright N: 1983,203)**

3/ علاج الإكزيما :

ينقسم علاج الإكزيما إلى شقين أساسيين أولهما : تحديد العامل أو العوامل المسببة بحيث يمكن تجنبها ويعتبر ذلك حجر الزاوية ليس فقط فى علاج الإكزيما بل فى علاج كافة أمراض الحساسية الأخرى وهو الضمان الوحيد لمنع الانتكاسات والوصول إلى الشفاء بمفهوم الكلمة .

وثانيهما : استعمال العلاجات التى تؤدى إلى زوال التغيرات الجلدية والالتهابات وغالبا ما يركز المريض وبعض الأطباء على الجزء الثانى الخاص بالأدوية مع إهمال الجزء الأول الخاص بتحديد السبب وتجنبه مما يؤدى إلى استمرار الحالة أو انتكاسها بعد العلاج بفترات قد تكون قصيرة:

- **أولا : التعرف على العوامل المسببة للحالة:**

تعتبر هذه الخطوة من أهم الخطوات فى العلاج وأصعبها أيضا وتتطلب تعاونا وثيقا بين المريض والطبيب المعالج وتشمل عدة مراحل تبدأ بالتاريخ المرضى ثم فحص الحالة وتنتهى باختبارات الحساسية ولا تغنى إحدى هذه المراحل عن الأخرى؛ إذ أن البعض قد يتصور أن المشكلة قد تحل جذريا بإجراء اختبارات الحساسية بينما أثبتت الخبرة الإكلينيكية الطويلة أن أكثر تلك المراحل أهمية هى أخذ التاريخ المرضي بدقة .

ويبدأ الممرض مهمته فى البحث عن السبب بتوجيه عديد من الأسئلة للمريض تتعلق بمهنته ونشاطه اليومى وهواياته وما إذا كان المريض قد لاحظ علاقة ما بين ظهور الحالة وبين ارتداء بعض الملابس أو استعمال بعض مستحضرات التجميل أو العطور أو تناول أصناف معينة من المأكولات أو الأدوية أو بعد التعرض للشمس .

ويتطلب أخذ التاريخ المرضى فى حالات الحساسية وقتا طويلا وجلسات عديدة حتى يحقق النتيجة المرجوة وعلى الطبيب أن يكون ملما بكافة الاحتمالات وعلى المريض أن يكون دقيق الملاحظة صبورا صادقا وكم من حالات كان فيها التاريخ المرضى مفتاحا لمعرفة السبب .

ويلى التعرف على التاريخ المرضى مرحلة الفحص الإكلينيكى الذى قد يعطى أيضا مؤشرات على الأسباب المحتملة فإكزيما الجفون على سبيل المثال تنتج عن تحسس الجلد لبعض مستحضرات التجميل مثـــل الظـــلال الـــسوداء أو البنفسجية والإكزيما التأتبية تصيب مناطق معينة مثل ثنايا المرفق والركبة وجانبى الرقبة والأشكال المستديرة التى تشبه قطع العملة ما هـــى إلا إكزيمـــا نمية والجلد الجاف المتشقق سطحيا يشير إلى احتمال الإصابة بالإكزيما الجافة وهكذا .

وقد تساعد اختبارات الحساسية فى معرفة السبب ولكنها لا تغنى عن التـــاريخ المرضى الدقيق والفحص الإكلينيكى الجيد النوعى واختبار الحساسية المفضل فى حالات الإكزيما هو ما يطلق عليه اختبار الرقعة وفكرته تقوم على وضـــع قطع صغيرة من الشاش مشبعة بالمواد المعروف أنها تسبب الحساسية فـــوق ظهر المريض وتثبت بواسطة شريط لاصق وتترك لمدة 48 ساعة ترفع بعدها ويلاحظ تفاعل الجلد مع تلك المادة حسب التغيرات التى تحدث تحت كل رقعة ويعتبر الاختبار إيجابيا إذا احمر الجلد وظهرت عليه حبيبات أو فقاقيع مكـــان الرقعة ويراعى أن يكون تركيز المادة المختبرة ضئيلا بحيث لا يتـــسبب فـــى تهيج الجلد ومِن ثَمّ التهابه كما يراعى ألا يجرى هذا الاختبـــار أثنـــاء نـــشاط المرض وعادة ما يتم اختبار العديد من المواد قبل التوصل إلى المادة المسببة ويفيد اختبار الرقعة فى حالات إكزيما الملامسة الناتجة عن التحـــسس فقـــط ولكنه لا يفيد فى باقى حالات الإكزيما.

وفى نسبة معينة من الحالات لا يمكن التوصل إلى السبب وقد تتراوح تلـــك النسبة بين 30 - 40% وهنا لا يبقى أمام الطبيب سوى استعمال الأدوية التى تسيطر على الأعراض وتخفف مـــن شـــدة المـــرض**(YoungE:1970,85).**

-ثانيا: العلاج الدوائى :

ينقسم العلاج الدوائى إلى علاج جهازى يعطى عـــن طريـــق الفـــم أو بالحقن وعلاج موضعى يوضع مباشرة على مكان الإصابة مثـــل الغـــسولات والكريمات والمراهم .

أ -**العلاج الجهازى** : ويشمل الأدوية التى تقلل من الإحساس بالحكة مثل مضادات الهستامين كما تستعمل المضادات الحيوية فى حالة حدوث مضاعفات للإكزيما فى صورة التهابات ميكروبية وما أكثر حدوثها .

أما فى الحالات الشديدة المنتشرة والتى لا تستجيب للعلاج الموضعى بمفرده فإن استعمال عقار الكورتيزون هو الحل الوحيد ولا مناص من استخدامه ولكن ينبغى أن يكون استعمال الكورتيزون تحت إشراف طبى منعا لحدوث مضاعفات ولكن للكورتيزون آثارا جانبية خاصة إذا استخدم فى غير مجالاته ودون استشارة الطبيب .

ب -**العلاج الموضعى** : تستعمل فيه الغسولات أو الكريمات أو المراهم ويفضل استخدام الغسولات فى الإكزيما الحادة والكريمات فى الإكزيما تحت الحادة والمراهم فى الإكزيما المزمنة أو الجافة وأشهر الغسولات المستخدمة فى حالات الإكزيما هى غسول برمنجانات البوتاسيوم وغسول الكلامينا أما الكريمات والمراهم فأهمها وأكثرها فاعلية تلك التى تحتوى على نسبة من مركبات الكورتيزون.**(Wright N: 1983: 211)**

الفصل الثالث

تقدير الذات والعوامل المؤثرة فيه

1- تعريف تقدير الذات

2- تمييز مفهوم الذات عن بعض المفاهيم النفسية الأخرى

3- أهمية تقدير الذات

4- التفسيرات النظرية لتقدير الذات

5- نمو تقدير الذات خلال مراحل الحياة

6- العوامل المؤثر على نمو وتكوين الذات

7- أنواع تقدير الذات

8- أبعاد تقدير الذات

9- تقدير الذات والنوع

تمهيد:

توجد لدى كل البشر عامة حاجة ملحـــة للـــشعور بالـــدفء والحـــب والاحترام والتعاطف والتقبل من الآخرين، وخاصة أولئك الذين لهم أهمية في حياتنا كالوالدين والإخوة، وتبقى هذه الحاجة للتقدير الإيجابي regard positive نشطة طوال حياة الفرد ولكنها تستقبل جزئياً عن اتصالات نوعية (أو محددة) بالآخرين، مؤدية إلى حاجة ثانوية متحملة هي تقـــدير الـــذات positive self regard ومن الأهمية بمكان أن ندرك أن السعي الحثيث لإشباع الحاجة القوية للتقدير الإيجابي يمثل العائق الوحيد والخطير في سبيل تحقيق الذات.

وقد بدأ مصطلح تقدير الذات في الظهور من أواخر الخمسينيات وأخـــذ مكان بسرعة في الكتابات السيكولوجية إلى جانب المصطلحات الأخرى فـــي نظرية الذات مثل مفهوم تقبل الذات accepteuse self الذي يشير إلى الفـــرق بين الذات الواقعية والذات المثالية، ثم ظهر "مفهوم تقدير الذات" وهو يـــشير بدرجة أساسية إلى حسن تقدير الفرد لذاته وشعوره بالجدارة والكفاية.

1 – تعريف تقدير الذات :

كلمة تقدير الذات self esteem عبارة عن كلمتين الأولى الــذات self وهي تصف الخصائص التي يكون عليها الــشخص والثانيـــة تقــدير esteem وتعني تقديماً لهذه الخصائص التي يعطيها الفرد لنفسه.

ويعرف قاموس ويبستر the webster dectionary تقدير الذات بأنه "ثقة le confidence "، "ورضا satisfotuon الفرد عن نفسه"، و"احتــرام الــذات self- respect" و "الغرور self-conceit".

وقد تعددت تعريفات تقدير الذات وأخذت أكثر من حسب مجــال اهتمــام الباحثين كما يلي:

1) تعريفات تتناول تقدير الذات على إنه حكم.
2) تعريفات تتناول تقدير الذات على أنه إحساس sence.
3) تعريفات تتناول تقدير الذات على أنه تقييم.

1 / تعريف تقدير الذات باعتباره حكم :

تتناول هذه التعريفات تقدير الذات على أنه حكم يصدره الشخص الذي على نفسه فيشير "جيلمور Gilmore " إلى تقدير الذات "حكم ذاتي عن الأهمية التي يشعر بها الفرد نحو ذاته فهو خبرة ذاتية ينقلها الفرد الآخــرين مــن خــلال التغيرات اللفظية وغيرها من أشكال السلوك التعبيرية المباشرة".

ويرى عبد الرحيم بخيت (1985) على أنه "حكم الشخص تجاه نفسه، وقــد يكون هذا الحكم والتقدير بالموافقة أو الرفض ".

ويعرفه احمد عثمان بأنه حكم الفرد تجاه نفسه والى اي مدى يعتقــد ان لديــه القدرات والامكانيات المناسبة التي تشعره بأهميته في الحياة .

وترى إيمان معاذ (1985) أن تقدير الذات هو حكم الفرد على درجة كفاءتــه الشخصية كما يعبر عن اتجاهات الفرد نحو نفسه ومعتقداته عنها، والفكرة التي يدركها الفرد عن كيفية رؤية الاخرين وتقييمهم له.

ويرى بلورت ران(1993) تقدير الذات هو حكم حول مدى ما نمتلكه من خصائص وقدرات بالمقارنة مع ما نعتبره مثاليا، كما يشر الى المدى الذي نقدر بأنفسنا وصفاتنا الشخصية.

2 / تعريف تقدير الذات باعتباره إحساس :

تتناول هذه التعريفات مفهوم تقدير الذات على انه إحساس :

يرى رونزبورج (1965) ان تقدير الذات اتجاه ايجابي او غير ايجابي للفرد نحو ذاته بالإضافة إلى شعور الفرد بقيمة نفسه.

والتعريف الأكثر قبولاً وانتشار التقدير الذات هو التعريف الذي وضعه براندن Branden (1994)، وتبناه المجلس القومي الأمريكي لتقدير الذات حيث يعرف تقدير الذات بأنه" الثقة في قدراتنا لتحمل التحديات الأساسية للحياة، والثقة في حقنا أن تكون ناجحين وسعداء وأن نشعر بالقيمة والاستحقاق والجدارة والحق في تأكيد حاجاتنا ورغباتنا ، وتحقيق قيمنا".

كما يعرفه أيضاً بأنه "الاعتماد على الخبرة الشخصية للإحساس بالجدارة والقدرة على التأقلم مع التحديات الحياتية الأساسية ".

وعرف فينيل(1981) تقدير الذات بأنه مقدار رؤيتك لنفسك، وكيف تشعر تجاهها، وطريقة معاملتك لنفسك واحترامها، فهو مجموعة من القيم والتفكير والمشاعر التي نمتلكها حول انفسنا.

وتشير ديبورا ريتتاردسون(1983) إلى تقدير الذات هو رأيك في نفسك "نظرتك لنفسك"وشعورك نحوها والذي يمكن أن يتغير وفقا للموقف، على سبيل المثال: انت قد تشعر بالارتياح تجاه ذاتك عندما تكمل عملك، وقد تشعر بالذنب تجاه ذاتك عندما تترك عملك اكثر من اللازم الى الدقيقة الاخيرة.

بينما تعرفه باويل(1995) بأنه محدد بكيف يؤمن الفرد بنفسه وكفاءته والانتماء والقيمة وكما يشير تقدير الذات الى مشاعرنا نحو سماتنا الداخلية مثل قيمنا كانسان والإحساس بهدفنا في الحياة، وكم نعتقد اننا مجربون.

وتعرفه الجمعية الوطنية الأمريكيـــة لتقـــدير الـــذات (2002NASE) بالخبرة لتصبح قادرا على مواجهة تحديات الحياة، وأن تكون مستحقاً للسعادة.

وأشار سميث (1981) إلى أن من معاني كلمة تقدير كلمة احترام، فان يكون لديك تقدير ذات مرتفع يعني انك تحرم ذاتك بدرجة كبيرة، كما يـــرتبط تقدير الذات بالطريقة التي نحكم بها على انفسنا .

وتذكر نيل وان (2004) تقدير الذات هو ان يقدر الفرد نفسه بـــاحترام أو مودة بوضع قيمة او تقدير عال او رأي ايجابي عن ذاته.

يتضمن تقدير الذات مشاعر الجدارة او التقييم فالناس ذوو المـــستويات الكافية من تقدير الذات يظهرون الاحساس بالثقة الحقيقية في قدراتهم وأدائهم، والناس ذوو المستويات المنخفضة من تقدير الذات نتوقع ان يظهروا الـــشعور بالنقص والخوف من الفشل والإحساس بعدم القيمة وربما الاكتئاب.

3 / تعريف تقدير الذات باعتباره تقييم :

تتناول هذه التعريفات تقدير الذات على باعتباره تقييم الفرد لنفسه:

يعرفه كوبر سميث Cooper smith (1981) بأنه تقييم يـــضعه الفـــرد لنفسه وبنفسه ويعمل على المحافظة عليه ويتضمن حكم الفرد علـــى نفـــسه، وهكذا يكون تقدير الذات بمثابة خبرة ذاتية ينقلها الفرد إلى الآخرين باســـتخدام الأساليب التعبيرية المختلفة. **(مصطفى نوري القمش،2006 :21)**

يعرفه لورانس (Lawrence) 1981 بأنه تقييم مؤثر من الفرد لمجموع خصائصه العقلية الجسمية. **(عبد الوهاب كامل،2003 :304)**

ويشير جينيس (Jensen,1985:78) إلى تقدير الذات هو نوع من تقييم الفرد لذاته في شكل الموافقة والقبول أو الرفض.

وقد عرفه مجدي حبيب(1992) بأنه التقييم الذي يضعه الفـــرد لذاتـــه ولكل ما يتمسك به من عادات مألوفة لديه، مع اعتباره لذاته فـــي المجـــالات الاجتماعية والأكاديمية والعائلية والشخصية.

وتعرفه امينة شلبي (1993 :5) بأنه تقييم الفرد لذاته بناءا على محصلة خبراته من النجاح والفشل ومقارنة بمستوى طموحه وبالمقارنة مع الاخرين.

ويعرفه كل من عبد الله سليمان ومحمد نبيل (1994 :43) تقدير الذات بأنه التقييم الوجداني للشخص لكل ما يملكه من خصائص عقلية ومادية وقدرة على الأداء، ويعتبر حكما شخصيا للفرد على قيمته الذاتية في اثناء تفاعله مع الاخرين (اي اجتماعيا) و يعتبر خلال اتجاهات الفرد نحو مشاعره ومعتقداته وتصرفاته كما يدركها الان في اللحظة الراهنة.

ويعرفه مروك (mruk, 1999:14) بأنه عملية تقييم يقوم الفرد تجاه ذاته ويعبر فيها عن مدى قبوله لنفسه، مشيرا الى درجة النجاح التي حققها.

وتعرفه نور الهدى المقدم (2000 :241) بأنه تقييم وإدراك الشخص لذاته وحكمه على قيمته وقدراته الذاتية في اثناء تفاعله مع الاخرين.

وتعرف ستايسي (Stacy,2000:7) تقدير الذات بأنه التقييم الشخصي الموجه نحو الذات ،ويؤثر على المزاج والسلوك.

تقدير الذات هو تقدير الذات هو تقدير الفرد لقيمته ولأهميته مما يشكل دفاعا لتوليد مشاعر الفخر والانجاز وتجنب الخبرات التي تسبب شعورا بالنقص. (Alejandera,2004:12).

ويعرف وولفولك (woolfolk,2001:135) تقدير الذات بأنه التي يضعها الفرد على سمته وصفاته وقدراته وتصرفاته.

ويعرفه كل من فيوليت فؤاد وعبد الرحمن سليمان (2002 :194) بأنه تقييم يقوم به الافراد نحو ذاته فضلا عن كونه تقديرا وتعبيرا سلوكيا يعبر الفرد من خلاله عن مدى تقديره لذاته، وهذا التقدير من قبل الفرد يعكس شعوره بالجدارة الكفاية.

ويمكن تلخيص تعريفات مفهوم تقدير الذات في :

- أشارت التعريفات إلى أن تقدير الذات يعكس حكم وتقييم واتجاه الفرد نحو نفسه بالقبول أو الرفض.

- أهمية النجاح والشعور بالأهمية والثقة بالنفس لتقدير الذات.
- تقدير الذات يرتبط برؤية الفرد لذاته ورؤية الآخرين له .
- تقدير الذات يتضمن مشاعر الشخص عن ذاته، هل يحب الشخص نفسه؟ هل يثق في نفسه؟، هل يعتقد أنها تستطيع أن تنجز ما بدأت بعمله؟.
- إذا يرتكز مفهوم تقدير الذات على احترام الفرد لذاته، عن نفسه وقدراته وعلى إحساسه بتقدير الآخرين له.

ومن خلال التعريفات السابقة تقدم القائمة بالبحث تعريفاً لتقدير الذات على أنه "عملية مستمرة تتضمن تقييم الفرد – المصاب بالمرض الجلدي– لمجموع الخبرات والاتجاهات التي يكونها عن ذاته بما فيها من قدرات وكفاءات واحترامه وتقبله المستحق لنفسه وإدارته لأهميته وجدارته – أكاديمياً واجتماعياً وجسمانياً – بتوازن وثقة، بعيداً عن الغرور أو الأنانية كما يتضمن تقييم الفرد لتقدير الآخرين له، مدى احترامهم له ومكانته عندهم.

2- تميز مفهوم تقدير الذات عن بعض المفاهيم النفسية الأخرى:

أظهرت بعض الدراسات التي تناولت تقدير الذات تداخل بعض المفاهيم معه، وفيما يلي عرض لأهم هذه التعريفات.

1 / تقدير الذات ومفهوم الذات self- concept :

مفهوم الذات هو نظرة الفرد إلى نفسه وهي تتضمن الوصف وليس الحكم. وتتشكل هذه النظرة من خلال تفاعل مجموعة من العوامل أبرزها الخبرة مع البيئة المحيطة وعلاقته بالآخرين إضافة إلى تفسيره لسلوكه الذي يقوم به.

وترى نيل nil (2004) أنه يوجد خيط بين المصطلحين وإن كل منهما في الحقيقة يصف مفاهيم مختلفة نوعياً dualitatively، فيستعمل تقدير الذات بشكل خاص لإصدار حكم لتقييم الذات ،ومفهوم الذات أوسع و أكثر وصفا للإحساس.

كما أن مفهوم الذات هو نظرة الفرد لنفسه واعتقاده عنها بدون، تقيـــيم أما تقدير الذات. فهو تقييم الفرد لمفهوم الذات الذي قام بتكوينه عن نفسه.

2 / تقدير الذات وقيمة الذات Self- Worth :

تعرف كيلي ستانسي Stancy /2000، قيمة الذات بأنهـــا القيمـــة التـــي يضعها الناس على أنفسهم كأعضاء مساهمين في المجتمع.

ويستنتج من ذلك أن هناك علاقة بين تقييم الذات وقيمة الذات، فتقـــدير الذات قيمتك كشخص وانخفاض تقدير الذات يؤدي إلى قلة قيمة الذات والثقة، فقيمة الذات تعني أنك تستحق الحياة كما تريد.

3 / تقدير الذات وتوكيد الذات :

يعرف ألبرت وإيمونز **(alberti et Immons, 2001:7)** توكيد الذات بأنـــه السلوك الذي يمكن للشخص من التصرف بأسلوب حسن، وان يدافع عن نفسه دون قلق، ويعبر عن حقوقه ويطالب بها دون ان يعتدي على حقوق الاخرين. ويستنتج من ذلك ان هناك ارتباطا بين تقدير الذات وتوكيد الذات، حيث يعتبر توكيد الذات جزء من تقدير الذات، فالشخص المقدر لنفسه يـــسعى لتوكيـــدها والمطالبة بحقوقها ولكن توكيد الذات يكون شيئاً خارجياً أكثر منه داخلياً .

4 /تقدير الذات وتقبل الذات self-acceptante :

فقبول الذات يعني أن تقبل نفسك بكل ما فيك وكما أنت **(Smith,2002:87)**، كماً أن تقبل الذات شرط لتقدير الذات، فكل من يقدر ذاته يتقبلها، فعلى الشخص أن يقبل نفسه ويتعلم التفكير بشأنها على نحو إيجابي، فتقبل الذات سيزداد عنـــدما يركز الفرد على نجاحاته وانجازاته .

5 / تقدير الذات والثقة بالنفس self-confidence:

تشير كاثرين و كرستين **(Kathryn & Christine,2006:7)** إلى أن تقدير الـــذات والثقة مفهومان معقدان بالرغم من أنهما مرتبطان فهما ليـــسا شـــيئا واحـــدا بالضبط، وعلى الرغم من أن المصطلحين يعاملان بشكل متبادل فهما مختلفان،

حيث لا يوجد إجماع عام بالنسبة للطبيعة الدقيقة للثقة وتقدير الذات تعود بميزات موجودة، والفرق بين المصطلحين هو :

-يرتبط تقدير الذات بمشاعرنا عن الجدارة والكفاءة والفاعلية والأهمية وهذه المشاعر التي تؤثر على تصرفاتنا وسلوكنا .

-ترتبط الثقة باعتقاداتنا العامة من قدراتنا وصفاتنا ومن السمات الخاصة لأنفسنا أو أي مواقف معينة.

-تتغير مستويات تقدير الذات والثقة عند استجابة لمواقف وأحداث الحياة ،كيف نتعامل معها .

6 / تقدير الذات وفعالية الذات self-efficace :

فعالية الذات تعرفه "رباب صلاح الدين" (2006:71) بأنه قوة اعتقاد الفرد بأنه يستطيع أن يقوم بنجاح بالسلوك المطلوب، والتصرف بفعالية لتحقيق النتائج المرغوب فيها عن طريق الجهود الشخصية .

ومن ثمة يتضح أن فعالية الذات ترتبط بتقدير الذات، وسلاح مرغوب جدا لمواجهة تحديات الحياة واتخاذ القرارات والإنجازات، ولهذا تتضح أهمية فعالية الذات في تحقيق تقدير الذات.

3- أهمية تقدير الذات :

يؤثر تقديرك لذاتك في أسلوب حياتك وتفكيرك وفي عملك وفي مشاعرك نحو الآخرين في نجاحك وإنجاز أهدافك في الحياة فمع احترامك وتقدير لذاتك تزداد الفاعلية الإنتاجية .

ويقول "برا ندن" branden " ليس هناك تقييم ذات أكثر أهمية للشخص، وليس هناك عامل أكثر حسماً في النمو السيكولوجي والدافعية من التقدير الذي يقره على نفسه... فطبيعة تقييمه الذاتي له تأثيرات عميقة على عمليات التفكير والانفعالات والرغبات والقيم والأهداف عند الشخص ، وهو المفتاح الوحيد المهم لسلوكه".

ويشير "بيرك berk" إلى أن تقدير الذات يصنف من السمات الأكثر أهمية لنمو الذات نظرا لأن تقييمنا لكفاءتنا يؤثر على خبراتنا الانفعالات والسلوك المستقبلي والتوافق النفسي على المدى البعيد .

ويحتاج النجاح في الحياة إلى تقدير كل واحد منا قيمة ذاته، فإن صورتنا عن أنفسنا تسهم بشكل فعال في نجاحنا لان أي خلل في هذه الصورة يدفعنا لسوء تقدير إمكانياتنا ومستقبلنا وطموحاتنا مما يعرقل على تحقيق الأفضل. **(branden,2000:203)**

يأتي تقدير الذات الحقيقي من داخلنا عندما نمتلك تقدير ذات صحياً نكون واثقين ومستقلين وراغبين في محاولة الأشياء الجديدة ، نكافح للتفوق والامتياز، ونحاول فعل ما بمقدورنا ونقبل أنفسنا كما نحن ، نحرف قوتنا وضعفنا، نعمل لتحسين أنفسنا، وتكون لدينا توقعات إيجابية عن أنفسنا. **(pawel,2001:5)**

وإذا ما جهل الإنسان نفسه، وأمسى غير قادر على معرفة قدراته وإمكانياته، فذلك سوف يؤدي إلى تقييم نفسه تقييما خاطئا، فإما أن يمنح نفسه أكثر مما يستحق فيثقل بذلك كاهله، وإما أن يزدري ذاته ويقلل من قيمتها فيسقط في متاهات الحياة، ويشكل تقدير الذات دافعاً لتوليد مشاعر الفخر والاعتزاز والانتماء والإنجاز واحترام الذات وتجنب الخبرات التي تسبب الشعور بالنقص، ويجب أن يعزز هذا التقدير من قبل النفس والبيت (الأسرة) والمدرسة والأقران إضافة إلى المجتمع. **(Smith,2002:90)**

وقد حفل التراث السيكولوجي بدراسات جديدة تناولت أهمية مفهوم تقدير الذات Steen -self باعتباره مفهوما سيكولوجيا يتضمن العديد من أساليب السلوك، فضلاً عن ارتباطه بمغيرات متباينة، ومحددات شتى، يرتبط بالعلاقات الشخصية المتنوعة، ومدى شعور الفرد بالتوافق مع ذاته ومع الآخرين، إلى جانب تحدي أهدافه الذاتية، وتجدر الإشارة إلى أن تقدير الذات لا يتسم بالثبات والقبول، فهو قابل للتغيير فالخبرات المتعلمة قد ترفع من معدلاته وقد تخفضها. **(فيوليت فؤاد وعبد الرحمن سليمان،2002 :191)**

كما يرى كين وساندلر (Kean & Sandler (2001 أن تقدير الذات يعتبر حجـر الزاوية لكل من النمو الاجتماعي والانفعالي. **(Kara,2003:10)**

يساهم تقدير العام الجيد في الاحساس بالفعالية،او الاعتقـاد ان الفـرد يستطيع ان ينجز عمله وهو عامل هام في النجاح في العمل، كما يساهم فـي نمو هوية الذات ووجهات النظر المختلفة للأشخاص عن أنفسهم يـشمل ذلـك الشخصية والأدوار والعلاقات والخصائص الجسمية. **(Kay, 2003:8)**

فتقدير الذات الجيد مهم لكل شخص ،لأنه يساعدك للاحتفاظ بوجهة نظر ايجابية عن الحياة، ويجعلك تشعر بالفخر من شخصك (ذاتك) سواء من الداخل او الخارج. **(McHalasem ,2005:607)**

وإيمان الفرد ينمي بذاته ينمي الثقة بالنفس والدافع والقدرة لان يكـون ناجحا في حياته، وهذا الايمان بالذات قد يتحول الى تقـدير الـذات (Ardail, 2005:9). كما يعطي تقدير الذات الاحـساس بالكفـاءة والمرونـة والنجـاح والاستجابة لتحديات الحياة. **(Liz& Lynatte, 2005:70)**

ومن هنا يشير "روي (Roy(1994" إلى حكم الفرد على نفـسه أو تقـديره يؤدي دوراً مهما في توجيه السلوك وتحديده، فالأشخاص الذين ينظرون إلـى أنفسهم بوصفهم أشخاصا غير مرغوب فيهم يميلون إلى القيام بسلوك يتناسـب مع هذه النظرة، والأشخاص الذين لديهم إيجابية عن الذات يتمكنون من التوافق الاجتماعي، ويميلون إلى وصف أنفسهم بأوصاف إيجابيـة ، بينمـا تـرتبط المفاهيم السلبية عن الذات بسوء التوافق .

إذا فتقدير الذات مهم في كل سمات الحياة، كيف نتعلم، كيف نعمل، كيـف نتصرف وكيف نلعب ؟ كل هذا يتقرر بمستوانا من تقدير الذات .

إذا فتقدير الذات مهم في كل سمات الحياة، كيف نتعلم؟كيف نتصرف؟ كيـف نلعب؟

كل هذا يتقرر بمستوانا من تقدير الذات. **(Kitzrow, 2006: 308)**

وعندما يقدر الإنسان ذاته لا تعتبر ذلك من الأنانية وحب الذات، بل بالعكس فإن تقديرنا لأنفسنا يقدم لنا الأساس لكي نكون كرماء ومنتجين مع الآخرين، وتقييم نفسك يختلف عن حبك لنفسك، فنحن قد نحترم ونعجب بشخص ما ولكننا لا نحبه، وقد نتقبل بفكرة أن الشخص الذي نحبه له قيمته الداخلية.

ومن الاهمية بمكان ما تقيم به نفسك، فان تقييمك لنفسك يساعد على بناء حياتك على اساس آمن، إنك ستفوز بالكثير إن عاملت نفسك باحترام مثل الشخص الذي يتمتع بقيمتة الداخلية. (Alexander, 2001: 333)

4- التفسيرات النظرية لتقدير الذات:

هناك نظريات مختلفة عن تقدير من اجل الحصول على فهم أفضل من الموضوع ومن هذه النظريات.

1/نظرية أبراهام ماسلو ABRAHM MASLOW :

تقوم نظرية "ماسلو" – عن الدافع الإنساني – على تسلسل هرمي للحاجات الإنسانية وحاجات التقدير أحد المستويات في هذا التسلسل HIERARCHY.

وأعتقد "ماسلو MASLOW" أن كل الناس عادة لديهم رغبة أو حاجة للتوازن STABLE وأساس ثابت FIRMLY BASED وتقييم عال لأنفسهم ،لاحترام الذات SEFF- RESPECT أو تقدير الذات والتقدير للآخرين.
(balakK,1995 :250)

وأوضح ماسلو MASLOW أن هذه الحاجات تنقسم إلى فرعين الأول: الحاجة للقوة والإنجاز والكفاية والبراعة (الجدارة) والكفاءة والاستقلال والحرية.

الفرع الثاني: الحاجة والرغبة في السمعة، الهيبة، المركز، الشهرة، الفخر، الهيمنة، التميز، الاهتمام، الأهمية الكرامة والإعجاب.
(nello,2004 :6,balak, 1995:250)

كما يرى ماسلو MASLOW أن حاجات التقدير تعمل كدافع فقط عندما تشبع الدوافع الثلاثة إلى حد مناسب، ويؤكد على أن الاعتبار الحقيقي للذات يعتمد

على الكفاية والإنجاز وليس السمعة الخارجية والتواضع غير المجزي الذي لا مبرر له، كما اعاد "ماسلو" تفسير التكرار القسري لأي سلوك بأنه نتيجة جهود غير موفقة للحصول على السيادة والتقدير. (محمد السيد، 1998 :438)

كما أعتقد ماسلو MASLOW أن إرضاء حاجات تقدير الذات يؤدي إلـــى الثقة بالنفس SELF- CONFIDENCE ،القيمة WORTH، القــوة والقــدرة والنفع العام، في حين أن الفشل في إشباع هذه الحاجات يؤدي إلـــى مــشاعر النقص، الضعف والعجز. (Nello,2004 :7)

ولقد أشار ماسلو MASLOW إلى أن الإنسان لـــه كيـــان يعمـــل، وأن الإنسان في سعيه المستمر ينشر تحقيق ذاته، وأن هذا السعي يمـــر بمراحـــل متدرجة قد وضعها ماسلو في شكل تنظيم هرمي جعل الإنسان يتطلع إلى هذه الغاية، ومن بينها الحاجة إلى تقدير الذات، وهي حاجة كل فرد إلى تكوين رأي صائب عن ذاته، واحترام الآخرين له والشعور بالكفاية الشخــصية وتجنـــب الرفض. (صبري الجيزاوي،2006 :75)

ويرى ماسلو ان السبب الاول للأمراض النفسية هو الفشل في إشباع مثـــل هذه الحاجات الفيزيولوجية وحاجة الأمان والحب والتقدير وتحقيق الذات.
(محمد السيد،1998 :439)

2/ نظرية كارل روجرز CARL ROGERS THEORY:

يعتبر كارل روجرز ROGERS من الأشخاص المهمين فـــي تطـــوير نظريات تقدير الذات، كان روجرز ROGERS عالما في علم النفس الإنساني، واعتقد أن عملية التحليل النفسي كانت في الأصل عن العلاقـــات، و أوضـــح روجـــرز أن العميـــل يمكـــن أن يكـــون فـــي حالـــة مـــن عـــدم التطـــابق IMCONGRUENCE، ويشير عدم التطابق إلى التناقض بين الخبرة الفعليـــة للكائن الحـــي وصـــورة ذات الفـــرد، يقـــدر مـــن يـــصور تلـــك الخبـــرة. (baLak,1995 :253)

ويرى روجرز ROGERS أن كل الأشخاص لديهم رغبة قوية وأساسية في الحصول على الحب والاحترام والقبول من جانب الآخرين والمحيطين به،

وهذه الحاجة تظهر لنا في حاجة الرضيع للحب والرعاية التي يعكسها لنا رضاؤه وسعادته حين يرعاه احد والتي تظهر لدى الكبار عندما يثني احد على أفعالهم أو يستحسنها كما تظهر هذه الحاجة في الإحباط والتعاسة حين يقابل الفرد بالاستهجان والنقد من قبل الآخرين. (إيمان معاذ 1997 :52)

ويشير "روجرزROGERS " إلى تقدير الذات يأتي من خلال تقدير الوالدين غير المشروط لأبنائهم، أي قبول الطفل واحترامه كما هو أي دون شروط، وأن الفرد الذي يمر بعبرات التقدير الإيجابي غير المشروط يصبح تقديره لذاته واحترامه لها تقديراً مطلقاً وهو يتيح للفرد التقدم نحو التحقيق الكامل للذات. (هبة حسن، 1997 :55)

كما ينصح روجرز ROGERS بضرورة معاملة الطفل بطريقة ديمقراطية، وكشخص مستقل وجدير بالتقدير، يحق له تقدير خبرته بطريقته الخاصة، وان يقوم باختياراته من خلال عمليات التقييم لذاته ككائن عضوي. (محمد السيد، 1998 :415)

ويذكر روجرز ROGERS أن الصورة الذاتية للشخص تكون نتاج تفاعلاته مع البيئة الخارجية وتعكس ما يواجهه من أحكام وتقييم، فعندما يواجه أحكاماً رافضة فهو لا يستطيع أن يقبل نفسه وعندئذ يشك في قيمته وكفايته الشخصية. (صبري الجيزاوي،2006 :75)

وطبقاً لنظرية "روجرز ROGERS THEORY"، يأتي تقدير الذات المنخفض من الشخص الذي لديه عدم تطابق بين الخبرات الفعلية وإدراكه لذاته من خلال الخبرات،هذا ما يدل على أن الأشخاص ذوي تقدير منخفض يدركون الخبرات بطريقة سلبية نحو أنفسهم، سواء كانت الخبرة سلبية أو إيجابية.

3/ نظرية ألفريد أدلر ALFRED ADLER THEORY :

على الرغم من أن نظرية كارل روجرز أسست وأصلت الكثير عن تقدير الذات، فإن عالماً نفسياً آخر كان له تأثير على البحث في تقدير الذات، "ألفريد أدلر" ALFRED ADLER كان عالما في علم النفس الفردي، واعتقد أن

الشخصية خارج الإطار الاجتماعي وافترض، أن هذا السياق الاجتماعي يزيد الشعور بالإتحاد أو الوحدة UNITY وعضوية MEMBERSHIP الجماعة، اللذين يجعلان الأفراد يقيمون أنفسهم بالنسبة للآخرين. **(Balak,1995 :256)**

4/ نظرية روزنبرج ROSEUBERG THEOY:

تداور أعمال "روزنبرج" حول محاولة دراسة نمو وارتقاء سلوك تقييم الفرد لذاته، وذلك من خلال المعايير السائدة في الوسط الاجتماعي المحيط به، وقد اهتم بصفة خاصة بتقييم المراهقين لذواتهم وأوضح أنه عندما نتحدث عن التقدير المرتفع للذات فنحن نعني أن الفرد يحترم ذاته ويقيمها بشكل مرتفع، بينما تقدير الذات المنخفض أو المتدني يعني رفض الذات أو عدم الرضا عنها. **(فيوليت فؤاد وعبد الرحمن سليمان، 2002 :192)**

ويضع دائرة اهتمامه بعد ذلك بحيث شملت ديناميات تطور صورة الذات الإيجابية في مرحلة المراهقة. واهتم بالدور الذي تقوم به الأسرة في تقدير الفرد لذاته وعمل على توضيح العلاقة بين تقدير الذات والذي يتكون في إطار الأسرة وأساليب السلوك الاجتماعي للفرد مستقبلا، والمنهج استخدمه "روزنبرج" هو الاعتماد على مفهوم الاتجاه باعتباره أداة محورية ترتبط بين السابق واللاحق من الأحداث والسلوك. **(زوبيدة امزيان، 2007 :103)**

واعتبر "روزبنرج" أن تقدير الذات مفهوم يعكس اتجاه الفرد نحو نفسه. وطرح فكرة ان الفرد يكون اتجاها نحو كل الموضوعات التي يتعامل معها ويخبرها، وما الذات إلا أحد هذه الموضوعات، ويكون الفرد نحوها اتجاها لا يختلف كثيرا عن الاتجاهات التي يكونها نحو الموضوعات الأخرى، ولو كانت اشياء بسيطة يود استخدامها. ولكنه فيما بعد عاد واعترف بان اتجاه الفرد نحو ذاته يختلف –ولو من الناحية الكمية- عن اتجاهاته نحو الموضوعات الاخرى. معنى ذلك روزنبرج يؤكد على أن تقدير الذات هو "التقييم الذي يقوم به الفرد ويحتفظ عادة لنفسه"، وهو يعبر عن اتجاه الاستحسان أو الرفض.

