جامعة يحيى فارس –المدية-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية

لدى المرأة المقبلة على الولادة

دراسة ميدانية في مستشفى محمد بوضياف بالمدية

مذكرة لنيل شهادة ماستر في العلوم الاجتماعية

تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبتين:

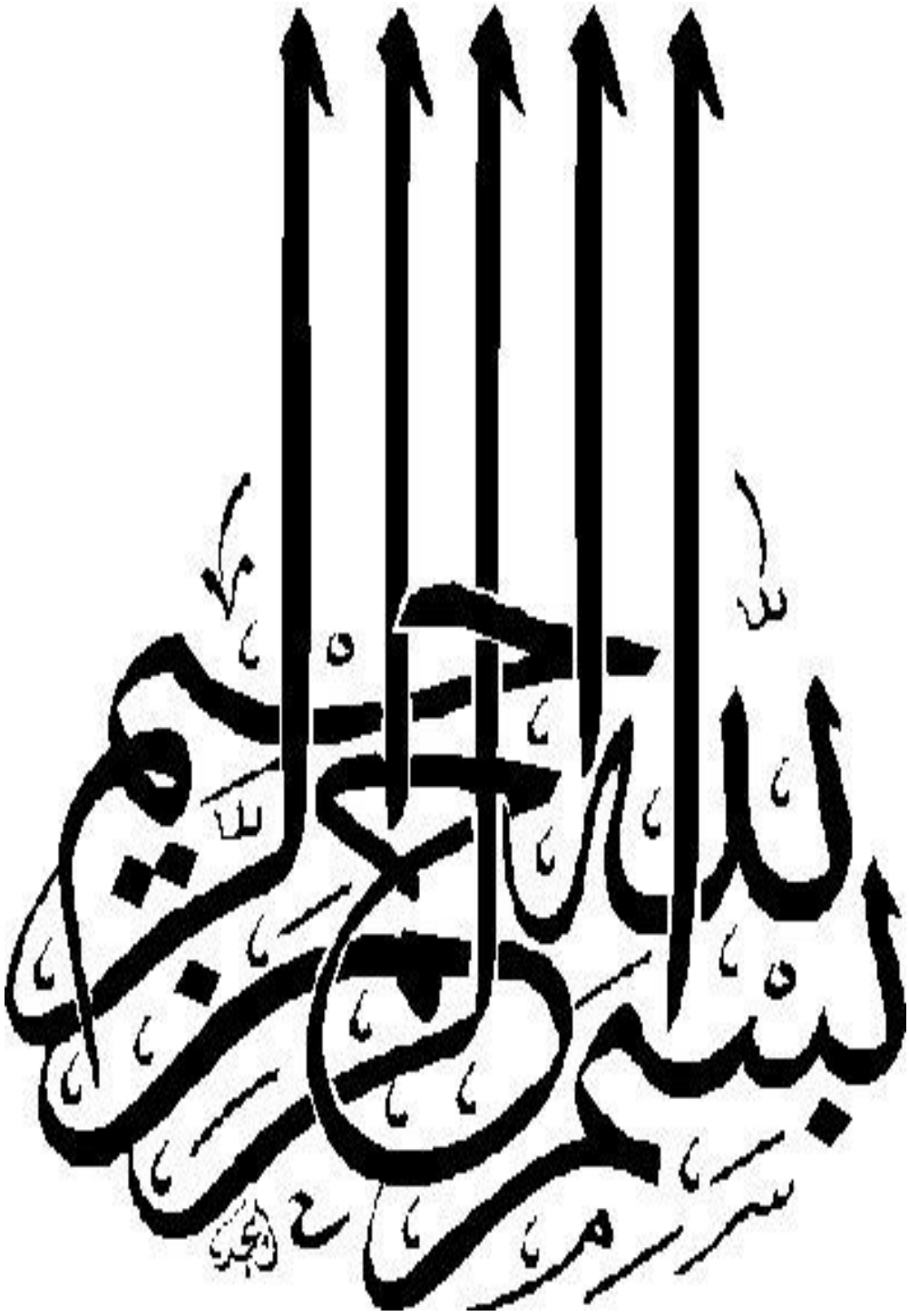
- أميرة بن علال
- ياسمينة عميري

إشراف الأستاذ:

- د. توفيق شهري

السنة الجامعية

2024-2023


بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وتقدير

الحمد لله المنعم المنان الذي وفقنا بالخير وإلى الخير حتى تمكنا من إنجاز هذا العمل والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

يسرنا أن نتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى الأستاذ المشرف "شهري توفيق" الذي بذل معنا جهدا كبيرا في توجيهنا وإرشادنا.

كما نتقدم بأجمل عبارات الشكر والتقدير إلى جميع الأساتذة الأفاضل الذين تلقينا منهم العلم والمعرفة والتوجيه طيلة مرحلة الدراسة.

إهداء

لم تكن الرحلة قصيرة ولا ينبغي لها أن تكون، لم يكن الحلم قريبا ولا الطريق كان محفوفا بالتسهيلات لكني فعلتها ونلتها.

الحمد لله الذي وفقني إلى إتمام العمل المتواضع وبهذا أهدي جهدي:

إلى الينبوع الذي لا يمل العطاء إلى من حاكت سعادتي بخيوط منسوجة من قلبها "أمي العزيزة".

إلى من أهدى لي طريق العلم وأعطي فأجزل العطاء إلى من أحمل اسمه بكل فخر "أبي العزيز".

إلى أخي العزيز "أكرم" الذي دعمني وساندني في هذا العمل المتواضع.

وإلى آخر العنقود الكتكوت "أشرف".

إلى كل أسرتي الغالية الكبيرة بدون استثناء.

كما لا أنسى صديقات عمري اللواتي لا أعرف طعم الحياة إلا معهن صديقاتي الغاليات "صبرينة، خليدة، إيمان، إكرام، عزيزة، هناء، نور الهدى، إيمان...".

كما أهديه إلى زميلتي "ياسمينة عميري" التي أدعو لها بالشفاء العاجل.

إلى جميع الأحبة الذين نسيهم قلمي وذكرهم قلبي.

أميرة

إهداء

أهدي ثمرة جهدي المتواصل:

إلى من كان لهما الفضل في وجودي بعد الله عز وجل، إلى "الوالدين الكريمين" حفظهما الله.

إلى كل أفراد أسرتي وبالأخص أخي "عز الدين" وإلى كل من يجمعني بهم صلة الرحم والصداقة.

إلى الذي شاركني مشقة الحياة زوجي العزيز "يوسف أمين".

إلى رفيقة الدرب التي ساعدتني في هذا العمل المتواضع "أميرة بن علال".

وإلى كل من أعانني من قريب أو من بعيد لتحصيل ثمار هذه المذكرة.

ياسمين

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة، والتعرف على الفروق في قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير (السن، نوعية الولادة، عدد الولادات). بحيث طبقنا دراستنا على عينة قوامها (80) امرأة حامل بطريقة قصدية، واستخدمنا المنهج الوصفي، كما طبقنا مقياس قلق الموت لأحمد عبد الخالق وآخرون ومقياس الصحة النفسية لقدور نويبات، وبعد تطبيقنا للجانب الإحصائي وحساب SPSS توصلنا إلى النتائج التالية:

– توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة.

– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن (18 – 24 سنة / 25 – 35 سنة / 35 فما فوق). وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن (18 – 24 سنة / 25 – 35 سنة / 35 فما فوق) لصالح السن ذو 35 سنة فما فوق.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير نوع الولادة (طبيعية / قيصرية) لصالح الولادة القيصرية، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير نوع الولادة (طبيعية / قيصرية) لصالح الولادة الطبيعية.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير عدد الولادات (0 – 2 مرات / 3 – 5 مرات / 6 – 7 مرات) لصالح ذو عدد الولادات 0 – 2 مرات، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير عدد الولادات (0 – 2 مرات / 3 – 5 مرات / 6 – 7 مرات).

الكلمات المفتاحية: قلق الموت، الصحة النفسية، الولادة.

Abstract of the study :

This study aimed to investigate the relationship between death anxiety and mental health in women who are about to give birth, To identify the differences in death anxiety and mental health among prenatal women attributable to the variable (age, type of birth, number of births), We applied our study to a sample of (80) pregnant women in a purposive manner, We used a descriptive approach, We also applied the Death Anxiety Scale of Ahmed Abdelkhalek and others and The Mental Health Scale by Kadour Nouibat, After applying the statistical aspect and SPSS calculation, we came up with the following results:

- There is a statistically significant relationship between death anxiety and mental health in prenatal women.

- There are no statistically significant differences in death anxiety in antenatal women attributable to age (18-24 years / 25-35 years / 35+ years). There are statistically significant differences in the mental health of antenatal women attributed to the age variable (18-24 years / 25-35 years / 35 years / 35 and above) in favor of the age of 35 years and older.

- There are statistically significant differences in the mental health of antenatal women attributable to the variable of the type of delivery (normal/cesarean) in favor of cesarean delivery, and there are statistically significant differences in the death anxiety of antenatal women attributable to the variable of the type of delivery (normal/cesarean) in favor of normal delivery.

- There are statistically significant differences in death anxiety in antenatal women in relation to the number of births (0-2 times / 3-5 times / 6-7 times) in favor of 0-2 times, and there are no statistically significant differences in mental health in antenatal women in relation to the number of births (0-2 times / 3-5 times / 6-7 times).

Keywords: Death anxiety, mental health, childbirth.