(علاء الدين كفافي، 1989 :103)

5/نظرية زيلر (1969) Zelar theory:

تفترض نظرية "زيلر" ان تقدير الذات ينشا ويتطور بلغة الواقع الاجتماعي،أي أن ينشا داخل الاطار الاجتماعي للمحيط الذي يعيش فيه الفرد، لذا ينظر "زيلر" إلى تقدير الذات من زاوية نظرية المجال في الشخصية، ويؤكد ان تقييم الذات لايحدث – في معظم الحالات- إلا في الإطار المرجعي الاجتماعي. ويصف "زيلر" تقدير يقوم به الفرد لذاته ويلعب دور المتغير الوسيط، او انه يشغل المنطقة المتوسطة بين الذات والعالم الواقعي.

وعلى ذلك فعندما تحدث تغيرات في بيئة الشخص الاجتماعية فان ان تقدير الذات هو العامل الذي يحدد نوعية التغيرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته تبعا لذلك. وتقدير الذات –طبقا لزيلر- مفهوم يرتبط بين تكامل الشخصية من ناحية وقدرة الفرد على ان يستجيب لمختلف المثيرات التي يتعرض لها من ناحية اخرى. ولذلك فانه افترض ان الشخصية التي تتمتع بدرجة عالية من التكامل تحظى بدرجة عالية من التكامل تحظى بدرجة عالية من تقدير الذات، وهذا يساعدها في ان تؤدي وظائفها بدرجة عالية من الكفاءة في الوسط الاجتماعي الذي توجد فيه.

إن تأكيد "زيلر" على العامل الاجتماعي جعله يسمي مفهومه بأنه الذات الاجتماعي. وقد ادعى ان المناهج او المداخل الاخرى في دراسة تقدير الذات لم تعط العوامل الاجتماعية حقها في نشأة ونمو تقدير الذات.

(علاء الدين كفافي،1989 :104-105).

6/ نظرية كوبر سميث COOPER SMITH THEORY :

تمثلت أعمال "كوبر سميث COOPER SMITH" (1981) في دراسته لتقدير الذات عند أطفال ما قبل المدرسة ، ويرى أن تقدير الذات يتضمن كلا من عمليات تقييم الذات وردود الأفعال والاستجابات الدفاعية، وعلى عكس "روزنبرج" لم يحاول "كوبر سميث" أن يربط أعماله في تقدير الذات بنظرية أكبر وأكثر شمولاً.

ولكنه ذهب إلى تقدير الذات مفهوم متعدد الجوانب، ولذا فإن علينـــا أن نتعلق داخل منهج واحد ومدخل معين لدراسته، بل علينا أن نستفيد منها جميعاً لتفسير الأوجه المتعددة بهذا المفهوم ويؤكد كوبر سميث بشدة على أهمية تجنب فرض الفروض غير الضرورية. (علاء الدين كفافي،1989 :104)

ويقسم تعبير الفرد عن تقديره لذاته إلى قسمين: التعبير الـــذاتي وهـــو إدراك الفرد لذاته ووصفه لها والتعبير السلوكي وهو يـــشير إلـــى الأســـاليب السلوكية التي تفصح الفرد لذاته التي تكون متاحة للملاحظة الخارجية

(زوبيدة امزيان،2007: 33)

ويميز "كوبر سميث" بين نوعين من تقدير الذات، تقدير الذات الحقيقي، ويوجد عند الأفراد الذين يشعرون بالفعل أنهم ذو قيمة وتقدير الذات الدفاعي، ويوجد من المتغيرات تعمل كمحددات لتقدير الذات وهي: النجاحات، والقـــيم، والطموحات، والدفاعات. (الحميدي الضيدان،2003 :22-23)

وقد بين أن هناك ثلاثة من حالات الرعاية الوالدية تبدو له مرتبطة نمو المستويات الأعلى من تقدير الـــذات وهـــي : تقبـــل الأطفـــال مـــن جانـــب الآباء، وتدعيم سلوك الأطفال الإيجابي من جانب الآباء ، واحتـــرام مبـــادرة الأطفال ، وحريتهم في التعبير من جانب الآباء. (الحميدي الضيدان،2003 : 23)

حيث ينظر "سميث" إلى نمو الشخصية على أنها عملية متصلة مستمرة غاية في التعقيد تتضمن التفاعل بين الفرد وبيئية المادية والنفسية والاجتماعية فالأشخاص ينمون أفكارهم ويكونون صورة عن أنفسهم تعتمد إلى -حد كبير- على الطريقة التي يعاملون بها من قبل الأفراد المؤثرين في حياتهم.

(إيمان كاشف،2004: 75).

شكل رقم(21): هرمية ماسلو للحاجات

5- نمو تقدير الذات خلال مراحل الحياة :

تقدير الذات ظاهرة تنمو، فتقدير الذات غير ثابت ويتغير على امتـــداد مراحل العمر فهناك بعض الدلالة على أن تقدير الذات يمكن أن يتغيـــر وفقـــا لأحداث الحياة سواء كان سمة أو موقفا، وهناك دليل على أنه في الغالب يعتبر تقدير الذات سمة مستقرة نسبياً وتقدير الذات الموقف عامل وثيق الصلة فـــي كيف يعمل تقدير الذات في التأثير على السلوك ؟ و بأنه يعتمـــد بـــشدة علـــى التفاعلات والأحداث الاجتماعية في حياة الشخص.

وترى "كارا" **(KARA ,2003 :10)** ان تقدير الذات نمو خـــلال اعمـــار الطفل المبكرة خاصة السنوات الخمس الاولى من حياة الطفل مهمة جدا لنمـــو تقدير الذات. ويذكر توتل وتوتل **(Tutel & Tutel,2004 :183)** ان تقدير الـــذات ليس ساكن، لكن دينامكي ومتغير بالمتغيرات في حياة الشخص.

وهناك نوعان من اشكال تغيير الذات :

1- تغيرات معيارية في تقدير الذات، التي تعكـــس الزيـــادة او النقـــصان بمرور الوقت في تقدير الذات لدى الافراد .

2- استمرار الاختلافات الفردية في تقدير الذات

(Rrichrd& Trzesniewski, 2005 :158)

نستنتج مما سبق انه بينما نمضي بالحياة ،يتقلب تقدير ذاتنا حتما بـــين الزيادة والنقصان، وهذه التقلبات في تقدير الذات تعكس التغيرات في محيطنـــا الاجتماعي بالإضافة إلى تغييرات أخرى مثل النـــضج فـــي مرحلـــة البلـــوغ وانحدار الإدراك في الشيخوخة.

ومن نظريات النمو التي توضح كيف ينمو تقدير الذات نظرية "الفريـــد باندوره" " Alfered Banodura" ، الذي اعتقد أن النمـــو يحـــدث مـــن خـــلال المحاكاة Imitation، لذا ينمو تقدير الذات من نماذج مفهوم الذات التي أظهرها آباؤهم أو المهتمون أثناء نمو الأطفال. **(Nillo,2004 :9)**

ومن علماء النفس الآخرون الذين تحرو تفسير النمو "إريك اريكسون"Eric Erikson" الذي يرى أن هناك مراحل يمر الشخص بها، حيث تحدث مجالات مختلفة من النمو النفسي أو الانفعالي أو الجسمي ، وتضمنت نظرية "اريكسون Erikson" للنمو مرحلة سن المدرسة التي يتحدد فيها إذا ما كان الطفل مجتهدا (دؤوبا) Industirious أو دون المستوى. **(Nillo,2004 :9)**

وتذكر نظرية اريكسون Erikson أن هذه المرحلة حاسمة وحرجة Critical في نمو الطفل ،وانه كان الطفل فاشلا في هذه المرحلة يمكن أن ينمي الشعور بالنقص ،واليأس ، وعدم القيمة **(Nillo,2004 :10)**. وتدعم هذه النظريات تأثير المحاكاة والتفاعلات الاجتماعية على تقدير ذات الشخص.

والتفسير الأكثر عمقا لكيفية نمو وتقدير الذات لدى الأطفال يحدث ضمن ثلاث مراحل ،المرحلة الأولى إذ من الولادة إلى سن المدرسة (Scool Age) الذي يتأثر فيه تقدير ذات الطفل جدا بالوالدين وذوي الأهمية في حياته كما يتأثر ذات الأطفال بشكل ملحوظ بتفاعلات آبائهم معهم ومع غيرهم .

المرحة الثانية مرحلة سن المدرسة حيث يتأثر تقدير ذات الطفل بنجاحه أو فشله في المدرسة، لذلك يمكن أن يمتلك الطفل تقدير ذات عاليا في بيئته البيت، لكن يتأثر تقدير الذات بسبب الفشل المستمر في نظام المدرسة.

المرحلة الثالثة مرحلة المراهقة حيث أهمية التفاعلات الاجتماعية، خاصة بالجنس الآخر.

يتضح من هذا أن "فيلان Philan" يأخذ في الحسبان العديد من سمات النظريات المختلفة لنمو وتقدير الذات لدى الأطفال، مثل محاكاة الآباء والتفاعلات الاجتماعية والنجاح مقابل الفشل وصنع العلاقات.

وفيما يلي نعرض ملخص ما توصلت إليه معظم الدراسات حول أهم التغيرات الرئيسية التي تحدث في تقدير الذات من الطفولة إلى الشيخوخة :

أ / **الطفولة childhood** : الأطفال الصغار لديهم تقدير ذات عال نسبياً ويهبط تدريجياً فيما بعد الطفولة ، ويرى الباحثون الأطفال لديهم تقدير ذات عال، لأن نظرة الذات الإيجابية لديهم غير واقعية، فبينما ينمو الأطفال إدراكيا، يبدؤون بتأسيس تقسيماتهم الذاتية على التغذية الراجعة (التعليقات) الخارجية والمقارنات الاجتماعية ،وبالتالي يكنون تقييما متوازنا وأكثر دقة عن كفاءتهم الأكاديمية، والمهارات الاجتماعية والجاذبية والخصائص الشخصية الأخرى على سبيل المثال :عندما ينتقل الأطفال من مرحلة المدرسة الابتدائية يتلقون تغذية راجعة (تعليقات) أكثر سلبية من المعلمين والآباء والأقران، وبالمثل تصبح تقييماتهم الذاتية أكثر سلبية.

ب/ المراهقة Adolescence`l:

يواصل تقدير الذات الهبوط أثناء مرحلة المراهقة وعزا الباحثون انحدار ذات المراهق إلى صورة الجسم والمشاكل الأخرى المرتبطة بسن البلوغ (كبروز بثور حب الشباب)، والتفكير المجرد للفرد حيال نفسه ومستقبله، والإقرار بالفرص الفائتة والتوقعات الفاشلة، والانتقال من المدرسة الابتدائية إلى تحد أكاديمي اكبر وسياق اجتماعي معقد في المدرسة العليا.

وترى كاي **(kay ,2003 :1)** أن فترة المراهقة مرحة صعبة، لان تفاعلات الأقران تلعب دورا حاسما في نمو هوية الذات ،فالقبول الاجتماعي من الأقران والمظهر الجسمي ولوجهي أهمية كبرى لإحساس المراهقين العام بالجدارة والقيمة والسعادة.

ج/ الرشد Adulthood: يزيد تقدير الذات تدريجيا طوال مرحلة الرشد ويبلغ أحيانا الذروة زهاء أواخر الستينات، فعل مدار مرحلة الرشد يحتل الأفراد مواقع متزايدة من نظريات فترة الحياة منها lifespan الذي يقول بان منتصف العمر يتميز بالقمم في الانجاز، والإجادة والسيطرة على النفس والبيئة .بالتناسق مع هذه التخمينات النظرية فان تغيرات الشخصية التي تحدث أثناء

مرحلة، الرشد تعكس مستويات متزايدة النضج والتوافق ومستويات عالية من الوعي والاستقرار الوجداني.

د/ الشيخوخة Old Age: يتراجع تقدير الذات في الشيخوخة، والدراسات التي تناولت تقدير الذات في الشيخوخة تشير إلى أن تقدير الذات يبدأ بالانحدار والهبوط تقريبا في سن "70" وهذا الانحدار أو التراجع قد يكون بسبب حشد التغيرات التي تحدث في الشيخوخة يشمل ذلك التغير في الأدوار (مثل:التقاعد) ، و العلاقات (مثل: فقدان الزوج)، والأداء البدني (مثل: المشاكل الصحية)، بالإضافة إلى الهبوط والتراجع في المنزلة الاجتماعية والاقتصادية.

تراجع تقدير الذات في الشيخوخة قد يعكس أيضا الانتقال نحو تواضع أكثر، ورؤية متوازنة للذات في الشيخوخة.

ويرى فوستر وآخرون **(Foster,et.al,2003 :469-486)** أن الأفراد الأكبر سنا قد يحافظون على إحساس ثابت من قيمهم ،لكن تقدير ذاتهم يسجل هبوطا لان لديهم رغبة قوية قي الاعتراف بأخطائهم وتقصيرهم والتقليل من الحاجة لتقديم أنفسهم في ضوء ايجابي للآخرين يتطابق مع هذا التفسير النرجسية (الافتتان بالنفس) التي تقضي إلى الهبوط بالعمر ،على سبيل المثال في الشيخوخة: أحداث الحياة المهمة، مثل التقاعد وأن يصبر جدا قد يحول إحساس الفرد عن ذاته، وينتج عن ذلك مستويات عالية من تقدير الذات لدى بعض الأفراد ومستويات منخفضة لدى الآخرين.

كما لاحظ "اريكسون (1985) Erikson" انه بينما يكبر الأفراد في العمر يبدءون بمراجعة إنجازاتهم وخبراتهم طوال حياتهم، والأمر الذي يؤدي في بعض الحالات إلى تقييمات الذات الأكثر انتقادا (يأس الأنا) وفي حالات أخرى إلى زيادة قبول الذات (كمال الأنا).

(Rrichrd& Trzesniewski,2005 :161)

مما سبق نستنتج أن تقدير الذات أكثر استقرارا في بعض فترات الحياة من الأخرى الاستقرار يكون نسبيا أثناء الطفولة المبكرة ،ويرتفع طوال مرحلة

المراهقة، ومرحلة الرشد المبكر ويتراجع بعد ذلك خـــلال منتـــصف العمـــر والشيخوخة.

المستويات الأدنى للاستقرار التي وجـــدت أثنـــاء مرحلتـــي الطفولـــة والشيخوخة قد تعكسان تغيرات الحياة المثيرة، وتحول الظروف الاجتماعيـــة، وتغييرات النضج السريعة نسبيا التي تميز كلا من بداية ونهاية الحياة.

وهكذا تغير اتجاه النمو ينعكس كثيرا على الذات في الشيخوخة يؤدي إلـــى زيادة تقدير الذات لدى بعض الأفراد ،ونقص تقدير الذات لدى الآخرين.

ويمكن تفسير هبوط تقدير الذات أثناء مرحلتي المراهقة والشيخوخة بأنه قد يكون هناك شيء مشترك بين الفترتين مثل:الحشد المتضاعف من التغيرات الاجتماعية والجسمية التي تؤثر على تقدير الذات سلبا.

الخلاصـــة : إن هناك إجماعا حول طريقة نمو وتقدير الذات خـــلال مراحـــل الحياة، في المتوسط تقدير الذات يكون عاليا نسبيا في الطفولة ،ويهـــبط أثنـــاء المراهقة (خاصة لدى البنات)، ويرتفع تدريجيا طوال مرحلة الرشد ثم ينحـــدر بشدة في الشيخوخة.

6- العوامل المؤثرة في نمو وتكوين تقدير الذات:

يتأثر تقدير الذات بالكثير من العوامل التي يمكن تلخيصها في ما يلي:

1/الوالدان /الأسرة Les parents /Family: يسهم الجو العام للأسرة كثيـــرا في وجهة نظر الناس عن أنفسهم كارول (carol) إن المدرسة والأسرة تلعبان دورا مهما في نمو تقدير الذات لدى الطفل ،في البداية يتعلم الطفل القيم مـــن التفاعل الايجابي والسلبي للنـــاس الـــذين يـــشعر بـــأهميتهم (ذوو الأهميـــة) significant، عادة يكونون أفراد من الأسرة ثم يعتمد بعد ذلـــك قلـــيلا علـــى الأسرة وكثيرا على علاقات الأقران، والراشدين الآخرين في النمو المـــستمر لمفهوم تقدير الذات.

وتذكر ديبورا **(Deborah ,2000 :19)** أن الأطفال يميلون إلى امتلاك تقدير ذات إيجابي لو كان لآبائهم تقدير ذات عال، وتقدير ذات سلبي لو كان لآبائهم

تقدير ذات منخفض،كما أن طريقة التأديب التي يستخدمها الآباء تؤثر أيضا في تقدير ذات الطفل،فالإساءة والإهمال تسبب تقدير ذات سلبي، والعقاب والخجل والذنب ويؤدي إلى خفض تقدير الذات، أما المدح والتشجيع وأساليب التأديب والايجابية الأخرى تؤدي إلى زيادة تقدير الذات.

ويأتي الأطفال ذوو تقدير الذات العالي من بيوت ذات خصائص معينة من التأديب والوالدية ،حيث يقبل الوالدان الطفل كليا،فهم لا يرفضون الطفل ولا يهملونه، أما الأطفال ذوو تقدير الذات المنخفض يعانون الرفض والتحقير في البيت والعقاب القاسي والمتكرر. **(Hanass , 2006 :38)**

2/المدرسة/المعلمون school/teachers : إن دور المدرسة أن نهيئ الطالب للدخول في المجتمع والنجاح في الرشد، هذا يعني أن الطالب يجب أن يهيئ ليعمل بشكل مستقل باتخاذ القرارات المسئولة ويتبعها بالأعمال المسئولة، والقدرة على العمل بشكل مستقل في المجتمع يتطلب الإحساس بالكفاءة، يعني الشعور بان الفرد مؤهل، ويمكن أن يقرر نجاحه الخاص وكفاءة الذات، لا توجد بدون تقدير ذات جيد. **(kay,2003 :22)**

فالأداء في المدرسة يؤثر على نظر الفرد لنفسه، والأداء السيئ سيقوي عقدة النقص بينما الأداء الجيد سيعزز صورة الذات الايجابية، بينما قلة المهارات تخفض تقدير الذات.

ويتأثر تقدير ذات الطلاب في المدرسة بمجالات عديدة، فهم تحت ضغط التحصيل والاختبارات والمظهر. فيقارن الطلاب أنفسهم بالآخرين من حيث الطول والوزن والجنس والموضة والجاذبية والدرجات التي يحصلون عليها في الاختبارات. **(Deborah ,2000 :19)**

وترى باول (pawel ,2001 :5) أن هناك عاملين مهمين يؤثران على تقدير الذات للطلاب كالأول موقف المعلم نحو الطلاب،والأخر أداء الطلاب. على سبيل المثال: الأداء الأكثر فاعلية لبناء تقدير الذات تشجيع العلم

الطالب،كلماتهم وعباراتهم وستركز على الصفات الداخلية الايجابية مثل الشجاعة والإحساس بالهدف أو قيمة الذات.

وأظهرت دراسة موراي وسكوت (1996) Murray& scott أن دعم المعلم وتشجيعه الطلاب يمكنان يخلق تقدير ذات عاليا، وهذا الدعم والتشجيع يرتبطان بتقدير ذات عاليا، وهذا الدعم والتشجيع يرتبطان بتقدير ذات الطالب ايجابيا. كما يشير واشنطن (1996) wachington إلى أن المعلمين يحتاجون لإدراك أن كل الطلاب فريدون، والاعتراف بهذه التفريدية بدلا من مقارنته مع الآخرين سيساعد على تأسيس وتقوية تقدير ذات الطلاب. **(Kara,2003 :14)**

إذا موقف المعلم نحو الطلاب قد يكون له تأثير كبير على تقدير ذاتهم سلبا أو إيجابا، والعلاقة بين الايجابية بين المعلم والطالب لها أهمية كبيرة في تحسين تقدير الذات لدى الطالب.

وتذكر كارا **(Kara,2003 :37)** لن تحصيل الطالب يؤثر على تقدير الذات أيضا فالخبرات المدرسية الناجحة ترتبط إيجابا بتقدير الذات، وان الطلاب الذين يعملون بشكل جيد في المدرسة يميلون إلى تقدير أنفسهم أعلى على اختبارات تقدير الذات من أولائك الذين لا يؤدون أداء جيدا. إذا الأداء الأكاديمي السيئ يمكن أن يساهم في انخفاض تقدير الذات.

3/الأصدقاء والأقران Friends and peers: احد أركان تقدير الذات القبول والحب غير المشروط (دون قيد أو شرط)، ومن ثم يلعب الأصدقاء دورا كبيرا جدا في تعليم الفرد تقدير ذاته ،خاصة أثناء مرحلة المراهقة ،لخوف المراهق من الرفض يجاهد لـ"الاندماج" في جماعة الأقران،ويتضح في هذا طريقة لبسهم وكلامهم ،فقد يؤكد الأقران ما تعلمه الفرد في البيت أو يرفضوه، وبالتالي يؤثر على تقدير ذاته. **(عبد الرحمان عدس، 1999: 157-159)**

4/المهارات الاجتماعية Skills Social:

تؤكد النظريات الاجتماعية للذات على أهمية التفاعلات الاجتماعية في بناء تقدير الذات بمعنى أن الطريقة التي يعرفها الناس الآخرون بها ،كما يظهر في توقعاتها واستجاباتهم يؤثر إحساسنا بالهوية أو الطريقة التي نعرف بها أنفسنا.

كما أن القيم الاجتماعية السائدة في المجتمع تؤثر عليهم بطريقة ايجابية أو بأخرى إلى جانب المقارنات الاجتماعية social comparisons وكذا لعب الأدوار الاجتماعية role plying. **(فيوليت فؤاد وعبد الرحمن سليمان،2002: 196)**

وتضيف كاي **(Kay,2002 :13)** أن مشاكل المهارات الاجتماعية والإدراك الاجتماعي والتوظيف الاجتماعي ليست مجرد تأخر في النمو،ولكنها قد تثير مشاكل الانجاز الاجتماعي والأكاديمي،ونتائج سلبية أخرى تتضمن ترك المراهقين والبالغين المدرسة والاضطراب النفسي ، وجنوح الأحداث، والسلوك الإجرامي.

5/صورة الجسم Body image:

تظهر الدراسات أن جاذبية الجسم و جماله له قيمة كبيرة وتأثير هام على قيمة الذات الجسدية و أن قيمة الذات الجسدية تؤثر على تقدير الذات لدى العديد من الأفراد.

ففي ثقافة اليوم يكتسب المظهر الجسمي قيمة شخصية عالية فالناس يكونون صورة عقلية عن أنفسهم من ثناء أو سخرية الآخرين فيما يتعلق بمظهرهم (البشرة، الطول، الوزن). **(Toro-Morn,2006:140)**

كما أن تقدير ذات الفرد يتأثر بقدراته واستعداداته، وبقدر خلوه من القلق أو من عدم الاستقرار النفسي، والفرص التي يستطيع أن يستغلها بما يحقق له الفائدة، وخبرات النجاح والفشل التي مر بها.

على أي حال الأفراد مسئولون على بناء تقدير ذاتهم، ولكن الأسرة والوالدين والمعلمين، والأصدقاء والتربية الدينية يمكن أن يوفروا المساندة

ويؤثروا على العديد من قرارات واختيارات حياتهم. فالآباء يلعبون دورا مهما في بناء تقدير ذات الأطفال، وعندما يتقدم الأطفال في العمر تتسع عوالمهم الاجتماعية، وكذلك الراشدون والآخرون مثل المعلمين والأقران، يلعبون دورا، مهما جدا في حياة الأطفال وبالتالي في نمو تقدير ذواتهم.

7- أنواع تقدير الذات :

يتنوع تقدير الذات كما يشير ماك كاي **(Mckay,2000:22)** إلى تقدير الذات المكتسب و تقدير الذات الشامل ويمكن التعرف عليها كما يلي:

تقدير الذات المكتسب :هو التقدير الذي يكتسبه الشخص من خلال انجازاته، فيحصل الرضا بقدر ما أدى نجاحات، فيبني تقدير ذاته على ما يحصله من انجازات.

1/ **تقدير الذات الشامل**: يعود إلى الحس العام للافتخار بالذات، فليس مبنيا أساسا على مهارة محددة أو انجازات معينة فهو يعني أن الأشخاص الذين أخفقوا في حياتهم العملية لا يزالون ينعمون بدفء تقدير الذات العام، وحتى إن أغلق في وجوههم باب الاكتساب.

والاختلاف الأساسي بين المكتسب والشامل يكمن في التحصيل والانجاز، ففكرة تقدير الذات بينما فكرة تقدير الذات المكتسب تقول أن الانجاز يأتي أولا ثم يتبعه تقدير الذات ،بينما فكرة تقدير الذات الشامل تقول أن تقدير الذات يكون أولا ثم يتبعه الانجاز.

ويرى مؤيدو تقدير الذات المكتسب أن تقدير الذات المكتسب ذو تأثير سلبي فزيادة الثقة تؤدي إلى المبالغة وهذا يؤدي إلى الشك الذاتي، بينما تقدير الذات المكتسب يمكن الفرد من الاهتمام بذاته فهو ينمو طبيعيا وخصوصا عندما ينجز شيئا ذا قيمة، بينما يحتاج تقدير الذات الشامل لتفعيل ما لديه.

كما ينقسم تقدير الذات إلى:

1/تقدير الذات العالي (الايجابي):

الأفراد ذوو تقدير الذات العالي غالبا ما يكونون واثقين في المواقف الاجتماعية والتحصيل الدراسي ولديهم فضول طبيعي للتعلم، وتلهف وتحمس عندما يقدمون على تحد جديد. **(Kara,2003 :11,Lawrence,1996 :7)**

كما أن الفرد له تقدير ذات عالي واثق بنفسه ولديه احترام للذات ،ويضع أهدافا واقعية ويحققها ،وكفء، ويعالج المشاكل اليومية، ويعبر عن مشاعره وموجه للذات،ويتفاعل ويتفاهم جيدا مع الآخرين. **(Braham,2004:55)**

ويذكر شاز و ويجينس (1994) schatz &Wiggins أن الأفراد ذوي تقدير الذات العالي والايجابي يتحملون المسؤولية، ويتحملون الإحباط، ويشعرون بالقدرة على التأثير في بيئاتهم ويفخرون بأعمالهم، ويحاولون دائما وباستمرار عندما يواجهون المهام الصعبة أو الشاقة. **(Kara,2003 :14)**

وتشير الجاندرا **(Alejandra,2004 :12)** إلى أن تقدير الذات العالي يعني امتلاك مستويات عالية من قيمة الذات Self-Worth، ووعي الذات Self-Awareness ومشاعر الرضا، ومشاعر السيطرة على الحياة.

2/تقدير الذات المنخفض (السلبي):

تقدير الذات المنخفض يعني الافتقار إلى قيمة الذات والسيطرة على الشخصية على الذات الداخلية البيئية،ومشاعر السخط على الذات بشكل عام (Alejandra,2004 :14).

فالأفراد ذوو تقدير الذات المنخفض قد يفتقروا إلى الثقة في قدرتهم على النجاح ولذلك فهم يحاولوا نتجنب المواقف الصعبة

(Kara,2003 :11,Lawrence,1996 :7)

ويرى شاز و ويجينس (1994) Schatz &Wiggins أن تقدير الذات المنخفض يقعوا بسهولة تحت قيادة الآخرين، ويصبحوا محبطين بسرعة وسهولة، وغالبا ما يلوموا الآخرين على عيوبهم، ويتجنبوا المواقف الصعبة،

ويشعرون بعدم القيمة والنفع نسبيا مما يؤدي إلى خفض جهدهم أو ترك العمل الصعب جملة. **(Kara,2003 :14)**

كما أن الأفراد ذوو تقدير الذات المنخفض منعزلون، ولا يقيموا أنفسهم ويشعروا بأن الآخرين لا يقيمونهم، ويتأثروا بالآخرين بسهولة فهم انسحابيون، مرفوضون أكثر من الناس الآخرين يتجنبون المواقف التي تسبق القلق، لديهم تكدر عاطفي، ومزاج متقلب مقارنة مع الآخرين، لديهم صعوبة بالغة في التعبير عن مشاعرهم، ولديهم شعور بالنقص والدونية **(Baraham,2004:55)**

ويوضح جدول رقم (01) مقارنة بين ذوي تقدير الذات العالي والمنخفض:

جدول رقم (01) مقارنة بين ذوي تقدير الذات العالي والمنخفض

م	تقدير الذات العالي الإيجابي	تقدير الذات المنخفض السلبي
1	يجرب أشياء جديدة	يدع الأشياء تحدث
2	يجرب المهام الصعبة	لا يحتفل
3	يحقق إنجازات	لا يحقق إنجازات
4	إيجابي	سلبي
5	يتمتع مع الآخرين	غير مرح
6	متفتح نحو ذاته	كتوم
7	يعطي للآخرين	وحيد
8	واثق	عصبي
9	واثق التصرف	يتوقع الفشل
10	مركز	يصرف الانتباه بسهولة
11	مرن	متصلب
12	يمكن أن يتغير	يلوم الآخرين

13	يتقبل الأفكار الجديدة	متبرم
م	**يؤدي تقدير الذات العالي إلى**	**يؤدي تقدير الذات المنخفض إلى**
1	النجاح	الإفراط في الكحول والمخدرات
2	درجات أفضل	العلاقات الحزينة
3	صحة أفضل	الحمل في المراهقة
4	علاقات أفضل	النبذ في المدرسة
5	حياة اجتماعية أفضل	البطالة (عاطل)
6	النجاح في العمل	الاكتئاب

8- مكونات تقدير الذات self-esteem components:

يتشكل تقدير الذات من عدة مكونات كالتالي:

يوضح "براندن" أن تقدير الذات يمكن التعرف عليه من خلال هذين المكونين:

1/فعالية الذات self-efficacy

2/احترام الذات self-respect

وأوضح "براندن" أن هناك ارتباطا بين المكونين وبأن أعمالنا وسلوكنا (احترام الذات)، والتي تؤثر تباعا على سلوكنا وأعمالنا وإذا شعر الشخص بالجدارة worth والقيمة value .

وبناءا على تقسيم "براندن" قسم "الكسندر" تقدير الذات إلى عدد من العناصر والمكونات كما يلي:

1/قبول الذات غير المشروط: أي معرفة قبول من أنت صفتك الايجابية والسلبية.

2/الإحساس بالقدرة أو الفعالية: تعرف تقدر عليه وما هو صعب.

3/الإحساس بالهدف :لديك هدف أو توجيه في الحياة ،وتسعى لتحقيق ذلك الهدف.

4/الإصرار القوي: الشعور بالقدرة على الأخذ والرد للحصول على ما تريد في الحياة.

5/خبرة تدفق الانجاز: الإحساس بالرضا والسرور عما تعمل، وان تنهك في المهمة.

6/الإحساس بالمسؤولية والمحاسبة: معرفة إلى أي حد انتم سؤول عن مواقفك و أعمالك.

7/الإحساس بالأمان والطمأنينة : الشعور بالثقة في نفسك وفي الآخرين والشعور بالراحة والهدوء في محيط بيتك.

8/الإحساس بالانتماء: الشعور بأنك جزء من الشيء والشعور بالاحتواء.

9 الإحساس بالسلامة: أن تحيي حياتك وفقا لقيمك، و تتصرف و تسلك بما تعتقد أنه صواب.

ويشير "ألكسندر" أن عدم التوازن في أي من هذه العناصر يمكن أن يؤدي إلى صعوبات في الاحتفاظ بتقدير الذات الإيجابي ،فعلى سبيل المثال إن كان لدى الشخص تقدير ذات عالي لأن عمله أعطاه الإحساس بالهدف الإحساس بالانتماء، فإن تقدير ذاته يتأثر عكسيا عندما يصبح عاطل.

وبهذه الطريقة صرح "اليكسندر Alexander" بان انقسام تقدير الذات بهذه الطريقة يسمح لنا بتطوير نظرة تمييز أكثر لفهم تقدير الذات المنخفض، أيضا يساعدنا لنرى كيف نعلم الفرد تقدير الذات الايجابي، خاصة بما يتعلق بالإحساس وبالقدرة أو الفعالية، والإحساس بالهدف، وخبرة التدفق أو الانجاز والإحساس بالمسؤولية والمحاسبة والإحساس بالانتماء.

ويوضح تورو مورن **(Toro-Morn,2006 :136)** أن لتقدير الذات ثلاثة عناصر هي:

1- القبول: الحاجة للانتماء أو استقبال الحب الغير مشروط.

2- الأهمية: وضع الناس قيمة لأنفسهم.

3- الكفاءة قدرات الفرد ومواهبه.

هـــذه الأركـــان الثلاثـــة تـــدعم تكامـــل الشخـــصية مـــن الناحيـــة الجسمية، والناحية الانفعالية (ما نشعر) و والناحية العقليـــة (الأفكـــار التـــي في عقولنا)، والناحية الإرادية (الاختيارات الشعورية وغير الشعورية).

9- أبعاد تقدير الذات:

تناول العديد من الباحثين أبعاد تقدير الذات التي يمكن أن تشترك جميعها فـــي تقدير الذات اجتماعي الأكاديمي ،و المظهري ،فقد قسم فوكس وكورين **(fox & corbin,1989 :412)** تقدير الذات العام إلى ثلاثة أبعاد كما يلي :

1/الكفاءة المهنية.

2/قيمة الذات الجسمية.

3/الكفاءة الاجتماعية.

و تشمل قيمة الذات الجسمية أربعة أبعاد هي :الكفاءة الرياضـــية ،و الحالـــة البدنية و جاذبية الجسم و القوة البدنية.

*ووضع هارتر (1990)Harter ثمانية أبعاد منفصلة لتقدير الذات خاصة فـــي مرحلة المراهقة:

1/ الكفاءة المدرسية

2/ القبول الاجتماعي

3/ إدارة السلوك

4/الصداقة الحميمة

5/القدرة الرياضية

6/ المظهر الجسمي

7/الجاذبية الرومانسية

8/ الكفاءة المهنية **(Liz Hartz &Lynette,2005 :70)**

*بينما قسمت بيريك (1996) Berk تقدير الذات العام إلى ستة أبعاد كما يلي:

1- الاجتماعي

2- الأكاديمي

3-إدارة السلوك

4- العلاقات مع الأقران والوالدين

5- القراءة والحساب

6- المظهر الجسمي **(Berk,1996 :356)**

في حين قسم جمال فايد (1996)تقدير الذات إلى ثلاثة أبعاد كما يلي:

1/ تقدير الذات الأكاديمي: وهو تقييم الفرد لخصائصه الأكاديمية وقدرته على الأداء.

2/تقدير الذات الاجتماعي: و هو تقييم الفرد لخصائصه الاجتماعية وتفاعله مع الآخرين.

3/تقدير الذات المظهري :و هو تقييم الفرد لخصائصه المظهرية .

وقد اختارت الباحثة الأبعاد الثلاثة السابقة وقد تطلب موضوع البحث هذه الأبعاد (الأكاديمي، والاجتماعي، والمظهري) نظرا لأهمية هذه الأبعاد في التأثير على تقدير ذات الفرد، فكما سبق أن ذكرنا يلعب التحصيل الدراسي دورا كبيرا في تقدير الذات لدى الأفراد، كما أن المهارات الاجتماعية، وتكوين العلاقات والصداقات،والتفاعل مع الأقران لهم اثر كبير على تقدير الذات، كما أشارت "كاثرين وكريستين" إلى أن المظهر يأتي في المرتبة الثانية في التأثير على تقدير الذات لدى الأفراد بعد الوالدين.

(Christin & Kathryn,2006 :57)

10- تقدير الذات و النوع self-esteem and geuder :

يؤثر نوع الجنس على تقدير الذات بوجه عام ،يتبع الـــذكور والإنـــاث جوهريا نفس المسار لكلا من الجنسين ،تقدير الذات عالي نسبيا في الطفولة، و ينحدر أثناء المراهقة، ثم يرتفع تدريجيا في مرحلة الرشد، و يتراجع بعد ذلـــك في مرحلة الشيخوخة.

ومع هذا، هناك بعض الاختلافات المثيرة بين الجنـــسين، بـــالرغم أن الأولاد والبنات يحققون مستويات مماثلة من تقدير الذات أثناء الطفولة، يظهر الفرق بين الجنسين قرب المراهقة ذلك أن الأولاد المراهقين يكون لديهم تقدير ذات أعلى من البنات المراهقات ويستمر هذا الفارق بين الجنسين طوال مرحلة الرشد يضيق بعد ذلك حتى قد يختفي في الشيخوخة.

.(Richard& Trzesniewski, 2005 :160)

و قدم الباحثون تفسيرات عديدة لاختلافات النوع، تراوحت من تغيرات النضج المرتبطة بسن البلوغ إلى العوامل الاجتماعية المرتبطة بالمعاملـــة التفاضـــلية للأولاد و البنات في الفصل ،أو اختلافات النوع في المظهر الخارجي .

ويذكر "ريسونير" (Reasoner,2002) أن افتقاد تقـــدير الـــذات يـــرتبط مباشرة بالعديد من المشاكل الهامة التي تواجه البنات المراهقات، يشمل ذلـــك الأداء الأكاديمي السيئ وترك المدرسة، وسوء استخدام المال، والحمـــل فـــي مرحلة المراهقة والسلوك الإجرامي.

ويذكر "بلوك وروبينس" **(block & Robbins,1994 :165)** أن نوع الجنس يؤثر على نمو تقدير الذات بشكل ملحوظ في مرحلة المراهقة، وبوجـــه عـــام تبين أن البنات لديهن قيمة ذات اقل مـــن الأولاد، ويـــواجهن انحـــدار كبيـــر في تقدير الذات أثناء سنوات المراهقة.

وطبقا لـــ "وست وســـويتينج " " west & sweeting"، تقـــدير الـــذات المنخفض خاصية في الإناث اكبر من الذكور بسبب قلقهـــن الكبيـــر علـــى أجسادهن ومظهرهن.

كما لاحظ بيفر (1994) Pipher أن دور النوع يزداد في مرحلة المراهقة، حيث تفرض قيود على الإناث نتيجة للتوقعات والضغوط الاجتماعية لقبول الأدوار التقليدية المحدودة للزوجة والأم وهو أن يكون عندها مفهوم ذات يتميز بالمرونة في الاستجابة لهوايات الأزواج وحاجات الأطفال.
(Liz hartz & Lynette,2005 :72)

علاوة على ذلك ذكر "نيلسن" **(Nielsen,1996 :232)** أن العديد من المراهقات اللواتي جاهدن لبناء هواياتهن صادفن رفضا كبيرا. كما أضاف أن تقييم جدارة الشخص المبني على النماذج الجميلة جدا يؤثر على الإناث أكثر من الذكور، حيث تحمل أكثر النساء مشاعر سلبية نحو مظهرهن ويضعن أهمية كبرى على هذه السمة. هذه النظرة ينتج عنها أن الشابات الأقل جاذبية غالبا يحكمن على أنفسهن بأنهن غير مستحقات للعلاقة الايجابية والأصدقاء، ويتخذن قرارات سيئة أحيانا في محاولة الشعور بالقيمة.

إضافة إلى ذلك بوجه عام تواجه البنات نجاح أكاديمي ناقص أثناء المراهقة، وعلى خلاف الأولاد، تقبل البنات حالات الفشل الأكاديمية، وينسبن الصعوبات إلى نقص الشخصي بدلا من قلة المعرفة أو مهارات حل المشكلة. كما أن الإساءة الانفعالية والجنسية وفقدان الحبيب، كلها عوامل تتعارض مع النمو الطبيعي لتقدير الذات عند الإناث. **(Liz hartz & Lynette,2005 :72)**

ويشير "فوجل" **(Vogel,2005:465)**، أن البنات الشابات بالذات عرضة لانخفاض تقدير الذات نتيجة لتأكيد المجتمع على الجمال والضغوط الواقعة عليهن ليكن جميلات فالمجتمع يحكم على البنات وفقا لمظهرهن، بينما يحكم على الأولاد وفقا لانجازهم، فتقدير الذات للبنات مرتبط غالبا بالمظهر الجسمي بينما تقدير ذات الأولاد على الأرجح مرتبط بالمواهب والقدرات.

إذا يتأثر تقدير الذات بنوع الجنس ، وان الإناث بوجه عام اقل من الذكور في تقدير الذات ، بسبب الأدوار الاجتماعية المحددة لهن والتغيرات التي تحدث في صورة الجسم خاصة في مرحلة المراهقة.

تقدير الذات لدى المراهقين:

يذكر (الضامن،2005 :191- 190) أنه إذا كان مفهوم الذات يعني نحن، فإن تقدير الذات يعني كيف نشعر بأنفسنا، وبمعنى آخر، فإن تقدير الذات هو الجانب التقييمي لمفهوم الذات وبالتالي لا داعي للفصل بين المفهومين .

ويعتبر (كارل روجرز1961 :50) أن تقدير الذات هو محور الشخصية السليمة، فالأشخاص الذين يحبون أنفسهم لديهم مشاعر إيجابية نحو الآخرين، ونحو أنفسهم بشكل عام .

فالمراهقين الذين يحبون أنفسهم، تجدهم سعداء، بينما المراهقين الذين تقديرهم لذواتهم منخفض تجدهم مكتئبين .كما أن الأشخاص الذين يقدرون أنفسهم تقديراً منخفضاً، لا يشعرون بالأمن في علاقاتهم مع الآخرين، ويشعرون بالقلق حول أنفسهم فتقدير الذات المتدني في مرحلة المراهقة يرتبط بتعاطي المخدرات، الجنوح، الاكتئاب والأفكار الانتحارية، بالإضافة إلى الخجل الذي يصاحب عدم تكيفهم النفسي .

ومن الملاحظ أن تقدير الذاتلدى المراهقين غير مستقر، خاصة لدى الحساسين للتقييم.

وقد أشار "cooper smith "إلى أربعة عناصر تلعب دوراً في نمو تقدير الذات بشكل عام وهي:

1 -مقدار الاحترام والتقبل والمعاملة التي تتسم بالاهتمام التي يحصل عليها الفرد من قبل الآخرين الهامين في حياته.

2 -تاريخ نجاح الفرد والمناصب التي تمثلها في العالم (يقاس النجاح بالناحية المادية ومؤشرات التقبل الإجتماعي).

3 -مدى تحقيق طموحات الفرد في الجوانب التي يعتبرها هامة، مع العلم بأن النجاح والنفوذ لايدرك مباشرة ولكنه يدرك من خلال مصفاة في ضوء الأهداف الخاصة والقيم الشخصية.

4 -كيفية تفاعل الفرد مع المواقف التي يتعرض فيها للتقليل من قيمته . فـــبعض الأشخاص قد يخففون ويحورون ويكبتون تماماً أي تصرفات تشير إلى التقليل من قيمتهم من قبل الآخرين أو نتيجة فشلهم السابق. حيث تخفف القدرة على الدفاع عن تقدير الذات من شعور الفرد بالقلق وتساعده في الحفاظ على توازنه الشخصي **(الماضي، 1993: 62)**

ويرى **(الدلفي،2001 : 57)** أن مفهوم الذات عند الراشدين تتكون نتيجة حصيلة محاولاته الأولى من الخطأ والصواب، أو النجاح والفشل، فيعرف مواطن قوتـــه وضعفه، فيتعلم كيف يلعب أدواراً مختلفة تبعاً لذلك، ويكون على معرفـــة بكـــل التغيرات التي تطرأ على حياته.

الفصل الرابع

التوافق النفسي وأبعاده

1-مفهوم التوافق النفسي

2- خصائص التوافق

3- تصنيفات التوافق

4- عناصر التوافق

5- خصائص التوافق

6- عوامل (مطالب) التوافق

7- عوائق التوافق

8- التوافق الحسن والتوافق السيء

9- النظريات المفسرة للتوافق

10- العوامل المؤثرة في عملية التوافق

11- التوافق والصحة النفسية

12- مجالات التوافق

13- التوافق من المنظور الإسلامي

تمهيد :

إن الحياة بزخمها ومتطلباتها تتطلب الإشباع على عدة مستويات حتى يتمكن الإنسان من التكيف ومسايرتها وعلى هذا فإن الفرد في مختلف مراحل حياته نجده يسعى لإشباع هذه الحاجيات لكي يستطيع إحداث نوع من التوافق سواء على المستوى الشخصي أو الإجتماعي حيث شغل مفهوم التوافق حيزا كبيرا في الدراسات والبحوث العربية والأجنبية وذلك لأهميته في الحياة الإنسانية.

فالتوافق ليس مرادف الصحة النفسية ،فحسب بل يرجعه كثير ممن يعملون في هذا الحقل بأنه الصحة النفسية بعينها ، والتوافق ليس عملية جامدة ثابتة تحدث في مواقف أو فترة معينة ، بل إنها عملية مستمرة دائمة فعلى الفرد ان يواجه سلسلة لا تنتهي من المشاكل والحاجات والمواقف التي تحتاج الى سلوك مناسب يؤدي إلى خفض التوتر وأعادة الإتزان والحفاظ بالعلاقة مع البيئة وهذا يعنيأن الفرد مطالب بإعادة الإحتفاظ بالعلاقة المنسجمة مع البيئة كلما أطاح بهذا لاتزان او هدد هذه العلاقة أي مثير داخلي وخارجي وهو مانعنيه عندما نقول أن عملية التوافق ديناميكية ومستمرة ولأبرز أهم المفاهيم المفسرة لهذه الأخيرة ،و كذا الأبعاد والنظريات المفسرة أدرجنا هذه العناصر بالتفصيل من خلال هذا الفصل .

1/مفهوم التوافق النفسي:

1.تعريف التوافق لغة:

أ . ورد في لسان العرب " أن التوافق "مأخوذ من وفق الشيء أي لاءمه وقد وافقه موافقة ، واتفق معه توافقاً. **(ابن منظور الأنصاري ،68:1988)**

ب. وكما ورد في معجم الوسيط أن التوافق في الفلسفة هو أن يسلك الفرد مسلك الجماعة ويتجنب الانحراف في السلوك

(أنيس وآخرون،1047:1973).

يتضح للباحثة من التعريفين السابقين لتعريف التوافق في اللغة أنه " يعني الملائمة والانسجام وعدم النفور".

2.تعريف التوافق اصطلاحاً:

عرفه بخيت (1988) أنه" علاقة إيجابية يقوم بها الفرد متعمداً لتكون العلاقة متناغمة منسجمة مع البيئة المحيطة به وهذا ينطوي على قدرة الفرد على إدراك الحاجات البيولوجية والاجتماعية والانفعالية التي يعاني فيها."

كما عرفه زهران (1982) أنه" عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته. "

كذلك عرفه فهمي أنه " تلك العملية الدينامية التي يعبر بها الشخص عن سلوكه ، ليحدثعلاقة أكثر توافقاً بينه وبين البيئة وبناء على هذا الفهم نستطيع أن نعرف هذه الظاهرة بأنها " القدرة على تكوين العلاقات المرضية بين الفرد" .

يتضح للباحثة من التعريفات السابقة للتوافق أنه يعني " الايجابية في التفاعل والاستمرارية لهذا التفاعل وينتج عن هذا التفاعل الرضي والقبول بين الفرد ونفسه من جهة وبين الفرد والبيئة المحيطة به وبكافة مكوناتها."

3.تعريف التوافق النفسي:

هو "حالة من التوائم والانسجام والتناغم مع البيئة وتنطوي على قدرة الفرد على إشباع معظم حاجاته وتصرفاته بشكل مرضي إزاء مطالب البيئة المادية والاجتماعية وتجنب الفرد معظم المتطلبات الفيزيائية والاجتماعية التي يعاني منها الفرد ". (الديب ،8:1988)

4.تعريف التوافق الاجتماعي:

ويقصد به" تلك التغيرات التي تحدث في سلوك الفرد وفي اتجاهاته وعاداته بهدف الموائمة البيئية وإقامة علاقات منسجمة معها إشباعاً لحاجات الفرد ومتطلبات البيئة ". (الحفني ،57:1975)

5.التوافق النفسي والاجتماعي :

هو حالة من التواؤم والانسجام مع البيئة والتي تنطوي على قدرة الفرد على إشباع معظم حاجاته وتصرفاته وهنا يبرز التوافق بجناحيه التوافق النفسي الداخلي، أي بين الفرد ونفسه والجناح الآخر التوافق الاجتماعي بين الفرد والبيئة المحيطة في ضوء العلاقات المتبادلة بين الأفراد والبيئة. (فهمي ،148:1970)

ويضيف الباحث أن التوافق النفسي والاجتماعي لا يتوقف علي التغيرات التي تحدث في البيئة المحيطة ، وإنما لابد من المسايرة الايجابية والتناغم الفعال والمتبادل بين الفرد ومحيطه الاجتماعي ، وحتى يحدث التوازن مع البيئة المحيطة لابد من التعديل والتغيير المطلوب وصولاً للانسجام التام بين الفرد ونفسه وبين الفرد والبيئة.

وهذا ما أكده زهران (1982) حول التوافق أنه عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته.

2/ تصنيفات التوافق:

1.التصنيف على الأساس البيولوجي:

ويرى أصحاب هذا التصنيف أن التوافق هو المرونة في مواجهة الظروف البيئية المتغيرة وهو عملية ديناميكية مستمرة يتوافق فيها الكائن الإنساني مع بيئته كما ويؤكد لورنس "أن الكائنات الحية تميل إلى أن تغير من أوجه نشاطها في استجابتها للظروف المتغيرة في بيئاتها ، وذلك أن تغيير الظروف ينبغي أن يقابله تغيير وتعديل في السلوك.

أي ينبغي علي الكائن الحي أن يجد طرقاً جديدة لإشباع رغباته ، وإلا كان الموت حليفه، أي أن التوافق هنا إنما هو عملية تتسم بالمرونة والتوافق المستمر مع الظروف المتغيرة.

2.التصنيف على الأساس الاجتماعي:

يرى أصحاب هذا التصنيف أن التوافق هو إقامة علاقة منسجمة بين الفرد وبيئته الاجتماعية من خلال إحداث تغير نحو الأحسن في الفرد ، ويتضمن هذا النوع من التوافق أسلوب حل المشكلات التي تنشأ في عملية التفاعل مع المجتمع.

3.التصنيف علي الأساس النفسي:

ويرى أصحاب هذا التصنيف أن التوافق يتمثل في خفض التوترات وإشباع الحاجات للفرد ويتميز هذا التوافق بالضبط الذاتي وتقدير المسئولية.

ويرى " آخرون" أن التوافق يجب أن يتم بين الفرد ونفسه وبين الفرد والآخرين وأن يشعر الفرد بأن حاجاته مشبعه كشعوره بالأمن ومدى قبوله من قبل الآخرين وقدرته على الحب والتقدير والحرية والانتماء. (الطيب ،32:1994)

يتضح للباحث من التعريفات السابقة أن التوافق يأخذ منحي التخصص حسب التصنيفات التي ينظر إليها أصحابها ، ويري هنا الباحث أنه لا غني للفرد السوي وغير السوي عن الانسجام والتناغم ولو بالحد الأدنى من أجل المواصلة والاستمرار في الحياة بعيداً عن الشذوذ عن بقية أفراد المجتمع وهذا يجنبه

التوترات والصراعات الداخلية في ذاته والخارجية في المجتمع المحيط به والشعور بالأمن ، وإشباع الحاجات، والقبول من الآخرين.

3/ عناصر التوافق:

تستهدف عملية التوافق تحقيق التوازن بين الكائن من جهة والمحيط به من جهة أخرى فالتوافق يكون تفاعل الفرد مع ذاته ومع الناس الآخرين، وهذا التفاعل فيه جوانب التأثير المتبادل. فذات الفرد هي المجموع الكلي لما هو عليه الفرد كالجسد والسلوك والأفكار والمشاعر وهذه هي التي تتعامل مع الشخص في كل الأوقات.

فيما يتعلق بالآخرين من البيئة المحيطة بالفرد ويكون التأثير متبادلاً بين الفرد وبين الأفراد الآخرين من خلال عملية التفاعل الدينامكي المستمر فيما بين الفرد وبين محيطه الاجتماعي ومن هنا يمكن أن نلخص أن عناصر التوافق عنصرين أساسيين وهما:

الأول: الفرد وما ينطوي عليه في بنائه النفسي من الحاجات والدوافع والخبرات والقيم والميول والقدرات وكل ذلك يساعد في توجيه السلوك الإنساني وهذا ما يطلق

عليه بالمحيط النفسي الداخلي للإنسان.

الثاني: هو المحيط الخارجي للفرد والذي تقصده البيئة الاجتماعية والبيئة الطبيعية والتي تتفاعل مع العناصر في تكوين المحيط العام للفرد ولكن يكون أحدهما الغالب في حياة الفرد فسلوك طالب المدرسة الذي يسعى للتوافق الاجتماعي مع الآخرين من زملائه في المدرسة فإنه يمر بعملية التوافق ويكون الغلبة للبيئة الاجتماعية المحيطة بالفرد. **(الحاج ،1977: 25-26)**

يتضح للباحث مما سبق أن عناصر التوافق تتضمن الآتي:

- تفاعل الفرد مع البيئة المحيطة.
- أن يكون التفاعل بناء وإيجابي.
- التغيير والتعديل للسلوك نحو الأحسن.

- الإشباع للحاجات والدوافع وفق المتعارف عليه مجتمعياً.
- التوازن والاعتدال في كافة مناحي الحياة وعدم التطرف والانحراف.

4/ خصائص التوافق:

1.التوافق عملية كلية:

إن التوافق يشير إلى الدلالة الوظيفية لعلاقة الإنسان باعتباره كائن حي يتفاعل مع البيئة المحيطة بكيانه كله، ويعد التوافق بناءا على تلك الخاصية المميزة لهذه العلاقة الكلية فالإنسان بين عنصرين لا يعد توافقاً، كما أن قصر التوافق علي السلوك الخارجي مع إغفاله تجاربه الشعورية لا يعد توافقاً ، بل إن التوافق هو التفاعل الكلي والشمولي بين الإنسان والبيئة المحيطة به. (دمنهوري ،1986: 82)

ومن هنا يعني أن يكون النظر للإنسان باعتباره شخصية كلية متكاملة وأن التوافق قائم على صراع بين الذات والموضوع بل هو سلسلة متصلة لا تنتهي عن هذا الصراع فالإنسان موحد في علاقاته بمحيطه الاجتماعي وفي جميع مجالات الحياة. (المغربي،1992: 12)

2.التوافق عملية دينامية:

فعملية التوافق مستمرة على مدى الحياة ولا تتم مرة واحدة وبصفة نهائية بل تستمر طوال الحياة التي تتضمن سلسلة من الحاجات المتغيرة لإشباعها وأن التوافق يمثل المحصلة أو تلك النتائج التي تتضمن عنها صراع القوى المختلفة، بعضها ذاتي والآخربيئي وبعض القوى فطري والبعض الآخر مكتسب والقوى البيئية بعضها مادي وبعضها الآخر قيمي وآخر اجتماعي وفي النهاية إن التوافق هو المحصلة لكل القوى السالف الذكر. (دمنهوري ،1996: 83)

3.التوافق عملية ارتقائية:

ويعني هذا أن نضع في اعتبارنا حاجات الفرد ودوافعه في مراحل نموه المختلفة فلكل مرحلة متطلباتها وحاجاتها ، فالنمو الإنساني ليس إلاً سلسلة من الواجبات التي يجب أن يؤدي إلى رضا المجتمع عنه ورضاه عن نفسه ، بينما يؤدي عدم تعلمه لها أو فشله في تعلمها فإنها تؤدي إلى تعاسته وسخط المجتمع

عليه وهذا بدوره يشعره بعدم التوافق مع نفسه من جهة ومع المجتمع من جهة أخرى ، وإن كل واحد من هذه الواجبات يظهر في سن معين من مراحل النمو خلال حياة الفرد ويؤدي تعلمه هذه الواجبات إلى سعادته ونجاحه في تعلم الواجبات الأخرى وهذه الواجبات تقوم على أسس ثلاثة بيولوجي، اجتماعي ونفسي. **(فهمي ،1987: 38-39)**

4.التوافق عملية نسبية:

إن عملية التوافق عملية نسبية حيث يختلف باختلاف الظروف الاجتماعية والاقتصادية وأنه يتوقف على عاملي الزمان والمكان ، ومن ثم يمكن القول بأن التوافق مستويات متعددة فالحياة ما هي إ ّ لا سلسلة من عمليات التوافق ، فالإنسان يقوم بتعديل سلوكه ويغُير أنماطه واستجابته للمواقف حينما يشعر الفرد بأنه بحاجة للإشباع ، والفرد السوي هو الذي يتصف بالمرونة والقدرة على تغيير استجابته حتى تلاءم المواقف البيئية المتغيرة ، ويصل للإشباع عن طريق سلوك توافقي مع تلك المواقف(الأغا ، 1989) .

ومن جانب آخر "قد يكون متوافقاً في فترة من فترات حياته ، وغير متوافق في فترة أخري ، فليس هناك ما يعرف بالتوافق التام ، لأن التوافق التام على مدار الحياة إلى الجمود وعدم الشعور بالتغيير ، فالتوافق عملية نسبية معيارية تختلف باختلاف الزمان والمكان والظروف التي يمر بها الإنسان " . **(المغربي ،1992: 13).**

5.التوافق عملية اقتصادية:

ويقصد بذلك من حيث المصدر للطاقة النفسية المودع في النظام الأساسي للشخصية والتي يتنافس عليها مع الأنظمة الثلاثة للشخصية عليها ، إلا أن النظام الأساسي يبقى المستودع الأساسي للطاقة ويستمد النظامان الآخران كلاهما الطاقة اللازمة لنشاطهما من النظام الأساسي وعلى سبيل المثال أن المجال الذي ينشأ فيه الطفل للفرد ويؤثر في نموه تأثيراً كبيراً فإن ساعد هذا المجال على إشباع حاجات النظام الأساسي للفرد بيولوجية كانت أم نفسية أثر ذلك ايجابياً في أساليب توافقه ، أما إذا تعددت مواقف الحرمان وزادت حدتها فإن التوتر يبقى متلازماً

لحاجات هذا النظام الأساسي وإن الشخصية ستبقى تعاني من الصداع والاضطراب. (دمنهوري، 84:1986)

6.التوافق عملية وظيفية:

ويقصد به أن التوافق سوياً كان أو مرضياً ينطوي على وظيفة إعادة الاتزان أو تحقيق الاتزان من جديد الناشئ عن صراع بين القوي بين الذات والموضوع والإنسان شعاره الدائم أنا موجود في حالتي الصحة والمرض والتوافق وسوء التوافق على السواء. (المغربي،1992: 12)

7.التوافق عملية تستند إلى طبوغرافية النفس:

ويقصد بها حسب مدرسة التحليل النفسي بان طبوغرافية الشخصية مكونة من ثلاث عناصر متفاعلة معا وهي المكونة للنظام الأساسي للشخصية والذي تعتبره المدرسة مستودع الطاقة النفسية الذي يغذي النظامين الآخرين وهي الهو، والانا ، والأنا الأعلى، وعليه فان التوافق زاوية طبوغرافية هو المحصلة التي تنتج عن صراع جميع القوى سواء كانت ذاتية أو بيئية وفي نهاية المطاف صراع بين النظام الإداري والنظام الأساسي وأحياناً بين النظام الإداري والنظام الأخلاقي للشخصية وعندما ينجح النظام الإداري في حسم الأمر يظهر التوافق واضحاً جداً. (دمنهوري ،183:1986)

8.تحليل عملية التوافق:

تتطلب الحياة توافقاً مستمراً ولا تقتصر على دوافع الإنسان على تلك الحاجات الفسيولوجية ، بل تتمدد وتتشعب إلى حاجاته المعمقة التي تكتسب خلال عمليات التطبيع الاجتماعي أثناء طفولته عن طريق علميات التعلم التي تحدها العوامل الحضارية فإذا بقى الإنسان بحاجة غير مشبعة، شعر الفرد بالتوتر وعدم الراحة ، وبدأت محاولات الإشباع للحاجات من اجل إزالة التوتر والقلق من خلال الاستجابة المحددة والتي تهدف وتحقق له قدراً من التوافق والتوائم ، والبيئة ليست جنان عدن بل هي كدر وسعي وعمل وتغلب على العقبات وتخطي العوائق

والصعوبات والإنسان ذو قدرات محددة وهو صراع مع غيرها من القدرات الساعية لنفس الهدف في حدود ومعايير المجتمع. (دسوقي،1985: 33)

يتضح للباحث مما سبق أن مما تضمنته خصائص التوافق ما يلي:

- التفاعل الكلي والشمولي للفرد مع البيئة.
- التوافق يكون مدي الحياة ودائمة وليس لمرة واحدة.
- التناغم والانسجام بين الأجهزة النفسية الثلاثة ودون صراع بينهم.
- العمل علي الوقاية للتوازن والاعتدال من أجل السواء بدل الصراع والإحباط.
- تقوية جهاز الأنا كرقيب وضابط وحكم بين الهو من جهة والأنا الأعلى من جهة أخري.
- التوافق يأخذ أشكال الحياة بكافة جوانبها وليس جانب واحد.

5/ عوامل (مطالب) التوافق:

يلخص مطالب التوافق في النقاط التالية: (زهران، 1982:30-32)

1. نمو واستثمار الإمكانيات الجسمية إلي أقصى حد ممكن وتحقيق الصحة الجسمية لأنها ذات صلة وثيقة بالصحة النفسية.
2. النمو العقلي المعرفي يتم بشكل مثالي عند تحقيق أقصى الحدود الممكنة للنمو العقلي وتحصيل أكبر قدر من المعرفة واكتساب أسلوب التفكير العلمي الناقد.
3. تكوين مفهوم ايجابي عن الذات لان تقدير الذات يسهم في الصحة النفسية للفردوفي توافقه الاجتماعي المناسب.
4. النمو الاجتماعي ويقتضي ذلك المشاركة الفعالة في حياة الجماعة والاتصال السليم المثمر مع أفرادها وتنمية المهارات الاجتماعية التي تحقق التوافق الاجتماعي السوي كما ويقتضي ذلك تقبل الواقع ووجود منظومة من القيم التي توجه الفرد وتكيفه مع بيئته المحيطة.

5. تحقيق الذات وتحقيق الدوافع للنجاح والتحصيل ومن المهم إشباع الحاجات مثل الحاجة إلى الأمن والانتماء والحب والتقدير.
6. النمو الانفعالي إلى أقصى درجة ممكنة وهذا عنصر مهم لتحقيق الصحة النفسية ويتطلب القدرة على ضبط الذات والنجاح في التعبير عنها والاتزان الانفعالي.
7. قبول التغيرات في الذات والبيئة والتوافق معها مثل ما يواجهه الفرد في شيخوخته من تغيرات على حياته كالتقاعد أو وفاة الزوج أو الزوجة أو الضعف الجسدي. (زهران،1982: 30-32)

يتضح للباحث أن لمطالب النمو أهداف منها:

1- العناية الجسمية وعدم إهمالها.
2- إتاحة الفرصة للجانب العقلي والمعرفي في اكتساب الخبرة.
3- تكوين مفهوم ايجابي عن الذات.
4- الاندماج في العمل الجماعي.
5- الارتقاء بالفرد وإشباع الحاجات الأساسية والمكتسبة.
6- التدريب علي ضبط الذات وتوجيهها في المكان الصحيح.

6/ عوائق التوافق:

يلخص (عودة ، ومرسي ،1984 :175) عوائق التوافق في النقاط التالية :

1- **العوائق الجسمية**: ويقصد بها العاهات والتشوهات الجسمية ونقص الحواس التي تحول بين الفرد وأهدافه ، فضعف القلب وضعف البنية قد يعوق الفرد عن المشاركة في بعض الأنشطة وتكوين الأصدقاء.
2- **العوائق النفسية**: ويقصد بها نقص الذكاء الاجتماعي أو ضعف في القدرات العقلية والمهارات النفسية والحركية أو خلل في نمو الشخصية والتي تعوق عن تحقيق الأهداف والصراع النفسي الذي ينشأ عن تناقض وتعارض الأهداف وعدم القدرة علي المفاضلة بين الأشياء في الوقت المناسب.

3- العوائق المادية الاقتصادية :ويقصد بها نقص المال وعدم توفر الإمكانات المادية وهذا يعتبر عائقاً كبيراً يمنع كثيراً من الناس من تحقيقا أهدافهم في الحياة وقد يسبب لهم الشعور بالإحباط.

4- **العوائق الاجتماعية**: ويقُصد بها القيود التي يفرضها المجتمع في عاداته وتقاليده وقوانينه لضبط السلوك وتنظيم العلاقات

(عودة، ومرسي،1984 : 175)

7/ التوافق والصحة النفسية:

ومما لا شك فيه أن الفرد عندما يشبع حاجاته بما يتلاءم ومتطلبات البيئة ومن هذه الحاجات، هي الحاجة الشخصية، والحاجات التربوية والحاجات المهنية فهذا هو التوافق، بينما الصحة النفسية فهي هدف عام وشامل للتوافق النفسي والاجتماعي، وقد يكون الفرد متوافقاً مع بعض الظروف في بعض المواقف ولكنه قد لا يكون راضياً عن نفسه بذلك التوافق، أي لا يكون صحيحاً نفسياً في بعض المواقف، ولكنه مضطر إلي مسايرة البيئة ظاهرياً ورفضه لها داخلياً.

(عبد المنعم ،1996 : 16)

8/التوافق الحسن والتوافق السيئ:

يرتبط مفهوم التوافق بمفهوم الصحة النفسية ، لأن الفرد حين يملك شخصية متوافقة فهوعلى قدر كبير من التوافق النفسي وهذا الارتباط بين المفهومين هو الأساس في الحديث عن التوافق والصحة النفسية وقد قام كولمان (1969) بوضع بعض السمات للشخصية التي تشير إلى التوافق السوي والصحة النفسية.

وتتلخص بالآتي:

1- **مفهوم الذات الايجابي:** حيث يفهم الفرد نفسه ويكون تقييمه لذاته موضوعياً كما يقبلذاته ويحترمها.

2- **إدراك الواقع :** ويتحقق من خلال إدراك الفرد لذاته وبيئته إدراكاً يتسم بالواقعية.

3- **وحدة الشخصية :** وتحررها من الصراعات والقلق والضغط النفسي.

4- القدرة على مواجهة مشاكل الحياة.

الاستقلالية وتتطلب الثقة وضبط الذات واتخاذ القرار المستقل.

5- تحقيق الذات عبر تنمية إمكانيات الفرد إلى أقصى درجة .

(الطحان،1998:165)

أولاً : التوافق الحسن:

ويكون التوافق الحسن على مستويين وهما:

1- شخصي: ويشير إلى التوازن بين الوظائف المختلفة مما يترتب عليه أن تقوم الأجهزة النفسية بوظائفها دون صراعات قوية.

2- اجتماعي : ويشير إلى إقامة الفرد علاقة منسجمة مع البيئة المحيطة به ويتأثر التوافق الاجتماعي بمدى الانسجام الداخلي في الشخصية.

(كفافي ،1987 : 37)

***مظاهر التوافق الحسن:**

1- **العلاقة الصحيحة مع الذات :** وتتمثل في ثلاث أبعاد:

أ .فهم الذات: ويعني أن يعرف المرء نقاط القوة والضعف لديه وأن لا يبالغ في تقدير خصائصه ولا يقلل من شأنها.

ب . تقبل الذات :وهذا يعني أن يقبل الفرد ذاته بايجابياتها وسلبياتها وان لا يرفضها لان رفض الذات يؤدي إلى رفض الآخرين والفشل في التوافق.

ج .أن يسعى الفرد إلى تطوير ذاته ويكون ذلك بتأكيد جوانب القوة ومحاولة التغلب على القصور والضعف.

2. المرونة: وهي محاولة الفرد إيجاد بدائل للسلوك الذي يفشل في الوصول للهدف كذلك يمكن أن ينصرف عن الموقف كلية إذا وجد أن الهدف أعلى من مستوى إمكانياته.

3. الشعور بالأمن :يشعر الفرد المتوافق ايجابياً بالأمن والطمأنينة بصفة عامة وهذا لا يعني أن الإنسان السوي لا ينتابه القلق ولا يمر بحالات صراع بل يشعر بالقلق عندما توجد مواقف مثيرة للقلق ، ويمر بالصراع إذا واجه مواقف الاختيار بين بدائل أو مواقف متعارضة لكنه يواجه الموقف بفعالية ويسعى لحل المشكلات

وإزالة مصادر الصراع والتهديد وذلك في حدود إمكانياته وضمن رؤيته متبصرة لواقعه.

4. الإفادة من الخبرة: ويتضمن تعديلاً في السلوك عند الضرورة بناء على الخبرات التي يمر فيها مثل موقف يمر به يضيف إلى خبرته مما يجعله أكثر قدرة على مواجهة المواقف المستقبلية.

5. التناسب: ويعني عدم المبالغة ومواجهة الموقف بما يقتضيه وخاصة في المجال الانفعالي والمظهر السليم في الانفعال أن تكون حساسية الفرد الانفعالية متناسبة تستند عن الظروف التي تحيط به وأن تبقى ضمن حدود تحكمه تحكماً مناسباً مع مستوى نموه العام ويشعر الفرد السوي بالسرور والحزن والدهشة لكي يعبر بقدر متناسب مع المثيرات التي أثارته. **(كفافي ،1987: 27-31)**

6.الواقعية للحياة : وتشير إلي إدراك مناسب للحقيقة وفي تقدير الأمور، لأن البعد عن الواقعية يؤدي بالفرد إلي تقدير خاطئ للأمور مما قد يسبب له المشاكل الشخصية والاجتماعية كما ويتطلب فهم الواقع والاتزان في ردود الأفعال وفي تفسير ما يجرى في العالم. **(الداهرى ، والعبيدى ،1999: 54)**

7. القدرة على مواجهة الإحباط: يتصف الإنسان ذو التوافق الحسن بقدر على مواجهة الإحباط وصلابة قوية إزاء متاعب الحياة وأحداثها اليومية ، كما ويتصف بدرجة عالية من التحمل والصمود ومواجهة عقلانية لمواقف الإحباط ألا يطغى عليها الانفعال أو التخبط.

8. القدرة على اتخاذ القرار وتحمل المسئولية: إن مواقف الحياة تجعلنا دائماً بحاجةإلى اتخاذ قرارات وتتصل القرارات بتحقيق أهدافنا ومطامحنا وإشباع حاجاتنا في إطار اجتماعي تحكمه قواعد ونظم وقوانين وأعراف ومعايير سلوكية وإن علامات التوافق الحسن هو قدرة الفرد على تحمل المسئولية لأفعاله واتخاذ القرارات السليمة. **(الطحان،1987: 180)**

9.الإنتاجية والكفاية في العمل: ويعني نجاح الفرد في استثمار قدراته في نشاط إنتاجي مع وجود عنصر الأمل ومحاولة تحسين الذات والتقدم بها نحو مزيد من الاتفاق (زيدان،1972) .

10.الإفادة من الخبرة: وتتضمن التعديل في السلوك عند الضرورة بناءا على حسب الخبرات التي يمر فيها الفرد وهذه الخبرات تجعل من الفرد أكثر قدرة على مواجهة المواقف الصعبة في المستقبل. (**كفافي،1987: 27)**

يتضح للباحث أن من الأسباب المؤدية للتوافق الحسن ما يلي:

1- تحقيق الأهداف بوسائل مشروعة.

2- النجاح في إتمام الأهداف المشروعة.

3-القدرة علي مواجهة الضغوط والعوائق بأسلوب توافقي.

4- معرفة الفرد لقدراته وإمكانياته بشكل واقعي.

5- عدم الاستغراق في استخدام الحيل النفسية والتعامل مع الأمور بواقعية.

ثانياً: التوافق السيئ:

ويقصد به عدم قدرة الفرد علي إشباع حاجاته المحتاج إليها بطريقة يرضى عنها المجتمع المحيط به وهذا يعتبر فشل في التوافق من أجل إعادة التوازن بينه وبين البيئة المحيطة به وينتج عن فشله في تحقيق الإشباع لحاجاته فشله في خفض التوتر. **(مخيمر،1974 :118)**

***مظاهر التوافق السيء:**

1- الشعور بالتعاسة: وهو مظهر أساسي لسوء التوافق ويرى بعضهم انه معيار مهم لكشف الاضطراب النفسي لأن سلوك الفرد الظاهر يبدو للآخرين انه سوء توافق وعدم اتزان كالخوف والقلق والتوجس وعدم الهدوء النفسي.

2- عدم تحمل المسئولية: من لا يحسن اتخاذ القرارات يعاني من الحيرة والارتباك أمام المواقف التي يواجهها وهذه الحيرة تجعله عرضة للصراع مما يولد التوتر النفسي ويجعل الفرد عرضة للقلق والاضطراب وإن عدم القدرة على

تحمل المسئولية واتخاذ القرارات يشير إلى ضعف في القدرة على التحمل للمسئولية وهذا يرتبط بالنضج العقلي والانفعالي والاجتماعي

(الطحان ،1987: 189).

3- الجمود وعدم المرونة: إن السلوكيات الجامدة تشير إلي عدم قدرة الفرد على إيجاد صيغ وأساليب سلوكيه مرنة وبديلة ، وتجد الفرد يرفض التغيير والتبديل وهنا يشعر الفرد بعدم التوافق لأن طريقة استجابته للمتغيرات الجديدة في البيئة طريقة جامدة وينتج عن ذلك ضعف في الاستفادة من الخبرات لأن الفرد لا ينتبه إلى جوانب مهمة في المواقف التي يمر بها.

4- **العزلة**: وتظهر عند فشل الفرد في تكوين أي علاقات اجتماعية ناجحة وهذا يسبب للفرد شعوره بالعزلة وعدم الانسجام مع الآخرين وبالتالي يفقد السعادة وعدم الرضي عن ذاته وعن الآخرين.