فهـرس المحتويات

فهرس المحتويات	الصفحة
شكر وتقدير	
إهداء	
ملخص الدراسة	
فهرس المحتويات	
قائمة الأشكال	
قائمة الجداول	
مقدمــة	أ
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
1- إشكالية الدراسة وتساؤلاتها	05
2- فرضيات الدراسة	07
3- أسباب اختيار الموضوع	08
4- أهمية الدراسة	08
5- أهداف الدراسة	09
6- مفاهيم ومصطلحات الدراسة	09
7- الدراسات السابقة والتعقيب عليها	11
الفصل الثاني: قلق الموت	
تمهيد	23
1- القلق	23
1-1- مفهوم القلق	23
1-2- أنواع القلق	24
1-3- أسباب القلق	24
1-4- أعراض القلق	25
1-5- علاج القلق	26

2- قلق الموت	27
2-1- نبذة تاريخية عن قلق الموت	27
2-2- مفهوم قلق الموت	28
2-3- أسباب قلق الموت	29
2-4- أعراض قلق الموت	30
2-5- أنواع قلق الموت	32
2-6- مكونات قلق الموت	32
2-7- مظاهر قلق الموت	33
2-8- النظريات المفسرة لقلق الموت	33
2-9- علاج قلق الموت	36
خلاصة الفصل	37
الفصل الثالث: الصحة النفسية	
تمهيد	39
1- التطور التاريخي للصحة النفسية	39
2- مفهوم الصحة النفسية	40
3- أهمية الصحة النفسية وأهدافها	41
4- مظاهر ومؤشرات الصحة النفسية	44
5- مناهج الصحة النفسية	46
6- خصائص الشخصية المتمتعة والمرضية بالصحة النفسية	47
7- العوامل المؤثرة على الصحة النفسية	49
8- معايير الصحة النفسية	52
9- النظريات المفسرة للصحة النفسية	52
10- نسبية الصحة النفسية	55
خلاصة الفصل	56
الفصل الرابع: الحمل والولادة	
تمهيد	58
1- الحمل	58

1-1- مفهوم الحمل	58
1-2- أنواع الحمل	59
1-3- أعراض الحمل	60
2- الولادة	61
2-1- مفهوم الولادة	61
2-2- أنواع الولادة	62
2-3- أعراض الولادة	63
2-4- أسباب الوفيات لدى النساء الحوامل	64
2-5- مراحل الولادة الطبيعية	64
2-6- الاضطرابات النفسية المصاحبة للولادة	66
2-7- العوامل المتحكمة في الولادة	67
خلاصة الفصل	68
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة	
تمهيد	71
1- منهج الدراسة	71
2- حدود الدراسة	71
3- مجتمع الدراسة	71
4- الدراسة الاستطلاعية وعينتها	72
5- الدراسة الأساسية وعينتها	72
6- أدوات جمع البيانات	74
7- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة	82
الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة	
1- عرض وتحليل نتائج فرضيات الدراسة	84
2- تفسير ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة	89
3- الاستنتاج العام	95
4- الاقتراحات	97

خاتمة	99
قائمة المراجع والمصادر	101
قائمة الملاحق	105

قائمة الأشكال

الشكل رقم	العنوان	الصفحة
01	يمثل رسم تخطيطي لمنحنى التوزيع الاعتدالي فيما يتعلق بالذكاء	51

قائمة الجداول

الجدول رقم	العنوان	الصفحة
01	يبين خصائص العينة من حيث السن	73
02	يبين خصائص العينة من حيث نوع الولادة	73
03	يبين خصائص العينة من حيث عدد الولادات	74
04	يبين العبارات المعتدلة	76
05	يبين العبارات المسنغناة عنها	76
06	يبين نتائج ارتباط صدق البنود مع الدرجة الكلية	77
07	يبين نتائج حساب معامل الارتباط ألفا لكرونباخ	77
08	توزيع فقرات مقياس النفسية على أبعاد المقياس	78
09	يبين قيم معامل الارتباط بين كل فقرة مع البعد الكلي للمجال لمقياس الصحة النفسية	80
10	يبين معامل الارتباط بين البعد ومقياس الصحة النفسية	81
11	يبين نتائج حساب معامل الارتباط ألفا لكرونباخ	81
12	يبين نتائج اعتدالية التوزيع	84
13	يبين نتائج استخدام معامل الارتباط بيرسون	84
14	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (anova one way)	85
15	يبين نتائج حساب الفروق بين المتوسطات (شيفيه)	86
16	يبين نتائج استخدام اختبار الفروق ت ((t-test لمجموعتين غير متساويتين وغير متجانستين	87
17	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (anova one way)	88
18	يبين نتائج حساب الفروق بين المتوسطات (شيفيه)	89

مـــقـــدمـــة

مقدمة:

القلق هو شعور طبيعي يمر به الإنسان في بعض الأوقات، ولكن عندما يصبح مستمرا ومؤثرا على حياة الفرد يمكن أن يكون مشكلة خطيرة ومن بين أنواعه نجد قلق الموت الذي يمكن أن يظهر بسبب مواجهة الفرد لأحداث تهدد حياته أو ببساطة لأعراض مرتبطة بمرحلة ما من عمره، حيث يعتبر مشكلة نفسية شائعة تؤثر على العديد من الأشخاص ولا سيما النساء الحوامل اللواتي يعانين من هذا القلق بشكل متزايد نظرا لتجربة الحمل والأمومة، والمسؤوليات الجديدة التي تأتي معها، يمكن أن يكون قلق الموت لدى المرأة الحامل مرتبطا بالخوف من عدم القدرة على رعاية نفسها وجنينها، والشكوك حول سلامة الحمل والولادة، إضافة إلى أن قلق الموت حالة نفسية يمكن أن تتأثر بها النساء الحوامل بشكل خاص نظرا للتغييرات الجسدية والهرمونية التي تحدث خلال فترة الحمل والتي قد تؤثر على المزاج والرفاهية النفسية، حيث يمكن أن يؤدي قلق الموت إلى تدهور الصحة النفسية وقد يسبب اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب والهلع، حيث تعتبر الصحة النفسية أمرا مهما وضروريا للمرأة الحامل وذلك لضمان سلامة الحمل ورفاهية الأم والجنين.

وتتضمن الصحة النفسية لدى النساء الحوامل الاهتمام بعوامل مثل الاكتئاب، القلق، الإجهاد، والتعب النفسي، قد يكون للتغييرات الهرمونية التي تحدث خلال الحمل تأثير كبير على الحالة النفسية للمرأة وقد تشعر بالضغط النفسي وعدم الراحة، ويمكن أن يكون الحمل هو سبب آخر لزيادة مستوى قلق الموت عند النساء، فمن بين التغيرات الهرمونية والتحضيرات النفسية لهذه المرحلة الجديدة في حياتهن، تعتبر فترة الحمل والولادة من أكثر اللحظات التي قد تكون مليئة بالقلق والتوتر.

ومن هنا جاءت دراستنا لتدرس قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة، وتضم الدراسة الحالية ستة فصول، واشتملت دراستنا على جانبين النظري والتطبيقي، فبالنسبة للجانب النظري تضمن أربعة فصول كما يلي:

الفصل الأول: تضمن الإطار العام للدراسة بحيث تناولنا فيه عرض الإشكالية وتحديد تساؤلاتها إضافة إلى فرضيات الدراسة، بعد ذلك ذكرنا أسباب اختيار الموضوع وأهمية الدراسة وأهدافها، مع تحديد التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة، وفي الأخير تطرقنا إلى عرض الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

الفصل الثاني: تم التطرق فيه قلق الموت بحيث تطرقنا في الأول للقلق بتقديم مفهومه وأنواعه وأسبابه وأعراضه وعلاجه، ثم انتقلنا لقلق الموت بذكر نبذة تاريخية عنه ثم مفهومه، أسبابه، أعراضه، إضافة إلى أنواعه ومكوناته ومظاهره، وأهم النظريات المفسرة، وفي الأخير تطرقنا إلى علاج قلق الموت ثم خلاصة الفصل.

الفصل الثالث: خصص للصحة النفسية بحيث تناولنا فيه بتقديم نبذة تاريخية حولها ومفهومها وأهميتها وأهدافها، إضافة إلى مظاهرها ومؤشراتها وأهم مناهجها، كما تطرقنا إلى خصائص الشخصية المتمتعة والمرضية بالصحة النفسية، والعوامل المؤثرة فيها، وأهم معاييرها والنظريات المفسرة لها ونسبية الصحة النفسية، لنختم الفصل بخلاصة له.

الفصل الرابع: يتضمن الحمل والولادة، حيث تطرقنا فيه أولا إلى الحمل بتقديم مفهومه وأنواعه وأعراضه، ثم انتقلنا إلى الولادة بعرض مفهومها وأنواعها وأعراضها، إضافة إلى أسباب الوفيات لدى النساء الحوامل، وأيضا مراحل الولادة الطبيعية والاضطرابات النفسية المصاحبة للولادة، كما تناولنا في الأخير العوامل المتحكمة في الولادة ثم خلاصة الفصل.

أما الجانب التطبيقي تناول فصلين هما:

الفصل الخامس: تم فيه الإجراءات المنهجية للدراسة حيث تطرقنا فيه إلى منهج الدراسة وحدود الدراسة، مجتمع الدراسة، كما تناولنا فيه الدراسة الاستطلاعية وعينتها، الدراسة الأساسية وعينتها، وأيضا أدوات جمع البيانات، وفي الأخير الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

الفصل السادس: تم التطرق فيه عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة، حيث قمنا بعرض وتحليل النتائج ثم تفسير ومناقشة نتائج الفرضيات المتوصل إليها مع تقديم استنتاج عام.

وفي الأخير قدمنا مجموعة من الاقتراحات وخاتمة، وقائمة المراجع والمصادر ثم قائمة الملاحق المعتمد عليها في الدراسة.

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1 – إشكالية الدراسة وتساؤلاتها

2 – فرضيات الدراسة

3 – أسباب اختيار الموضوع

4 – أهمية الدراسة

5 – أهداف الدراسة

6 – مفاهيم ومصطلحات الدراسة

7 – الدراسات السابقة والتعقيب عليها

1 – إشكالية الدراسة وتساؤلاتها:

تعتبر الأسرة الوحدة الأساسية في التنظيم الاجتماعي والشخصي للفرد، وتعتبر مكانا للتفاعلات الاجتماعية والعواطف والدعم النفسي بين أفرادها، وهي بمثابة البيئة الأساسية التي ينمو فيها الفرد وتتشكل شخصيته وتكون له الدعم اللازم خلال مختلف مراحل حياته، حيث تشكل العلاقات الأسرية القوية والداعمة جزءا هاما من صحة وسلامة الفرد نفسيا، إذ يقوم أفراد الأسرة بتقديم الدعم العاطفي والنفسي لبعضهم البعض، بالإضافة إلى توفير الأمان والاستقرار النفسي، ويمكن أن تكون الأسرة مصدرا للسعادة والرضا النفسي عندما تكون العلاقات داخل الأسرة صحية ومتوازنة، إذ أن الأسرة رابطة اجتماعية تجمع بين شخصين أو أكثر بروابط القرابة والزواج. وهذا الأخير يعتبر اتحاد روحي وعاطفي بين شخصين يستند إلى الحب والتفاهم المتبادل، يركز على العلاقة العاطفية والانسجام الروحي بين الشريكين، حيث يهدف إلى تحقيق السعادة والرضا النفسي لكل منهما، فكل امرأة متزوجة لديها هدف في حدوث حمل، وعليه فإن الحمل تجربة فريدة ومهمة في حياة المرأة، يشمل الحمل تغيرات هرمونية وجسدية تؤثر على الحالة النفسية للمرأة قد يترافق معه مشاعر متناقضة مثل: الفرح والقلق والتوتر والاكتئاب، ومن بين التغيرات الجسدية نذكر زيادة في حجم الثدي، تغيرات في الوزن والشكل، كذلك ظهور التعب والشعور بالغثيان...إلخ، حيث يستغرق الحمل حوالي (9) أشهر منذ اول يوم في الدورة الشهرية الأخيرة.