5- رفض الذات: أن تقبل الذات مظهر من مظاهر التوافق الحسن وان الرفض للذات ليعكس مظاهر التوافق السيئ وهذا الرفض يؤدي إلى الصراع والقلق والتوتر ودائماً يؤثر سلباً على ثبات الشخصية. (الطحان ،1989:198-191)

يتضح للباحث أن من الأسباب المؤدية للتوافق السيئ ما يلي:

1- تحقيق الأهداف بوسائل غير مشروعة.

2- الفشل في إتمام الأهداف المشروعة.

3- عدم القدرة علي مواجهة الضغوط والعوائق بأسلوب توافقي.

4-عدم معرفة الفرد لقدراته وإمكانياته بشكل واقعي.

5-الاستغراق في استخدام الحيل النفسية والتعامل مع الأمور بطريقة غير واقعية.

9/ النظريات المفسرة للتوافق:

1/التقليدية

1 .مدرسة التحليل النفسي:

يرى فرويد (Freud) لابد أن الشخصية تتكون من ثلاث أجهزة نفسية هي(الهو) و (الأنا الأعلى super – ego،) و(الأنا Ego) وأن تعمل هذه الأجهزة جمعيها في تعاون فيما بينها لكي تحقق التوازن والاستقرار النفسي للفرد والانا القوية هي التي نمت نموا سليما وهي التي تستطيع التوافق بين الأجهزة النفسية، أما الأنا الضعيفة فهي التي تخضع لسيطرة الهو وعندئذ يسود مبدأ اللذة ويهمل مبدأ الواقع وما يطلبه الأنا الأعلى ، فيلجأ الفرد في هذه الحالة إلى تحطيم العوائق والقيود وهكذا يصبح السلوك منحرفا وقد يأخذ أشكالا عدوانية ، كما أن الأنا الضعيفة قد تخضع لتأثير الأنا الأعلى فتصبح متزمتة عاجزة عن إشباع الحاجات الأساسية وتوازن الشخصية فتقع فريسة للصراع والتوتر والقلق مما يؤلف مجموعة قوى ضاغطة تكبت الدافع وتزج به في أعمال اللاشعور وهذا يؤدي إلى ظهور الأعراض المرضية التي تعبرعن موضوعالكبت ذاته في صور آليات دفاعية. **(عباس ،1982 : 60)**

كما أن الشخص حسن التوافق في نظر فرويد هو الذي تكون عنده" الأنا " بمثابة المدير المنفذ للشخصية أي هو الذي يسيطر على كل من " الهو والأنا الأعلى "ويتحكم بهما ويدير حركة التفاعل مع العالم الخارجي تفاعلا ترعي فيه مصلحة الشخصية بأسرها ومالها من حاجات هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فإن التوافق الحسن عند الفرد يكون بإدراكه الشعوري لدوافعه وتكيفها لمطالب الواقع ويرجع فرويد سوء التوافق إلى مرحلة الطفولة بخبراتها المؤلمة التي تعرض لها الطفل في مراحله الأولى والتي لها عامل أساسي في تشكيل الشخصية

(الديب ،1990: 30)

يتضح للباحث أن من مرتكزات التوافق النفسي في النظرية التحليلية ما يلي:

1/ أن تكون الأنا بمثابة المدير المنقذ للشخصية من الصراعات.

2/ أن تدير الأنا حركة التفاعل مع العالم الخارجي تفاعل قائم علي المصلحة العليا للشخصية.

3/ أن يدرك الفرد شعورياً لدوافعه وأن يكيفها مع الواقع.

4/ سوء التوافق يرجعه (فرويد) للخبرات المؤلمة في السنوات الخمسة الأولي للفرد.

2/ مدرسة التحليل النفسي الجديدة:

ينظر مجددو مدرسة التحليل النفسي الجديدة إلى التوافق نظرة مختلفة عن ما يراه فرويد فهم يميلون إلى عدم الاهتمام للآثار السلبية للمجتمع على الفرد بل يهتمون بالآثار الايجابية لتلك العلاقة وهذا التركيز على أهمية المجتمع في صياغة السلوك وتشكيله وهو الذي يسمح لهم بالتفاؤل فيما يتعلق بإمكان تعديل السلوك في مراحل الحياة المقبلة للشخصية. **(السوداني ،1990 : 56)**

ويرى" آدلر "أن السلوك يتحدد على نحو أولى بالدوافع الاجتماعية بالرغم من أنه لم يعتبر الإمكانية الاجتماعية فطرية ولقد كان الكفاح من أجل التفوق والرفعة للتوافق هو الدافع الاجتماعي الذي يركز عليه (آدلر) كتعويض عن مشاعر الدونية ، كما يرى أن حدوث السلوك المرضي عن طريق مبالغة الفرد في إظهار شعور بالدونية والرغبة في التفوق، غير أن النتيجة النهائية هي وجود قوة دافعة أساسية في كل الكائنات الإنسانية بحيث تفسر النماء والتقدم الاجتماعي. **(الزعبي ،1994 : 51)**

وترى" هورني" (Horney) أن التوافق يقود إلي السواء واللاتوافق يؤدي إلي العصاب ويرجعان إلي عملية التنشئة الاجتماعية وفي ضوء ثقافة ما وعليه يعد سوء التوافق بمثابة عدم أو قلة في التوافق للعلاقات الإنسانية وتعطي أهمية كبيرة للحقائق الاجتماعية.

ويؤكد (from) "فروم" أن الإنسان يحتاج إلي والبيئية في التأثير لتطور الشخصية الإحساس بالانتماء لأخيه الإنسان وبالإحساس بالقدرة على الإبداع

والابتكار وأن يكون سيد الطبيعة وليس ضحية مستسلمة لها ، وأن يشعر بالاستقلال الذاتي ويحتاج إلي فلسفة وعقيدة في الحياة ويدل رأي " فروم "على أنه إذا لم يحقق الإنسان نوعا من الإشباع للحاجات التي ذكرها بصرف النظر عن الثقافة أو المجتمع الذي يعيش فيه فإنه سيعاني من اضطرابات انفعالية.

(مرسي ،1985: 118)

ومن هنا فان مجددو النظرية التحليلية يؤكدون على الواقع الاجتماعي في إكساب عملية التوافق إلي جانب عوامل أخرى مساعدة لهذه العملية.

يتضح للباحث أن الفرويديون الجدد يؤكدون علي أهمية الجانب الاجتماعي للفرد وأن الفرد يبدأ باكتساب الخبرة من لحظة انفصاله عن أمه ، وأن الهدف الأساسي من التحليل النفسي هو إثارة القوي الداخلية في الفرد لتساعده في التخلص من المشاكل والضغوط التي تواجهه في الحياة.

3/ المدرسة السلوكية:

تفترض المدرسة السلوكية إلى أن الشخص يتعلم السلوك من خلال تفاعله مع البيئة وعلى هذا الأساس يجب وصف الأشخاص بكائنات استجابية ويستجيبون للمثيرات التي تقدمها لهم البيئة وفي أثناء تلك العملية تتكون أنماط من السلوك والشخصية في نهاية الأمر. **(القاضي وآخرون ،1981 : 210)**

وعليه فإن المواقف البيئية لها دور في تشكيل شخصية الإنسان وتوافقه ولذلك يجب أن Dullard miller يدرك السلوك على أنه خاص بموقف بعينه كما يرى دولارد ميلر إننا نكتب شخصياتنا بالطريق نفسها التي نكتسب بها أنماطنا السلوكية وذلك من خلال تكوين شخصياتنا ، فالأطفال يتعلمون النطق الصحيح للكلمات من خلال الاستجابات الناجمة التي يتم تدعيمها من قبل الوالدين والمحيطين بهم. **(الزعبي، 74:1994)**

كما ويؤكد السلوكيين على إن السلوك بصفة عامة ناتج عن مثير واستجابة وأن عدم التوافق في هذه العلاقة قد يكون ناتجا عن مصدر المثير ، بحيث يعجز المصدر عن توصيل ما يريده الإنسان بالشكل الصحيح وقد ينتج عن الشخص الذي يقوم بالاستجابة وهذا إما يكون نقص معرفي أو نقص انفعالي أو اجتماعي

وقد يرجع إلى عدم السواء عن عوامل خارجية كحدوث ضوضاء أو أي معوقات خارجية أخرى. **(سمارة ،1991: 57-58)**

يتضح للباحث أن السلوكيون جعلوا من الفرد آلة صماء تعمل وفق المثير الخارجي أي بناء علي ردة الفعل ، وإن سوء التوافق للفرد يكون ناتج عن استجابته للمثير بطريقة غير سليمة ويعود سبب ذلك هو النقص المعرفي أو عيب انفعالي أو اجتماعي.

4/المدرسة الإنسانية:

يرى أصحاب المدرسة الإنسانية وعلى رأسهم روجرز صاحب نظرية الذات إن الإنسان لديه القدرة على قيادة نفسه والتحكم فيها وعزى أنواع السلوك الإنساني كافة إلى دافع واحد وهو تحقيق الذات والشخصية هي نتاج للتفاعل المستمر بين الذات والبيئة المادية والاجتماعية فهي ليست ساكنة بل هي دائمة الحركة والتغير،والسلوك الإنساني عنده يعمل بشكل موحد ايجابي نحو هدف تحقيق الذات. **(القاضي وآخرون،1981: 232)**

ويرى روجرز أن للتوافق النفسي معايير تكمن في ثلاث نقاط أساسية وهي:

أ .الإحساس بالحرية

ب .الانفتاح على الخبرة

ج .الثقة بالمشاعر الذاتية

بينما يرى ماسلو حول معايير التوافق من زاويته فان ركز على تحقيق الذات يؤدي إلى تحقيق التوافق من خلال المعايير التالية:

- التمركز حول المشكلات من اجل حلها.
- العلاقات الاجتماعية- قبول الذات.
- الإدراك الفعال للواقع.
- الاستقلال الذاتي.
- والتوازن بين جوانب الحياة المختلفة. **(عبد اللطيف ،1990:89-90)**

يتضح للباحث أن الحصول علي التوافق النفسي والاجتماعي في النظرية الإنسانية لن يتم إلا من خلال الإشباع للحاجات والتي يحقق من خلالها التوازن وإرضاء الذات، ولن يتم ذلك إلا من خلال الإشباع المتدرج للحاجات حسب سلم ماسلو.

5/ المدرسة المعرفية:

فيرى أصحاب هذه المدرسة التوافق يأتي عبر معرفة الإنسان لذاته وقدراته والتوافق معها حسب إمكانياته المتاحة وان كل فرد يمتلك القدرة على التوافق الذاتي وعلى هذا الأساس فقد أكد عبر خبراته مع المرضى أن يوضح لهم امتلاك القدرة على أهمية الحديث الداخلي على التوافق فقد أكد ألبرت أليس Albert Allis عبر تعليم المرضى النفسيين كيف يغيرون تفكيرهم في حل المشكلات وان يوضح للمريض أن حديثه مع ذاته يعتبر مصدرا لاضطرابه الانفعالي وان يبين له كيف إن هذه الأحاديث غير المنطقية وان يساعده على أن يستقيم تفكيره حتى يصبح الحديث الذاتي لديه أكثر منطقية وأكثر فعالية.

(سمارة ،1991 : 69).

كما يرى أصحاب المدرسة المعرفية إن للإنسان الحرية في اختبار أفعاله التي يتوافق بها مع نفسه ومع مجتمعه المحيط به وهو يقبل على اختيار السلوك المقبول اجتماعيا ويتوافق توافقا حسنا مع نفسه ومع مجتمعه وهو لا يتوافق توافقا سيئاً إلا إذا تعرض للضغوط البيئية والظلم والشعور بالتهديد وعدم التقبل ومن هنا يمكن القول إن قدرة الفرد الذاتية والمعرفية لها أهمية في إكسابه التوافق، فكلما

كان الفرد متعلما ومكتسبا الأفكار التي تتناسب مع الواقع المحيط، كلما كان قادرا على التوافق السليم. (مرسي، 91:1968)

يتضح للباحثة أن حصول الفرد علي التوافق الحسن لابد أن يكون لديه القدرة المعرفية الكافية والخبرة الواسعة من أجل اكتساب التوافق وحل المشكلات بطريقة منطقية وأكثر فعالية والتي تتناسب مع واقعه المحيط به.

6/ النظرة الإسلامية:

تميزت النظرة الإسلامية للأشياء بالنظرة الوسطية الاعتزالية والتي لا إفراط فيها ولا تفريط وهي موجودة ومتجددة عبر العصور وقد سبقت كل النظريات الوضعية في نظرتها للإنسان كونه إنسان وخليفة الله في أرضه كما وحث الإسلام على التوافق الحسن مع الجماعة وبين الطريق إلى ذلك فأمره باجتناب الحسد والتباغض وسوء الظن والخصومة لقوله صلى الله عليه وسلم " : لا تباغضوا ولا تحاسدوا ولا تدابروا ولا تقاطعوا وكونوا عباد الله إخوانا ولا يحل لمسلم أن يهجر أخاه فوق ثلاثة أيام " متفق عليه. (النووي ،1993: 478)

ويرى الباحث حول التوافق مع النفس والجماعة ، ووجوب التزام الفرد للجماعة والالتزام بمعايير والخضوع لقواعد السلوك لقوله تعالى: "واعتَصِموْا بِحبلِ اللّهِ جميعاً ولا تَفرقُوْا ". (آل عمران،103)

ولكن لم يجعل الإسلام توافق الإنسان مع نفسه ومجتمعه توافقاً قائماً علي الخضوع الآلي بعيداً عن إرادته ، وإنما جعل الإسلام التوافق مسئولا قائماً على بصيرة وإرادة الفرد الذي ألزمه بصلاح نفسه وصلاح الجماعة في ضوء شريعة الله سبحانه وتعالى. (مرسي ،1988: 93)

ويرى الإسلام أن ملامح شخصية الإنسان المسلم هي الأساس لتوافقه مع مجتمعه مثل حسن الخلق والتواضع والألفة كقوله صلى الله عليه وسلم " المؤمن للمؤمن كالبنيان المرصوص يشد بعضه بعضا ." وإن التربية الإسلامية تنشد غرس العادات السليمة التي ترتكز على دعائم وأسس مستمدة من القيم الأخلاقية والروحية والتي تجعل من حياة الإنسان الاتزان والهدوء والثبات الانفعالي ،

فالإنسان التي نمت بين جنبات نفسه تلك القيم الأخلاقية والروحية هو الإنسان الذي لديه التحكم الذاتي والترويض لدوافعه بما يعود عليه ولينظر الفرد إلى أوامر الله : التكيف والتوافق النفسي السليم. **(فهمي،1970 :149)**

ونواهيه للإنسان فيجد حقيقتها دعوة للتوافق والاتزان والفضيلة والبعد عن الانحراف والاختلاف والرذيلة وهي تحمل مكارم الأخلاق لقوله صلى الله عليه وسلم " إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق " وان مكارم الأخلاق كثيرة وتدل في مجملها على اتزان الإنسان الانفعالي وتوافقه النفسي والاجتماعي ، كما ويشير القران الكريم دائما إلى وضع الميزان للأمور حتى تستقيم حياة الإنسان وهذا تصريح من الله لكي يستقيم الإنسان في حياته كلها لان الاستقامة فيها التوافق بين الإنسان وربه وبين الإنسان ونفسه وبين الإنسان ومحيطه الاجتماعي.

يتضح للباحث من خلال العرض السابق لمدارس التوافق النفسي مدي أهمية عملية التوافق النفسي والاجتماعي لعلم النفس وكذلك للفرد علي وجه الخصوص ومن أجل ذلك أراد الباحث أن يركز علي ما سبق من المدارس النفسية ، فنجد أن المدرسة التحليلية ركزت علي قدرة الفرد نحو خفض التوتر والألم لديه من خلال إشباع حاجاته الأساسية وبعض الحاجات النفسية والاجتماعية وبذلك يعتبر أنه استطاع الحصول علي التوافق الحسن والمطلوب ، بينما إذا فشل في إشباع حاجاته فيكون بذلك سيئ التوافق ، ولكن هذا التصور لدي المدرسة التحليلية تصور ناقص لأنها أهملت دور المجتمع ومنظومته الخلقية والقيمية والتزام الفرد بمعايير وقوانين المجتمع الذي يعيش فيه.

وتنظر المدرسة السلوكية لتوافق الفرد هو نمط من المسايرة والتقليد الآلي للمجتمع وبالتالي يجنب نفسه الصراع والضغوط من المجتمع، كما وتنظر المدرسة السلوكية لسلوك الفرد علي أنه رد فعل لأنماط سلوك البيئة الاجتماعية من حوله ، وأن الفرد يختار السلوك الذي يراه مناسباً حسب درجة استثارة المثير، ويري الباحث أن المدرسة السلوكية عطلت عقل الفرد الذي يميز بين الخطأ

والصواب وبين الخير والشر واعتبرته آلة صماء يتحرك في ضوء المثيرات التي يتعرض لها الفرد.

وتتفق المدرسة الإنسانية نوعاً ما مع النظرة الإسلامية للفرد ولسلوكه لأن نظرة المدرسة الإنسانية للفرد كإنسان مزود بقدرات ومواهب وإمكانيات ولديه عقل يفكر به وأن كل سلوك يخرج من الفرد له غاية وهدف من ورائه فمثلاً طالب العلم الذي يدرس ويجتهد في المذاكرة يكون هدفه النجاح والارتقاء بنفسه وتحسين وضعه الاجتماعي وغايته هو تحقيق ذاته ويري الباحث أن هذا شيء جميل ولكن لابد أن يتوج هذا العمل بنية الطاعة والقرب من الله تعالي وهذا موجود في الإسلام الحنيف فالنظرة الإسلامية للفرد وسلوكه يوصف بالاعتدال والوسطية وبعيد عن التطرف والانحراف وكذلك الذي يؤدي الطاعات والعبادات يبتغي من وراء ذلك رحمة الله وطلباً لجنته بذلك يحصل الفرد علي التوافق النفسي المحمود والمطلوب.

بينما تنظر المدرسة المعرفية لسلوك الفرد علي أنه يأتي التوافق للفرد من خلال خبراته ومعرفته لقدراته وإمكانياته وبالتالي يكون للفرد حرية الاختيار لأفعاله وسلوكه مع المجتمع المحيط به ويري الباحث أن المدرسة المعرفية أيضاً تتفق مع الإسلام إلي حد بعيد لأن الله تعالي زود الإنسان بالعقل والبصيرة وذكر ذلك كثيراً في لآيات عديدة منها علي سبيل الحصر (ألو الألباب)، (أفلا تعقلون) (أفلا تتفكرون) وبالتالي فإن قدرة الفرد الذاتية والمعرفية لها أهمية في إكساب الفرد التوافق الحسن وإبعاده عن التوافق السيئ، ويتبني الباحث منهج الإسلام وطريقة الشريعة الإسلامية في تعاملها مع فئة المعاقين، ولو نظرنا إلي كل النظريات التي ذُكرت فسيجدها الإنسان نظريات وضعية من البشر، وهذه النظريات تبقي ناقصة ولا تفي للإنسان حقه وتبقي الكثير من الحقوق والواجبات غير مستوفاة، كما أن الإسلام حث علي الإحسان والمساعدة للمعاقين من توفير فرص التعليم وحق العمل المناسب له وحقوق أخرى، كما ويتبني الباحث كل

الإيجابيات في النظريات الوضعية التي تحاول مساعدة المعاقين في توفير الحياة الكريمة لهم.

10/العوامل المؤثرة في عملية التوافق:

إن عملية التوافق لا تتحقق عند الفرد إ َلا إذا توافرت عدة عوامل وأسس تساعده على عملية التوافق وهي كالتالي:

1- الحاجات الأولية والنفسية والاجتماعية:

ومنها الحاجات التي لم يكتسبها الفرد من بيئته عن طريق الخبرة والتعلم وإنما هي تولد مع الإنسان ويكون مزود بها مثل حاجته (إلى الطعام والشراب والإخراج الراحة والنوم) ومنها الحاجات التي تنمو معه ويكتسبها من خلال تفاعله مع البيئة المحيطة به مثل الحاجة إلى(التقدير والحب والاحترام والنجاح).
(الديب ،1990: 42)

ويعتبر إشباع هذه الحاجات أساساً في حياة الإنسان ومن أجل بقاء نوعه مثل الطعام والشراب والإخراج والراحة والنوم ، ومن غير الممكن أن يطلب من الإنسان التوافق والتكيف في ظروف معينة بدون إشباع لهذه الحاجات الأساسية ، كما ويرتبط الإنسان بالحاجات الجسمية أيضاً يرتبط بالحاجات النفسية والحاجات الاجتماعية مثل الحاجة إلي الحب والتقدير والحاجة إلى النجاح وإن إشباع هذه الحاجات لها المكانة العالية في عملية التوافق فإن لم يتحقق إشباع هذه الحاجات لم ينعم الإنسان بقدر كافي من التوافق النفسي، وبالتالي يكون عرضة للمرض والتوتر والقلق وعدم الاتزان الانفعالي. (مياسا ، 1997: 26)

2- تأثير الحالات الجسمية الفسيولوجية على التوافق:

تعتبر الإعاقات الجسمية بأنواعها احد العوامل الأساسية في عملية التوافق سواء كانت الإعاقة وراثية أو بيئية، حيث تشير الدراسات إلى أن إمكانية التغير فيما بين الأفراد للخصائص النفسية تعكس إمكانية التفسير بين الأفراد من خصائص عضوية إلى خصائص بيولوجية محددة وان المظاهر الجسمية الخاصة التي تكون شاذة عن المألوف تؤثر في عملية التوافق فالقصر المفرط أو البدانة الزائدة تجعل الفرد سيئ التوافق ومصدرا لفشله اجتماعياً.(مياسا ،1997 : 27)

أيضا من الناحية الفسيولوجية فان أي زيادة في إفرازات الجسم الداخلية أو نقصانها يؤدي إلى نوع من التوتر والشعور بالقلق وبعضها يؤدي إلى السمنة الزائدة أو النحافة الملحوظة وبالتالي فان هذه الخصائص الجسمية لها انعكاس على الخصائص النفسية وبالتالي يكون إما حسن التوافق أو سيئ التوافق مع نفسه ومع الآخرين.

3- **الطفولة وخبراتها:**

تعتبر سنوات الطفولة الأولى من العوامل الأساسية في تشكيل شخصية الفرد وفي حصوله على اكبر قسط وافر من التوافد السليم وفي مستقبل حياته الاجتماعية ولذلك لابد من الاهتمام الجيد مع الطفل من خلال مراعاة سنوات نموه الأولى والتي تضمن نموا سليما محققاً لحاجاته الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية. **(فهمي، 79:1997)**

ولذلك عندما يتعرض الطفل خاصة في سنواته الأولى إلى فقدان الأب أو الأم فان هذا له الأثر البالغ في رسم شخصيته في المستقبل أكثر من فقدان احد الوالدين عندما يكون في مرحلة المراهقة لما لهذه المرحلة من فقدان الحنان والعطف من الوالدين والذي يؤثر في سلوكه وتوافقه وتكوين شخصيته سواءا كانت الاعتمادية على الذات أو الإتكالية على الآخرين.

4- الأزمات الاجتماعية والكوارث:

إن الأزمات الاجتماعية والكوارث كحدوث تصدع اسري كالطلاق أو الموت، أو الكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين أو الكوارث الإنسانية مثل الحروب وما ينتج عنه من قتل وتشريد وتخريب حيث يرى (إبراهيم عبد الستار، 1985) إن هذه التغيرات إن كانت مفاجئة أو غير مفاجئة تؤدي إلي تغيرات سلوكية سيئة في حياة الأفراد والجماعة وبالتالي تأتي بآثار سلبية مثل: ظهور بعض الاضطرابات النفسية والعقلية للذين لديهم استعداد للاضطراب تخلق اضطراب تشمل الوظائف البدنية والنفسية والاجتماعية المؤقتة أو الدائمة.

(إبراهيم،1985: 197)

وفي ظل واقع الحالي وفي ظل الحصار والنكبات والأزمات التي تتوالى على شعبنا العربي وخاصة على المعاقين ومنهم الأطفال والشيوخ والنساء والذين يرون بأعينهم القتل والدمار والتشريد والخراب ، فإن مردود ذلك على النواحي النفسية والجسدية والاجتماعية لها انعكاساتها على توافقهم وتكامل شخصيتهم وقد أشارت الدراسات إلى أن استجابات الأطفال للمواقف الصعبة بشكل عام بتماثل ردود فعل الكبار حيث تظهر علامات التعب والإرهاق والحزن وفقدان الشهية إضافة إلى مشاكل النوم ومزاجهم المتقلب وفي الغالب ما يؤثر سلباً على حياتهم الدراسية وعدم قدرتهم على التركيز والانتباه. **(يونيسيف ،2001 : 2-3)**

إذن فان الأزمات التي يمر بها الأطفال وخاصة المعاقين لها التأثير السلبي على نموهم النفسي وتوافقهم الاجتماعي في حاضرهم ومستقبلهم سواء كانت الأزمات طبيعة كالكوارث أو اجتماعية كالطلاق والوفاة أو إنسانية كالحروب والقتال.

وهذا يوضح لنا أن العوامل الأربعة من عوامل التوافق تؤثر في توافق الإنسان في حياته الاجتماعية والنفسية على حدٍ سواء وتشكل أساساً في اللا توافق واللا سواء وبالتالي يكون التوتر والقلق والأمراض النفسية الأخرى.

(القوصي ، 172:1969)

يتضح للباحث مما سبق أنه لابد من توفير الأجواء المناسبة للأطفال التي من شأنها إكسابهم المعرفة والخبرة الحسنة بعيداً عن كل الأجواء التي من شأنها أن تسبب للأطفال الخوف والرعب والتوترات والتي من شأنها الاختباء في حيز اللا شعور وتظهر من خلال أمراض نفسية تصيب الأطفال ، وحث الكثير من الأطباء علي توفير الألعاب المسلية للأطفال والتي لها الأثر البالغ في ترويح الأطفال وإبعادهم عن مواطن والخوف القلق.

11/مجالات التوافق:

إن مجالات التوافق تشمل بعدين رئيسيين وهما التوافق الشخصي أو النفسي والتوافق الاجتماعي.

أولا :التوافق الشخصي:

ويعتبر التوافق الشخصي والمجال الأول والأساسي من مجالات التوافق حيث انه يعمل على الصعيد الذاتي للفرد والطريقة التي ينظر بها إلى نفسه التي بين جنبيه والى المجتمع من حوله .ويتضمن التوافق الشخصي رضا الفرد عن نفسه من خلال إشباع الدوافع والحاجات الأولية الفطرية والعضوية والفسيولوجية والثانوية المكتسبة، فيحصل الفرد علي السلم الداخلي حيث لا صراع داخلي وهذا السلم الداخلي يأتي من خلال القدرة الذاتية للفرد ووجود الحوافز الناسبة للمتطلبات الذاتية والشخصية. (زهران، **29:1977)**

ويرى (فهمي، 21:1970) أن التوافق الشخصي هو أن يكون الفرد راضياً عن نفسه غير كاره لها أو نافر منها أو ساخط عليها أو غير واثق بها وتتسم حياته النفسية بالخلو من التوترات والصراعات النفسية التي تقترن بمشاعر الذنب والقلق.

وللتوافق الشخصي الذاتي أبعاد وهي:

1.التوافق الجسمي : حيث تعتبر صحة الفرد وسلامته من الأمراض والعيوب الجسمية مصدراً أساسيا من مصادر الصحة النفسية وان وجود عيب أو مرض أخلل في التكوينات الجسمية تؤدي إلى خلل في الوظائف الجسمية وتعطل أدائها ، وليس من شك فان الخلل كلما كان كبيرا كان تأثيره أعمق وأوسع إذ يمتد إلى الوظائف النفسية المختلفة ولاسيما أن التكوين الجسمي ليس بمنفصل عن التكوين النفسي بل إنهما معاً ويشكلان وحدة واحدة جسمية نفسية وبالتالي فان أي خلل في الجانب العضوي يؤدي إلى خلل في الجانب النفسي وكذلك العكس.

(عوض، 46:1996)

2. التوافق مع الذات :وهي فكرة الإنسان عن ذاته وعن قدراته الذاتية ومدى تطابق نظرته عن ذاته مع واقعه كما يدركه الآخرون فان تطابقت فكرة الإنسان

عن ذاته مع فكرته عن واقعه فانه يكون متوافقاُ وسعيداً مع نفسه ومع الآخرين، وان كانت نظرته عن ذاته يسودها التضخيم والتهويل على عكس ما يراه الآخرون فهذا يؤدي إلى الغرور والكبرياء والتعالي وبالتالي فانه يصطدم مع الواقع وهذا يؤدي إلى سوء التوافق الاجتماعي ومن هنا فان الفرد المتوافق ذاتياً ولا يتعارض مع الواقع يستطيع النجاح في إشباع حاجاته وتحقيق رغباته وان الفرد الغير متوافق ذاتياً حيث يتعارض واقعياً فهذا لا يستطيع تحقيق رغباته ويفشل في تكوين علاقات اجتماعية ناجحة. (الطيب،1994: 33)

3.**التوافق الانفعالي** :تجد أن من سمات الإنسان السوي التوافق الانفعالي والاتزان الوجداني وهذا يمكن الفرد من السيطرة والتحكم على ضبط نفسه وتحمل مواقف النقد والإحباط والسيطرة على مصادر القلق والشعور بالأمن والاطمئنان بعيداً عن الخوف والتوتر. ويعتبر التوافق الانفعالي من أهم سمات الشخصية السوية حيث لا تستفزه الأحداث التافهة ويتسم بالهدوء والرصانة العقلية ومواجهة الأمور بتوازن وضبط للأعصاب. (دسوقي ،1996 : 20)

ثانياً : التوافق الاجتماعي:

يعتبر التوافق الاجتماعي امتداد طبيعي للتوافق الشخصي والنفسي ، وان فقد الإنسان توافقه النفسي فانه حتماً لن يستطيع التوافق مع الجماعة أو مع أسرته أو مع مدرسته ولذلك فان التوافق الاجتماعي يتضمن السعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرته للمعايير الاجتماعية والامتثال لقواعد الضبط الاجتماعي وتقبل التغير الاجتماعي السليم والعمل لخير الجماعة والسعادة الزوجية مما يؤدي إلى وهذا ما يطلق عليه بالتطبيع تحقيق الصحة الاجتماعي (زهران1977 ،:29) والذي يتمثل في قدرة الإنسان على الحياة في ظل الجماعة وان التطبيع الاجتماعي والتي تعيش فيها الفرد ويتفاعل معها سواء كانت هذه العلاقات في مجتمع الأسرة أو المدرسة أو الرفاق أو المجتمع الكبير والذي يحدث في هذه الناحية ذو طبيعة تكوينية لان المجتمع يكسب الفرد العادات والتقاليد السائدة والتقبل للمعتقدات. (فهمي،1970: 23)

أبعاد التوافق الاجتماعي:

1.التوافق الأسري:

تعتبر الأسرة النواة الأولى التي يعيش في كنفها الطفل والتي تسعى إلى تحقيق الأمن والطمأنينة لأفرادها وتغرس فيهم المودة والرحمة وان غاية الحياة الأسرية هي المودة والرحمة والتوافق وعدم التنافر، ومن هنا فإن التوافق الأسري يعني مابداخل الأسرة من تناغم وانسجام وخلو الأسرة من الانفعالات والمشاحنات سواء كانت على مستوى الآباء أو مستوى الأبناء وبقدر ما تكون ظروف التنشئة الاجتماعية في الأسرة سليمة وفي جو نفسي واجتماعي يتسم بالأمان والتماسك والتضامن بقدر ما يكون ذلك عاملا محددا لتكيف الطفل فيما بعد ، وإما إذا كانت الأسرة يسودها السلوك العدواني والتوتر والقلق فمن شأن الأطفال أن ينشئوا في جو يسوده الاضطراب وعدم التكيف الأسري مما يغرس فيهم الانحراف والشذوذ وعدم الاستقرار وهذا بسبب العثرات الاجتماعية. **(فهمي ،1970: 26)**

2.التوافق المدرسي:

تعتبر المدرسة الحضن الثاني في الأهمية بعد الأسرة فهي النواة الأساسية الثانية والتي تساهم في تشكيل شخصية الفرد وتؤثر في سلوكه تأثيرا كبيرا ولابد أن تكون العلاقة المتبادلة بين الفرد والمدرسة علاقة توافقية ايجابية ويعد الفرد متوافقاً مدرسياً إذا كان في حالة رضا عن انجازه الأكاديمي مع رضا المدرسة عنه سواءا في أدائه الأكاديمي أو في علاقاته المدرسية من مدرسين وزملاء وعاملين والتوافق الاجتماعي المدرسي السوي له الآثار الايجابية التي تعود على الفرد بالسعادة والتعلم الجيد للأنماط السلوكية المقبولة والمهارات التي تسهل وصوله إلى علاقات اجتماعية ناجحة ، كما وان للتوافق المدرسي مؤشرات تتمثل في بناء الفرد علاقات حميمة مع الأصدقاء والأقران في المدرسة ومدى شعوره بالاحترام بينهم وتنمية الشعور بالثقة بالنفس وبالآخرين وتعاونه ومشاركته في أنشطة المدرسة المختلفة كذلك فان التوافق المدرسي السيئ على الفرد فان ذلك

يؤثر سلباً على حياته النفسية والمدرسية وعلى علاقاته الاجتماعية وبالتالي فانه يصبح فردا منبوذاً بين اقر وهذا يؤدي إلى سوء التوافق الدراسي والمدرسي.
(دمنهوري ،186:1986)

3.التوافق المجتمعي:

ويقصد به تلك التغيرات التي تحدث في سلوك الفرد وفي اتجاهاته أو عاداته بهدف مواءمته للبيئة وإقامة علاقات منسجمة معها إشباعا لحاجات الفرد ومتطلبات البيئة، فعندما يشعر الفرد بالأمان في المجتمع الذي يعيش فيه فإنه يكون سعيداً آمناً وتتهيأ له الفرص لتعلم الأنماط الاجتماعية المقبولة والمهارات التي تسهل له وصوله إلى علاقات اجتماعية بارزة ويكون عن نفسه فكرة مناسبة نتيجة تقبل الآخرين له ويساعده ذلك في أن يكون حراً في أن يواجه انتباهه إلى العالم الخارجي وان يهتم بالأشخاص والأشياء الخارجة عنه ويحقق ما يتوقعه المجتمع منه. (الشرقاوي، 157:1987)

4.التوافق الانسجامي:

وهو توافق الفرد مع بيئته الخارجية) المادية والاجتماعية (فالبيئة المادية هي كل ما يحيط بالفرد من عوامل مادية كالطقس والجبال والأنهار وغيرها ، بينما البيئة الاجتماعية فهي كل ما يسود المجتمع من قيم وعادات وتقاليد ودين علاقات اجتماعية تنظم حياة الفرد داخل الجماعة.

يتضح للباحث أن مجالات التوافق النفسي والاجتماعي وغيرها من مجالات التوافق متداخلة يبعضها البعض ولا يمكن الفصل بينهم ، وانظر لو كانت التوترات تسكن الفرد من داخله فكيف ستكون طريقة تعامله مع الآخرين ، والعكس صحيح لو كانت التوترات والقلق تسود الفرد فكيف ستكون طريقة تعامله مع نفسه وذاته ، بالتأكيد "فاقد الشيء لا يعطي" ولذلك ير الباحث أن التوافق وبكل مجالاته وأنواعه مهم للغاية في استقرار النفس البشرية ومحيطها علي حدٍ سواء، ومن هنا لا بد من توفير المناخ الإيجابي والفعال للفرد وخاصة المعاق بغض النظر عن نوع الإعاقة.

12/الأساليب الدفاعية للتوافق:

يعيش الفرد حياته الطبيعية بأمان واطمئنان مشبعاً حاجاته ودوافعه عن استثارتها ويؤجل إشباع بعض هذه الحاجات والدوافع لسبب أو لأخر لحين تمكنه من إشباعها وقد يلغي أو يعطل إشباع دوافع أخرى لعدم إمكانيته إشباعها وقد ينشأ عن تعطيل أو تأجيل إشباع هذه الدوافع إلى شعور الإنسان بالإحباط والفشل ويتولد عنده القلق والتوتر والصراع فيلجأ لا شعورياً إلى بعض الحيل الدفاعية لتنفس عن الإنسان بعض مظاهر دوافعه التي لا يمكن إشباعها ، وسوف يستعرض الباحث بعض الحيل الدفاعية وهي على النحو التالي:

1.الكبت(Repression) :

يعتبر الكبت الآلية الدفاعية الأساسية التي تلجأ إليها الأنا بطريقة لا شعورية من اجل مواجهة أنواع الصراع والذي قد يؤدي مكاشفتها بها إلى إيذائها وتستبعد عن طريق هذه العملية تلك الرغبات والمحفزات والأفكار التي تتعارض مع مفهوم الفرد عن نفسه وذلك يدفعها إلى اللاشعور من اجل تجنب الفرد مشاعر القلق والألم وان أهم الرغبات التي تتعرض للكبت الجنسية غير المشروعة والرغبات العدائية اتجاه الآخرين وخاصة اتجاه الوالدين والأصدقاء والمقربين لأنها رغبات محرمة أوسخيفة وغير منطقية تفسد علاقة الشخص بنفسه وغيره ومن هنا يقوم الفرد بأبعاده إلي حيز اللاشعور ويحاول أن يتناساها الإنسان

(محمد ومرسي، 1986:60-61)

2.الإسقاط (projection) :

وهي إحدى الحيل الدفاعية اللاشعورية والتي تهدف إلى إلصاق ما في داخل الفرد من صفات أو مشاعر أو دوافع أو رغبات أو أفكار غير مقبولة من قبل الأنا إلى أشياء أو أشخاص خارجين ويقوم الفرد بإلصاق صفة من صفاته السيئة والغير مرغوب بها للآخرين كوسيلة للتخلص منها وذلك عبر شخص أو شيء معين بهدف طرد الأفكار والمشاعر التي ظهرت في شعور الفرد والتي من شأنها أن تسبب له الكدر والشعور بالامتهان والحط من قيمة الذات لديه

(كفافي ،1990: 379).

3.التوحد أو التقمص (Identification) :

وهو عكس الإسقاط فبينما يسعى الفرد في الإسقاط للتخلص من الصفات الغير مرغوب بها لدى الآخرين ويلصقها بغيره ، فان التقمص هو امتصاص الفرد للصفات المرغوب بها والمحببة لدي الآخرين ويلصقها بنفسه وهنا يشبع حاجاته في تقدير الفرد ذاته وتوكيدها ، كما ويقوم الفرد بجمع الصفات الجميلة ويتوحد ويندمج معها ويمثل في شخصيته شخص أخر أو جماعة أخرى.

(زهران ،1997 : 39)

4.التبرير (Rationalization) :

وهذا ميل لا شعوري يقوم به الفرد لاختلاق أسباب وهمية غير الأسباب الحقيقية وهذا يكون خداع النفس لذاتها وتكون شائعة بين المرضى الأصماء على السواء،فعندما يواجه الفرد موقفاً لا يستطيع فيه التصرف بشكل عادي ويذكر الأسباب الحقيقية فيفقد احترامه وتقديره لذاته فانه يقوم باختلاق أسباب كاذبة ليخفف الفرد عن نفسه لوم الآخرين والبعد عن إحراج نفسه.

(الديب ،1990 :201-202).

5.الإنكار(Denial):

وهو أن يقوم الفرد بادعاء بعدم وجود العائق أو الصراع أو الإحباط حتى لا يتهدد تقدير ذاته وبهذا يخفض توتره وقلقه ويشعر بالارتياح . فالإنكار هو تغطية وتعمية للواقع وخداع للنفس وهو حيلة شائعة بين الناس وخاصة الأطفال على المستوى اللاشعوري فمثلاً الأم شديدة التعلق بابنها وتميل إلى إنكار أي عيب أو نقص فيه،كما أن الفرد نفسه يميل إلى إنكار أوجه القصور والعيوب من نفسه حتى يبتعد عن الفشل. **(كفافي ،1990: 378).**

6.الإعلاء أو التسامي(sublimation) :

ويقصد به الارتفاع بالدوافع التي لا يقبلها المجتمع وتصعيدها إلى مستوى أعلى وأسمى والتعبير عنها بوسائل مقبولة اجتماعياً .(زهران ،1997: 39).

ويعتبر(كفافي: 1990) الإعلاء حيلة دفاعية ناجحة ومقبولة لأنه يهتم بتحويل الطاقة النفسية المرتبطة بدوافع يضع المجتمع على إشباعها قيوداً إلى أهداف وانجازات أخرى يقبلها المجتمع بحيث تصبح هذه الدوافع التي يعتبرها المجتمع دوافع جنسية أو عدوانية إنها لم تعد كذلك تشكل خطراً على الفرد ولا على الآخرين ولم تعد تثير القلق لدى الفرد بل وأصبحت سلوك مقبول اجتماعياً بل ويتعدى ذلك ليكون سلوكاً إبداعيا ملفت للنظر. (كفافي،1990: 369).

7.التعويض(Compensation):

وهي عملية نفسية وحيلة دفاعية توافقية يلجأ الفرد إليها بقصد التغلب على الشعور بالضعف والعجز والدونية وعدم القدرة بحيث يعمد الفرد إلى انجاز التفوق والنجاح في ميدان أخر أو إتباع نمط أخر من السلوك وهذا هو إخفاء الصفة الغير مرغوب بها تحت ستار صفة مرغوب بها. (عيسوي ،1994: 47).

8.النكوص(Regression) :

وهي عملية تقهقر تصيب الفرد فيرتد رجوعاً إلى الوراء والى مرحلة سابقة ويحدث عادة عندما يواجه الفرد موقف يشعر فيه تهديد لذاته ويكون نابعاً من داخله وقد يكون نابعاً من الخارج من عوائق بيئية يشعر الفرد أمامها بالعجز والضعف فيلجأ إلى تصرفات سلوكية غير ناضجة ولا تناسب المرحلة العمرية التي يمر بها والنكوص هو بمثابة رجوع وارتداد إلى مرحلة عمرية سابقة يسلك الفرد سلوكيات غير ناضجة بهدف تحقيق الأمن والتوافق وخاصة عندما يواجه الفرد موقف محبط يعجز عن تخطيه. (زهران ،1997: 41).

9.الإبدال أو الإزاحة(Displacement) :

وهو إعادة توجيه الانفعالات المحبوسة نحو أشخاص أو موضوعات أو أفكار غير الأشخاص أو الموضوعات الأصلية الحقيقية التي سببت الانفعال

وعادة ما يكون هدفاً آمناً من الهدف الأصلي ويتم الإبدال أو الإزاحة بسبب قوة المصدر الأصلي وعدم تمكين الفرد من التعامل معه مباشرة فمن يحبط من رئيسه قد ينزل العقاب بأحد أفراد أسرته ، والطالب الذي يعاقب من مدرسه فيقوم بإيقاع العقاب على أخيه الأصغر منه كما تفعل إسرائيل اليوم بالشعب الفلسطيني من عقاب وحصار وقتل وتشريد وتدعي أنها قهرت وقتلت وعذبت من النازية الألمانية. **(كفافي ،1990 : 378).**

10.الانسحابية(Withdrawal) :

والانسحاب هو الهروب والابتعاد عن عوائق إشباع الدوافع والحاجات ومن مصادر التوتر والقلق ومن مواقف الإحباط والصراع الشديد والانسحاب يأخذ صورتين هما:

الهروب من الموقف: فالفرد الذي يجد الصد وعدم التقبل من الناس يبتعد عنهم ويفضل الوحدة والعزلة والذي يخاف من الفشل يبتعد عن التحديات والمنافسة.

الخضوع والاستسلام: فعندما يشعر الفرد بعدم الكفاءة في المواقف الصعبة فانه يخضع للآخرين ويصبح اتكالياً ضعيف الشخصية سهل الانقياد والاستسلام كما ويعاني الفرد المنسحب من تأخر في نضوج الشخصية ومن شعوره بالنقص ويكون هادئ منطوي على نفسه خجول وسريع البكاء ولا يثق بنفسه ولا بالآخرين. **(محمد ومرسي ،1986: 165).**

11.الأحلامDreams:

تعتبر الأحلام إحدى الوسائل الأساسية التي يلجأ إليها الفرد لإشباع دوافعه التي تلح على طلب الإشباع خاصة إذا كان هذا الإشباع مستحيلاً في عالم الواقع ، ففي الأحلام يرى الفرد دوافعه وقد تحققت في صورة حدث يتم أو خبرة يعيشها في الحلم في ضرب من الخيال يلجأ إليه الفرد Day dreams ، أما في أحلام اليقظة والوظيفة الأساسية لأحلام اليقظة هي وسيلة دفاعية تحققه في الخيال ما لم يستطع تحقيقه في الواقع وهي ترتبط مباشرة بكمية الإحباط التي يواجهها الفرد.

(كفافي، 1990 : 387 -388).

يتضح للباحث أن الأساليب الدفاعية التي يلجأ إليها الفرد عند مواطن الحرج إنما جاءت لتنقذ الذات للفرد وبطريقة لاإرادية من أجل الحماية للذات ، وتجد اليوم أن الكثير من الأفراد يقعون فريسة الحيل الدفاعية ولكن لا بد للفرد ألا يستسلم لها ولا يطلق العنان لها لأنها تتعارض مع الدين الإسلامي ومع الواقع ، وهناك بعض الحيل الدفاعية التي من شأنها خدمة الفرد مثل " التسامي أو الإعلاء "والتي ينزع الفرد إلي الارتقاء بذاته وتنمية قدراته وهذا من رأي الباحث لا بأس به خيرا من أن يقع فريسة المرض.

وهناك التوحد الإيجابي للطفل الذي يتعلم السلوك الحسن من والديه ومن معلميه وهذا من رأي الباحث لا بأس به ، وأيضاً التعويض الحسن والمقبول مثل أن يقوم الفرد بالزواج الشرعي خيرا وأفضل من الوقوع في الحرام، وتجد الكثير من المعاقين حركياً ممن يقومون بالتعويض عن النقص الذي حل بهم بسبب الإعاقة فيلجئون إلي احتراف حرفة معينة من أجل تغطية النقص الذي يعاني منه المعاق وهذا من رأي الباحث لا بأس به ، بل هو عين التوافق المطلوب.

13/التوافق من المنظور الإسلامي:

إن التوافق النفسي يهدف إلى تنمية الفرد وجعله قادرا على العطاء المثمر وربطه بعلاقات سوية مع الغير مع التمتع بإرادة ثابتة وعقيدة مثلى ليعيش في سلام وسعادة مع نفسه وذويه والمجتمع بصفة عامة ، وإن الصراعات الباطنية التي يخوضها المرء طيلة حياته من شأنها أن تتسبب في اضطرابات نفسية شديدة إن لم يقع فيها بصفة مرضية وأخطر الصراعات تتمثل في الأنانية المفرطة والرغبات الملحة لتحقيق الشهوات مهما كانت الطرق والحيل المستعملة لهذا الغرض وقد أجمع الكثير من العلماء المسلمون على أن الخطأ هو في الذنب والألم الذي يقع فيه الإنسان نتيجة ما ارتكبه من أعمال سيئة وغير محمودة.

وتعتبر هذه العقدة كعنصر أساسي لتكوين الأمراض العصبية باعتبار أن مظاهر سوء التوافق النفسي تمثل أمراض الضمير بل هي حيلة دفاعية للهروب من تأنيب الضمير.

ومن أهم الأعراض النفسية المرضية مشاعر القلق والتوتر والشعور بالذنب والخطأ أو العكس العدوان والظلم والسلوك المضطرب والمنحرف الخارج عن العادات والتقاليد الاجتماعية.

ومن هنا نفهم الروابط والفوارق التي تقوم بين القيم الدينية ومدرسة التحليل النفسي فمدرسة التحليل النفسي تشير إلي الطريق للتوافق النفسي من خلال سيطرة الغرائز الجنسية في كل الحالات، ولربما تشجع على ذلك في مفهومها السطحي الشائع ، بينما تحث القيم الإسلامية على التحكم في الدوافع والتغلب عليها بسيطرة النفس الفاضلة الضمير وهو الأنا الأعلى.

ونفهم إذن كيف الدين الإسلامي كثيرا ما يكون وسيلة لتحقيق الإيمان والتوافق النفسي وهو إيمان وأخلاق وعمل صالح وهو الطريق إلى سيطرة العقل وإلى المحبة والسبيل القويم إلى القناعة والارتياح والطمأنينة والسعادة والسلام.

وقد كتب وحلل وألف الكثير من الأطباء والعلماء المسلمين في مجال السعادة النفسية وإن كل المذاهب الفلسفية الإسلامية التي تعرضت إلى فهم الروح وتحليل جوهرها وماهيتها قد أتت كما هو معلوم بتعاليم قيمة لتحقيق الاطمئنان للأفراد والجماعات عبر الزمان والمكان.

ولنذكر إجمالا هنا تعاليم الخلفاء الراشدين ورجال التصوف وأعلام الفلسفة والفقه والمنطق الإسلامي الذين أصبحت تحاليلهم قدوة للنهضة الفكرية بالغرب أمثال الكندي والفارابي والرازي وابن سينا والغزالي وابن شد وابن النفيس وإسماعيل الجرجاني وابن رشد وابن العربي وابن الجزار ومحمد الصقلي وغيرهم.

أ .طريقة العلاج الديني:

يضع البعض " العلاج الديني " الذي يقوم على مبادئ روحية سماوية مقابل "العلاج النفسي" الدنيوي الذي يرتكز على السعادة في دار الدنيا بكل جوانبها المادية ويقصد بذلك طرق العلاج التي تقوم على أساليب ومفاهيم وضعها البشر ولو كانت نفسية المصدر والأهداف.

لكن ديننا الإسلامي يوفر الأمن الذي قد لا تستطيع أساليب علم النفس المعاصر أن توفره ، ومع ذلك ففي طرق العلاج النفسي الدنيوي نجد بعض أعلامه يؤمنون بأن الدين عامل هام في إعادة الطمأنينة إلى النفس .فقد أكد" كارل يونج "أهمية الدين وضرورة إعادة فرص الإيمان والرجاء لدى المريض، وأكد" ستكيل " أهمية تدعيم الذات الأخلاقية على هذا الأساس.

ومن ذلك يصبح التوافق النفسي الديني أسلوب توجيه وإرشاد وتربية وتعليم .ويقوم على معرفة الفرد لنفسه حسب المبادئ الروحية والأخلاقية العقائدية.

ذلك لأن العلاج النفسي الديني ككل العلاجات النفسية بمثابة عملية يشترك فيها المعالج والمريض معا ويسير العلاج الديني على أساس:

أ .**الاعتراف**: وهو يتضمن شكوى النفس طلبا للغفران ، لذا اعتراف المريض يزيل مشاعر الخطيئة والإثم ويخفف من عذاب الضمير في تطهر النفس المضطربة ويعيد إليها طمأنينتها.

ب .**التوبة** : وهي تناشد المغفرة وتمثل أمل المخطئ الذي تحرر من ذنوبه فيشعر الفرد بعدها بالتفريغ النفسي والانفراج.

والتوبة كما يقول الغزاليفي إحياء علوم الدين (لها أركان ثلاثة :علم وحال وفعل) . فالعلم هر معرفة ضرر الذنب المخالف لأمر الله ، والحال هو الشعور بالذنب ، والفعل هو ترك الذنب والنزوع نحو فعل الخير . ويقول الله عز وجل :{قل يا عبادي الذين أسرفوا على أنفسهم لا تقنطوا من رحمة الله إن الله يغفر الذنوب جميعا إنه هو الغفور الرحيم}.

ويقول رسول الله " التائب حبيب الرحمن والتائب من الذنب كمن لا ذنب له"

ج .**الاستبصار** :ومعناه الوصول بالمريض إلى فهم أسباب شقائه ومشكلاته النفسية وإدراك الدوافع التي أدت به إلى حالته المضطربة وفهم ما بنفسه من خير وشر، وتقبل المفاهيم الجديدة مستقبلا بصدر رحب ، ويعني هذا نمو الذات البصيرة.

د .اكتساب اتجاهات وقيم جديدة : ومن خلال ذلك يتم تقبل الذات وتقبل الآخرين والقدرة على تحمل المسئولية وعلى تكوين علاقات اجتماعية مبنية على الثقة المتبادلة والقدرة على التضحية وخدمة الآخرين، وكذلك اتخاذ أهداف واقعية وإيجابية والحياة مثل القدرة على الصمود والعمل المثمر والإنتاج.

مظاهر التوافق في الإسلام:

1.الإيمان بالقدر :قال تعالى " :قل لن يصيبنا إلا ما كتب الله لنا هو مولانا وعلى الله فليتوكل المؤمنون " وهنا ينبغي أن يفسر هذا القول دوما بصفة إيجابية كحث على قبول المصائب بصدر رحب دون الالتجاء إلى مظاهر اليأس والوهن والانهيار أو دون الالتجاء إلى السلوك العدواني المعاكس أو التهجمات المفرطة التي لا يحمد عقباها.

2.مسئولية الاختيار : قال تعالى: " بل الإنسان على نفسه بصيرة " ، وهنا تتجلى حرية الفرد في اختيار مواقفه وسلوكه بكل دراية وهو هدف عديد من العلاجات النفسية المعاصرة.

3.طلب العلم : قال الله تعالى: { فتعالى الله الملك الحق ولا تعجل بالقرآن من قبل أن يقضى إليك وحيه وقل رب زدني علما) ، ويتضمن ذلك قابلية المؤمن للتوعية والإرشاد.

4.الصدق : قال تعالى :(يا أيها الذين آمنوا اتقوا الله وكونوا مع الصادقين) والصدق فضيلة هامة جدا يرتكز عليها لتوافق النفس إلى حد بعيد.

5.التسامح : قال الله تعالى: {ولا تستوي الحسنة ولا السيئة ادفع بالتي هي أحسن فإذا الذي بينك وبينه كأنه ولي حميم}، والتسامح من الفضائل الهامة لتوافق النفس ونيل الارتياح.

6.الأمانة : قال تعالي :{إن الله يأمركم أن تؤدوا الأمانات إلى أهلها وإذا حكمتم بين الناس أن تحكموا بالعدل إن الله نعما يعظكم به إن الله كان سميعا بصيرا}.

7.الرحمة : قال رسول الله: " الراحمون يرحمهم الرحمن ارحموا من في الأرض يرحمكم من في السماء " وهذه الخصال الحميدة لها وزن كبير في سلوك الأفراد

الأسوياء والمرضى في آن واحد، ولنذكر هنا بطاعة الوالدين والعناية بهما وبضرورة حسن معاملة الأولياء لأبنائهم ولذويهم على أسس المحبة والرحمة.

8.**التعاون** : قال الله تعالى :{وتعاونوا على البر والتقوى } وقال أيضا{ :إنما المؤمنون إخوة فأصلحوا بين أخويكم واتقوا الله لعلكم ترحمون ، وفي ذلك أعظم العبر وأسمى التعاليم للتوافق الأسري والاجتماعي الذي ترتكز عليه قواعد الصحة النفسية.

9.**القناعة** :وهي من أفضل الخصال البشرية التي تنهي عن التناطح العنيف نحو تحقيق السعادة المادية التي لا حد لها ، والتشبع بقيم التنافس القاسي الذي لا رحمة فيه لأحد أما القناعة فهي تعالج الاضطرابات النفسية الناجمة عن الحقد والغيرة وكراهية الغير ، بصفة عامة.

10.**الصبر** :قال تعالى :{يا أيها الذين آمنوا استعينوا بالصبر والصلاة إن الله مع الصابرين }

(وبشر الصابرين....)، ويا لها من عبرة فائقة في هذا الصدد حيث تتكاثر الأمثلة في مجال التوافق النفسي التي تبرهن على أهمية الصبر والتحكم في النفس على هذا الأساس.

11.**العفة :** قال تعالى: { وأما من خاف مقام ربه ونهى النفس عن الهوى فإن الجنة هي المأوى } ومن هنا يتجنب الفرد الشر والرذائل على مختلف أنواعها.

12 .**القوة والصحة:** قال رسول الله " المؤمن القوي خير وأحب إلى الله من المؤمن الضعيف " وقال: " إن الله لم يضع داء إلا وضع له دواء."

الفصل الخامس

المراهقة وخصائصها

1- تعريف المراهقة

2- مراحل المراهقة

3- الخصائص العامة لشخصية المراهق

4- أهم مظاهر النمو في فترة المراهقة

5- أهداف المراهقة

6- حاجات المراهقة

7- مشكلات المراهقة

8- المراهقة في الجزائر

تمهيد:

مرحلة المراهقة مرحلة انتقال خطيرة في عمر الإنسان ففي مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة نلاحظ أن حياة الطفل تتسم بالهدوء والاتزان، والعلاقات الاجتماعية التي تسير في يسر وسهولة، فالطفل يندمج مع أصدقاءه ويشترك معهم في لهوهم وتسليتهم، وأوقات فراغهم ويكون الطفل منشغلا بالعالم الخارجي الذي يحيط به أكثر من انشغاله بذاته .

وببداية البلوغ الذي يعتبر قنطرة أو ممر يصل الطفولة المتأخرة بالمراهقة وتحدث تغيرات في حياة الطفل ولتي تشمل النواحي الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، فتتحول اتجاهات الطفل وميوله وأفكاره ومعتقداته إلى اتجاهات مختلفة ومتضاربة ،فهو ينتقل من أشياء ملموسة إلى أشياء معنوية وفكرية، ينتقل من مرحلة يكون فيها معتمدا على الغير إلى مرحلة يعتمد فيها على نفسه، بل يميل إلى القرار من سلطة الوالدين والخروج عليها والالتصاق بالشلة والأصدقاء والولاء لهم ،وتكوين العلاقات العاطفية معهم، مرحلة البحث عن المثل العليا، وعبارة البطل، وتكوين الاكتفاء الذاتي واستيقاظ الدوافع الجنسية، واتساع الدوافع الجنسية، واتساع العلاقات الاجتماعية، فيزداد الاهتمام بالآخرين ويظهر على الفرد القدرة على النقد، والتحليل، وتفهم الأمور والقيم التي لا تتوافق مع نموه المفاجئ وخبراته المحدودة.

فالمراهق بعد أن يشعر بأنه فرد في مجتمعه وله نشاطه، تزداد حساسيته عما كانت عليه وتظهر ميوله متجهة نحو التوافق مع الجماعة على صورة مشاركة، وتعاون ورفاق.

إن مسؤولية تربية المراهق وتنشئته تنشئة طيبة مهمة شاقة على الآباء والمربين الذين يقومون بغرس المثل العليا والمبادئ القومية في نفوس الشباب، أما إن أخطأ الآباء التربية أخرجنا أفراد تتصف حياتهم بالعدوان والقلب عن مدركات الأخطاء والإثم، ثائرين على أنفسهم وعلى مجتمعهم، جانحين في سلوكهم واتجاهاتهم. **(خليل ميخائيل معوض:1994،51)**

ولأهمية مرحلة المراهقة اهتم بها العديد من العلماء والباحثين، وعلى رأسهم " أرنول جازل" (A-GESSE) ومعاونوه، وقد اهتم أيضا بهذه المرحلة عالم كبير من علماء النفس "ستانلي"(stqnley-hall) وقد نظر هو لمرحلة المراهقة على أنها (مولد جديد) وهي فترة عواطف وتوتر وشدة، ولذا سميت نظرية هول (بالعاصفة) أو (الأزمة) فهي تتضمن في نظره تغيرات ضخمة في الحياة وهي نوع جديد من الميلاد، مصحوب بتوترات ومشكلات لا يمكن تجنب أزماتها والضغوط الاجتماعية والنفسية تحيط به.

إلا أن أبحاث الأنتروبولوجية في المجتمعات البدائية، التي أثبتت أن فترة الانتقال من الطفولة إلى المراهقة سهلة قليلة المشاكل، لأن كثير من المشكلات تنتج عن تعقد الحياة والتغيرات الحضارية في المجتمعات التقدمية، بسبب عدم كفاية الأدلة التي تدعم نظرية الميلاد الجديد فقد اتجه العلماء إلى القول إلى أن مشكلات المراهق وأزماتها ليست أمرا لا يمكن تجنبه وأصبح من المعترف به أن رجال التربية وغيرهم من العاملين في حقول الشباب يمكنهم أن يقللوا أو يخففوا من المصاعب التي تقابل الشباب في هذه المرحلة.(خليل ميخائيل معوض:1994 ، 52)

1/تعريف المراهقة:

إن كلمة مراهقة ADOLESCE من الفعل اللاتيني ADOLESCERE ومعناها التدريج نحو النضج الجنسي والانفعالي والعقلي وهنا يتضح الفرق بين كلمة مراهقة وكلمة بلوغ PUBERTY فالبلوغ يقتضي معناه على النمو الفيزيولوجي والجنسي وهي مرحلة تسبق المراهقة مباشرة وفيها تنضج الغدد التناسلية ويصبح الفرد قادرا على التناسل والمحافظة على نوعه واستمرار سلالته.

وكثيرا ما تستخدم كلمتا المراهقة والبلوغ على أنهما مترادفتان وفي الحقيقة أن ثمة اختلاف بينا في معنى اللفظين فكلمة مراهقة تطلق على مرحلة تبدأ بالبلوغ أو تستمر حتى مرحلة النضج أي فيما بين حوالي سن (12-20سنة).

أ- المعنى اللغوي:

المراهقة هي المقاربة، فرهقته معناها أدركته، وأرهقته تعني دانيته، فراهق الشيء معناه قاربه ، وراهق سن البلوغ معناه تقارب سن البلوغ، وراهق الغلام معناه قارب الحلم، وصبيٌّ مراهق معناه مدانٍ الحلم والحلم هو المقدرة على إنجاب النسل (خليل ميخائيل معوض:1994، 52)

ب- التعريف الوصفي :

هناك من يرى المراهقة بأنها فترة التحول الفيزيقي نحو النضج وتقع بين بداية مرحلة البلوغ وبداية سن الرشد.

والبعض يعرفها على أنها مصطلح وصفي للفترة التي يكون فيها الفرد غير ناضج انفعالياً وذا خبرة محدودة، ويقترب من نهاية نموه البدني والعقلي، وقد عرفها العالم هوروكس (HORROCKS) على أنها الفترة التي يكسر المراهق فيها شرنقة الطفولة ليخرج إلى العالم الخارجي، ويبدأ في التعامل معه والاندماج فيه. (سعدية محمد بهادر:1980 ،27)

ومن ناحية أخرى يعرفها العالم ستانلي هولي(STANEL YALL - 1956) على أنها الفترة من العمر التي تتميز فيها التصرفات السلوكية للفرد بالعواطف والانفعالات الحادة والتوترات العنيفة.(خليل ميخائيل معوض:1994 ، 52)

وهناك من يصنفها على أنها مرحلة حرجة خلالها يختل التوازن العاطفي المكتسب سابقاً مع قدوم النضج التناسلي ومرحلة صراعات وتناقضات واضطرابات عميقة في بعض الأحيان والتغيرات التي تميزها مرتبطة بعوامل متعددة.

ويصفها العالم أوسيل (AUSBELL-1955) بأنها الوقت الذي يحدث فيه التحول البيولوجي الوضع البيولوجي للفرد وهناك تصور إسلامي يرى بأن المراهقة تمثل بداية الرشد لدى الشخصية مودعة بذالك مرحلة الطفولة بادئة بتحمل المسؤولية التي ألقتها السماء على الكائن الآدمي وما يصاحب ذالك من ترتيب آثار الثواب والعقاب. (سعدية محمد بهادر: 1994،25)

ج- التعريف الزمني :

إنه من الصعب وضع تعريفاً دقيقاً نحدد فيه سن بداية ونهاية المراهقة ، ولكن حسب وجهات نظر المشتغلين في ميدان علم النفس وبعض نتائج دراسات علم النفس فإنه عادة ما يفهم من مصطلح المراهقة تحديد الفترة المتراوحة مابين 13-20سنة وبالنسبة للمنظور الإسلامي السابق فإن هناك تحديد بداية ونهاية المراهقة جاءت كالتالي :

- **التحديد الأول** :هذا التحديد يضع سن 13 بداية لمرحلة البلوغ وذالك من خلال الإشارة على تحمل المسؤولية وترتيب نتائج الثواب والعقاب ، فيقول الإمام علي كرم الله وجهه "إذا بلغ الغلام ثلاث عشر سنة كتبت له الحسنة وكتبت له السيئة وعوقب".

- **التحديد الثاني** : يرجع البلوغ بين 13-12سنة وهذا خلال ربطه بالثواب والعقاب فيقول الأمام على كرم الله وجه وقد سئل كم تجري الأحكام على الصبيان فقال " في ثلاث عشر أو أربع عشر". (**محمد البستاني: 1989 ،100**)

- **التحديد الثالث:** يضع سن 15سنة بداية للمراهقة في حالت عدم الاحتلام أو الإشعار أو الإنبات وهي معايير جسمية فيقول الإمام على كرم الله وجهه "الغلام لا يجوز أمره في الشراء والبيع ولا يخرج من اليتم حتى يبلغ 15 سنة أو يحتلم أو يشعر أو ينبت قبل ذلك " وهذا بالنسبة للذكور أما عند الإناث فإن سن 09 هي البداية الراشدة وما يرافقها من تحمل المسؤولية .

كما يمكن استخلاص السن التقريبي لنهايتها من النصوص الآتية:

-الولد سيد سبع سنين وعبد سبع سنين ووزير سبع سنين.

-الغلام يلعب سبع سنين ويتعلم الكتاب سبع سنين ويتعلم الحلال والحرام سبع سنين .

والبلوغ هو المؤشر الرئيس على بداية المراهقة، وان مدتها سبع سنين، وإذا ما أضفت إليها مدتي مرحلة الطفولة الأولى والثانية المقدرة ب14سنة فإن الواحد والعشرين هو السن التقريبي لنهاية المراهقة.

(**محمد البستاني: 1989، 104-105**)

2/ مراحل المراهقة:

من أجل المعرفة العلمية الدقيقة لخصائص فترة المراهقة حاول بعض الباحثين تقسيمها إلى :

1/ المرحلة الأولى: وتبدأ مع بداية البلوغ وتتميز بالزيادة في الغرائز والقوة الفسيولوجية،حيث فجأةً يصبح لدى الطفل نزوات شبقية وعدوانية ويندهش لذلك .

2/ المرحلة الثانية : تبدأ مع سن الخامس عشر ، أي عندما يبدأ المراهق في التحكم الجيد في نزواته والسبب في ذالك يرجع إلى أن هذه النزوات أصبحت أقل حدةً أو أن المراهق يكون قد اكتسب الوسائل التي يستطيع بها السيطرة على هذه النزوات(**Pierre laLineLe**:**1982,639**)، والتقسيم السابق نفسه يراه الباحث "وليام كيلي" في ملخص أعمال "أوسترنج وبوكردج "

وغيرهم لمراحل النمو والارتقاء فهناك :

- **مرحلة ما قبل المراهقة** : وتبدأُ من سن التاسعة أو العاشرة حتى البلوغ.
- **مرحلة المراهقة:** وتمتد من البلوغ إلى بداية العشرينات، أي من الثالث عشر إلى التاسع عشرأو العشرين، وهناك من قسمها إلى ثلاثة مراحل هي:
- **مرحلة ما قبل المراهقة:** (Préadolescence) وتكون ما بين ثلاث عشر والخامسة عشر وفيها يكون المراهقون مهتمون أساساً بطرح أسئلة تتعلق بالتغيرات الجسمية التي يتعرضون لها.
- **مرحلة المراهقة بمعنى الكلمة:**(L'adolescence proprement dite) وتتحصر مابين الخامسة عشر والسابعة عشر سنة، وفيها تتحول اهتمامات المراهقين نحو الآخرين، خاصة بالجنس المقابل للبحث عن الصداقة والتجارب الجديدة.
- **مرحلة نهاية المراهقة:** (fin de L' adolescence) وتكون بعد سن السابعة عشر وفيها يهتم المراهقين باكتساب استقلاليتهم والتفكير في المستقبل.

(كمال سوقي: 100،1989)

والعالم ويلود اولسن (w.olson) قسم في كتابه "نمو الطفل" مراحل النمو إلى تسع فترات منها:

- **مرحلة ظاهرة البلوغ** : ومتوسطها عند البنات 12سنة ، وعند الذكور 14سنة مع تفاوت الأفراد حسب نموهم الجسمي وهذا التفاوت يتراوح ما بين 12-18 سنة.

- **مرحلة المراهقة الأولى**: (1ere adolescence) وهي عند 13-14سنة إلى15-16سنة.

- **مرحلة المراهقة الثانية**: (2eme adolescence) وهي من 15-16 إلى 20سنة. **(كمال سوقي: 1989، 60)**

أما العلم بلوس (blos) فيرى بأنها تمر بأربع مراحل هي :

1. **مرحلة ما قبل المراهقة:** التي تتميز بالتوتر الشديد مع الزيادة في الوزن.
2. **مرحلة بداية المراهقة** :(ledelrwt adolescence) وتعرف بعملية المثلنة (L' idealsation) لصديق من نفس الجنس ، وتعرف على أنها عملية نفسية ترفع بواسطتها صفات وقيمة الموضوع إلى درجة الكمال .
3. **مرحلة المراهقة بمعنى الكلمة**: وفيها يهتم المراهقون بالجنس الأخر.
4. **مرحلة نهاية المراهقة**: وهي التدعيم والتمتين (consolidation) وأزمة الهوية للتقسيمات السابقة لفترة المراهقة، ولاتعني الفصل بين مراحلها لأنها تتم بصورة متتابعة وبوتيرة نمو سريعة، وحسب الملاحظات المستخلصة من الدراسات والبحوث الاجتماعية والانثربولوجية للمجتمعات المختلفة فإن هذه الفترة تختلف مدتها باختلاف طبيعة المجتمعات ففي المجتمعات البدائية والمختلفة التي تتميز عموماً بالبساطة وقلة التعقيد في شبكة علاقاتها الاجتماعية ،يستطيع المراهق التوافق بسهولة مع وسطها الاجتماعي، فهو غالباً ما يتحمل المسؤولية من حيث العمل والزواج وتكوين الأسرة مما يجعل مدة المراهق أقل نسبياً من تلك التي في المجتمعات الحديثة والمتقدمة، المتميزة على العموم بالتعقيد في دائرة

العلاقات الاجتماعية الشيء الذي يتطلب من المراهق إعداد نفسه عملياً وخاصةً مادياً للحصول على مكانة اجتماعية مقبولة تؤهله لتحمل أعباء الحياة. (لابلانش وجان ريونتاليس:1996، 198-200)

وامتداد هذه الفترة قد ينعكس على الاستقرار النفسي والتطبيع الاجتماعي عند بعض المراهقين والطرح السابق يكون أكثر صواباً إذا ما أخذنا بعين الاعتبار تأثير عوامل أخرى لا تقل أهمية عن سابقتها فعلى الباحث في هذه الفترة أن يدرك نقطة هامة، وهي أنه لا توجد مراهقة واحدة للدراسة، والفهم الجيد والموضوعي يستوجب أخذ وضعية كل مراهق انطلاقا من المعايير التالية:

- **مستوى النمو ووتيرته:** فهناك من المراهقين من يفرد بوتيرة نمو سريعة تعجل ببلوغهم في سن مبكرة، وعند البعض تتأخر مظاهر النمو وسبب هذا الاختلاف يرجع إلى مدى انتظام الجهاز الهرموني .

- **المستوى التعليمي ودرجة النضج** : فعند سن معينة لا يشعر كل المراهقين بنفس الدرجة من الحيرة والقلق ،كما يختلفون في انشغالاتهم وميولاتهم نظراً لتفاوت قدراتهم في التحكم في انفعالاتهم وتصور الواقع المعاش وإدراكهم لطرق تحقق طموحاتهم .

- **الجنس**: حيث عادةً ما تظهر عوارض البلوغ عند الإناث قبل الذكور، ولكن بفارق زمني قصير وهذه المعايير تتدرج ضمن الفروق الفردية، ويضاف إلى ما سبق ذكر معرفة الأصول الاجتماعية والثقافية والجانب الوراثي الصحي والمستوى المعيشي والتربوي والعائلي والمدرسي والمؤسسي عامة للمراهق. (كمال سوقي: 1989، 67)

3/ الخصائص العامة لشخصية المراهق:

تعرف عادة الشخصية بأنها مجموعة من الصفات الوراثية والجسمية والخصائص بالنفسية والاجتماعية والعقلية والأخلاقية التي تميز شخص ما عن غيره، واكتساب هذه السمات يتم عبر مراحل من التطور والارتقاء والتعلم، والمراهقة واحدة من هذه المراحل وهي فترة حرجة تمثل همزة وصل بين سن الطفولة وبداية سن الرشد ، ووتيرة النمو السريعة المتزامنة معها تنعكس على شخصية المراهق التي تتميز عموما بالتوتر النفسي وعدم الاستقرار النفسي والتقلب المزاجي السريع والاضطراب في مدة النوم والتدهور في النظام الغذائي والشعور بالتعب والإعياء الجسمي، ويتميز شخصية المراهق كذلك الشعور الزائد بالقلق والكآبة ورفض تقبل نصائح الآباء والرغبة في الخروج عن نظام الأسرة والتمرد على تقاليدها وعلى عادات الوسط الاجتماعي والبحث عن كل ما هو جديد وحب المغامرة وكثرة الشكاوي والتهديدات والنقد الشديد والرغبة في الانتقام من المجتمع الذي يراه مجتمعنا وغير متفهما لظروفه والمهمش لمطالبه، والنظرة التشاؤمية للحاضر وحتى المستقبل عند البعض والتذبذب في اتخاذ القرار والتناقض في الأفكار مع وجود حالات من الصراع بين الرغبة والاستقلال بالذات بعيدا عن وصاية الإطار الأبوي وبين الحاجة والانتماء إلى رباط اسري يوفر له الدعم والمساندة لتجيد استقلاله تحقيق طموحاته والتمايز بشخصيته عن غيره مع ازدياد حساسيته للانتقادات والملاحظات الموجهة إليه خاصة أمام أقرانه، مع ظهور فترات من الانطواء على الذات والعزلة والصمت كما تبرز في هذه الفترة سمات الاندفاع والحيوية وحب الاستطلاع عن البعض وتعدد الاهتمامات والميول، وتطور مفهوم الصداقة نتيجة اتساع دائرة علاقاته الاجتماعية .

وبعض الحالات تظهر اضطرابات سلوكية بسب صراعات نفسية حادة وظروف اجتماعية قاهرة كالهروب من البيت أو العزلة المبالغ فيها أو الخجل.