أثناء الحمل تحدث تغيرات هرمونية تؤثر على النواقل العصبية في الجهاز العصبي المركزي، مما يؤدي إلى انخفاض السيروتونين والدوبامين اللذان يلعبان دورا في تنظيم المزاج والعواطف، لذا يمكن أن تسبب انخفاض مستوياتهما في تقلبات مزاجية واضطرابات نفسية خلال الحمل كالقلق والتوتر، الضغط النفسي، انخفاض تقدير الذات، وخصوصا قلق الموت، حيث يعرف هذا الأخير بأنه "شعور الفرد الدائم بأن الموت يتربص به حيثما كان وأينما اتجه في يقظته ومنامه، في حركته وسلوكه وتفكيره، الأمر الذي يجعله حزينا محسورا أو متوجسا على مجرد العيش على نحو طبيعي". (يحي عبد النعيم، 2014، صفحة 58)

ويعرفه "تمبلر" بأنه "حالة انفعالية غير سارة يعجل بها تأمل الفرد في وفاته هو". (عبد الخالق، 1987، صفحة 38)

إن قلق الموت يعتبر من أهم المشاكل التي يمكن أن تتعرض له المرأة الحامل من بداية الحمل ويزداد حدة كلما اقترب موعد الولادة بسبب خوفها على سلامة الجنين ونجاح الحمل، حيث أشارت دراسة كل من (سكران كريمة، بوشقيف أمينة: 2018) ودراسة (علي إيمان: 2022) إلى التعرف على مدى تعرض المرأة

المقبلة على الولادة لقلق الموت توصلت إلى أن المرأة المقبلة على الولادة غرضة للإصابة بقلق الموت بدرجات مرتفعة. وفي دراسة (نعام زينب، طالبي خديجة: 2020) هدفت إلى الكشف عن مستوى قلق الموت لدى عينة من النساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية، وكانت النتيجة التي توصلت إليها الباحثة أن مستوى قلق الموت لدى عينة من النساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية مرتفع.

وعليه يمكن لقلق الموت أن يؤثر على المرأة الحامل بعدة طرق، أن يزيد من مستويات التوتر والقلق العام، يؤثر هذا على صحتها العقلية والجسدية، إضافة إلى أنه قد يؤثر على اضطرابات النوم، الاضطرابات الغذائية، الاضطرابات الجنسية، اضطراب تقدير الذات، والصحة النفسية، وهذه الأخيرة يعرفها "عبد المجيد الخليدي" و"كمال حسن وهبي" بأنها "نوع من التوافق الكلي والتعامل بين الوظائف النفسية المختلفة، ويكون الشخص لديه القدرة على مواجهة الأزمات والضغوط والإحباطات النفسية الطبيعية التي تواجهه مع إحساسه وشعوره الإيجابي بالسعادة والكفاية". (الخليدي و وهبي، 1997، صفحة 24)

ويعرفها "أيضا إنجلش" بأنها "حالة من القدرة على التحمل التي تجعل الفرد قادرا على التكيف الجيد والاستمتاع بالحياة وإحراز تحقيق الذات، فهي حالة إيجابية وليست مجرد غياب المرض النفسي". (سعد الله و مسيخ، 2020، صفحة 14)

حيث تلعب الصحة النفسية دورا هاما في تأثيرها على النساء المقبلات على الولادة، فإذا كان لدى المرأة الحامل مشاكل في الصحة النفسية مثلا القلق والاكتئاب وغيرها من الاضطرابات النفسية الأخرى، قد يكون لهذه المشاكل تأثير سلبي على مجريات الحمل والولادة على سبيل المثال: القلق والتوتر قد يؤديان إلى ارتفاع ضغط الدم ومشاكل تنظيم ضربات القلب، وبالتالي يزيدان من مخاطر الولادة المبكرة أو الولادة بصعوبة حيث نصت دراسة (بن يوسف ليلى: 2019) إلى الكشف عن مستوى الصحة النفسية لدى المرأة الحامل، في الأخير توصلت إلى وجود مستوى منخفض في الصحة النفسية بدى المرأة الحامل، وأشارت دراسة (سعد الله إكرام، مسيخ إيمان: 2022) هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الصحة النفسية والقلق لدى مرضى القصور الكلوي، حيث توصلت إلى وجود علاقة بين الصحة النفسية والقلق لدى مرضى القصور الكلوي والتحقق النسبي لكل من مستوى الصحة النفسية منخفض لدى مرضى القصور الكلوي، ومستوى القلق لدى مرضى القصور الكلوي مرتفع.

ويمكن أن تؤثر الصحة النفسية على العلاقة العاطفية بين الشريكين ويزيدان من التوتر والصراعات، كذلك تؤدي مشاكل الصحة إلى تقليل القدرة على رعاية المرأة الحامل بنفسها والحمل بشكل صحيح، قد تشعر بعدم الراحة والتوتر مما يؤدي إلى عدم العناية بصحة الحمل.

ومن هنا جاءت هذه الدراسة لتسلط الضوء على مفهوم قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة ومنه نطرح التساؤل العام على النحو التالي:

* هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة؟

ويندرج تحت هذا التساؤل العام عدة تساؤلات فرعية نذكر منها:

* هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن (18 – 24 سنة/ 25 – 35 سنة/ 35 سنة فما فوق)؟

* هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى باختلاف نوع الولادة (طبيعية / قيصرية)؟

* هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى باختلاف عدد الولادات (0 – 2 مرات / 3 – 5 مرات / 6 – 7 مرات)؟

2 – فرضيات الدراسة:

2 – 1 – الفرضية العامة:

* توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة.

2 – 2 – الفرضيات الجزئية:

* توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن (18 – 24 سنة / 25 – 35 سنة / 35 سنة فما فوق).

* توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى باختلاف نوع الولادة (طبيعية / قيصرية).

* توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى باختلاف عدد الولادات (0 – 2 مرات / 3 – 5 مرات / 6 – 7 مرات).

3 – أسباب اختيار الموضوع:

3 – 1 – أسباب ذاتية:

- الرغبة في التعرف على الموضوع وفهمه.
- إحدى الباحثتين كانت حامل، وأرادت التعرف على الموضوع.
- التعرف على العلاقة بين قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة.

3 – 2 – أسباب موضوعية:

- الرغبة في اكتشاف وتوسيع معارفنا حول الموضوع.
- من أهم المواضيع التي يجب أخذها بعين الاعتبار.
- نقص الدراسات المتعلقة بقلق الموت والصحة النفسية لدى النساء الحوامل.

4 – أهمية الدراسة:

تكمن الأهمية العلمية لهذه الدراسة في الموضوع الذي تتناوله هو الولادة وتكمن أهميتها في أنها تتخذ موضوعا لها من المتغيرات السيكولوجية قلق الموت والصحة النفسية (التي تعتبر من بين العوامل المؤثرة في عملية تكيف المرأة الحامل المقبلة على الولادة).

كما تستمد الدراسة أهميتها من خلال ندرة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع هو دراسة علاقة متغير الصحة النفسية ومتغير قلق الموت لدى المرأة المقبلة على الولادة.

وتتمثل الأهمية العلمية لهذه الدراسة في أنها يمكن أن تفيد المرأة المقبلة على الولادة في كيفية تحقيق مستوى عالي من الصحة النفسية والذي يبعدها عن الشعور بقلق الموت الذي قد يراودها، حيث تدرك المرأة الحامل من خلال تحليها واتسامها بالصحة النفسية الفعالة والملائمة يمكن لها أن تعيش حياتها بشكل أفضل حتى مع وجود خوف من الولادة.

كما يمكن أن تقدم هذه الدراسة صورة علمية للمهتمين والعاملين في المجال النفسي، وذلك لتقديم برامج وخطط علاجية من شأنها مساعدة المرأة على التكيف الجيد مع الولادة.

5 – أهداف الدراسة:

وتهدف هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

* الكشف عن العلاقة بين قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة.

* معرفة مستوى قلق الموت لدى المرأة المقبلة على الولادة.

* معرفة مستوى الصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة.

* معرفة ما إذا كان هناك فروق دالة إحصائيا في قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغيرات (السن، نوع الولادة، عدد الولادات).

* تهدف إلى تقديم اقتراحات وتوصيات للتخفيف من قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة.

6 – مفاهيم ومصطلحات الدراسة:

6 – 1 – قلق الموت:

أ / **اصطلاحا:** يعرف قلق الموت على أنه "شعور الفرد الدائم بأن الموت يتربص به، حينما كان وأينما اتجه في يقظته ومنامه، في حركته وسلوكه وتفكيره، الأمر الذي يجعله حزينا محسورا ومتوجسا على مجرد العيش على نحو طبيعي. (يحي عبد النعيم، 2014، صفحة 58)

ب / إجرائيا: هو حالة نفسية تتميز بالقلق والتوتر الشديد بشأن الفكرة أو الواقع المحتمل للموت، ويمكن أن يكون قلق الموت مرتبطا بتجارب سلبية سابقة مثل: فقدان أحد أفراد العائلة أو صديق مقرب قد يشعر الشخص بالخوف من الغياب أو الفقدان، وقد يؤثر على الشخص على المستوى العاطفي والنفسي والجسدي.

6 – 2 – الصحة النفسية:

أ / **لغة:** الصحة كلمة أصلها الاسم (صحة) في صورة مفرد مؤنث وجذرها (صحح) وجذعها صحة وتحليلها (ال + صحة). والصحة النفسية ما يحل بالنفس من تأثر وانفعال شديد.