المفرط وتصل عند البعض إلى حد السلوك الانحرافي كالسرقة وتعاطي المخدرات أو الشذوذ الجنسي وغيرها.

وعلى العموم فان الخصائص المميزة للشخصية تزداد ترسخا وثباتا مع نهاية هذه الفترة وينفرد كل المراهق بخصائص تميزه عن الآخرين.

4/ أهم مظاهر النمو في فترة المراهقة:

قبل التعرض لأهم هذه المظاهر يجدر بنا أولا الإشارة ولو بصورة مختصرة لبعض خصائص عملية النمو.

فالنمو يعد من العوامل الأساسية الاستمرارية الكائن الحي، ولكي يتسنى للإنسان القيام بمختلف نشاطاته وتحمل أعباء أدواره الاجتماعية والقيام بمسؤولياته على أكمل وجه والتوصل إلى مستوى مقبول، من التوافق النفسي الاجتماعي عليه أن يكون متمتعا بصحة جديدة وبقوة بدنية مقبولة وبمستوى إدراك موضوعي وتوفر هذه الشروط يرتبط بوجود وسط اجتماعي يراعي السير العادي والطبيعي لعملية النمو المتميز بـــ:

- **الاستمرارية** : أي أنها تمر بمراحل تبدأ من لحظة تلقيح الحيوان المنوي للبويضة وتستمر إلى آخر لحظة من حياة الإنسان ، ولكن مرحلة تتأثر بالتي سبقتها كما تؤثر في التي تليها .

- **الانتظام والتناسق**: أي أن المظاهر المختلفة للنمو لا تتم بمعدلات واحدة في نفس الوقت لأن هناك مظاهر تسبق أخرى ثم تنخفض وتيرتها تاركة المجال لغيرها ويرتبط هذا بسن كل مرحلة وفي السنوات الأولى يرتفع منحنى النمو بشكل كبير ثم ينخفض تدريجيا ثم يرتفع مرة أخرى معلنا على بداية المراهقة.

- **التكامل**: هذه العملية تكون كيفية وكمية في آن واحد ولا يمكن الفصل بينهما لأن التطور الحاصل في شكل الأعضاء يصاحبه تطور وظيفي كذلك.

- **التدرج من الكل إلى الجزء**: فالمشي مثلا يصل إليه الطفل، بعد سلسلة من الحركات تبدأ أولا بمشاركة معظم عضلات الجسم ثم تتدرج إلى الجلوس فالحبو فالوقوف ثم المشي.

وبفضل هذه الخصائص يحافظ الجسم على توازنه من حيث النضج، وإلا كيف سيصبح شكل وجسم الإنسان لو استمر النمو بنفس وتيرة

السنوات الأولى ؟ وقد أجاب على السؤال كل من العالم "فرانك فريمان (freeman)"والعالم "ادمون كونكلين (conklin) " في قولهما " إن هذا المعدل النسبي للنمو استمر عشرين سنة لما وجد الشخص من الطعام وما يكفي لمطالب أنسجته العضوية التي لا تتصوره". **(كمال سوقي: 1989، 69)**

1/ النمو الجسمي:

للنمو وجهان الأولى بمعنى Grow وهو عبارة عن الزيادة في الحجم والطول فزيادة طول الفرد أو زيادة وزنه كذلك حجم المعدة عنها في الطفل وكبر حجم القلب واتساعه عنه عن المراهق عنه عن الطفل ، يعتبر ذلك نمو بمعنى Growth والثاني بمعنى Derelopement أي النمو.

- فمن حيث الطول تبدأ الزيادة في الطول للبنين أكثر من البنات ، حيث نجد انه في الخامسة عشر يكون متوسط طول المراهق (159.1) ومتوسط طول المراهقة (157.5) .

- أما من حيث الوزن يزداد معدل وزن البنين عن معدل وزن البنات ، حيث نجد في سن السادسة عشر وزن المراهق (54.2 كلغ) ، ومتوسط وزن المراهقة (52.4كلغ)وفي سن السابعة عشر يكون ووزن المراهق (58.5 كلغ) ومتوسط وزن المراهق (53.5كلغ) .

- أما العظام تبلغ الرأس في الثانية عشر من العمر حوالي 98% من حجمها النهائي أما العظام الطويلة في الأذرع والأرجل فتستطيل بسرعة، وتطول في منتصف المراهقة ويلاحظ في بداية المراهقة استطالة الأنف مما يزعج المراهق إلى حد كبير، كذلك عظام الذقن، كذلك تستطيل عظام الكتفين وتكبر اليدان والقدمان. **(محمد مصطفى فهمي زيدان:1994 ، 154)**

2/ النمو الفسيولوجي:

هو مجموعة من العمليات الحيوية التي تحدث داخل الجسم وتنعكس على مظهره الخارجي وتشمل الجانب الشكلي والوظيفي للأعضاء، ويتمثل أساسا هذا النوع من النمو في ظاهرة البلوغ (PUBERT) التي تعد كمؤشر بيولوجي لبداية المراهق، ويعرف البلوغ على انه الفترة التي تصل إليها الفرد

إلى سن الإنجاب والنضوج، أي يكون قادرا أن يصبح أبا آو يلد طفلا وفي هذه المرحلة تظهر الخصائص الثانوية للجنس.

وهناك من يعرفه على انه الفترة من الحياة أين نصبح أحرارا في عملية التكاثر، ويمثل مرحة انتقالية هامة يمر من خلالها الفرد من الطفولة إلى المراهقة.

ففي هذه المرحلة ينمو القلب بسرعة لا تتماشى مع سرعة الشرايين ، وبهذا تصبح نسبة اتساع الأورطي (1:5) ، وفي هذه الحالة يدفع القلب الدم في الأوعية قطرها يساوي خمس قطره تقريبا كذلك يزداد ضغط الدم في المراهقة فيكون الضغط في الخامسة عشر (124 ع/v) وفي الثانية عشر (112ع/v) كذلك يرهق القلب في فترة المراهقة نتيجة لزيادة ، كمية الدم التي يدفعها القلب في الأورطي الثانية الواحدة، فيصبح في الرابعة عشر (141ع/v) وتنمو الرئتان ويتسع الصدر تبعا لذلك وتكون الرئتان في حالة الأولاد اكبر منها عند البنات وفي مراحل الطفولة، تستمر الزيادة في المراهقة بالنسبة للولد عند الفتيات حيث يقف النمو تقريبا في سن السادس عشر عند الفتيات وتستمر الزيادة عند الفتيات وربما يرجع السبب في ذلك إلى قلة ممارسة الفتاة الرياضة، وخصوصا بعد السادسة عشر، مقارنة بالنشاطات المختلفة الذي يقوم بها الولد، مما يساعد على اتساع صدره تنمو رئتيه تكبر أجزاء الجهاز الهضمي أثناء المراهقة .

وتكون الألياف العصبية في الجهاز العصبي كاملة عند الميلاد ولكنها تعمل كلها ولا تؤدي وضيفتها في الوقت نفسه، وتنمو هذه الألياف العصبية قليلا في المراهقة ويزداد نموها في المخ ومن ناحية الطول والسمك كما أن الموصلات بين الألياف العصبية تزداد في المراهقة ويرتبط هذا النمو العقلي في العمليات العليا كالتفكير والتذكر والانتباه .

***الغدد**: تنشط الغدد العرقية في مرحلة المراهقة وتكون في درجة عالية من الحساسية مما يجعلها تفرز كميات كبيرة من العرق عند المراهقين عند بذل أي مجهود، كذلك نشاط أي اضطراب انفعالي يجعل هذه الغدد تفرز عرقا

غزيرا، أما الغدد الصماء فلها أهمية خاصة نتيجة تأثيرها المباشر مغير المباشر على الانفعالية للمراهقين وأهمها:

1- الغدد النخامية : وهي أهم الغدد الصماء في جسم الإنسان وتوجد في قاع المخ في المنتصف وهي تسيطر على نشاط الغدد الأخرى وهي تتكون من نصفين أمامي وخلفي ، وزيادة إفرازها عند البلوغ في المراهقة يسهم في نمو العظام خصوصا في الأطراف وقلة إفراز الغدد النخامية يعطل النمو ويصاب الفرد بانقباض وخمول وكسل.

2- الغدد الدرقية: وتوجد في منتصف العنق تقريبا، وتفرز هرمون الدرافين، وهو يؤدي إلى إسراع جميع العمليات الكيميائية في الجسم، ويساعد على نمو الفرد، وزيادة إفرازها يزيد من معدل التفاعل والاحتراق في الجسم وتسبب المراهقات آلام الحيض، واضطرابات في زيادة العرق والإغماء، وسرعة دقات القلب، وقلة إفرازها تسبب البله والسمنة وقلة النشاط وعدم القدرة على بذل الجهد.

3- الغدد الكظرية: وهي عبارة عن غدتين فوق الكلي، وتتكون كل منها من قشرة ونخاع يفرز النخاع هرمون الأدرينالين في الدم لمواجهة مواقف الخطر، ويزيد من قوة وعدد ضربات القلب كما يزيد من صلابة العضلات، ونقص الإفراز يؤدي إلى لين العضلات، ونقص إفراز القشرة عند المراهق ينقص من الدفاع الجنسي له وقد يسبب نقص الإفراز ضمور الغدد الجنسية. (محمد مصطفى فهمي زيدان: **1994، 154-157**)

3/ النمو الجنسي:

الغريزة الجنسية هي من أقوى الغرائز تأثيرا على الصحة النفسية ومن أكثرها عرضة للكبت والضغط من قبل العادات والقيم الاجتماعية، ونمو الجنسي تبدأ علاماته بظهور العادة الشهرية عند الإناث مع وجود حالات تأخر عسر وغياب هذه العادة عند بعض، والسبب في ذلك يرجع إلى وجود اضطراب هرموني أو أزمة نفسية حادة أو مرض، والنمو الجنسي له جانبين الأول يتمثل في اكتساب الخصائص الجنسية الأولية والثانوية التي تمر بمراحل

عند الجنسين أما الجانب الثاني فيرتبط بالنمو الوظيفي لهذه الخصائص فالوظيفة الجنسية تتطور عند المراهق بالتدرج وللوسط التربوي العائلي والمدرسي والاجتماعي عامة تأثير بالغ في تطورها وتوجيهها الوجهة الصحيحة، فبعد نضج الأعضاء التناسلية تبدأ اهتمامات المراهقين تتمركز حول النمو الحاصل في هذه الأعضاء كما تنصب انشغالاتهم حول قضايا الجنس وتفصيلاته خاصة عند الطرف الأخر، فتزيد الطاقة الجنسية لديهم من تطفلهم بمعرفة الكثير من خبايا وأسرار الجنس والتفكير أكثر في تكوين علاقات عاطفية وغالبا ما تكون هذه العلاقات سطحية وغير ثابتة ترمي إلى البحث على المتعة، وأي اضطراب أو خلل في النمو الجنسي يصبح بسببه المراهق مشككا في قدراته التناسلية متخوفا من مستقبله العلائقي ويرى في هذا عائقا في طريق تحقيق طموحاته، وفي بعض الأحيان تكون أساليب التنشئة الاجتماعية الرافضة أو المقيدة للغريزة الجنسية، أو نقص التوجيه السليم لها الأسباب الكامنة وراء انحراف الوظيفة الجنسية عند بعض المراهقين فيلجئون إلى مصادر خاطئة بحثا عن إجابات لاستفساراتهم، كما يقدمون على ممارسة بعض السلوكات الجنسية الخاطئة التي يجدون فيها متنفسا لهذه الطاقة، والاستمناء أو العادة السرية كما يسميها البعض من أكثر السلوكات الجنسية انتشارا بين المراهقين فبواسطتها يعتمدون الإثارة الذاتية للأعضاء التناسلية بغية الحصول على اللذة. **(محمد الستاني: 2000 ، 101)**

4/النمو النفسي:

الملاحظ المتتبع للسلوك في هذه الفترة يثير انتباهه نمط الاتجاه نحو الذات الذي يصل عند بعض المراهقين إلى حد التمركز حول الذات (egococentrisme) ولكنه يختلف في مضمونه عن تمركز الطفل حول ذاته، لان المراهق يكون قد بلغ من النمو العقلي والنضج الاجتماعي ما يؤهله للتميز بين ذاته والذات الأخرى، ويهدف من خلال هذا المظهر السلوكي إلى معرفة أسباب التحولات الجسمية التي يتعرض لها، وإلى إيجاد تفسيرات لطبيعة معاملة الآخرين له والتي لم تعد تناسب وضعيته الجديدة، فيلاحظ عليه

الاهتمام الزائد بنفسه وبمظهره الخارجي وعدم الاكتراث بما يدور حوله من حوادث، وسرعة الغضب إذا رفضت مطالبه ورفض انتقاد تصرفاته من قبل الغير ن أو منعة من ممارسة نشاطاته المفضلة، كما يحبذ عدم إنشاء أسراره وتفادي مشاركة الآخرين اهتماماتهم ومشاكلهم والتذمر والضيق كتعبير عن عدم رضاه عن معاملة الكبار له الذين يراهم غير متفهمين لوضعيته وغير شاعرين بمشاكله، كما يلاحظ عليه ابتعاده عن التصرفات الصبيانية التي يرى بأنها لم تعد تناسبه وكثرة انتقاداته لأساليب المعاملة الو الدية والمتناقضة من قيمته كشخص بالغ وقادر وفعال والبعض من الآباء يندهش لمثل هذه التصرفات لأنهم تعودوا ملاحظة سمات الهدوء والطاعة والامتثال على أبناءهم الذين أصبحوا فجأة يظهرون علامات التبرم والعصيان كما تزداد حيرة الوالدين نتيجة السلوكات المصاحبة لعملية اكتساب الخصائص الجنسية في فترة المراهقة فيتعاملون معها أحيانا بالتهديد والنهي والشدة وبالتسامح والنصح والتوجيه وهذا التذبذب في التربية يقوي من حدة الصراعات النفسية لدى المراهقين ويعيق توافقهم النفسي الاجتماعي.

ورغم السلبيات والصعوبات التي تصاحب اتجاه المراهق نحو ذاته الذي لا يدوم طويلا فانه يجد فيه عالما خاصا ومميزا عن باقي العوالم الأخرى، ويمثل مرحلة أولى في طريق معرفته بخصوصيات شخصيته والتدرج في نموه النفسي.

وينتقل في السن إلى مرحلة جديدة يسعى من خلالها إلى إقامة علاقات اجتماعية ليشارك أقرانه مشاكلهم ويتبادل معهم الانشغالات والاهتمامات المشتركة، ومع اتساع شبكة علاقات الاجتماعية وتعدد أطرافها يقوي شعوره بتقديره لذاته واتزانه النفسي بفضل احتكاكه وتفاعله مع الآخرين ويكبر تحديه لعالم الكبار فيتطفل لمعرفة المجهول ،ويجتهد في إقناع غيره بان آرائه صالحة واختباراته صائبة في الكثير من الأمور الأسرية والقضايا الاجتماعية، ولكن إبرازه لشخصيته يجعله يعيش ظروف صعبة وحرجة لان رغبته في اتخاذ قراراته تسير أموره بنفسه تتناقض مع حاجته إلى وسط عائلي يقوي به

انتماءه، ويستمد منه دعمه المعنوي لتجسيد استقلالية عن الوصاية الأسرية، ومع نهاية هذه الفترة ينتقل إلى مرحلة ثالثة من النمو النفسي يكون فيها أكثر تقبلا لجهاز القيم الاجتماعية ويتحرر من الميولات المضادة للمجتمع كما يعدل اتجاهاته المتطرفة ويقوى اعتماده على نفسه وتصبح اختياراته أكثر صوابا وأفكاره أكثر موضوعية وطموحاته أكثر واقعية، وبفضل الارتقاء الحاصل في نموه النفسي يكون قد اقترب من نهاية اكتساب هويته ومميزاته الشخصية.

(سعدية محمد علي بهادر: 1989،317)

6/ النمو الانفعالي:

هناك إجماع علمي على أن المراهقة هي فترة الانفعالات الحادة والتقلبات المزاجية ومن أهم الأنماط الانفعالية ظهورا خلال هذه الفترة ما يلي:

1-الغضب:

هو من الانفعالات الحادة المميزة للمراهقة ويكون كرد فعل لمضايقات ومواقف معينة كالنقد الشديد من قبل الآباء، السخرية من تصرفاته، الحط من قيمته أو ضربه، توبيخه ومقارنته بإخوته أو زملائه كما قد يكون الغضب رد فعل لوجود إعاقة جسمية أو حسية أو حركية أو مرض يحول دون قيامه بنشاط معين، ومع اقتراب نهاية المراهقة تقل تدريجيا حدة استجابات الغضب.

(سعدية محمد علي بهادر: 1989 ، 377)

2-الخوف:

في فترة المراهقة تقل درجة الانفعال من بعض الأشياء كالظلام والأشخاص الغرباء وتظهر مخاوف جديدة كالخوف من الأماكن الخالية والأصوات المرتفعة أو بعض الحيوانات .كما يخاف المراهق من التغيرات الحاصلة في الشخصية خاصة الجسمية منها، وكذلك الخوف من إقامة علاقات جديدة أو مواجهة بعض الناس كما يمكن أن يكون خوفه نتيجة شعوره بعدم الاستقرار النفسي أو صعوبة الوضع الذي يمر به أو يكون مرتبطا بالأخطار التي تهدده كالأمراض المعدية والخطيرة.

3-**القلق:**

يعتبر القلق من الانفعالات المميزة لهذه الفترة ويكون كرد فعل أمام كل منبه يشكل خطرا مهددا للذات ويكون مصدره غالبا غير معروف وغير محدد عكس الخوف، وينتاب المراهق هذا الشعور بالقلق نظرا لما يطرأ عليه من تغيرات أو بسبب الأسلوب التربوي المتبع من طرف الوالدين والذي لا يتناسب مع سن المراهق ووضعيته الجديدة.

وهناك استجابات فيزيولوجية تصاحب القلق مثل الشعور بالصداع والضيق وعبوس الوجه والإحساس بالتعب وفي بعض الحالات تتحول استجابات هذا الانفعال إلى اضطرابات سلوكية كتعاطي المخدرات، المهدئات، شرب الكحول، الإفراط في النشاط الجنسي، العدوانية، الهروب وهذه الاستجابات هي وسيلة للتخفيف من حدة القلق ومع نهاية هذه الفترة وتأثير الوسط العائلي والمدرسي والاجتماعي تتطور قدرة المراهق على السيطرة والتحكم في استجاباته القلقة. **(لابلونش وبونتاليس،1997،321)**

4-العدوانية:

تستيقظ النزوات العدوانية في فترة المراهقة والتي تكون في فترة الكمون على شكل شتم وتعليق هذه النزوة تجعل المراهق غير محبوب وتكون مرتبطة بالقلق والشعور بالذنب ويمكن أن تكون العدوانية وسيلة لجلب الانتباه كما يمكننا ملاحظة العدوانية في أشكال عديدة مثل الرفض المدرسي، الامتناع عن الأكل العصبي واضطرابات نفسية أخرى.

ويمكن أن تمارس هذه النزوة على الجسد أو في الوسط العائلي في حالة إخفاق الوالدين في التعامل مع المراهق، كما يمكن أن تنتقل إلى المحيط الخارجي خاصة الجيران والمحيط الدراسي. ويمكن أيضا للعدوانية أن تكون غير مفسح عنها وتصبح في هذه الحالة موجهة نحو الذات لتصل في أقصاها إلى الانتحار.

(لابلونش وبونتاليس:1997 ، 322)

ورغم سلبيات العدوانية في هذه المرحلة إلا أنها تبقى نزعة طبيعية بدرجة مقبولة في الإنسان، والزيادة في حدتها تستوجب توجيهها لأنشطة اجتماعية مقبولة

للتنفيس من حدة الصراع الذي يعاني منه المراهق، ويعتبر العنف أبرز الإستجابات العدوانية والذي قد يكون موجها نحو الذات مثل الإنتحار أو موجها نحو الغير كالإعتداء على الآخرين ويجب هنا التمييز بين العدوانية كاستعداد والإعتداء كسلوك يجسد هذه النزعة.

(Pierre Lalonde et Frédéric Crunberg: 1980, 645)

5-الاكتئاب:

يعتبر انفعالا طبيعيا يصاحب عملية النمو في هذه الفترة وهو انعكاس لحالة الصراع النفسي وعدم الاتزان الانفعالي الذي تفرزه المعطيات الجديدة لهذه الفترة وهنا يجب أن نفرق بين هذا الانفعال والاكتئاب الذي يظهر من خلال أعراض مثل عدم القدرة على التصرف وغياب الإحساس باللذة والشعور بالحزن وغيرها. ويمكننا أن نقول أن الاكتئاب هنا يبقى استجابة طبيعية ومقبولة ومؤقتة في فترة المراهقة وتصبح من الأعراض المهيئة لاضطراب الاكتئاب إذا زادت على حدها.

6-الخجل:

سمة مميزة لشخصية المراهق وسبب ظهوره يرجع إلى صعوبة الكلام ومواجهة الجنس الآخر، عدم القدرة على التحدث أمام الناس والانتساب إلى أسرة فقيرة أو وجود إعاقة بدنية . ويجب التفريق هنا بين الخجل العادي الطبيعي الذي يمتثل للقيم والمعايير الاجتماعية من خلال امتناع المراهق عن القيام بسلوكات وعادات مجتمعه ويسمى الحياء، وبين زيادة درجته وكثرة ظهوره في كل المواقف أين يتحول إلى خجل شاذ يعيق النمو النفسي الطبيعي ويصنف ضمن الاضطرابات السلوكية.

7-الغيرة:

الغيرة من الانفعالات الملاحظة في هذه الفترة ويعرفها البعض على أنها انفعال صبياني ويظهر بصورة قوية ومقنعة أثناء بداية المراهقة والبعض الآخر يراها انفعالا يكون مصدره اجتماعيا ومن أسباب ظهوره توجيه جل اهتمامات المراهق نحو شخص معين يشكل مصدر الغيرة لديه أو عدم الحصول على بعض الامتيازات التي يتمتع بها هذا الشخص. **(جابر نصر الدين:2004،20- 22)**

7/ النمو العقلي:

1-الذكاء:

ذكاء المراهق يكون في هذه المرحلة في آخر إمكانياته العملية في الرياضيات كما يوضحه في دراسته لنمو الذكاء، ويصل في هذه المرحلة إلى أقصى قدرات العمل العقلي وبقدراتPiaget مجردة كالراشد ونسميها مجردة لأنها يمكن أن تستعمل تصورات مجردة (تفكير عقلي محض) والتثقيف دفاع ضد القلق الذي سيتطور عن طريق برامج التعليم التي تتطلب من الفرد الاستنتاج وإثبات الدلائل أو نفيها.

2-الانتباه:

تزداد قدرة المراهق على الانتباه ويستطيع أن يستوعب مشاكل طويلة ومعقدة والانتباه هو ما يبلوره الإنسان من شعور في مجاله الإدراكي.

3-التذكر:

يصاحب نمو قدرة الانتباه وهو القدرة على التعلم والتذكر، وهذه القدرة تؤسس على الفهم والميل والتذكر عند المراهق هو استنتاج للعلاقات الجديدة بين الموضوعات المتذكرة ولا يستطيع المراهق أن يتذكر موضوعا إلا إذا فهمه وربطه بموضوعات مرت به كخبرات سابقة.

4-التخيل:

يتجه المراهق إلى الخيال المجرد المبني على الألفاظ أي الصور اللفظية، وهنا يعود إلى عملية اكتساب اللغة التي تكاد تدخل في طورها النهائي ولأنها تصب فيها المعاني المجردة فإن نمو التخيل لدى المراهق يساعده على التفكير المجرد كالهندسة والحساب وهذا يكون صعبا في مراحل سابقة من التعليم.

5-الاستدلال والتفكير:

التفكير هو حل مشكلة قائمة ويجب أن تهدف التربية إلى مساعدة المراهقين على التفكير السليم في حل مشكلاتهم (اقتصادية، اجتماعية، علمية، عاطفية...) فإذا استطعنا ذلك فإننا نعطي له الفرصة في معالجة المشاكل عن طريق التفكير العقلي السليم.

6-الميول:

تتنوع ميولات المراهقين في هذه الفترة، فنجد أن الذكور يميلون إلى التجارة والنشاطات البدنية، أما الإناث فيميلون إلى الطرز والخياطة وغيرها . وهذا كله يساعد المراهق على التفتح الذهني والتفكير المعنوي المجرد والاهتمام بالظواهر الاجتماعية وللإشارة فإن المراهق يذهب بتفكيره وتأمله إلى كل الأوضاع المحيطة به. **(محمد مصطفى زيدان: 1990 ،165)**

8/ النمو الاجتماعي:

يتأثر هذا النمو بالتنشئة الاجتماعية وبالنضج في نفس الوقت، وكلما كانت بيئة الفرد ملائمة، ساعد ذلك إلى أن تكون علاقاته الاجتماعية ملائمة .ويتصف النمو الاجتماعي في المراهقة بمظاهر رئيسية وتبدو هذه المظاهر في تآلف المراهق مع الأفراد الآخرين ويتضح هذا التآلف فيما يلي:

- يميل المراهق للجنس الآخر ويتضح نمط سلوكه ونشاطه لجلب انتباه الجنس الآخر.
- الثقة وتأكيد الذات ويتحقق في سيطرة الأسرة مما يؤدي إلى تأكيد شخصيته ويشعر بمكانته.
- الخضوع لجماعة الرفاق حيث يخضع إلى معايير ونظم أصدقائه وما يحيط به من أفراد.
- إدراك العلاقات القائمة بينه وبين الأفراد الآخرين ويحاول المراهق هنا أن يفهم آثار تفاعله مع الآخرين، مما يؤدي به إلى النفوذ إلى أعماق سلوكهم ويحاول الملائمة بينه وبين الآخرين.
- اتساع دائرة التفاعل الاجتماعي وهذا باتساع نشاطه الاجتماعي مما يخفف من أنانيته ويقترب سلوكه من معايير الآخرين ويتعاون معهم في نشاطه ومظاهر حياته الاجتماعية.

كما يتضح نفور المراهق في حالات أخرى كما يلي:

- التمرد والذي يتحدد من سيطرة الأسرة وهذا يشعره بفرديته ونضجه واستقلاليته وتحدي السلطة القائمة.

- السخرية ويتطور إيمان المراهق بالمثل مما يؤدي به إلى السخرية من الحياة الواقعية وهذا لبعدها عن هذه المثل التي يؤمن بها ولكن يقترب شيئا فشيئا من الواقع في سن الرشد.
- التعصب حيث يزداد تعصب المراهق لآرائه ومعايير الجماعة التي ينتمي إليها وقد يصل تعصبه إلى سلوك عدواني وهذا يتضح في النقد اللاذع

(محمد مصطفى زيدان:1990، 165)

5/أهداف المراهقة:

يتم في المراهقة القضاء على التوازن النسبي الذي يميز الطفولة الثالثة (الاستقرار العاطفي،النظرة الموضوعية للأمور، التوافق مع المحيط والانصياع للأنا الأعلى)، ويسعى المراهق إلى التوافق مع المتغيرات الجسدية الجديدة وما تجره من صعوبات في التوافق مع المحيط وصولا إلى حالة الاستقرار والثبات التي تميز مرحلة النضج وحل أزمة المراهقة.

فعلى الصعيد الجنسي نلاحظ انتقال المراهق من الاهتمام بأعضاء نفس الجنس إلى الاهتمام بأعضاء الجنس الآخر وانتقاله من مرحلة الوعي الكامل بالنمو الجنسي إلى قبول النضج الجنسي.

وعلى الصعيد الاجتماعي ينتقل المراهق من الشعور بعدم التأكد في قبول الآخرين له إلى الشعور بالأمن وقبول الآخرين له، كما يتم الانتقال:

- من الارتباط اجتماعيا إلى التسامح اجتماعيا.
- من التقليد المباشر للأفراد إلى التحرر من التقليد المباشر للأقران.
- من الرغبة في الحصول على رفاق كثيرين إلى الميل على التركيز على رفيق واحد.
- وعلى صعيد سلطة الأسرة نلاحظ انتقال المراهق من:
- ضبط الوالدين التام إلى ضبط الذات.
- الاعتماد على الوالدين من أجل الأمن إلى الاعتماد على الذات.
- التوحد مع الوالدين كمثال إلى الاتجاه نحو الوالدين كأصدقاء واختيار نماذج أخرى تقمصيه.

- وعلى صعيد النضج العقلي ينتقل المراهق من:
- قبول الحقيقة لمجرد أنها صادرة عن الأهل إلى طلب الدليل قبل قبولها.
- الرغبة في الحقائق إلى الرغبة في معرفة الأسباب.
- الاهتمامات والميولات الكثيرة إلى الميولات الثابتة والقليلة والمتخصصة.
- وعلى صعيد النضج الانفعالي نلاحظ انتقال المراهق من :
- التعبير الانفعالي غير الناضج إلى التعبير الانفعالي البناء.
- التفسير الذاتي للمواقف إلى التفسير الموضوعي للمواقف.
- المخاوف الطفلية والدوافع الطفلية إلى المثيرات الناضجة للانفعالات.
- عادات الهروب من الصراعات إلى عادات مواجهة الصراعات.
- وعلى صعيد اختيار المهنة ينتقل المراهق من :
- الاهتمام بالمهن البراقة إلى الاهتمام بالمهن العملية.
- الاهتمام بمهن كثيرة إلى الاهتمام بمهنة واحدة.
- زيادة أو قلة تقدير قدراته إلى التقدير الدقيق للقدرات.
- عدم مناسبة الميول للقدرات إلى مناسبة الميول للقدرات.
- وعلى صعيد فلسفة الحياة نلاحظ انتقال المراهق من :
- اللامبالاة بخصوص المبادئ العامة إلى الاهتمام بها.
- اعتماد السلوك على العادات الخاصة المكتسبة إلى إقامة سلوك على أساس الضمير
- والواجب، وعلى صعيد استخدام أوقات الفراغ ينتقل المراهق من :
- الاهتمام بالألعاب النشيطة غير المنظمة إلى الاهتمام بالألعاب الجماعية المنظمة.
- الاهتمام بالنجاح الفردي إلى الاهتمام بنجاح الفريق.
- اهتمام بهوايات كثيرة إلى الاهتمام بهوايات محددة ومحدودة.
- وعلى صعيد توحد الذات نلاحظ انتقال المراهق من :
- إدراك قليل للذات إلى إدراك دقيق نسبيا للذات.

- فكرة بسيطة عن إدراك الآخرين للذات إلى فكرة جيدة عن إدراك الآخرين لذاته.
- توحد الذات مع أهداف شبه مستحيلة إلى توحد الذات مع أهداف ممكنة.

(عبد الغني الديدي:1995 ، 13- 14)

6/حاجات المراهقة:

يصاحب التغيرات التي تحدث مع البلوغ، تغيرات في حاجات المراهقين قريبة من حاجات الراشدين، إلا أن المراهق يجد فروقا واضحة في مرحلة المراهقة، ولعلنا لا نبالغ إذا قلنا أن الحاجات والميول والرغبات تصل في مرحلة المراهقة إلى أقصى درجة من التعقيد.

1/6- الحاجة إلى الأمن:

وتتضمن الحاجة للأمن الجسمي والصحة والحاجة إلى الشعور بالأمن الداخلي والحاجة إلى البقاء على قيد الحياة، كذلك الحاجة إلى تجنب الخطر والألم والحاجة إلى الراحة والشفاء عند المرض والحاجة إلى الحياة الأسرية الآمنة والحاجة إلى المساعدة في حل المشكلات الشخصية.

إضافة إلى الحاجة إلى الأمن، نجد عند المراهقين حاجات أخرى كالرغبة في الحب والقبول وتأكيد الذات، ولتحقيق ذلك فإن المراهق يلجأ إلى الانخراط داخل الجماعة وتعرف هذه الجماعة بجماعة الرفاق الحميمة، حيث تتألف هذه الجماعة من أفضل الأصدقاء، فمع البلوغ يختار الفتى صديقا وثيق الصلة به ليكون موضع سره وكذلك تفعل الفتاة، وهذا الفتى أو الصديق يشبع لدى المراهق الكثير من الحاجات الاجتماعية حيث يقضي معه وقتا أطول مما يقضيه مع الآخرين، وعادة ما يكون الرفيق من نفس الجنس ولديه نفس الميول والقدرات، وتكون العلاقة بينهما وثيقة إلى الحد الذي يتأثر فيه كل منهما بالآخر، وعلى الرغم مما ينشأ بينهما من اختلاف إلا أن صلة الصداقة بينهما تكون قوية بالشلة وهي تجمع أكبر حيث تتشكل من ثلاثة إلى أربعة أصدقاء ذوي ميولات واهتمامات مشتركة ويجمع بين أعضاء الشلة روابط قوية يتركز نشاط أعضاءها حول

الأنشطة الاجتماعية مثل الاستذكار الجماعي أو مشاهدة الأفلام السينمائية والمباريات الرياضية وحضور الحفلات.

والمراهق الذي ينتمي إلى شلة معينة يتبنى معايير هذه الشلة ويتمسك بها حتى لو اختلفت أو تعارضت مع معايير أسرته، فالمراهق في هذه المرحلة يزداد إحساسه بذاتيته ورغبته في تأكيدها وسط الجماعة، فهو في نظر نفسه لم يعد ذلك الطفل أو الصبي الذي لا يسمح له بالكلام أو إبداء الرأي أوالنقاش أونقد آراء الآخرين، فهو من خلال هذا يسعى إلى أن يكون له مركز ودور داخل المجتمع حتى يتم الاعتراف به حيث يميل دائما للقيام بأعمال ملفتة للنظر ولعل وسائله في ذلك متعددة ومنها الاهتمام بالمظهر الشخصي واختيار الملابس والاهتمام بالألوان الزاهية اللافتة للنظر وتفضيل آخر خرجات الأزياء مما يظهر محاسن الجسم ويستر مساوئه.

والفتاة تسعى من خلال قيامها بالأعمال المنزلية المتنوعة لتصبح مضرب مثل للآخرين والفتى يحاول إقحام نفسه في مناقشات تكون فوق مستواه وقد يطيل الحديث وذلك من أجل إبراز ذاته بين أقرانه.

فجماعة الرفاق بالنسبة للمراهق هي مسعى حيث يرتبط بها ارتباطا وثيقا ويناضل من أجل تأكيد مكانه بها، فهو ما دام في وسطها فإنه حتما سيتبنى قيمها ومعاييرها ومثلها، ذلك أن المراهق يشعر في وسط جماعته بالمشابهة وبوحدة الأهداف والغايات، فالجماعة توفر له الشعور بالأمان والارتياح والمتعة ويستطيع عن طريق تفاعله في وسط جماعته أن يصبح أكثر تساهلا ومرونة ومنها يكتسب المهارات الاجتماعية والولاء الاجتماعي، ولعل أهم المواضيع التي يناقشها مع جماعته لهي الأمور المتعلقة بالنمو الجنسي والعلاقات بين الجنسين ولعلها من أهم المواضيع التي تشغل تفكير المراهق في بداية هذه المرحلة.

(عبد العلي الجسماني:1994 ،216)

2/6- الحاجة إلى الإشباع الجنسي:

وتتضمن الحاجة إلى التربية الجنسية، الحاجة للجنس الآخر وحبه وإلى التخلص من التوتر وكذا الحاجة إلى التوافق الجنسي الغيري.

(M.Debesse, L'adolescent : 1959, 140)

3/6- الحاجة إلى النمو العقلي:

وتتضمن الحاجة إلى التفكير وتوسيع قاعدة الفكر والسلوك والحاجة إلى تحصيل الحقائق وتفسيرها والحاجة إلى خبرات جديدة ومتنوعة والحاجة إلى إشباع الذات عن الطريق العمل والحاجة إلى النجاح الدراسي والحاجة إلى المعلومات ونمو الذات وكذا الحاجة إلى الإرشاد العلاجي والتربوي والمهني والأسري والزوجي. **(ميخائيل خليل معوض:1989، 89)**

7/ مشكلات المراهقة:

تتميز المراهقة بعدة مشاكل وقد حددها عدد من الباحثين في المشاكل التالية:

1/7- المشاكل النفسية:

انطلاقا من العوامل التي تبدو واضحة في تطلع المراهق نحو التجدد والاستقلالية وتأكيد الذات بشتى الطرق والوسائل، فالمراهق لا يخضع للأمور البيئية وقوانينها وأحكام المجتمع، بل أصبح يقصد الأمور ويناقشها على حسب تفكيره وقدراته وإذا أحس بأن المجتمع يعارضه ولا يقدر مواقفه وأحاسيسه يسعى لأن يؤكد تمرده وعصيانه .فإذا كانت الأسرة والمدرسة والأصدقاء لايتفهمون قدراته ومواهبه ولا يعاملونه كفرد مستقل ولإشباع حاجاته الأساسية فهو يحب أن يحس بذاته وأن يكون شيئا يذكر حتى يعترف الكل بقدرته وقيمته(

ميخائيل إبراهيم أسعد، 302).