ب / اصطلاحا: يعرفها "زهران" بأنها "حالة دائمة نسبيا، يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا (شخصيا وانفعاليا واجتماعيا أي مع نفسه ومع بيئته) ويشعر بالسعادة مع نفسه، ومع الآخرين، ويكون قادرا على تحقيق ذاته

واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عاديا، ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام. (زهران، 2005، صفحة 9)

ج / إجرائيا: هي الحالة العامة للصحة العقلية والعاطفية للفرد، تشمل الصحة النفسية الشعور بالسعادة والرضا والقدرة على التعامل مع التحديات والضغوط الحياتية بشكل صحي، تعزز الصحة النفسية القدرة على التفاعل الاجتماعي الصحي والتكيف مع المشاكل والاستمتاع بالحياة بشكل عام.

6 – 3 – الولادة:

أ / **لغة:** ولادة: مصدر ولد.

ولادة طفل: ظهوره إلى عالم الوجود.

محل الولادة: مسقط الرأس، مكان مولد الشخص.

الولادة: (الأحياء) عملية انفصال المولود عن جسم والدته.

الولادة المبتسرة / الولادة المبكرة: (طب) خروج الطفل من بطن أمه قبل استكمال فترة الحمل أو طفل يولد خفيف الوزن أقل من أربعة أرطال.

ب / اصطلاحا: هو مجموعة ظواهر فيزيولوجية آلية تؤدي إلى خروج الجنين والمشيمة وطردها من الرحم إلى خارج الجسم وذلك ابتداء من الشهر التاسع. (سكران و بوشقيف، 2018، صفحة 44)

ج / إجرائيا: هي عملية إنجاب الطفل من طرف أمه بعد فترة حمل تستمر عادة تسعة أشهر، تتم الولادة عن طريق انبساط عضلات الرحم بشكل منتظم وتوسع عنق الرحم لتمرير الجنين عبر قناة المهبل، عندما يخرج الجنين من رحم الأم تعتبر نقطة بداية حياة الطفل خارج الرحم.

7 – الدراسات السابقة والتعقيب عليها:

7 – 1 – الدراسات السابقة:

7 – 1 – 1 – دراسات سابقة خاصة بمتغير قلق الموت:

أ / دراسات محلية:

- **دراسة (عمامرة و طعبلي، 2017) تحت عنوان (التدين وعلاقته بقلق الموت لدى المرضى المزمنين)**

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن علاقة التدين وقلق الموت لدى المرضى المزمنين، اعتمدت على المنهج الوصفي الارتباطي، وطبقت الدراسة على عينة قوامها (342) مريضا مصابا بمرض مزمن تم اختيارهم بطريقة عشوائية، حيث اشتملت على (133) ذكور و(209) إناث ماكثين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الجيلالي بن عمر بولاية الوادي، وقد استخدمت الدراسة مقياسين: مقياس التدين للدكتور فيصل القريشي (2015) ومقياس قلق الموت من إعداد الباحثة وللتحقق من فرضيات الدراسة تم استخدام الأساليب الإحصائية بتطبيق الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية. وانتهت الدراسة إلى النتائج التالية:

* ينتشر التدين لدى المصابين بالأمراض المزمنة بدرجات مرتفعة.

* ينتشر قلق الموت لدى المصابين بالأمراض المزمنة بدرجات منخفضة.

* توجد علاقة ارتباطية عكسية بين التدين وقلق الموت لدى المضي المزمنين.

- **دراسة (بكوش سمية: 2018) تحت عنوان (قلق الموت لدى المرأة الحامل المصابة بارتفاع ضغط الدم):**

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة ما إذا كانت المرأة الحامل المصابة بارتفاع ضغط الدم الشرياني تعاني من قلق الموت، وكانت عينة الدراسة مكونة من (07) حالات، نساء حوامل مصابات بارتفاع ضغط الدم، يتراوح سنهم بين (28) و(43) سنة. وتم استخدام المنهج العيادي باعتباره المناسب لهذه الدراسة، وما تتطلبه طبيعة الموضوع. أما أدوات الدراسة فقد اعتمدنا على: مقياس قلق الموت "Donald Timbler 1967" والذي ترجمه "أحمد عبد الخالق"، المقابلة العيادية النصف موجهة، وبعد تطبيق المقياس والمقابلة العيادية النصف موجهة تم التوصل إلى النتائج التالية:

* تعاني المرأة الحامل المصابة بارتفاع ضغط الدم الشرياني من قلق الموت بمستوى مرتفع.

* لا يوجد اختلاف في درجة الشعور بقلق الموت لدى الحامل المصابة بارتفاع ضغط الدم حسب متغير العمر.

* لا يوجد اختلاف في درجة الشعور بقلق الموت لدى الحامل المصابة بارتفاع ضغط الدم حسب متغير عدد مرات الحمل.

- **دراسة (سكران كريمة، بوشقيف أمينة: 2018) تحت عنوان (قلق الموت لدى المرأة المقبلة على الولادة):**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى تعرض المرأة المقبلة على الولادة لقلق الموت، ولتحقيق أهداف بحثنا اعتمدنا على المنهج الإكلينيكي كخطوة مهمة في البحث، مع تطبيق مجموعة من الأدوات المتمثلة في الملاحظة والمقابلة العيادية ومقياس دونالد تمبلر لقياس درجة قلق الموت المترجم إلى اللغة العربية، على العينة المتكونة من أربع حالات متمثلة في نساء مقبلات على الولادة تتراوح أعمارهن ما بين (23 ـ 40) سنة. لنخرج في الأخير بأهم نتيجة في البحث هو تحقق فرضيتنا الرئيسية المتمثلة في:

* أن المرأة المقبلة على الولادة عرضة للإصابة بقلق الموت وبدرجات مرتفعة،

إضافة إلى تحقق فرضيتان جزئيتان تتمثلان في:

* تعدد ولادات المرأة يزيد من تعرضها لقلق الموت.

* حمل المرأة ذو خطورة يعرضها لقلق الموت.

وعدم تحقق الفرضيتان الجزئيتان:

* لسن المرأة المقبلة على الولادة دور في تعرضها لقلق الموت.

* ونوعية ولادتها تعرضها لقلق الموت.

- **دراسة (رحالي خولة: 2020) تحت عنوان (قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على العمليات القيصرية):**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى تعرض النساء المقبلات على الولادة بالعملية القيصرية لقلق الموت، اعتمدت على المنهج الإكلينيكي كخطوة مهمة في البحث، مع تطبيق مجموعة من الأدوات متمثلة في الملاحظة والمقابلة العيادية، ومقياس دونالد تمبلر لقياس درجة قلق الموت المترجم إلى اللغة العربية، على

العينة المتكونة من أربع حالات متمثلة في نساء مقبلات على الولادة بالعملية القيصرية. لنخرج في الأخير بأهم نتيجة في البحث هو تحقق فرضيتنا الرئيسية المتمثلة في:

* أن النساء المقبلات على الولادة بالعملية القيصرية عرضة للإصابة بقلق الموت، وبدرجات مرتفعة.

وإضافة إلى تحقق فرضيتان جزئيتان تتمثلان في:

* عدد ولادات المرأة يزيد في تعرضها إلى قلق الموت.

* حمل المرأة ذو الخطورة يعرضها لقلق الموت.

وعدم تحقق الفرضيتان الجزئيتان:

* لسن المرأة المقبلة على الولادة دور في تعرضها لقلق الموت.

* وإقبالها على الولادة بالعملية القيصرية.

- **دراسة (نعام زينب، طالبي خديجة: 2020) تحت عنوان (مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية):**

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى قلق الموت لدى عينة من النساء الحوامل المقبلات على العملية بموعد مسبق من طرف الطبيب المختص في أمراض النساء والتوليد خلال فترة مكوثهن أو زيارتهن للفحص بمستشفى الأم والطفل بورقلة، وتكونت عينة الدراسة من (100) امرأة حامل مقبلة ومبرمجة بموعد مسبق على الولادة القيصرية منها (30) امرأة حامل مقبلة على العملية القيصرية في الدراسة الاستطلاعية و(70) امرأة حامل مقبلة على العملية القيصرية في الدراسة الأساسية اختيروا بطريقة قصدية من مستشفى الأم والطفل بوخريص عمر بورقلة، أجريت الدراسة خلال السنة الدراسية (2020/2019)، وللتأكد من صحة الفرضيات اعتمدنا على المنهج الوصفي الاستكشافي نظرا لملائمته لموضوع الدراسة. كما تم الاعتماد في جمع البيانات على أداة البحث للبروفيسور "بشير معمرية" (2007) لقلق الموت والموجهة للعاملين في مجال خدمات الإنسانية، والذي تم التأكد من خصائصه السيكوميترية من خلال حساي معاملات الصدق والثبات قبل تطبيقه في الدراسة، ثم عولجت البيانات باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS 17.0) وانتهت الدراسة إلى النتائج التالية:

* مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية مرتفع.

* توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية باختلاف السن (أقل من 35 سنة ـ أكثر من 35 سنة) لصالح النساء الحوامل الأكثر من 35 سنة.

* توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية باختلاف عدد الولادات (لم يسبق لهن الولادة ـ سبق لهن الولادة من قبل) لصالح النساء الحوامل اللاتي لم يسبق لهن الولادة.

* توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية باختلاف المستوى التعليمي (أقل من المستوى الثانوي / أكثر من المستوى الثانوي) لصالح النساء الحوامل الأكثر من المستوى الثانوي.

* وقد تم تحليل وتفسير هذه النتائج في ضوء الدراسات السابقة، والجانب النظري بما يحويه من آراء الباحثين ووجهات نظرهم في الموضوع وفي الأخير عرضنا بعض الاقتراحات للمهتمين بهذا المجال من الدراسة.

- **دراسة (علي إيمان: 2022) تحت عنوان (قلق الموت عند النساء المقبلات على الولادة):**

هدفت هذه الدراسة إلى محاولة التعرف على مستوى تعرض النساء المقبلات على الولادة لقلق الموت، ولتحقيق أهداف بحثي ارتكزت على المنهج الإكلينيكي كخطوة جيدة في البحث، مع تطبيق الأدوات المتمثلة في الملاحظة، دراسة حالة والمقابلة العيادية ومقياس دونالد تمبلر لقياس درجة قلق الموت المترجم إلى اللغة العربية، على العينة المتكونة من (3) حالات متمثلة في نساء مقبلات على الولادة، وكله من أجل تحقق فرضيتنا الرئيسية المتمثلة في:

* أن النساء المقبلات على الولادة عرضة للإصابة بقلق الموت وبدرجات مرتفعة.

* وإضافة إلى عدم تحقق فرضية جزئية متمثلة في مستوى قلق الموت عند النساء الحوامل حسب متغير السن.

ب / دراسات عربية:

- **دراسة (أميرة خضر عيسى جبران: 2014) تحت عنوان (قلق الموت لدى المرأة الحامل في ضوء بعض المتغيرات في محافظة بيت لحم)**

هدفت هذه الدراسة للتعرف إلى قلق الموت لدى المرأة الحامل في ضوء بعض المتغيرات في محافظة بين لحم تبعا للمتغيرات المستقلة الآتية: العمر والمؤهل العلمي ومكان السكن وعدد مرات الحمل، وعدد مرات الإجهاض، وعمل الأم، وذلك باستخدام المنهج الوصفي، ولتحقيق أهداف الدراسة طبقت مقياس قلق الموت على عينة متيسرة من النساء الحوامل المترددات إلى العيادات النسائية الخاصة والتي بلغ عددهن (282) أما حاملا. حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة أن

* درجة قلق الموت لدى المرأة الحامل في محافظة بيت لحم جاءت متوسطة.

* وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كل من درجة قلق الموت لدى المرأة الحامل تعزى لمتغير العمر لصالح عمر (31 . 36 سنة).

* ودرجة قلق الموت لدى المرأة الحامل تعزى لمتغير مكان السكن لصالح سكان المدينة.

* ودرجة قلق الموت لدى المرأة الحامل تعزى لمتغير عمل الأم وكانت الفروق لصالح الأم العاملة.

* وتبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كل من درجة قلق الموت لدى المرأة الحامل يعزى لمتغير المؤهل العلمي للأم ودرجة قلق الموت لدى المرأة الحامل يعزى لمتغير عدد مرات الحمل ودرجة قلق الموت لدى المرأة الحامل يعزى لمتغير عدد مرات الإجهاض.

- **دراسة (عوض محمد الشهري، 2019) تحت عنوان (الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بقلق الموت لدى مرضى القلب):**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى انتشار الأفكار اللاعقلانية بين مرضى القلب وعلاقتها بقلق الموت، كما هدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق في الأفكار اللاعقلانية وقلق الموت بين مرضى القلب التي تعزى لمتغيرات (الجنس، العمر، المستوى الاقتصادي، المستوى الاجتماعي، المستوى الروحي "الدين"، والمستوى التعليمي)، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، وتم اختيار عينة مكونة من (399) مريض ومريضة من المراجعين للمستشفيات في مدينتي أبها وخميس مشيط، وتم تطبيق المقاييس التالية: مقياس

الأفكار اللاعقلانية من إعداد الشربيني (2005)، ومقياس قلق الموت من إعداد شقير (2009)، وقد أسفرت النتائج عن وجود تأثير دال إحصائيا (للنوع) عند مستوى دلالة (0.01) ولا يوجد تأثير دال إحصائيا (للعمر)، ولا يوجد تأثير دال إحصائيا للتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس الأفكار اللاعقلانية، كما لا يوجد تأثير دال إحصائيا للمستوى (الاقتصادي)، ويوجد تأثير دال إحصائيا للمستوى (الاجتماعي) لصالح المستوى المنخفض عند مستوى دلالة (0.01)، ولا يوجد تأثير دال إحصائيا للتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس الأفكار اللاعقلانية، لا يوجد تأثير دال إحصائيا (للنوع والعمر)، والتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس قلق الموت، ويوجد تأثير دال إحصائيا للمستوى (الاجتماعي) لصالح المستوى المنخفض عند مستوى دلالة (0.01)، ولا يوجد تأثير دال إحصائيا للمستوى (الاقتصادي)، ولا يوجد تأثير دال إحصائيا للتفاعل بينهما على تباين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلب على مقياس قلق الموت.

7 – 1 – 2 – دراسات سابقة خاصة بمتغير الصحة النفسية:

أ / دراسات محلية:

- **دراسة (صوشي سامية: 2017) تحت عنوان (المساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من مرضى القصور الكلوي):**

تناولت هذه الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين المساندة الأسرية والصحة النفسية لدى عينة من مرضى القصور الكلوي، إلى جانب الكشف على الفروق بين أفراد العينة في المساندة الأسرية تبعا لمتغير الجنس بمستشفى الزهراوي بولاية المسيلة، وللتحقق من هذه الأهداف تم الاعتماد على مقياس المساندة الأسرية للدكتورة فيفيان خميس ومقياس الصحة النفسية للدكتورة بشرى أحمد وبعد التأكد من الخصائص السيكومترية للأداتين تم تطبيقهما على عينة قوامها (60) فرد يمثلون مرضى القصور الكلوي، واختيرت العينة بطريقة قصدية وذلك في الموسم الدراسي (2017/2016)، وتم الاعتماد على المنهج الوصفي باعتباره هو الذي يستطيع وصف الظاهرة لنا والكشف على العلاقة بين المتغيرين وأيضا الكشف على الفروق فهو الأنسب وقد أسفرت نتائج الدراسة على ما يلي:

* لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين المساندة الأسرية والبعد الجسمي في الصحة النفسية.

* لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين المساندة الأسرية والبعد النفسي في الصحة النفسية.

* لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين المساندة الأسرية والبعد الديني في الصحة النفسية.

* لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في المساندة الأسرية تعزى لمتغير الجنس.

وبالتالي فالنتيجة العامة الموصل إليها هي:

* لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين المساندة الأسرية والصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي.

➢ **دراسة (بن يوسف ليلى: 2019) تحت عنوان (الصحة النفسية لدى المرأة الحامل):**

هدفت هذه الدراسة الموسومة بـ "الصحة النفسية لدى المرأة الحامل" إلى الكشف عن مستوى الصحة النفسية لدى المرأة الحامل، وكذا البحث في الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى المرأة الحامل لأول مرة والمرأة الحامل لأكثر من مرة، وللتحقق من الفرضيات الدراسية قامت الباحثة بتطبيق مقياس الصحة النفسية من إعداد سيدني كراون وكريسيب، أما فيما يخص منهج الدراسة فكان المنهج المعتمد هو المنهج الوصفي، وأما فيما يخص المعالجة الإحصائية، فقد استخدمت الباحثة الإحصاءات الوصفية وذلك بغية التحقق من الفرضية الأولى والتي تعني بدراسة مستوى الصحة النفسية لدى المرأة الحامل، واختبار Ttest لقياس الفروق بغية التحقق من الفرضية الثانية التي تعني بدراسة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى المرأة الحامل لأول مرة وبين الحامل لأكثر من مرة، وقد أعربت الدراسة على النتائج التالية:

* يوجد مستوى منخفض من الصحة النفسية لدى المرأة الحامل، مما يعني تحقق الفرضية الأولى.

* توجد فروق دالة إحصائيا في الصحة النفسية لدى المرأة الحامل لأول مرة والمرأة متعددة الحمل فروق لصالح متعددات الحمل.

➢ **دراسة (رملي جهاد: 2019) تحت عنوان (الصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن):**

هدفت إلى التعرف على مستوى الصحة النفسية عند هؤلاء الفئة، وقد جاء تساؤل الدراسة كالتالي: ما مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟

وللإجابة على هذا التساؤل اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي بتقنية دراسة الحالة، وتمثلت عينة الدراسة في ثلاث حالات لمرضى القصور الكلوي، حيث تراوحت أعمارهم ما بين (30) و(50) سنة، وقد تم اختيارهم بطريقة قصدية ومن مكان العمل الذي تتم فيه عملية التصفية والمتمثل في المؤسسة الاستشفائية من خلال

ملاحظة بعض الأشخاص ممن يخضعون لعملية الاستصفاء الدموي، حيث حاولت في هذه الدراسة إلى اختيار فرضية عامة وهي: يتسم مرضى القصور الكلوي بمستوى صحة نفسية منخفض.

وبالاعتماد على الأدوات التالية، الملاحظة والمقابلة نصف موجهة ومقياس الصحة النفسية سيدني كراون وكريسيب، وقد تم التوصل إلى أن مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن يختلف باختلاف طبيعة شخصية المريض ونوعية الدم الذي يتلاقاه، وهذا بدليل أن الحالتين الأوليتين لديهما مستوى صحة نفسية مرتفع حيث أن الحالة (س س) تحصلت على درجة (14.49) والحالة (د خ) (22.77) من النسبة التي تحددها درجة وجود الاضطراب (34.5) أما الحالة الثالثة فتحصلت على درجة (71.64) وهي تمثلت درجة منخفضة من مستوى الصحة النفسية.

- **دراسة (إكرام سعد الله وإيمان مسيخ: 2022) تحت عنوان (الصحة النفسية وعلاقتها بالقلق لدى مرضى القصور الكلوي):**

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الصحة النفسية والقلق لدى مرضى القصور الكلوي بالمؤسسة الاستشفائية بن زهر قالمة، كما هدفت إلى معرفة مستوى القلق ومستوى الصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي، اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي وقم تم اختيار أربع حالات بطريقة قصدية طبقت عليهم أدوات الدراسة المتمثلة في المقابلة العيادية، ومقياس الصحة النفسية سيدني كراون وكريسيب، ومقياس القلق لتايلور وقد تم التوصل إلى وجود علاقة طردية بين الصحة النفسية والقلق لدى مرضى القصور الكلوي، والتحقق النسبي لكل من مستوى الصحة النفسية منخفض لدى القصور الكلوي، ومستوى القلق لدى مرضى القصور الكلوي مرتفع.

- **دراسة (بن صاري مرية وبن عاشور فاطمة الزهراء: 2022) تحت عنوان (الصحة النفسية لدى المرضى المصابين بالسرطان):**

تناول هذه الدراسة موضوع الصحة النفسية لدى المصابين بالسرطان، وهي دراسة ميدانية لواقع الصحة النفسية للمصابين بأورام خبيثة بمستشفى محمد بوضياف . ولاية المدية . في سنة (2022). وذلك من اجل التعرف على المستوى العام للصحة النفسية لدى المصابين بالسرطان ومستوى مؤشراتها المتمثلة في: الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، العداوة، قلق الخواف (الفوبيا)، البارانويا، الذهانية. ولتحقيق الهدف المذكور اعتمدت هذه الدراسة على المنهج العيادي القائم على دراسة حالة مع استخدام أداة المقابلة نصف الموجهة ودليل مصغر لشبكة الملاحظة ومقياس الصحة النفسية SCL – 9 – R حيث

طبق هذا الأخير على عينة مكونة من ثلاث حالات تم اختيارها بطريقة قصدية. ولقد توصلت هذه الدراسة إلى أن:

* المستوى العام للصحة النفسية لدى المصابين بالسرطان منخفض.