2/7- المشاكل الانفعالية:

إن العامل الانفعالي في حياة المراهق يبدو واضحا في عنف انفعالاته وحدتها واندفاعها وهذا الاندفاع ليست أسبابه نفسية خالصة بل يرجع كذلك للتغيرات الجسمية، فإحساس المراهق بنمو جسمه وشعوره بأنه لا يختلف عن

أجسام الكبار وصوته قد أصبح خشنا، يشعر المراهق بالفخر وكذلك يشعر بالحياء والخجل من هذا النمو السريع، كما يتجلى بوضوح خوف المراهقين من هذه المرحلة الجديدة التي ينتقل إليها والتي تتطلب منه أن يكون رجلا في سلوكه وتصرفاته .**(ميخائيل إبراهيم أسعد،303)**

3/7 -المشاكل الصحية:

من أهم المتاعب المرضية التي يتعرض لها الشباب في سن المراهقة هي السمنة، إذ يصاب المراهقون بسمنة مؤقتة وإن كانت كبيرة فيجب العمل على تنظيم الأكل والعرض على الطبيب المختص، والسمنة قد تكون وراءها اضطرابات في الغدد كما يجب عرض المراهقين على انفراد مع الطبيب للاستماع لمتاعبهم وهو في حد ذاته جوهر العلاج، لأن لدى المراهق إحساس بأن أهله لا يفهمونه. **(محمد رفعت: 1974، 220)**

4/7 -المشاكل الاجتماعية:

إن المراهق يميل للاستقلال والحرية والتمرد وعندما تتدخل الأسرة فإنه يعتبر هذا الموقف تصغيرا وانتقاصا لقدراته، لذلك نجده يميل إلى النقد ومناقشة كل ما يعرض عليه من آراء وأفكارهما يؤدي إلى الصراع مع عائلته.

كما قد يواجه المراهق النقد من المجتمع والعادات والتقاليد والقيم الخلقية والدينية السائدة ولكونه فرد ينتمي إلى المجتمع فهو يؤكد رغبته في التعبير عن ذاته وشخصيته .كما أن المراهق يعتبر التقاليد المعروفة في مجتمعه تقف حائلا دون الوصول إلى الجنس الآخر وتحقيق الرغبة الجنسية، فعندما يفصل المجتمع بين الجنسين فإنه يعمل على إعاقة الدوافع النظرية الموجودة لدى المراهق اتجاه الجنس الآخر وإحباطها وقد يتعرض لانحرافات ويلجأ إلى أساليب ملتوية لا يقر بها المجتمع كمعاكسة الجنس الآخر أو التشهير به أو الانغماس في بعض الأساليب المنحرفة. **(ميخائيل إبراهيم أسعد،300)**

8/ المراهقة في الجزائر:

تختلف نظرة المجتمعات للمراهق حسب الثقافات السائدة، ففي المجتمعات البدائية مثلا لم يكن هناك ما يدعى بمرحلة المراهقة والسائد عندهم هو البلوغ، فالفرد بمجرد بلوغه يكون قد اقتحم عالم الرشد، ولم يكن هناك ما يعرف بأزمة المراهقة ونتيجة لتغير الفكر الاجتماعي والتطور الحضاري بدأت فكرة الاهتمام بمرحلة المراهقة .وأصبحت من أخطر مراحل النمو التي تستوجب اهتماما بالغا من طرف المختصين والمحيطين، فالجزائر كغيرها من المجتمعات لم تكن تعرف مصطلح المراهقة في عاميتها وإنما المعروف هو مصطلح البلوغ، وقد تراوحت معاملة الأسرة الجزائرية للبالغ بين السماحة واللين أحيانا والقسوة والتسلط أحيانا أخرى.

فكانت تنعته بالوقح والكسول والإتكالي، كما أن معاملة الذكر والأنثى ليست على حد السواء، إذ أعطي الذكر كامل الحرية في التصرف وإن وصل به الأمر إلى حد الممارسات اللاأخلاقية والانحرافات السلوكية، لأن الرجل في نظرهم لا يجلب العار أما الأنثى فتعامل بنوع من القسوة والشدة والصرامة والمراقبة الشديدة لسلوكها وتحركاتها وحتى في علاقتها مع الآخرين وخاصة علاقتها مع الجنس الآخر .فالفتاة رمز شرف للعائلة الجزائرية، حيث ترى الباحثة نفيسة "زردومي" أن الفتاة الجزائرية في بعض العائلات تشكل نكسة في أعضاء الأسرة، فيما يمكن أن تجلبه من عار لهذه العائلة، فهي تعامل منذ البداية على أساس مخلوق غير مرغوب فيه ولكنه ضروري .كما انحصرت تربية الفتاة في الوسط الجزائري على تلقينها مفردات آلية وهي: الطاعة، الحشمة، الأناقة العيب، الحرام، الأصل، الشرف...الخ. لقد أثبتت الدراسات أن مرحلة المراهقة تعتبر من الفترات الحرجة التي يمر بها الفرد أثناء نموه لما يميز هذه الفترة من تغيرات جسمية وعقلية وانفعالية واجتماعية، إذ تصبح انفعالاته غير مستقرة تتراوح بين الهدوء تارة والغضب والتهيج تارة أخرى، كما تتسع دائرة العلاقات الاجتماعية للمراهق بخروجه إلى المدرسة والشارع، لذلك ينبغي على المجتمع بصفة عامة والأسرة بصفة خاصة تفهم خصوصية مرحلة المراهقة وإحاطة

المراهق برعاية نفسية وصحية واجتماعية لأنه وإن لم يؤخذ بعين الاعتبار في تجاوز هذه الاضطرابات وأهمل فإنه ينقم على المجتمع ويسلك سلوكات غير عادية كتعبير عن المعاناة التي يعيشها، ولجوؤه إلى الانحراف ربما هو المنفذ الأحسن للوصول إلى تلبية حاجاته التي عجزت الأسرة والبيئة المحيطة عن توفيرها، رغم أنه في بعض الأحيان يرغب في الابتعاد عن المخدرات مثلا لكن هذه الأخيرة وللأسف تبقى الشيء الوحيد المتاح الذي يستطيع المراهق من خلاله التخفيف من الآلام والمعاناة التي يعيشها بغض النظر عن المضاعفات السيئة لها **(Nini M.N: 1997, 258)**

بالإضافة إلى ذلك فإن التغيرات الجسدية التي تحدث في مرحلة المراهقة هي نفسها عند جميع الأفراد في مختلف الأمكنة والأزمنة ولكن التغيرات النفسية التي تحدث فيها تختلف حسب طبيعة الأفراد والمناطق والظروف العائلية والاجتماعية والثقافية المحيطة بهم. ولو أخذنا حالة المجتمع الجزائري فإننا نجد أن العائلة الجزائرية التقليدية تتميز بكونها عائلة مكتملة العدد، أي مجموعة من الأفراد يعيشون مع بعضهم في بيت واحد ويشكلون أسرة واحدة ويشرف عليها فرد واحد وهو الأكبر، هذا التنظيم العائلي القديم يرتكز على السلطة الأبوية، فهي تنظر للطفل بوصفه امتدادا لأبيه أي أنه عندما يكبر يباشر أعمال أبيه بنفس السلطة لأنه ذكر ولأن الأسرة الجزائرية أسرة أبوية ويوضح ذلك "بوتفنوشات مصطفى" فيقول :"إن الأب ينتظر من ابنه أن يكون تابعا له كليا ويجب على الابن أن يظهر أنه يعتبر بالدم الذي أعطي له ويحترم سلطة الأب في كل المواقف وأن يخدم عائلته تبعا للقيم التقليدية للعائلة."

والمراهق الجزائري قديما كان ينتقل مباشرة إلى الرشد بمجرد البلوغ حيث تبدأ العائلة في إعداده لتحمل المسؤولية الاقتصادية لكن حاليا نظرة المجتمع للمراهق تغيرت ولكن هذا التغير مصحوب بنوع من التشدد والحماية والرقابة خاصة على البنات فالمراهق الجزائري يعيش مرحلة جد صعبة وهذا نتيجة الظروف المحيطة به سواء كانت اقتصادية أو اجتماعية أو ثقافية أوسياسية **(Noureddine : 1975, 199)**

ويضيف الدكتور "بن إسماعيل" في هذا المجال قائلا" : إن فكرة المراهقة متأثرة بالثقافة في بعض المجتمعات التقليدية كالثقافة الجزائرية فمكانة المراهق عندنا غير معترف بها لذا فالطفل لايدرك إطلاقا هذه المرحلة من عمره نتيجة غياب الوعي بها". **(Bensmail B: 1994, 184).**

وبالتالي ففي هذه المجتمعات كلمة مراهق غير متداولة بين الناس ولكن نقطة العبور في المكانة الاجتماعية هي البلوغ والتي تعبر عن النضج مستعملين بذلك كلمة شباب وهذا ما يفسر وبدون شك اختفاء كلمة مراهق من قاموس لغتنا اليومية وبذلك فإن مصطلح المراهقة ظهر في المجتمع الجزائري بعد الاستقلال كنتيجة للتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية وما خلفه الاستعمار من دمار وسياسة التصنيع والتنمية، حيث أثرت كل هذه العناصر على توازن المجتمع وتفاقمت من حجم الصراع بين الأجيال، إلى أن وصل الحال بالجزائريين إلى أن يتقاتلوا فيما بينهم، إضافة إلى التفكك الأسري وفقدان الدور المنوط بالأسرة وتخلي الآباء عن تربية الأبناء وألقوا بهذه المهمة على عاتق المدرسة لوحدها الشيء الذي أثر على المراهقين الذين أصبحوا يعانون عدم التكيف.

(Nini M.N: 1997, 258)

الجانب التطبيقي

الفصل السادس

الإطار المنهجي للدراسة

1- الدراسة الاستطلاعية

2- العينة وكيفية اختيارها

3- المنهج المتبع للدراسة

4- أداوت الدراسة

6- أساليب المعالجة الإحصائية

تمهيد:

تعتبر عملية جمع البيانات لأغراض التقويم والبحث العلمي من المراحـــل المهمة التي تحتاج إلى عناية خاصة من قبل الباحثين الذين يؤكدون على أهمية المنهجية في البحوث العلمية. ذلك أن قيمة البحث ونتائجه ترتبط ارتباطا وثيقا بالمنهج الذي يتبعه الباحث، ومنه فقد تم الاعتماد خلال إجراء الجانب الميداني للبحث على مجموعة من الخطوات العلمية الموضوعية ، بداية مـــن تحديـــد المنهج، واختيار العينة بما يوافق وطبيعة لموضوع، واختيار الأداة المناســـبة للدراسة لتحقق من صدق او نفي الفرضيات حتى تكون قابلة للتعميم.

1. الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أساسا جوهريا ليبنى البحث كله، وهي الخطوة الأساسية التي يقوم بها الباحث إثناء دراسته لموضوع بحث معين، تعتبر مرحلة أولية تسبق التطبيق الفعلي للأدوات المستعملة في البحث إذ تساعده على جمع كل المعلومات والحقائق التي تخدم موضوع بحثه، كما تحدد له الطرق العلمية التي بواسطتها يتم دراسة الموضوع.

ولذلك اتصلنا بقسم علم النفس بجامعة المسيلة للحصول على الموافقة لإجراء الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية في العيادات الخاصة بالأمراض الجلدية. حيث حاولنا استعمال وسائل مختلفة للحصول على قدر كبير من المعلومات التي تخدم موضوع البحث، وتطبيق المناهج المناسبة أكثر لهذا النوع من الدراسة لكي تكون متكاملة، وهما منهج معالجة المعلومات والمنهج الإكلينيكي.

أ.أهداف الدراسة الاستطلاعية:

كان الهدف من هذه الدراسة الاستطلاعية من خلال الدراسة هو معرفة ما يلي:

- التعرف على ميدان إجراء الدراسة والمتمثلة في عيادات الأمراض الجلدية الخاصة بولاية المسيلة.
- معرفة مدى صلاحية البنود الخاصة بالمقياسين مقياس التوافق النفسي ومقياس تقدير الذات.
- التحقق من وضوح العبارات ومدى تمكن المرضى من فهمها.
- جمع المعلومات والمعطيات الضرورية للدراسة.
- تطبيق مقياس زينب شقير 2003 للتوافق النفسي.
- تطبيق مقياس كوبر سميث لتقدير الذات.
- استمارة المقابلة الإكلينيكية.

ومن خلال استقراء الواقع الميداني لمرضى الجلديين تـم التوصـل للنتـائج التالية:

لمست الباحثة تعاون المرضى معها في هذه الدراسة خاصـة الإنـاث منهم الذكور التي رحبن بالموضوع ببساطة وكل تفاؤل، تعاون الفئات لمجرد معرفة أن الموضوع يمس هذه الأمراض الحساسة، فيقبلـون مباشـرة بعـد إعلامهم مسبقا أن الأسئلة المطروحة عليهم لا تمس شخصية احد منه وهـي تعود عليهم بالفائدة.

ب.العينة الاستطلاعية:

1. المجتمع الأصلي :

يعرف المجتمع الأصلي في العلوم الإنسانية أنه مجموعة منتهية أو غير منتهية من العناصر المحددة مسبقا والتي ترتكز عليها الملاحظات.

(انجرس، 2004 ،209)

ويعرف أيضا: انه جميع الأفراد والأشياء أو العناصر الذين لهـم خـصائص واحدة يمكن ملاحظتها وقياسها.

أما المجتمع: هو الهدف الأساسي من الدراسة حيث أن الباحث يعمم في النهاية النتائج، ويمكن القول أننا ندرس عينات وإنما ندرس مجتمعات وما العينة التي نختارها إلا وسيلة دراسة خصائص المجتمع. **(أبو علام، 2006، 154-157)**

فالمجتمع الاصلي الذي اخذنا منه عينة الدراسة عبارة عن مجموعة من المرضى المراهقين من العيادت الخاصة بالامراض الجلدية الـذين تتـراوح اعمارهم من (15 سنة إلى21 سنة) والذي يقدر عددهم (60) مراهق مصاب بالمرض الجلدي.

قامت الباحثة بتطبيق أدوات الدراسة علي عينة استطلاعية من المصابين بالأمراض الجلدية بعيادات أمراض الجلد الخاصة، وتم ذلك في عيادة المرض الجلدية "سايبي" الطيب في حي الحاج عيـسى وعيـادة "بـالولي" فـي حـي الفوريستي بولاية المسيلة.

2. عينة الدراسة: نقصد بها مجموعة القيم او المشاهدات التي سيقوم الباحث بتجميع البيانات. (جلال:**2008** ،**334**)

هي مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية. وهي تعتبر جزء من الكل، بمعنى أنه تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع الأصلي على أن تكون ممثلة للمجتمع لتجرى عليهم الدراسة. (زرواتي، **ص191**)

3.خصائص العينة:

تتكون عينة الدراسة من (60) فردا، وذلك من فئة المراهقين، (30) من الذكور، و(30) من الإناث هذا وقد تم اختيار عينة الدراسة بطريقة عــشوائية، طريقة الاختيار ملزمة؛ وذلك لعدم توفر قسم خاص للأمراض الجلدية بالمؤسسة الإستشفائية بالمسيلة.

جدول رقم (02) ضبط المغيرات لافراد العينة:

العينة	متوسط العمر	المدى
60	17	13 - 21

جدول رقم (03) ضبط المغيرات من حيث الجنس:

نوع الجنس	العدد (التكرار)	النسبة(%)
ذكور	30	%50
اناث	30	%50
المجموع	60	%100

جدول رقم (04) ضبط المغيرات من حيث نوع المرض:

نوع المرض الجلدي	العدد (التكرار)	النسبة(%)
حب الشباب	20	%33.33
الاكزيما	20	%33.33
الصدفية	20	%33.33
المجموع	60	%99.99

2/ منهج الدراسة:

اتبع الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي المقارن والإكلينيكي الذي حاول من خلاله وصف الظاهرة المدروسة باعتباره هذه الدراسة.

المنهج الوصفي: هو المنهج الذي يدرس ظاهرة أو حدثاً أو قضية موجودة حالياً يمكن الحصول منها علي معلومات تجيب عن أسئلة البحث دون تدخل الباحث فيها وهو أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي النظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كمياً عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة. **(ملحم : 2000، 324)**

كما ويستند الباحث إلي أسلوب البحث الارتباطي الذي يحدد ما إذا كان هناك ارتباط بين متغيرين كميين أو أكثر ، ودرجة هذا الارتباط ، وعليه فإن الغرض من استخدام هذا النوع من المناهج البحثية يتمثل في تحديد وجود علاقة أو عدم وجودها بين المتغيرات موضوع الدراسة و من خلاله يتم وصف الظاهرة موضوع الدراسة تقدير الذات والتعرف علي أبرز أشكاله ، بالإضافة إلى الكشف عن مدى علاقته تقدير الذات بالتوافق النفسي الذين يمثلون مجتمع الدراسة.

المنهج الإكلينيكي هو منهج كيفي كمي يتبع كل حالة في صفاتها وسماتها معتمدا على الدقة في الملاحظة العلمية.

ففي هذا المنهج تكون الدراسة معمقة للحالات الفردية .هذه الرؤية الدينامية للسلوك واضطراباته تنطلق مباشرة من التحليل النفسي أي من تقنية

عيادية، تقنية التحليل النفسي تمتاز بعمقها ووعيها لذاتها.فالمنهج الإكلينيكي هو المنهج المناسب لدراسة السلوك الإنساني ولكشف حالات وأوضـــاع الفـــرد، وتبيان أسباب الاضطرابات النفسية والسلوكية. (**فيصل عباس**: **1996** ،**11**)

3/أدوات الدراسة :

وهي مجموع الوسائل التي يستعين بها الباحـــث فـــي جمـــع البيانـــات والمعلومات اللازمة من الميدان لبحثه قصد معالجتهـــا وتحليلهـــا وتفـــسيرها والوقوف على دلالتها ومؤشراتها في هذا البحث:

واعتمدت الباحثة في الجانب الميداني بتوزيع مقياسين لدراسة بعض مفردات الدراسة وحصر و تجميع المعلومات اللازمة في موضوع الدراسة ، ومن ثم تفريغها وتحليلها باستخدام برنامج:

(Statistical Package For Social Science) spss

الاختبارات الإحصائية المناسبة بهدف الوصول لدلالات ذات قيمة ومؤشـــرات تدعم موضوع الدراسة.واجراء ثلاث مقابلات مع مرضى الأمراض الجلدية.

مقاييس الدراسة:

1- مقياس كوبر سميث لتقدير الذات:

تعريفه: صمم هذا المقياس من طرف الباحـــث الأمريكـــي: (كـــوبر سميث) "Cooper Cmith" سنة 1967، وهذا المقياس اتجاه تقييمي نحو الذات في المجالات الاجتماعية، الأكاديمية، العائلية، والشخصية .

وتضيف ليلى عبد الحميد (1985) أن مقياس كوبر سميث تمت ترجمته إلى العربية من طرف فاروق عبد الفتاح (1981) كما عدلت مقاييس تقـــدير الذات لديه.

وهو خاص بالأفراد الذين يتجاوزون سن 13 سنة، و يتكون مـــن 25 عبارة، تنقسم إلى عبارات ســـالبة و عبـــارات موجبـــة و هـــي كـــالآتي :

العبارات السالبة ذات الأرقام:

2ـ 3 ـ 6 ـ 10 ـ 12 ـ 13 ـ 15 ـ 16 ـ 17 ـ 18 ـ 21 ـ 22 ـ 23 ـ 24 ـ 25.

العبارات الموجبة ذات الأرقام :

1ـ 4 ـ 5 ـ 8 ـ 9 ـ 14 ـ 19 ـ 20.

2ـ تعليمة تطبيق الاختبار :

اليوم سوف تقوم بملء هذا المقياس، فيما يلي مجموعة من العبارات، إجابتك عليها سوف تساعدني في معرفة ما تحب وما لا تحب. إذا كانت العبارة تصف ما تشعر به عادة فضع علامة (×) داخل المربع في خانة " تنطبق" أما إذا كانت العبارة لا تصف ما تشعر به فضع علامة (×) داخل المربع في خانة " لا تنطبق".

ولا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي يعبر بها الشخص عن شعوره الحقيقي.

العبارات: تنطبق، لا تنطبق 3 ـ طريقة التصحيح :

يمكن الحصول على درجات مقياس (كوبر سميث) "Coopet Smith" باتباع الخطوات التالية:

أ ـ إذا كانت إجابة المريض "لا تنطبق" على العبارات السالبة نمنحه (1) أما إذا كانت إجابته "تنطبق" نمنحه (0).

ب ـ إذا كانت إجابة المريض على العبارات الموجبة "تنطبق" نمنحه (1)، أما إذا كانت إجابته "لا تنطبق" نمنحه (0).

ج ـ يمكن الحصول على الدرجة الكلية للمقياس بجمع عدد العبارات الصحيحة وضرب التقدير الكلي للدرجات الخام في العدد (4) مستويات تقدير الذات الفئات درجة منخفضة 20 ـــ 40 درجة متوسطة 40 ـ 60 درجة مرتفعة 60 ـ 80.

2- مقياس التوافق النفسي لزينب شقير 2003:

وقد طبقت مقياس التوافق العام الذي أعدته شقير (2003)، ويتكون من (80) عبارة تقيس التوافق النفسي العام، تتوزع على أربعة أبعاد هي: التوافق الشخصي والانفعالي، التوافق الصحي (والجسمي)، والتوافق الأسري، والتوافق الاجتماعي، وتقدر الدرجات في المقياس وفق ثلاثة مستويات متدرجة من نوع ليكرت قيمتها على النحو التالي: (نعم تنطبق)= 2، و(تنطبق أحيانا)= 1، و(لا تنطبق)= 0 صفر، وذلك بالنسبة للعبارات الموجبة، أما بالنسبة للعبارات السالبة فيتم عكس التقدير وتصبح القيمة على النحو التالي: (نعم تنطبق)= صفر، و(تنطبق أحيانا)= 1، و(لا تنطبق)= 2. ويفيد المقياس في جميع الأعمار من الجنسين ابتدءاً من نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة إلى كبار السن، وقد بلغ المدى النظري للدرجة الكلية لمجموع عبارات المقياس بين صفر- 160 درجة، حيث تشير الدرجة الكلية المرتفعة إلى ارتفاع درجة التوافق النفسي، بينما تشير الدرجة الكلية المنخفضة إلى انخفاض درجة التوافق النفسي، وهي من وجهة نظر مُعدة المقياس (شقير) على النحو التالي:

من صفر- 40 سوء توافق.

من 41- 80 توافق منخفض.

من 81- 120 توافق متوسط.

ومن 121- 160 توافق مرتفع.

3- **استمارة المقابلة العيادية:**

الاستمارة من إعداد الطالبة الباحثة، وقد تضمنت مجموعة من البيانات عن الحالة وتشمل هذه الاستمارة بيانات عن الحالة، كتاريخ ظهور حب الشباب، الجنس، المستوى الدراسي، كما تضمنت بيانات عن الوالدين والإخوة والأخوات.

وقد تم بناء استمارة المقابلة الإكلينيكية للاستفادة بها في القيام بدراسة الحالة للمراهق المصاب بحب الشباب وما ستسفر عنه المقابلات الإكلينيكية

ونتائج تطبيق مقياس تقدير الذات، ولرسم صورة إكلينيكية عن المراهق بالنسبة لتقديره لذاته.

وقام الباحث بإجراء مقابلات إكلينيكية حرة مع كل الحالة على حدى حتى يتمكن من الحصول على معلومات عن الحالة.

وقد اختار الباحث 02 حالات من المراهقين المصابين بالمرض الجلدي واحدة ذكر والأخرى أنثى.

6- أساليب المعالجة الإحصائية:

في ضوء أهداف وفروض الدراسة الحالية استخدم الباحث بعض الأساليب الإحصائية لمعالجة البيانات واختبار صحة الفروض- باستخدام برنامج SPPS- والتي تمثلت في التالي:

- معامل الارتباط البسيط "بيرسون" لحساب ثبات المقياس.
- اختبار (ت) T. Test لدلالة الفروق بين المتوسطات.
- اختبار تحليل التباين.

الفصل السابع

عرض وتحليل النتائج

1- الخصائص السيكومترية

2- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات

3- تحليل المقابلتين العياديتين

خلاصة عامة

تمهيد:

بعد عرض الإطار المنهجي للدراسة يأتي بعد تحديد مجـــال الدراســـة المتمثل في جانبها الميداني، سيعقب ذلك مرحلة الشروع في تطبيـــق مـــا تـــم تحديده من أدوات المعتمد عليها حيث قامت الباحثة في الفصل التمهيدي تقديم فرضية عامة وأربع فرضيات جزئية للبحث وقد مرت الدراسة بعدة خطـــوات من أجل التحقق من صحة هذه الفرضيات، مـــن خـــلال الجـــانبين النظـــري والميداني وتمت الاستعانة لذلك بمقياس تقدير الذات لكوبر ســـميث ومقيـــاس التوافق النفسي لزينب شقير ومقابلتين عياديتين من أجل جمع البيانات الميدانية اللازمة والتحقق من الفرضيات.

1/الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة:

1.الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير الذات: (لكوبر سميث)

أولا: الثبات :

جدول رقم (05) يوضح العلاقة الارتباطية لعبـــارات الفرديـــة و الزوجيـــة لحساب ثبات المقياس:

N	x فردية	y زوجية	x^2	y^2	xy
1	8	10	64	100	80
2	7	11	49	121	77
3	9	7	81	49	63
4	8	9	64	81	72
5	6	7	36	49	42
6	9	11	81	121	99
7	8	6	64	36	48
8	10	8	100	64	80
9	7	8	49	36	56
10	9	8	81	36	72
11	10	8	100	36	80
12	8	4	64	16	32
13	9	8	81	64	72
14	5	9	25	81	45
15	7	9	49	81	63
16	7	5	49	25	35
17	7	6	49	36	42
18	7	8	49	64	56
19	5	6	25	36	30
20	8	7	64	49	56
21	8	9	64	81	72
22	6	8	36	64	48
23	8	4	64	16	32
24	6	9	36	81	54
25	8	9	64	81	72
26	7	5	49	25	35

40	25	64	5	8	**27**
12	4	36	2	6	**28**
48	64	36	8	6	**29**
20	16	25	4	5	**30**
28	16	49	4	7	**31**
15	9	25	3	5	**32**
1676	1663	1772	225	234	**المجموع**

$$rp = \frac{n\sum xy - \sum x.\sum y}{\sqrt{\left[\left(n\sum x^2 - \left(\sum x\right)^2\right)\left(n\sum y^2\right) - \left(\sum y\right)^2\right]}}$$

$$rp = \frac{32(1676) - 225 \times 234}{\sqrt{\left[32(1772) - (234)^2\right]\left[32(1663) - (225)^2\right]}}$$

$$rp = \frac{3088}{\sqrt{[1948][6560]}}$$

$$r_p = 0.86 \quad / \quad r_{sh} = \frac{2r_p}{1 + r_p}$$

$$r_{sh} = \frac{2 \times 0.86}{1 + 0.86} = r_{sh} = 0.92$$

بما أن المقياس يقترب من 1 فهو ثابت

ثانيا :الصدق الذاتي:

الصدق = $\sqrt{\text{الثبات}}$ = 0.96 المقياس صادق.

من خلال النتائج المتحصل عليها فإن مقياس تقدير الذات لكوبر سميث يتـــسم بالثبات وبالتالي الصدق.

2. الخصائص السيكومترية لمقياس التوافق النفسي لزينب شقير(2003):

وللتأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس تم تطبيقه على 60 مصاب بالإمراض الجلدية وذلك عن طريق حساب الصدق التكويني للمقيـــاس عـــن طريق معامل بيرسون وقد وجد دالا إحصائيا عند مستوى الدلالة0.01 حيث:

R= 0.668

ثبات الأداة:

بعد تطبيق المقياس على العينة، تم حساب الثبات بطريقة معامـــل ألفـــا كرونباخ وكانت نتائج معاملات الثبات الخاصة بالمقاييس الفرعية:

التوافق الشخصي والانفعالي كان معامل ثباته 0.84.

التوافق الصحي (والجسمي) كان معامل ثباته 0.84.

التوافق الأسري كان معامل ثباته 0.92.

التوافق الاجتماعي كان معامل ثباته0.82 .

مقياس التوافق النفسي العام كان معامل ثباته 0.94 .

ومن خلال استعراض النتائج على المقياس وجد أنها تراوحت بين 0.82 و0.94 وبالتالي فهي تملك مستوى جيداً من الثبات.

2/التحقق من فروض الدراسة:

1. التحقق من نتائج الفرضية الأولى :

ينص الفرض على انه" توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين تقـــدير لذات والتوافق النفسي لدى المراهق المصاب بالأمراض الجلدية (حب الشباب، الصدفية والإكزيما)".

وللتحقق من هذا الفرض استخدم الباحث معامل الارتباط بيرسون لحساب درجات الأفراد على مقياس تقدير الذات ودرجات الأفراد على مقياس التوافق النفسي وجاءت النتائج باستخدام التحليل الإحصائي برنامج(Spss) بالكمبيوتر كما في الجدول:

جدول رقم (06)

يوضح معاملات الارتباط بين درجات تقدير الذات ودرجات التوافق النفسي

البيان	تقدير الذات	التوافق النفسي
تقدير الذات	1	0,446**
التوافق النفسي	0,446**	1

وهي دالة عند مستوى الدلالة 0,01

ويتضح من الجدول رقم (06) السابق ما يلي:

توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 حيث r =0,446 وهذه النتيجة المتوصل إليها تثبت صحة الفرضية وهذه العلاقة جد منطقية.

كما ورد في الإطار النظري بان تقدير الذات شعور الفرد بقيمته وأهميته مما يشكل دافعا لتوليد مشاعر الانجاز، واحترام الذات وبالتالي سعادة وتوافق الفرد نفسيا، فالتوافق النفسي الحالة التي تتناول حاجات الفرد ومتطلباته البيئية التي تحقق له الإشباع الكامل. (**ايزينك:1985، 29**).

وترى الباحثة وجود ارتباط بين التوافق النفسي وتقدير الذات فعملية التوافق تحتاج إلى تقدير ذات وإرادة قوية تستطيع تحمل التغيرات المفاجئة في الحياة والبيئة المحيطة بالفرد وتحمل ضغوط الحياة وهذا ما أكدته نتيجة الفرض على وجود هذه العلاقة.

2. التحقق من نتائج الفرضية الثانية:

ينص الفرض على انه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق النفسي للمراهق المصاب بالأمراض الجلدية (حب الشباب،الصدفية والإكزيما) تعزى لمتغير الجنس".

لاختبار صحة الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار T-testلعينتين متساويتين بين درجات الذكور ودرجات الإناث في مقياس التوافق النفسي ويتضح ذلك من خلال الجدول (07) التالي:

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	قيمة ت المجدولة	مستوى الدلالة
ذكر	30	84,2667	13,61017	8,382	2,39	دالة عند مستوى الدلالة 0.01
أنثى	30	111,4000	11,36419			

دالة عند مستوى الدلالة 0.01

من خلال الجدول (07) قيمة ت المحسوبة (7.48) اكبر من قيمة ت المجدولة (2.39) يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور على الإناث في مقياس التوافق النفسي وترى الباحثة أن ذلك يرجع إلى:

-اختلاف طبيعة الذكور الجسدية والعقلية والفكرية عن الإناث.

- قدرة الذكور على تحمل أعباء الحياة أكثر من الإناث وهذا يرجع فقط لاختلاف الطبيعة الجنسية التي ميز الله بها الذكور ويرجع أيضا إلى التنشئة الاجتماعية عند العرب بحيث تلقى المسؤولية على الذكور في اغلب الأحيان مما يكسبهم القدرة على التأقلم مع الظروف المختلفة ولان الإناث أكثر تأثرا بالمظهر الجسمي وأكثر اهتماما بنقاء و ونعومة البشرة دلالة على جمالها لذلك يتأثر توافقها النفسي مقارنة بالذكور.

3/ التحقق من نتائج الفرضية الثالثة:

ينص الفرض على انه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات المراهق المصاب بالأمراض الجلدية (حب الشباب،الصدفية والإكزيما) تعزى لمتغير الجنس".

لاختبار صحة الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار T-testلعينتين متساويتين بين درجات الذكور ودرجات الإناث في مقياس التوافق النفسي ويتضح ذلك من خلال الجدول(08) التالي:

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	قيمة ت المجدولة	مستوى الدلالة
ذكر	30	16,8333	3,22793	7,480	2,39	دالة عند مستوى الدلالة 0.01
أنثى	30	11,0333	2,76035			

دالة عند مستوى الدلالة 0.01

من خلال الجدول(08) قيمة ت المحسوبة (7.48) اكبر من قيمة ت المجدولة (2.39) يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور على الإناث في مقياس تقدير الذات وهذا يدل على إن المراهقين لديهم تقدير ذات ايجابي أكثر من المراهقات المصابات بالمرض الجلدي (حب الشباب، الصدفية، والإكزيما) وقد توصلنا بان تقدير الذات لدى الفتاة يتأثر مقارنة بتقدير ذات المراهق نتيجة لان الفتاة تهتم بالجانب الجمالي وأن صورة الوجه المملوء بالبثور أو القشور يؤثر على نفسيتها سلبيا فتقدير ذات المراهقة يتأثر بالصفة الجمالية أما تقدير ذات الذكور فيتأثر بالإنجاز لذلك وتحققت نتائج هذه الفرضية.

4/ التحقق من نتائج الفرضية الرابعة:

والتي تنص على "توجد فروق في تقدير الذات للمراهق وفقا لنوع المرض الجلدي (حب الشباب الصدفية، الإكزيما)"

جدول (09): يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لمتوسطات درجات تقدير الذات ونوع المرض الجلدي (حب الشباب، الصدفية، والإكزيما)

مصدر التباين	**درجات الحرية**	**مجموع المربعات**	**مربع المتوسطات**	ف	**مستوى الدلالة**
بين المجموعات	2	208,033	104,017	7,121	0,005
داخل المجموعات	57	832,550	14,606		
المجموع	59	1040,583			

دال عند مستوى الدلالة 0,05

يتضح من الجدول رقم (09)السابق أن قيمة ف بين متوسطات درجات أفراد عينة الدارسة لتقدير الذات دالة إحصائياً تبعاً لمتغير نوع الأمراض الجلدية (حب الشباب ،الصدفية والإكزيما) عند مستوى دلالة (0.05).

وهذا يعني تحقق الفرضية القائلة" توجد فروق في تقدير الذات للمراهق وفقا لنوع المرض الجلدي (حب الشباب الصدفية ،الإكزيما)"

ولمعرفة الفروق لصالح أي من المجموعات الثلاث كانت ، قامت الباحثة باستخدام اختبار " Shefee " شيفيه سكيندور عند مستوى الدلالة (0.005) ثم حساب مدى الاختبار عند ذلك المستوى .

جدول رقم (10): يوضح فروق المتوسطات بين نوع المرض على مقياس تقدير الذات.

الفرق					مدى الثقة 95 %	
أ	ب	متوسط الفروق	الخطأ	حجم التأثير	الحد الأدنى	الحد الأعلى
إكزيما	صدفية	2,00000	1,20856	0,103	-,4201	4,4201
	حب الشباب	4,55000*	1,20856	0,000	2,1299	6,9701
صدفية	إكزيما	-2,00000	1,20856	0,103	-4,4201	,4201
	حب الشباب	2,55000*	1,20856	0,039	0,1299	4,9701
حب الشباب	إكزيما	-4,55000*	1,20856	0,000	-6,9701	-2,1299
	صدفية	-2,55000*	1,20856	0,039	-4,9701	-,1299

عند مستوى الدلالة 0.005.

يتضح من خلال الجدول السابق انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين متوسطات المجموعات الثلاث حيث توجد فروق بين الإكزيما وحب الشباب لصالح حب الشباب وتوجد فروق بين الصدفية

وحب الشباب لصالح الصدفية وبين الإكزيما والصدفية الصدفية لصالح حب الشباب في حين لم تسجل فروق ذات دلالة إحصائية بين الصدفية والإكزيما.

وعزيت الباحثة: ذلك إلى أن المراهق المصاب بحب الشباب أكثر تأثرا من غيره من الأمراض ذلك أن حب الشباب يظهر في الظهر والصدر والوجه إذ يعتبر الوجه المنطقة الحساسة التي تؤثر سلبا على الصورة الجمالية للمراهق أو المراهقة لذلك نجد الكثير من المراهقين يتحسسون من ظهور هذا المرض في الوجه بصفة خاصة مما يؤثر سلبا على مظهره وبما أن المراهق في مرحلة بناء لهويته فانه يؤثر على تقديره لذاته سلبيا مقارنة مع الأمراض الجلدية الأخرى.

5/ التحقق من نتائج الفرضية الخامسة:

والتي تنص على "توجد فروق في التوافق النفسي للمراهق وفقا لنوع المرض الجلدي (حب الشباب، الصدفية، الإكزيما)".

جدول رقم (11): يوضح نتائج تحليل التباين لدرجات التوافق النفسي:

مصدر التباين	**درجات الحرية**	**مجموع المربعات**	**مربع المتوسطات**	ف	**مستوى الدلالة**
بين المجموعات	2	5525,833	2762,917	10,761	0,005
داخل المجموعات	57	14634,500	256,746		
المجموع	59	20160,333			

دال عند مستوى الدلالة 0,05

يتضح من الجدول السابق أن قيمة ف بين متوسطات درجات أفراد عينة الدارسة التوافق النفسي دالة إحصائياً تبعاً لمتغير نوع الأمراض الجلدية (حب الشباب، الصدفية والإكزيما) عند مستوى دلالة (0.05)، وهذا يعني تحقق الفرضية القائلة" توجد فروق في التوافق النفسي للمراهق وفقا لنوع المرض الجلدي (حب الشباب، الصدفية، الإكزيما)".