* مستوى مؤشرات الصحة النفسية لدى المصابين بالسرطان منخفض.

* ارتفاع في مستوى الأعراض المرضية لدى المصابين بالسرطان.

7 – 2 – التعقيب على الدراسات السابقة:

7 – 2 – 1 – دراسات متعلقة بقلق الموت:

أ/ من حيث الأهداف:

هدفت دراسة كل من (سكران كريمة، بوشقيف أمينة) و (علي إيمان) ودراسة (أميرة خضر عيسى جبران) إلى التعرف على مستوى تعرض النساء المقبلات على الولادة لقلق الموت، وهدفت دراسة (نعام زينب، طالبي خديجة) ودراسة (رحالي خولة) إلى التعرف على مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على العمليات القيصرية، إضافة إلى دراسة (بكوش سمية) هدفت إلى معرفة ما إذا كانت المرأة الحامل المصابة بارتفاع ضغط الدم الشرياني تعاني من قلق الموت، كذلك دراسة (عمامرة سميرة، محمد الطاهر طعبلي) هدفت إلى الكشف عن علاقة التدين بقلق الموت لدى المرضى المزمنين، وهدفت دراسة (عوض محمد الشهري ريم) إلى التعرف على مدى انتشار الأفكار اللاعقلانية بين مرضى القلب وعلاقتها بقلق الموت.

ب/ من حيث المنهج:

نجد دراسة كل من (سكران كريمة، بوشقيف أمينة) و(علي إيمان) و(بكوش سمية) و(رحالي خولة) استخدموا المنهج الإكلينيكي، أما دراسة (نعام زينب، طالبي خديجة) استخدمت المنهج الوصفي الاستكشافي، أما بالنسبة لدراسة (أميرة خضر عيسى جبران) استعملت المنهج الوصفي، إضافة إلى دراسة (عوض محمد الشهري ريم) استعملت المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، ودراسة (عمامرة سميرة، محمد الطاهر طعبلي) استخدمت المنهج الوصفي الارتباطي.

ج/ من حيث أدوات الدراسة:

نجد دراسة كل من (سكران كريمة، بوشقيف أمينة) و(علي إيمان) و(رحالي خولة) استعملوا مقياس دونالد تمبلر لقلق الموت، أما دراسة (نعام زينب، طالبي خديجة) استخدمت مقياس بشير معمرية، إضافة إلى أن دراسة (بكوش سمية) استخدمت مقياس أحمد عبد الخالق، كذلك دراسة (عوض محمد الشهري ريم) استعملت مقياس شقير، أما بالنسبة لدراسة (عمامرة سميرة، محمد الطاهر طعبلي) كان المقياس من إعداد الباحثة.

د/ من حيث العينة:

استخدمت دراسة (نعام زينب، طالبي خديجة) العينة القصدية متكونة من (100) امرأة حامل، أما دراسة (سكران كريمة، بوشقيف أمينة) ودراسة (رحالي خولة) كانت العينة متكونة من (04) حالات، إضافة إلى ذلك دراسة (علي إيمان) متكونة من (03) حالات، أما بالنسبة إلى دراسة (بكوش سمية) كانت العينة متكونة من (07) حالات، ودراسة (أميرة خضر عيسى جبران) متكونة من (282) امرأة حامل، أما دراسة (عوض محمد الشهري ريم) تكونت عينتها من (399) مريض، ودراسة (عمامرة سميرة، محمد الطاهر طعبلي) تكونت من (342) عينة تم اختيارها بطريقة عشوائية.

و/ من حيث النتائج:

نجد أن كل الدراسات توصلت إلى أن النساء الحوامل أكثر عرضة لقلق الموت بدرجات مرتفعة، ماعدا دراسة (أميرة خضر عيسى جبران) توصلت إلى أن درجة قلق الموت لدى المرأة الحامل متوسطة، أما دراسة (عمامرة سميرة، محمد الطاهر طعبلي) توصلت إلى أن مستوى قلق الموت منخفض.

حيث نجد أن كل من دراسة (سكران كريمة، بوشقيف أمينة) ودراسة (رحالي خولة) كانت لهما نفس النتائج من حيث (عدد مرات الحمل، الحمل ذو خطورة، السن، نوعية الولادة)، أما فيما يخص الفروق في قلق الموت من حيث متغير السن نجد أن دراسة كل من (أميرة خضر عيسى جبران) ودراسة (نعام زينب، طالبي خديجة) أنه يوجد فروق في السن، أما دراسة كل من (سكران كريمة، بوشقيف أمينة) ودراسة (رحالي خولة) ودراسة (بكوش سمية) ودراسة (علي إيمان) ودراسة (عوض محمد الشهري ريم) أنه لا توجد فروق في السن في قلق الموت.

أما بالنسبة للفروق في قلق الموت تعزى لعدد الولادات فإن دراسة (نعام زينب، طالبي خديجة) ودراسة (رحالي خولة) ودراسة (سكران كريمة، بوشقيف أمينة) في وجود فروق في عدد مرات الحمل، اما دراسة (بكوش

سمية) و(أميرة خضر عيسى جبران) فإنه لا توجد فروق في عدد مرات الحمل.

7 – 2 – 2 – دراسات متعلقة بالصحة النفسية:

أ/ من حيث الأهداف:

هدفت دراسة كل من (صوشي سامية) و(سعد الله إكرام، مسيخ إيمان) إلى معرفة العلاقة بين الصحة النفسية ومتغيرات أخرى متمثلة في المساندة الأسرية، القلق لدى مرضى القصور الكلوي، وهدفت دراسة (رملي جهاد) ودراسة (بن صاري مرية، بن عاشور فاطمة الزهراء) للتعرف على مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن والمرضى المصابين بالسرطان، إضافة إلى ذلك دراسة (بن يوسف ليلى) هدفت إلى الكشف عن مستوى الصحة النفسية لدى المرأة الحامل.

ب/ من حيث المنهج:

نجد دراسة كل من (صوشي سامية) ودراسة (بن يوسف ليلى) المنهج الوصفي، أما دراسة (سعد الله إكرام، مسيخ إيمان) ودراسة (بن صاري مرية، بن عاشور فاطمة الزهراء) ودراسة (رملي جهاد) استعملوا المنهج العيادي.

ج/ من حيث أدوات الدراسة:

نجد دراسة كل من (سعد الله إكرام، مسيخ إيمان) ودراسة (بن يوسف ليلى) ودراسة (رملي جهاد) استعملوا مقياس كراون وكريسيب للصحة النفسية، أما دراسة (صوشي سامية) استخدمت مقياس بشرى أحمد، إضافة إلى دراسة (بن صاري مرية، بن عاشور فاطمة الزهراء) استخدمت مقياس الصحة النفسية SCL – 9 – R.

د/ من حيث العينة:

استعملوا دراسات كل من (سعد الله إكرام، مسيخ إيمان)، (رملي جهاد)، (بن صاري مرية، بن عاشور فاطمة الزهراء)، (صوشي سامية) العينة القصدية.

و/ من حيث النتائج:

نجد أن كل الدراسات توصلت إلى أن مستوى الصحة النفسية منخفض، إلا في دراسة (رملي جهاد) توصلت إلى أن مستوى الصحة النفسية تختلف باختلاف طبيعة شخصية المريض.

الفصل الثاني: قلق الموت

تمهيد

1 – القلق

1 – 1 – مفهوم القلق

1 – 2 – أنواع القلق

1 – 3 – أسباب القلق

1 – 4 – أعراض القلق

1 – 5 – علاج القلق

2 – قلق الموت

2 – 1 – نبذة تاريخية عن قلق الموت

2 – 2 – مفهوم قلق الموت

2 – 3 – أسباب قلق الموت

2 – 4 – أعراض قلق الموت

2 – 5 – أنواع قلق الموت

2 – 6 – مكونات قلق الموت

2 – 7 – مظاهر قلق الموت

2 – 8 – النظريات المفسرة لقلق الموت

2 – 9 – علاج قلق الموت

خلاصة الفصل

تمهيد:

إن القلق شعور طبيعي يمكن أن يحدث للجميع في بعض الأحيان، قد يؤدي إلى الشعور بعدم الراحة والتوتر العصبي، حيث أصبح أكثر شيوعا بسبب التغيرات الاجتماعية وكثرة الصراعات، ويعد قلق الموت نوع من أنواع القلق، ينشأ من الخوف من الموت، ويمكن أن يكون مصدر قلق شديد ومستمر للشخص مما يؤثر على جودة حياته اليومية، وهذا ما سوف نتناوله في هذا الفصل بالتفصيل عن قلق الموت.

1 – القلق:

1 – 1 – مفهوم القلق:

إن هذا المفهوم لم يكن مألوفا في الثلاثينات، أما الآن فقد أصبحت سمة العصر الحالي، فالقلق أصبح منتشرا بين الشيوخ والصغار والكبار، فنحن جميعا قلقون، وكانت سبب إشاعة هذا المفهوم هو كتابات فرويد وتعدد تعريفات القلق وذلك بسبب تعدد الوجهات النظرية للعملاء والباحثين، القلق في اللغة: هو ما لا يستقر في مكان واحد والقلق هو ما لا يستمر على حالة واحدة. (سهيل المطيري، 2005، الصفحات 277–278)

يشير مصطلح القلق في المعاجم العربية إلى حالة الانزعاج والحركة المضطربة، كما يعرف في معجم "أكسفورد" (Oxford) على "أنه إحساس مزعج في العقل نشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل". كما يعرف في معجم "وبستر" (Webster 1991) على أنه" إحساس غير عادي وقاهر من الخوف والخشية وهو دائما يتصف بعلامات فيسيولوجية مثل التعرق والتوتر وازدياد ضربات القلب وذلك بسبب الشك بشأن حقيقة التهديد، وبسبب شك الإنسان بنفسه حول قدرته على التعامل مع التهديد بنجاح". (شموري، 2017، صفحة 27)

ويعرفه أيضا "سيغموند فرويد" Freuds بأنه "حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يتملك الإنسان ويسبب له الكثير من الكدر والضيق والألم وهو عبارة عن رد فعل لخطر فقدان الموضوع". (رحالي، 2020، صفحة 14)

يعرف "فيصل خير الزراد" القلق بأنه "شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية ويأتي في نوبات تتكرر لدى نفس الفرد، ومن هذه الإحساسات الجسمية الشعور بفراغ في فم المعدة أو الضيق في التنفس أو الشعور بضربات القلب، والصداع والشعور بالدوار والإعياء وكثرة الحركة أحيانا. (نعام و طالبي، 2020، صفحة 11)

ويعرفه "سهير أحمد" بأن "القلق خبرة وجدانية غير سارة Unpleasant يمكن وصفها بأنها حالة من التوتر "Tension" والاضطراب وعدم الاستقرار والخوف وتوقع الخطر، وينشأ القلق شأنه شأن سائر الانفعالات عن منبه يكون بمثابة نذير بفقدان التوازن بين الفرد والبيئة، ويؤدي إلى سلوك يهدف إلى إعادة التوازن". (سهير، 1999، صفحة 78)

ويعرفه "زهران حامد عبد السلام" بأنه " حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها غامض، وأعراض نفسية جسمية، ويكون المريض وكأن لسان حالة يقول: شاعر بمصيبة قادمة". (زهران، 2005، صفحة 484)

1 – 2 – أنواع القلق:

1 – 2 – 1 – القلق الموضوعي العادي: حيث يكون خارجيا وموجودا فعلا ويطلق عليه أحيانا اسم القلق الواقعي، أو القلق الصريح أو القلق السوي، ويحدث هذا في مواقف الخوف من فقدان شيء مثل قلق متعلق بالنجاح في عمل جديد أو امتحان أو بالصحة أو إلى الزواج أو انظار نبأ هام أو الانتقال من القديم إلى الجديدة ومن المعلوم إلى المجهول أو من المألوف أو إلى الغريب أو الانتقال إلى بيئة جديدة أو وجود خطر قومي أو عالمي أو من حدوث تغيرات اقتصادية. (بكوش، 2018، صفحة 24)

1 – 2 – 2 – حالة القلق Anxiety state أو القلق العصابي: وهو داخلي المصدر وأسبابه لاشعورية مكبوتة غير معروفة ولا مبرر له ولا يتفق مع الظروف الداعية إليه، ويعوق التوافق والإنتاج والتقدم والسلوك العادي. (زهران، 2005، صفحة 485)

1 – 2 – 3 – القلق الخلقي: الأنا الأعلى هي مصدر الخطر في حالة القلق الخلقي، وهو الذي يهدد الأنا إذ أتت فعلا معينا، فالقلق الخلقي ينشأ بصورة أساسية من الخوف من الوالدين وعقابهما. (سهيل المطيري، 2005، صفحة 279)

1 – 3 – أسباب القلق:

1 – 3 – 1 – العوامل البيولوجية: تظهر أعراض القلق النفسي من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبثاوي والبراسمبثاوي، ومن ثم يزيد نسبة الأدرينالين والنور أدرينالين في الدم، ومن علامات تنبيه الجهاز السمبثاوي أن يرتفع ضغط الدم وتزيد ضربات القلب، أما ظواهر الجهاز البراسمبثاوي فأهمها كثرة البول والإسهال ووقوف الشعر، كما تلعب الوراثة دورا هاما في اضطراب القلق، فكثيرا ما نلاحظ أن والدي المريض

يعانون من نفس القلق وهذا دليل على اضطراب البيئة التي ينشأ منها المريض بقدر ما يدل على أهمية عامل الوراثة. (سهيل المطيري، 2005، صفحة 280)

1 – 3 – 2 – العوامل الاجتماعية: تعتبر العوامل الاجتماعية وفقا لغالبية نظريات علم النفس من المثير الأساسي للقلق، إذ تؤكد أهمية هذه العوامل كعوامل أساسية لإحداث القلق، ولا شك أن حصر مثل هذه الأسباب أمر مستحيل لتعددها وتشعب جوانب الحياة المقلقة خاصة في عصر اتسم بالقلق، وتشمل هذه العوامل مختلف الضغوط كالأزمات الحياتية، والضغوط الحضارية والثقافية والبيئية المشبعة بعوامل الخوف والحرمان والوحدة وعدم الامن واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة، وأساليب التعامل الوالدين القاسية، وتوفر النماذج القلقة ومنها الوالدين، والفشل في الحياة ومن ذلك الفشل الدراسي. (نعام و طالبي، 2020، صفحة 15)

1 – 3 – 3 – أسباب نفسية: هي نتيجة الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي لمكانة الفرد وأهدافه، كما أن التوتر النفسي الشديد والشعور بالنقص والعجز من شأنها أن تؤدي إلى الإصابة بالقلق.

فبالنسبة للمدرسة التحليلية يمثل القلق الصراع اللاشعوري بين قوى الغرائز وسلطة تحكم الضمير، أما هورني فقد أرجعت القلق إلى 3 عناصر تمثلت في الشعور بالعجز، الشعور بالعداوة والشعور بالعزلة، أما السلوكيون فيرون أن القلق يمثل الاجتماع الشرطي بين انفعال وشيء، وبالنسبة للمدرسة المعرفية فإن القلق يتمثل في تقييم الوضعية وكأنها مهددة، أي المبالغة في تصور الأخطار. (رحالي، 2020، صفحة 24)

1 – 3 – 4 – العوامل الفيسيولوجية: إن ارتباط القلق أحيانا ببعض العوامل البنائية والفيسيولوجية ومن ذلك عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة، وكذلك ضمور هذا الجهاز في الشيخوخة، وما يتبع ذلك من خلل في الوظائف الفيسيولوجية والنفسية ويمثل القلق واحد من أهم الاضطرابات النفسية المحتملة كنتائج للاضطرابات الوظيفية. (شموري، 2017، صفحة 33)

1 – 4 – أعراض القلق:

1 – 4 – 1 – الأعراض النفسية: ونذكر منها:

- قلة النوم.
- التعب.
- الشعور بالتوتر.
- عدم القدرة على التركيز.

- الاكتئاب.
- الشعور بالانفصال عن الواقع. (نعام و طالبي، 2020، صفحة 16)

1 – 4 – 2 – الأعراض الفيزيولوجية: يؤثر القلق سلبا على جسم الإنسان، إذ يؤدي إلى ظهور العديد من الاضطرابات أهمها:

- برودة الأطراف، تصبب العرق، فقدان الشهية، اضطرابات في النوم كالأرق أو النوم المتواصل وعدم الحصول على الإشباع الكافي رغم الساعات الطويلة التي يقضيها في النوم، الأحلام المزعجة، الكوابيس والتعب عند الاستيقاظ.

- يشعر المريض بآلام عضلية فوق القلب والناحية اليسرى من الصدر مع سرعة دقات القلب، والإحساس بالنبضات في أجزاء مختلفة من الجسم وارتفاع ضغط الدم نتيجة الانفعال.

- كما تظهر أعراض الجهاز الهضمي في عسر الهضم وجفاف الفم والحلق والقيء والإسهال، وبعض حالات الإمساك بالإضافة إلى آلام شديدة في البطن.

- يؤثر القلق على الجهاز العصبي حيث يلاحظ لدى الشخص القلق ارتجاف الأطراف خصوصا الأيدي مع الشعور بالدوار والدوخة والصداع، ويسبب القلق زيادة إفراز الغدة الدرقية مما يؤدي إلى تضخمها وإلى البول السكري وزيادة إفراز هرمون الأدرينالين من الغدة فوق الكظرية، إضافة على العديد من الأمراض الجلدية كالبهاق خاصة والبرص، حب الشباب...إلخ. (رحالي، 2020، الصفحات 26-27)

1 – 5 – علاج القلق:

أهم ما يتخذ تمهيد العلاج هو تقصي تاريخ المريض تفصيلا وفحصه فحصا شاملا ثم نتقدم بعد ذلك في علاجه كما يلي:

- **العلاج الاجتماعي:** ويتركز على تكييف حالة المنزل والعمل حتى تخفف عن كاهل المريض بعض أعبائه التي تزيد من حالته.
- **العلاج الطبي:** يستخدم في حالات القلق الشديد والمزمن، حيث يتم إعطاء المريض أدوية مهدئة ومنومة حتى يرتاح جسميا ومن ثم يتم البدء بالعلاج النفسي، ومن الأدوية التي يمكن إعطائها للمريض في حالة التوتر الشديد، والقلق مجموعة "البنزديازبين" مثل "الفاليوم والليبريم وأتفيان وازناكس" وهي تعمل على مستقبلات الجابا مما يعطي إحساس بالهدوء والراحة والاسترخاء.

- **العلاج النفسي:** ويهدف إلى تطوير شخصية المريض حتى يصير أكثر تكيفا وهو أهم أنواع العلاج في هذا المرض ويشمل الإيحاء والبحث والتوضيح، قد تلجأ إلى العلاج السلوكي بتغيير عادات المريض وطبيعة استجابته للمثيرات.

ويلعب المرشد أو الأخصائي النفساني بمراحل العلاج دورا كبيرا في تخفيف القلق أو مساعدة الحالة للتخلص من حالة القلق التي انتابته من خلال تخفيف حدة آثار القلق السلبية أو التأقلم والتكيف مع حالته، أو مساعدته في الخروج من الحالة بسلام، وإيجاد أساليب وسلوكيات تتخلص من ضغط تلك الحاجة غير المشبعة والأسباب المؤدية للقلق. (نعام و طالبي، 2020، صفحة 17)

2 – قلق الموت

2 – 1 – نبذة تاريخية عن قلق الموت:

تتبع جذور دراسة قلق الموت من فحص مسألة الموت، وقد اهتمت الديانات السماوية جميعا أي اهتمام بموضوع الموت، فللموت أهمية مركزية في كل ديانة، وفي كل نسق فكري وفلسفي متماسك. ولقد استخدم النوم على أنه شبيه طبيعي للموت، فصور قدماء اليونان النوم Hypnos على أنه أخ توأم للموت Thanatos. كما أن اليهود السنيين وهم يستيقظون من نومهم في الصباح يشكرون الله على أنه أعادهم إلى الحياة مرة ثانية، كذلك صور القرآن الكريم النوم بأنه الوفاة الأولى للإنسان في الحياة ولكنها وفاة مؤقتة، ففي سورة الأنعام: " ...وهو الذي يتوفاكم بالليل ويعلم ما جرحتم بالنهار ثم يبعثكم فيه ليقضى أجل مسمى". (الآية 6)، وفي سورة الزمر يقول الله سبحانه وتعالى: "الله يتوفى الأنفس حين موتها والتي لم تمت في منامها، فيمسك التي قضى عليها الموت ويرسل الأخرى إلى أجل مسمى". (الآية 42).