ولمعرفة الفروق لصالح أي من المجموعات الثلاث كانت ، قامت الباحثة باستخدام اختبار " Shefee " شيفيه سكيندور عند مستوى الدلالة (0.005) ثم حساب مدى الاختبار عند ذلك المستوى .

جدول رقم (12): يوضح فروق المتوسطات بين نوع المرض علـــى مقيـــاس التوافق النفسي

الفرق					مدى الثقة 95 %	
أ	ب	متوسط الفروق	الخطأ	حجم التأثير	الحد الأدنى	الحد الأعلى
إكزيما	صدفية	6,25000	5,06701	0,222	-3,8965	16,3965
	حب الشباب	22,75000*	5,06701	0,000	12,6035	32,8965
صدفية	إكزيما	-6,25000	5,06701	0,222	-16,3965	3,8965
	حب الشباب	16,50000*	5,06701	0,002	6,3535	26,6465
حب الشباب	إكزيما	-22,75000*	5,06701	0,000	-32,8965	-12,6035
	صدفية	-16,50000*	5,06701	0,002	-26,6465	-6,3535

دال عند مستوى الدلالة 0,05

يتضح من خلال الجدول السابق انه توجد فروق ذات دلالة إحـــصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين متوسطات المجموعات الثلاث حيث توجد فروق بين الإكزيما وحب الشباب لصالح حب الشباب كما انه توجـــد فـــروق بـــين متوسطات الفروق بين الصدفية وحب الشباب لصالح الصدفية ولا توجد فروق دالة للمتوسطات بين الإكزيما والصدفية.

وتعزي الباحثة أن السبب في تبـــاين الفـــروق للمتوســـطات لأنـــواع الأمراض الجلدية الثلاث لصالح حب الشباب في عبـــارات مقيـــاس التوافـــق النفسي على أن المراهقين والمراهقات لديهم انخفاض فـــي تـــوافقهم النفـــسي مقارنة مع الأمراض الجلدية الأخرى والسبب في ذلك أن المراهق المـــصاب

بحب الشباب يعاني من نقص الثقة في النفس والدونية لأنـــه يقـــارن مظهـــره بمظهر الآخرين ويعاني من سخرية أقرانهم.

تحليل المقابلتين العياديتين:

الحالة الأولى:

الاسم: ع.ح.ح.

العمر: 17 سنة.

الجنس: ذكر.

المستوى الدراسي: رابعة متوسط.

الترتيب الميلادي: السادس.

وظيفة الأب: بطال.

وظيفة الأم: ربة بيت.

عدد الإخوة: 3 بنات و 2 ذكور.

تاريخ ظهور حب الشباب: أكثر من 8 شهور.

فترة العلاج: لم يزاول مختص.

تحليل المقابلة الإكلينيكية للحالة (1).

تتضح لنا من خلال المقابلة الشّخصية ديناميات الشّخـــصية الـــدفاعات البديلة التي تظهر أثناء المقابلة فالحالة تلميذ في السنة الرابعة متوســـط فـــي السابعة عشر من عمره، أصيب بحب الشباب منذ أكثر من 8 شهور، الأب لا يعمل والأم ربة بيت، وله ثلاث أخوة وثلاث أخوات وترتيبه الـــسادس وقـــد حصل على درجة 75 من 100 في مقياس تقدير الذات.

ذكر الحالة أثناء المقابلة الإكلينيكية أن الحالة متزنة في حبـــه لوالديـــه بدرجة متساوية وكانت تربيته في الطفولة تتسم باللين و الـــدلال لأنّـــه هـــو الأصغر ولديه علاقة مع أخته الكبرى تتسم بالتفاهم والمحبة و ذلك من خلال قوله "أفـــضل أختـــي الأقـــل مـــن أخـــي الكبيـــر لأنهـــا تقـــدر ظروفـــي و تفهمني"، فالحالة يعاني من حب الشباب منذ 8 أشهر وهو لا يشكل عائق أو تأثير كبير عليه "ما رأيك بحب الشباب؟ واش رايح نقلك غيـــر راه مخيقنـــي

Mais normal" فالحالة يتميز بتقدير ذات مرتفع و الثقة في النفس ويتجلى ذلك "هل لديك ثقة بنفسك؟ نعم أثق بنفسي"، هل تشعر أنّك أقل من زملائـــك؟ لا... أرى نفـــسي عـــادي" وهـــو يـــرى نفـــسه إيجـــابي أكثـــر مـــن ســـلبي" ما تقييمك لنفسك غالبا أرى نفسي إيجابي أكثر من سلبي" وله عدم الرضا التام على مظهره ويتجلى ذلك في "ما رأيك بمظهرك؟ ماهوش عاجبني كي عاد فيه حب الشباب، بصح عادي أنا راجل".

كما يتضح عدم تطابق مفهوم الذات الواقعية والذات المثالية في قوله أنا لست راضي على مستواي الدراسي ويقارن ذلك بأحد زملائه الّذي هو معجب به" زميلي س. راني حاب نكون كيفو" ولديه بعض مشاعر الغيرة ويتضح ذلك في "زميلي س زين وقع لبنات يجرو موراه".

وذكرت الحالة أن أفراد أسرته يحبونه ويقدرونه "هل أنت محبوب من أفراد أسرتك؟ أحس أنهم يحبوني" كما يحس بأنه غير محبوب بدرجة كبيـــرة لدى أصدقاءه و يتجلى ذلك "هل تشعر أنك محبوب من أصـــدقاءك؟ نـــصف بنصف" فهو لا يشعر بالنقص بين أفراد عائلته رغم أن أسلوب معاملة والديـــه لم يتسم بالاهتمام الكبير و يرى نفسه في نفس المرتبة مع إخوته بالرغم من أنّه أصغرهم وغير متأكد من تفضيل والديه له و ذلك من خلال "هل يفضلا عليك أحد إخوتك؟ يضعوني بنفس المرتبة ولا أعلم إذا كانوا يفضلون أحد بالسر".
بخلاف ذلك فالحالة تتمتع بشخصية خجولة "لا أحب الاختلاط بين النّاس دائما على خاطر كاين لي نحشم منهم".

الحالة الثانية:

الاسم: ن.ع.

العمر: 19 سنة.

الجنس: أنثى.

المستوى الدراسي: ثالثة ثانوي.

وظيفة الأب: يبيع الملابس في الشوارع.

وظيفة الأم: ربة بيت.

عدد الإخوة: 3 بنات و 1 ذكر.

تاريخ ظهور حب الشباب: أكثر من 3 سنوات.

فترة العلاج: حوالي سنة.

تحليل المقابلة الإكلينيكية للحالة (2):

تتضح لنا من خلال المقابلة الشّخصية ديناميات الشّخصية والـدفاعات البديلة التي تظهر أثناء عملية الطرح، فالحالة تلميذة في السنة الثالثة ثانوي في التاسعة عشر من عمرها تعاني من حب الشباب منذ أكثر من ثلاث سـنوات الأب يعمل شياد (يبيع الملابس متنقلا) والأم ربة بيت، ولها ثلاث أخوات وأخ واحد، ترتيبها الثالث وقد حصلت على درجة 44 من مقياس تقدير الذات.

ذكرت الحالة أثناء المقابلة أن الطريقة التي تمت تربيتهـا متوسـطة الـشدة وذكرت أن حبها يتجه نحو أمها أكثر من أبيها، وبررت ذلك بأن والدها ليس دائما معها لأنه يكثر السفر بالشهور "مصاحبة اما" كما ذكرت أثناء المقابلة بأن أخاها الصغير هو المدلل لأنه الأصغر والذكر الوحيد ولأنه ولد بعد أربع بنات وقد ذكرت إذ كان لديها أخت توفيت في سن الخامسة، ولاحظـت علامـات الخجل على وجه الحالة أثناء المقابلة.

كما ذكرت أيضا أنّها غير راضية بمظهرها الّذي يشوهه حب الـشباب وذلك من خلال قولها "Paceque الحب قالبني بشعة ولست راضية به" وأنّهـا تتضايق من هذا المرض الجلدي فهي قلقة منه وتريد الشفاء بأي وسيلة وذلـك من خلال "حابة يروح مني هذا الحب استعملت كلّ الوصـفات بـدون نفـع"،

وتعاني الحالة من الشعور بالنقص وقلة الجاذبية "هل تشعرين بالنقص؟ أكيد رايح يكونو يشوفو فيا منيش زينة Surtouts les jeanne" فهي تقيم نفسها على أساس سلبي أكثر من إيجابي يظهر ذلك من خلال الطرح كما أن الحالة لديها انخفاض تقدير لذاتها.

من جهة وهي تشعر بأنها محبوبة بين أفراد الأسرة والأقارب، "أحس أني محبوبة" ومن جهة أخرى تشعر بالنقص بين أخواتها... "هل تشعرين بالنقص بين أخوتك؟ أحس بالنقص بينهم"، والحالة لديها شعور بالغيض من أختها الصغرى لأنها تكثر معايبتها وذلك من خلال" أختي الصغرى تعايرني بالمحبة"، بخلاف ذلك فهي تتميز بشخصية جريئة" أحب الاختلاط بين النّاس" وهي إلى حد ما صبورة.

خلاصة عامة:

انطلاقا مما توصلنا إليه بعد تطبيق مقياس تقدير الذات لكوبر سميث ومقياس التوافق النفسي والمقابلة العيادية في عيادات الأمراض الجلدية لمعرفة إذا كانت هناك علاقة بين تقدير الذات والتوافق النفسي لدى المراهق والفروق في تقدير الذات والتوافق النفسي لدى المراهقين المصابين بالأمراض الجلدية (حب الشباب، الصدفية والإكزيما)، وكذا محاولة معرفة الفروق بين الجنسين في تقدير الذات والتوافق النفسي.

فقد توصلنا إلى أن الاهتمام بالمظهر الجسمي أو البشرة الصافية النظرة والجانب الجمالي وكذا الآلام والحكة المزعجة ككل يؤثر في تقدير الذات وكذا التوافق النفسي خصوصا عند المراهقين الّذين هم أكثر عرضة للإصابة بداء حب الشباب خاصة عند المراهقات اللواتي يتأثر تقديرهم لذاتهم وبشكل سلبي (ينخفض) مقارنة مع المراهق الّذي يتأثر بتقديره لذاته ولكن بصورة طفيفة فتقدير ذات المراهق لا يتأثر مقارنة مع المراهقة ومن ثم الإكزيما التي تسبب الحكة والتشققات والصدفية التي تسبب التشوهات خاصة على مستوى الأظافر وبما أن المراهق في مرحلة بناء هويته فان هذه الأمراض الجلدية تسبب معانات نفسية وجسمية وفي بعض الأحيان تسبب تقدير ذات سلبي وسوء توافق نفسي تؤدي في بعض الأحيان إلى اضطرابات في الشخصية.

خاتمة الدراسة:

تعتبر مرحلة المراهقة من أخطر المراحل العمرية التي يمر بها الفرد، ويتعرض خلالها لأزمة تشكل هويته، تلك الهوية التي يستمد منها وجوده وخاصة التي تتعلق بصحته، وعلى وفقها تتحدد ثقته بنفسه، وقدرته على مواجهة تحديات الحياة وتعامله مع الآخرين، أما إذا فشل في تحقيق تلك الهوية فإن ذلك سيؤدي إلى قلقه وتوتره وتعرضه للكثير من المشكلات النفسية، ولاشك أن تلك الأزمة تتفاقم لدى المراهقين المصابين بالأمراض الجلدية لأن المرض الجلدي لايمس الجانب الصحي فقط بل يتعدى إلى المظهر الخارجي نتيجة للتشوهات والآثار التي يخلفها المرض على الجلد، وقد خرجنا من خلال احتكاكنا بالميدان أن الأمراض الجلدية منها (الصدفية ،حب الشباب والإكزيما) يمكن أن تؤدي إلى انخفاض تقدير ذات للمراهق وبالتالي سوء توافقه النفسي وخاصة المصاب بداء حب الشباب.

وباعتبار المراهقة مرحلة حساسة ومهمة في الحياة يجب التفكير فيها ومن بين أهم **التوصيات والاقتراحات** نجد:

1. ضرورة إجراء المزيد من البحوث و الدراسات حول تأثير الأمراض الجلدية.
2. على جوانب الشخصية و جوانب النمو المختلف.
3. تشجيع المراهقين على ضرورة العلاج الفعال لهذه الأمراض تجنبا لتعاضدها.
4. ضرورة تدريب و توجيه المراهقين بكيفية التعامل مع هذه الأمراض تفاديا للمشاكل النفسية.
5. إجراء بحوث و دراسات متطورة في مجال التوافق النفسي و الأمراض الجلدية و السيكوسوماتية فقد اتضح للباحثين ندرة هذه الدراسات في هذا المجال في المكاتب العربية.
6. إجراء بحوث ودراسات في مجال تقدير الذات و صورة الجسم للأمراض الجلدية خاصة لدى فئة المراهقين لان هذه الأمراض تسبب تشوهات على مستوى الجلد مما يؤدي لاضطراب صورة الجسم لديهم.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

أ- المراجع باللغة العربية:

1. إبراهيم محمد أبو زيد، سيكولوجية الذات والتوافق، ط2، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1987م.
2. أبو زيد إبراهيم، سيكولوجية الذات والتوافق، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1987.
3. أحمد عزت راجح، أصول علم النفس، ط11، القاهرة: دار المعارف، 1999.
4. بشرى احمد جاسم "الصحة النفسية وعلاقتها بالذكاء الانفعالي لدى الشابات الجامعيات في كلية التربية للبنات".
5. السيد خير الله، البحوث النفسية والتربوية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
6. جمال عطية خليل فايد، صورة الجسم وعلاقتها ببعض أنماط التفاعلات الاجتماعية لدى التلاميذ في مرحلة الطفولة المتأخرة، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة.
7. حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، القاهرة: دار المعارف، 1977،
8. خليل مخائيل معوض، سيكولوجية النمو (الطفولة والمراهقة)، ط3، دار الفكر العربي الجامعية، الإسكندرية، 1994م.
9. رباب صلاح الدين إسماعيل، فعالية التحكم التعاوني في تنمية توكيد الذات لدى أطفال الروضة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة المنصورة.
10. زبيدة امزيان: علاقة تقدير ذات المراهق بمشكلاته وحاجاته الارشادية، دراسة مقارنة في ضوء متغير الجنس،رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الإنسانية ،جامعة الحاج لخضر -باتنة- الجزائر ،2007.
11. زينب شقير: الحواجز النفسية وصورة الجسم والتخطيط للمستقبل لدى عينة من ذوي الاضطرابات السيكوسوماتولوجية"دراسة إكلينيكية معمقة لذوي الاضطرابات ومرضى الروماتيزم والقلب،المجلة المصرية للدراسات النفسية مجلد (8)، 1998.
12. زينب شقير: الشخصية السوية والمضطربة، ط3، القاهرة دار النهضة المصرية،2005.
13. سعدية محمد بهادر، في سيكولوجية المراهقة ، ط2 دار البحوث العلمية ،1980.

14. سمارة عزيز، نمر عصام، محاضرات في التوجيه والإرشاد النفسي، الأردن: دار الفكر العربي للتوزيع والنشر، 1991.
15. شاذلي رمضان محمد القذافي، الصحة النفسية والتوافق، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1987.
16. شافر لورانس ميادين علم النفس، علم النفس المرضي", ترجمة صبري جرجس، المجلد الأول، الطبعة الأولى، القاهرة، دار المعارف 1966.
17. عبد الحميد التوافق النفسي للمسنين، الطبعة الأولى، الإسكندرية، المكتبة الجامعية 2001.
18. عباس عوض، الموجز في الصحة النفسية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1996.
19. عباس فيصل: أساليب دراسة الشخصية (التكتيكات الاسقاطية)، الطبعة الأولى، بيروت، دار الفكر اللبناني، 1990.
20. خليفة، دراسات في سيكولوجية المسن، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر، 1990.
21. عبد اللطيف مدحت عبد الحميد، الصحة النفسية والتفوق الدراسي، ط1، بيروت: دار النهضة العربية، 1990.
22. عبد الرحمان عدس، علم النفس التربوي نظرة معاصرة، ط2، دار الفكر، الأردن، 1999.
23. عبد الفتاح محمد ويدار، سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والاتجاهات ، دار النهضة، 1992م.
24. علاء الدين كفافي: الصحة النفسية، الطبعة الثانية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 1987.
25. عبد الغفار عبد السلام :مقدمة في الصحة النفسية، الطبعة الأولى، القاهرة، دار النهضة العربية، 2007.
26. عبد الحميد الشاذلي: التوافق النفسي للمسنين، الطبعة الأولى، الإسكندرية، المكتبة الجامعية، 2001.
27. عبد الخالق محمد: الصدمة النفسية: الطبعة الثانية، الكويت، دار إقرأ، 2006.

28. عبد لرحيم بخيت: مقياس كوبر سميث لتقدير الذات، دار حراء للطباعة والنشر، 1985.
29. عبد الله محمد قاسم: سيكولوجية الذاكرة (قضايا واتجاهات حديثة) ، الطبعة الأولى، الكويت، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، 2003.
30. عبد اللطيف مدحت عبد الحميد: الصحة النفسية والتفوق الدراسي، الطبعة الأولى، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1993.
31. عبد المتجلي محمد رجاء حنفي: التكيف السليم سمة الشخصية السوية المتكاملة، الخفجي، اسطنبول، العدد 19، 2004.
32. عبد المتجلي محمد رجاء حنفي: القلق أحد الأساليب المختلفة للتكيف غير السوي، مجلة القافلة، الظهران، العدد 7، 2004.
33. عزيز حنا داود، محمد عبد الظاهر الطيب، ناظم هاشم العبيدي: الشخصية بين السواء والمرض، الطبعة الأولى، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 1991.
34. عسكر عبد الله: الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ط1، 1988.
35. عكاشة أحمد: الطب النفسي المعاصر، الطبعة الثانية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 1998.
36. عطية نوال: علم النفس والتكيف النفسي والاجتماعي، الطبعة الأولى، جامعة القاهرة، كلية التربية، دار القاهرة للكتاب، 2001.
37. عودة فاطمة يوسف إبراهيم المناخ النفسي الاجتماعي وعلاقته بالطمأنينة الانفعالية وقوة الأنا لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، 2002.
38. عوض عباس محمود: مدخل إلى الأسس النفسية والفسيولوجية للسلوك، الطبعة الأولى، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1985.
39. فايد مصطفى: الصحة النفسية، دراسات في سيكولوجية التكيف، الطبعة الخامسة، القاهرة، مكتبة الخانجي، 1998.
40. فهمي مصطفى: التوافق الشخصي والاجتماعي، الطبعة الأولى، القاهرة، مكتبة الخانجي، 1979.

41. فهمـــي حسين علي: اليأس وحل المشكلات والوحدة النفسية وفاعلية الذات كمنبئات بتصور الانتحار لدى طالبات الجامعة، المجلة المصرية للدراسات النفـــسية رانـــم، العدد، 2003.
42. فهمي مصطفى، الإنسان والصحة النفسية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، 1970.
43. فيصل دمو علي غربي: أسس المنهجية الاجتماعية، منشورات جامعـــة منتـــوري، قسنطينة، 1999.
44. فيولية فؤاد إبراهيم وآخرون: دراسات في سيكولوجية "نموا الطفولة والمراهقة " ، مكتبية زهراء الشرق ، القاهرة ، 1998.
45. كمال سوفي: النمو التربوي للطفل و المراهق ، ط2 ن دار النهـــضة1 العربيـــة ، بيروت، 1989.
46. لابلانش وجان ريونتاليس :مجم مصطلحات التحليل النفـــسي ،ترجمـــة مـــصطفى حجازي ديوان المطبوعات الجامعية .الجزائر .
47. ليلى عبد الله، مقياس تقدير الذات للصغار والكبار، ط2، دار النهضة، المـــصرية، القاهرة، 1985.
48. مصطفى القمش:الفروق الفردية في مركز التحكم وتقدير الذات بين ذوي صعوبات القراءة والعاديين من تلاميذ المرحلة الابتدائية،مجلة اتحاد الجامعات العربة للتربيـــة وعلم النفس، مجلد (4)، 2006.
49. محمد البستاني :دراسات في علم النفس الإسلامي ، الجزء الأول، ط1، دار البلاغة للطباعة والنشر والتوزيع.
50. محمد السيد عبد الرحمان: نظريات الشخصية ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة، 1998.
51. محمد مصطفى فهمي زيدان: دراسة سيكلوجية تربوية لتلميذ التعلم العام ، ديـــوان المطبوعات الجامعية الجزائر.
52. محمود بوعلام: علاقة تقدير الذات بالتأخر الدراسي لدى سنة الثالثة ثانوي، رسالة المجستير.

53. كامـــوس كاثرين لو غاليز "تعزيز الصحة النفسية، المفاهيم، البيانات المستجدة، الممارسة", تقرير منظمة الصحة العالمية، الطبعة الأولى، القاهرة، المكتب الإقليمي في الشرق الأوسط، 2005.
54. كسنـــاوي محمود محمد عبد الله: توجيه البحث العلمي في الدراسات العليا في الجامعات السعودية، لتلبية متطلبات التنمية الاقتصادية والاجتماعية (الواقع - توجهات مستقبلية) ، ندوة الدراسات العليا بالجامعات السعودية، جامعة الملك، جدة، 2001.
55. لبيـــب عثمان، وعبد السلام عبد الغفار:الشخصية والصحة النفسية، الطبعة الأولى، بيروت، مكتبة العرفـــان، 1970.
56. لنـــدزي ك. هول، ج: نظريات الشخصية، ترجمة فرج أحمد وآخرين، الطبعة الثانية، الهيئة المصرية العامة للتأليف والنشر، 1971.
57. مدحت عبد الحميد "الصحة النفسية والتفوق الدراسي", الطبعة الأولى، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1993.
58. محمـــد محمد جاسم: مشكلات الصحة النفسية، أمراضها وعلاجها، الطبعة الأولى، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2004.
59. محمـــود حواس: مشكلات الشباب في العالم العربي، مجلة التربية، الدوحة، العدد 142، 2002.
60. مرســـي سيد عبد الحميد، فاروق سيد عبد السلام: مقياس الصحة النفسية للراشدين، الطبعة الأولى، سلسلة الدراسات والبحوث بجامعة أم القرى، 1984.
61. موســـى رشاد عبد العزيز: أساسيات الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الأولى، القاهرة، مؤسسة المختار للنشر، 2001.
62. موســـى رشاد علي عبد العزيز: علم النفس الديني، الطبعة الأولى، القاهرة، دار عالم المعرفة، 1993.
63. نعيم الرفاعي "الصحة النفسية، دراسة في سيكولوجية التكيف", الطبعـــة الثامنـــة، جامعة دمشق، 2001.

ب- المراجع باللغة الفرنسية:

1. Agence français de sécurité sanitaire des produits ace sont. Traitement de l'acné par voie général: argumentaire, Am Dermatol vémerveal, 1999.
2. ALEXANDER. fancis. self. concept of children visual unpairnent Rc. view 28 . 1996.
3. Aufferent. N. L'acnéauyourd'hnu, Quoi de nef? Presse Med, 2000.
4. B enetom N. Bocquet H. cosnes A, Rougeom jc. B. enfit- rusk assessemt of acnie ieraques. Lancet, 2008, p349.
5. B entane C, souyri N. les acnés induites, Ann Dermatol vénéréol, 1990.
6. Dcéno B. A mlbard. P, sirot, Lidousc, Lou doses of zinc gluconate for unflammatoryacné, Acta Derm. Vénérol, 1989.
7. Lehuchet Ceyrac D, chaspousc C, sulimovric L, Morel P, L efrancq V. Aggrava- ton de l'acmé sous usotretinoïne: 6 cas, facteurs prédictifs, Am Dermatol vénéréol, 1998.
8. Lizhartz. Aldrian . mi elynette thick . scranton artterppy strges to raise self – steen in fenal jevenil offenders: a comparison of art psychotherapy and art as trapi approshes . art tirapy. Journal the America art tirapy association. 2005.
9. PH-MAZET- DHOZEL,psychiatre de L'enfem de L'adalescence-t:i editun pariiz:maloine-s-a.editeur,1979.
10. Pierre laLineLe , prederice Grunberg , psychiatrie clinique approche centempereune , chicoutimi , gaetin ,editeur 3 impression , 1982.
11. Recommandation et réféces médicales (ANDEM). Acné: traitement de l'acné sous isotrerinoine: 6 cas, facteurs pradictif. Anm Dermatol vénérol, 1998.
12. shapirohe, Knowles SR, shear N H. comparative safely of tetracychnes, minocyline, and dosucucline, Avch Dermatol, 1997
13. Harold W "Adolescent Development", **London, International Text Book** Co, 1971.
14. I, Scheier, M., Carver, C "The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition". **Journal of Personality and Social Psychology**, 2002.
15. Canbeyli, R, Sunar, D "Learned helplessness, therapy, and personality traits: An experimental study". **The Journal of Social psychology**, 2003.
16. Iselius L, Williams WR. The mode of inheritance of psoriasis: evidence for a major gene as well as a multifactorial component and its implication for genetic counselling. Hum Genet 1984.
17. Abel EA, DiCicco LM, Orenberg EK et al. Drugs in exacerbation of psoriasis. J Am Acad Dermatol 1986.
18. Abel EA, Barnes S, Le Vine MJ et al. Psoriasis treatment at the Dead Sea: second international study tour. J Am Acad Dermatol 1988.

19. Beylot C, Bioulac P, Grupper C et al. Generalised pustular psoriasis in infants and children: report of 27 cases. In: Farber EM, Cox AJ, Jacobs PH, Nall
20. LM, eds. Psoriasis. Proc 2nd Int Symposium. New York: Yorke Medical Books, 1977.
21. Beylot C, Puissant A, Bioulac P et al. Particular clinical features of psoriasis in infants and children. Acta Derm Venereol 1979.
22. Beckman L, Bergdahl K, Cedergren B et al. Genetic markers in psoriasis. Acta Derm Venereol 1977.
23. Arntzen N, Kavli G, Volden G. Psoriasis provoked by beta-blocking agents. Acta Derm Venereol 1984.
24. Barth JH, Baker H. Generalized pustular psoriasis precipitated by trazodone in the treatment of depression. Br J Dermatol 1986.
25. Baughman R, Sobel R. Psoriasis, stress and strain. Arch Dermatol 1971.
26. Burch PRJ, Rowell NR. Psoriasis: aetiological aspects. Acta Derm Venereol 1965.
27. Belsito DV, Kechijian P. The role of tar in Goeckerman therapy. Arch Dermatol 118: 1982.
28. Bollag W. From vitamin A to retinoids: chemical and pharmacological aspects. In: Orfanos CE, Braun Falco O, Farber EM et al., eds. Retinoids. Advances in Basic Research and Therapy. Berlin: Springer-Verlag, 1981.
29. Bollag W. Chemistry and pharmacology of retinoids. In: Farber EM, Cox AJ, eds. Psoriasis. Proc 3rd Int Symposium. New York: Grune & Stratton, 1982.
30. Corbett M. Controlled trials of PUVA and etretinate for psoriasis. Br J Dermatol 1985.
31. Dobson RL. The inheritance of psoriasis (editorial). Arch Dermatol 1980.
32. Danno K, Horio T, Ozaki M et al. Topical 8-methoxypsoralen photochemotherapy of psoriasis. Br J Dermatol 1983; 108: 519-24
33. Epstein JH, Farber EM, Nall L et al. Current status of oral PUVA therapy for psoriasis. J Am Acad Dermatol 1979.
34. Krueger GG. Psoriasis; current concepts of its etiology and pathogenesis. In: Dobson RL, Thiers BH, eds. 1981 Yearbook of Dermatology. Chicago: Yearbook Medical Publishers, 1981.

الملاحق

- **ملخص المقابلة العيادية مع الحالة الثانية (أنثى).**
- الاسم: ن ع الجنس: أنثى
- العمر الحالي: 19سنة عدد الإخوة والأخوات: 3 بنات وذكر.
- المستوى الدراسي: ثالثة ثانوي تاريخ ظهور حب الشباب: 3سنوات
- وظيفة الأب: شياد (بياع الألبسة بالشوارع) فترة العلاج: حوالي سنة
- وظيفة الأم: ربة بيت.
- مساء الخير ن . راكي لاباس؟
- çava وأنتي çava .
- لاباس ن : تلاقينا المرة اللي فاتت وطبقنا عليك المقياس واليوم جبت ندير معاك مقابلة على --
- حب الشباب؟
- أهلا وسهلا.

denc bien ما هو شعورك تجاه الإصابة بحب الشباب؟

- صراحة أتضايق منه.
- ما تقديرك لنفسك؟
- متوسط مانيش For علابالي prerceppe الحب قلبني بشعة.
- تقييم لنفسك على أساس إيجابي أكثر من سلبي؟
- سلبي أكثر من إيجابي.
- يهمك تقييم الناس لك؟
- أكيد وأكيد رايح يكونوا يشوفو فيا مانيش زينة surtout les jeunne.
- لماذا الشباب؟
- بسبب أني الشباب كي نعود مروحة من الليسي des foit نسمعهم يقولو محبة بزاف، صح
- - تغيضني روحي.
- صفي لي شعورك نحو هذا المرض الجلدي؟
- لا أستطيع وصفه غير أن أقول هو حاجة سيئة.
- ما رأيك بمظهرك.
- لست راضية به.
- هل لديك أصدقاء؟

- نعم لدي صديقة واحدة مقربة.
- هل أعطت رأيها بهذا المرض؟
- نعم قالت لي حاولي تغييره. وكانت وصفات لعلاجه.
- هل أنت راضية بمستواك الدراسي؟
- راضية به.
- هل تشعرين بأنك محبوبة من أفراد أسرتك؟
- نعم أحس بأنني محبوبة في بيتي
- هل تشعرين بأن أصدقائك وزملائك محبوبة بينهم؟
- نعم
- هل تحبين الإختلاط بين الناس؟
- أحب الإختلاط بهم.
- **بيانات خاصة بالوالدين.**
- هل والديك على قيد الحياة؟
- نعم
- هل الوالدين متواجدين بالمترل؟
- نعم أحيانا.
- مهنة الأب؟
- دلال
- ما أسلوب معاملة الوالدين لك؟
- يعاملون بطريقة عادية وبسيطة.
- هل يفضلان عليك بعض الإخوة أو الأخوات؟
- أختي الكبيرة وأخي الصغير.
- لماذا؟
- لأنها البنت البكر وأخي الصغير لأنه جاء بعد أربع بنات وهو الوحيد.
- **بيانات خاصة بالإخوة والأخوات:**
- ما عدد إخوتك وأخواتك؟
- أختين من أبي وأمي وأختي الأكبر من أبي وهي لا تعيش معنا؟؟؟، وأخ واحد.

- ما ترتيبك الميلادي؟
- أنا الثاني دون احتساب أختي من أبي.
- هل توجد إصابة بحب الشباب في أحد من إخوتك أو عائلتك.
- كيف يعاملونك إخوتك (يقدرونك، يسخرون منك)؟
- يعاملونني بطريقة عادية ولكن أختي الصغرى تكثر معايرتي به.
- هل تشعرين بالنقص بينهم؟
- أحس بالنقص بينهم
- لماذا؟
- لأن حب الشباب جعلني بشعة.
- من تفضلين من إخوتك؟
- كلهم سواء.
- لماذا؟
- لأني قريبة من أمي وأفضلها على أبي.
- تفضلينها على أباك؟
- إيه لأن أبي يكثر السفر وهو ليس معنا لذلك أفضل أمي.
- **ملخص المقابلة مع الحالة الأولى (ذكر).**

- الاسم: ع . ح . ح
- الجنس: ذكر
- العمر الحالي: 17سنة
- عدد الإخوة والأخوات: 3 بنات و3ذكور.
- المستوى الدراسي: رابعة متوسط
- تاريخ ظهور حب الشباب: أكثر من 8 أشهر
- وظيفة الأب: بطال
- فترة العلاج: لم يزاول مختص
- وظيفة الأم: ربة بيت.
- سلام ح çava؟ كيف الأحوال؟
- والله لا باس الحمد لله على كل حال.
- حكيم علابالك علاه حبيت نقابلك؟
- إيه قالوا باش تعرفي تأثير حب الشباب عليا
- مليح ح، قلي واش رايك في حب الشباب في هذا البثور خاصة؟
- واش رايح نقولك غير راه مخيقني mais normal

- هل لديك أصدقاء؟
- لدي الكثير من الأصدقاء لكن لدي 4 مقربين إلي.
- هل تشعر بأنك أقل من زملائك؟
- لا...أرى نفسي عادي.
- تقييمك لنفسك ح على أساس أنك إيجابي أكثر من سلبي؟
- غالبا أرى نفسي إيجابي أكثر من سلبي.
- يهمك تقييم الناس لك؟
- لإيه عندما يقيمونني على أساس سلبي لا يعجبني ذلك.
- هل لك ثقة بنفسك؟
- نعم أثق بنفسي
- قل لي مستواك الدراسي راضي بيه؟
- بالتأكيد لست راضي به حاب اكثر كي نجي نـــcomparai مع صحابي سيرتو زميلي س. حاب نكون كيفو.
- علاه زعمة تكون كيفو مستواه الدراسي عالي.
- ماشي mais for زين وقاع البنات يجرو موراه وجايب روحو في القراية.
- ما رأيك بمظهرك؟
- ماهوش عاجبني كي عاد فيه حب الشباب. بصح عادي أنا راجل.
- هل تشعر أنك محبوب من أفراد أسرتك؟
- أحس بأنهم يحبونني
- هل تشعر أنك محبوب من أصدقائك؟
- نصف بنصف؟
- هل تحب الاختلاط بين الناس؟
- ماشي دايما، على خاطر كاين لي نحشم منهم.
- **بيانات خاصة بالوالدين (الأم، الأب).**
- هل والديك على قيد الحياة؟
- إيه الحمد لله في زوج.
- هل الأب والأم متواجدين في المترل؟

- إيه
- أباك لا يسافر إلى خارج البلاد؟
- من القرية وبالاك ما يخرجش.
- مهنة الأب؟
- بطال.
- ما أسلوب معاملة الوالدين لك؟
- لا يوجد إهتمام كبير.
- هل يفضلان عليك أحدا من الإخوة والأخوات؟
- يضعونني بنفس المرتبة
- و لا أعلم إن كانوا يفضلون أحدا بالسر.
- **بيانات خاصة بالإخوة والأخوات.**
- كم لديك من إخوة وأخوات؟
- البنات 3والذكور وأختي الكبرى توفيت ولديها 3أولاد.
- من تفضل بينهم؟
- أختي ف. هي الثانية بعد أخي الكبير.
- لماذا تفضلها هي بالذات؟
- لأنها تقدر ظروفي أحسن منهم وتنصحني.
- كيف يعاملونك؟
- كاين يشجعوني وأختي ساعات تسخر مني.
- هل توجد إصابة بحب الشباب لدى أحد منهم؟
- لا
- هل تشعر بالنقص بينهم.
- لا.

مقياس التـــــــوافق النفسي

زينب شقير

الاسم:.....

الجنس:.....

السن:.....

نوع المرض الجلدي:.....

التعليمة:

أمامك مقياس مكون من عدد من العبارات وبجانب كل عبارة مجموعة من اختيارات وهي :تنطبق "نعم"، متردد "أحيانا"، لا تنطبق "لا"، المطلوب منك قراءة كل عبارة، ثم وضح إلى أي مدى تعكس هذه الفقرات مشاعرك واعتقادك عن ذاتك من خلال وضع علامة(x) في الاختيار المناسب .

مع العلم انه ليست هناك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة وإنما هذا المقياس يمثل فكرتك عن نفسك ، اجب عن جميع الأسئلة ولا تضع أكثر من إشارة في الخانة الواحدة .

وشكرا.

مقياس كوبر سميث لتقدير الذات

الاسم:..... **اللقب:**.....

العمر الحالي: ..... **المستوى الدراسي:**.....

الجنس : ..... **نوع المرض الجلدي:**.....

التعليمة: لاتوجد في هذا الاختبار عبارة صحيحة وأخرى خاطئة

اقرأ العبارات وضع (×)على إجابتك الصادقة إذا كانت تنطبق أو لاتنطبق

الرقم	العبارات	تنطبق	لا تنطبق
1	لاتضايقني الأشياء العادية		
2	أجد من الصعب علي أن أتحدث أمام مجموعة من الناس		
3	لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي		
4	لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي بنفسي		
5	سعد الآخرون معي		
6	أتضايق بسرعة في المنازل		
7	احتاج لوقت طويل كي اعتاد على الأشياء		
8	أنا محبوب بين الأشخاص من نفسي		
9	تراعي عائلتي مشاعري عادة		
10	استسلم بسهولة		
11	تتوقع عائلتي مني الكثير		
12	من الصعب جدا أن أضل كما أنا		
13	تختلط الأشياء كلها في حياتي		
14	يتبع الناس أفكاري عادة		
15	لا اقدر نفسي حق قدرها		
16	أود كثيرا لو اترك المنزل		
17	اشعر بالضيق في عملي غالبا		
18	مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس		
19	إذا كان عندي شيء أريد أن أقوله فاني أقوله عادة		
20	تفهمني عائلتي		
21	معظم الناس محبوبين أكثر مني		
22	اشعر عادة كما لو كانت عائلتي تدفعني للأشياء		
23	لا ألقى التشجيع عادة فيما أقوم به من أعمال		
24	ارغب كثيرا أن أكون شخصا أخر		
25	لا يمكن الاعتماد علي		