إن الوعي بالموت له تاريخ طويل يسبق محاولة "سقراط" تهدئة ثورة أصدقائه وتلاميذه قبل أن يتجرع السم. وقد عرفت ملحمة "جلجاميش" للسومريين عام (3000 ق. م)، والتي يحتمل أن يرجع أصلها إلى ما قبل هذا التاريخ، وتعبر هذه الملحمة عن كل من الرغبة العميقة في النصر على الموت والشك في أن السحر أو المكر أو الفضيلة أو القوة يمكن أن تحقق هذا الهدف، ولم تكن إطالة العمر وتجديد الحياة موضوعين بارزين في "كتاب الموتى" فحسب، بل أيضا على امتداد الحضارة المصرية القديمة التي حفلت بموضوع الموت إلى حد كبير. واهتمت السيمياء Alchemy أو الكيمياء السحرية في العصور الوسطى بأمرين أساسيين هما: إطالة العمر، وتحويل المعادن إلى ذهب. وفي هذا العصر الوسيط زادت بشدة معدلات الوفيات وانخفضت

معدلات الأعمار، وعلى الرغم من أن تجارب "الدكتور فرانكنشتين "كانت على صفحات رواية، فإن الأشخاص الحقيقيين قد استكشفوا إمكانية إعطاء فرصة الحياة مرة أخرى للشخص الذي يبدو أنه ميت، وذلك عن طريق التنبيه الجلفاني في القرن التاسع عشر، ومن هنا نشأت العلاقة بين التكنولوجيا والموت منذ وقت مبكر. (عبد الخالق، 1987، صفحة 39)

وعلى الرغم من أن علم النفس قد نشأ في أحضان التقاليد الاجتماعية والفلسفية حيث كان الموت مشكلة بارزة، فإن العلم الجديد كانت لديه أولويات أخرى ليبحثها، ومع ذلك ففي عام (1836) وضع "فخنر" أحد مؤسسي علم النفس التجريبي كتابا صغيرا عن "الحياة بعد الموت"، وأعجب "وليم جيمس" بهذا العمل وكتب عام (1910) عن "الخلود"، على حين أجرى "ستانلي هول" عام (1915) دراسة إمبيريقية مبكرة عن رهاب الموت أو مخوفة الموت Thanatophobia.

وكذلك اهتم علم الاجتماع بالموت في كتاب "دوركيم" عن الانتحار، كما نلمس اهتمام الأنثروبولوجيا الشديد بالموضوع ذاته، فمن الصعب أن نتخيل هذا المجال الأخير دون فحص مفصل لممارسات الجنازة وطقوس الحداد وغير ذلك. وفي عام (1901) قدم "مشينكوف" وهو حاصل على جائزة نوبل في البيولوجيا الطبية مصطلح: "علم دراسة الموت والاحتضار" Thanatology". وفي الخمسينات من هذا القرن بدأ اهتمام علم النفس والمجالات القريبة منه بشكل مفصل بالموت، والموضوعات المرتبطة به. وفي عام (1970) أسست مجلة النهاية: "مجلة الموت والاحتضار": "Omega Journal of Death and Dying". (وأوميجا هي آخر حروف الهجاء اليوناني وتشير هنا إلى النهاية).

وهناك أيضا دورشان هما: مجلة علم الموت والاحتضار" journal of Thanatologey". ومجلة التربية المتصلة بالموت: Death Education. وفي عام (1977) صدر أول مسح نقدي لسيكولوجية الموت بين دفتي دورية: "العرض السنوي لعلم النفس". كما صدرت في السنين الأخيرة بحوث متعددة عن خبرة الاقتراب من الموت near-death، أو ما يسمى" بعلم دراسة مشارف الموت "Circumthanatologey". (نعام و طالبي، 2020، الصفحات 19-20)

2 - 2 - مفهوم قلق الموت:

من أبرز التعريفات القاموسية نجد التعريف المقدم في معجم مصطلحات علم النفس (2008) حيث يتم الإشارة إلى قلق الموت على أنه "نوع من القلق المترتب على القلق العضوي، والمتسبب في ألم أو إصابة،

ويستمر مع الشخص لمدة طويلة، كما أنه نوع من الاكتئاب يختلط فيه القلق من الموت بترقبه". (يحي عبد النعيم، 2014، صفحة 58)

ويعرف قلق الموت "بأنه حالة غير سارة تتضمن مشاعر سلبية ذاتية من خلال تأمل شعوري في حقيقة مرفوضة على الفرد ولا محال أنها قائمة لكن متى وأين وكيف؟" (خليل محمد القيق، 2016، صفحة 14)

يعرفه "أرنست بيكر" Arneste bikerm "إن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها يمكن أن تصنف جميعا في إطار واحد هو الخوف من الموت. (سكران و بوشقيف، 2018، صفحة 20)

يعرفه "هولتر" Holter (1979) بأنه "الأفكار والمخاوف والانفعالات حول الحدث الأخير في الحياة، والتي نخبرها تحت أكثر الظروف الطبيعية في الحياة". (نعام و طالبي، 2020، صفحة 17)

ويعرفه "كارل يونج" Karl Yong "أن قلق الموت مصدر أساسي للبؤس العصابي خصوصا في النصف الثاني من الحياة". (رحالي، 2020، صفحة 38)

ويعرف "فرويد" قلق الموت بأنه "قلق الأنا الأعلى، أي أنه أذى ينتج عن صراع في ميدان التفاعل الاجتماعي الذي يجد صداء في الخوف من فقدان الحب أيضا من أجل إيقاظ شعور التعذيب الذاتي وكبج شهواته. (علي، 2022، صفحة 16)

وعرفت "شوقي" قلق الموت على أنه حالة انفعالية غير سارة تشير إلى القلق من المجهول بعد الموت، وكيفية الإعداد للموت، والقلق من العجز والوحدة وعدم القدرة. (بكوش، 2018، صفحة 25)

2 – 3 – أسباب قلق الموت:

تتعدد العوامل التي تدفع للقلق الموت، فلكل إنسان عامل خاص به، حيث يرجع إلى شرلتز قلق الموت للأسباب التالية:

- الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار.
- الخوف من الإذلال نتيجة الألم الجسمي.
- الخوف من توقف السعي نحو الأهداف، إذ تقاس الحياة دائما بما حققه الإنسان.
- الخوف من تأثير الموت على من سيتركهم الخص من أسرته وخاصة صغار الأطفال.
- الخوف من العقاب الإلهي.
- الخوف من العدم. (نعام و طالبي، 2020، الصفحات 21–22)

أما "بيكر" و"برونر" (Becker & Brunner) فيران ان الخوف من الموت هو خوف فطري موروث يرجع إلى أسباب دنيوية مثل:

- كراهة الجثة وغرابتها.
- العدوى الاجتماعية للحزن.
- الاشمئزاز الحضاري.
- التفاعل العاطفي.
- الخوف من الصدمة.
- تخيل التحلل أو التعفن. (سكران و بوشقيف، 2018، صفحة 22)

ولخص "أحمد عبد الخالق" أسباب قلق الموت في:

- الخوف من نهاية الحياة.
- الخوف من مصير الجسد بعد الموت.
- الخوف من الانتقال إلى الحياة الأخرى.
- الخوف من الموت بعد مرض عضال.
- الخوف من توقيت الموت في أي لحظة.
- الخوف من أن يحزن الأحياء على من يموت.
- الخوف من العقاب على الأعمال الدنيوية.
- الخوف من مفارقة الأهل والأحباب.
- الخوف من ظلام القبر وعذابه.
- الخوف عما يصاحب خروج الروح من الجسد من ألم شديد. (بكوش، 2018، الصفحات 27-28)

2 - 4 - أعراض قلق الموت:

2 - 4 - 1 - الأعراض البدنية: تتمثل في:

- التوتر الزائد.
- الأحلام المزعجة.
- سرعة النبض أثناء الراحة.

- فقد السيطرة على الذات.
- نوبات العرق.
- غثيان أو اضطراب المعدة.
- نوبات في الدوخة والإغماء.
- ضربات زائدة أو سرعة في دقات القلب. (نعام و طالبي، 2020، صفحة 23)

2 – 4 – 2 – الأعراض النفسية: من أعراض قلق الموت الانفعالية نوبة من الهلع التلقائي، والاكتئاب، والانفعال الزائد، وعدم القدرة على التمييز، واختلاط التفكير، والميل للعدوان، وتوقع الأشياء السلبية في الحياة، وسرعة الغضب دون أسباب، والعزلة والانسحاب من العالم، وانتظار لحظة الغضب. (خليل محمد القيق، 2016، الصفحات 16-17)

2 – 4 – 3 – أعراض عصبية ونفس عصبية: وتتمثل في:

- اضطرابات في السلوك.
- الحصر.
- اضطرابات النوم واليقظة.
- الاختلاج. (سكران و بوشقيف، 2018، صفحة 24)

2 – 4 – 4 – أعراض تنفسية: تتمثل في:

- اضطرابات في التنفس.
- ضيق في التنفس.

2 – 4 – 5 – اضطرابات بولية: وهو الاضطراب الأكثر تواترا ويشكل للمريض مصدر عدم الارتياح. (علي، 2022، صفحة 20)

وأشار "زهران" (1977) إلى ظهور أعراض نفسية، وعقلية، وانفعالية عامة على الفرد القَلِق، ومن أبرزها:

- توترات الجهاز العصبي المستقل مثل الإحساس بالاختناق وسرعة ضربات القلب، وبرودة اليدين، والإحساس بالدوخة، والإحساس بالسخونة، وصعوبة البلع.
- سرعة الاستثارة وصعوبة التركيز.
- صداع، وخفقان في القلب، ورعشة، وعرق مفرط.

- اتساع حدقة العين، واضطراب في عمليتي الإخراج والتبول، إضافة إلى توقع المصائب.
- العصبية والتعب بسرعة.
- ارتباك واضطراب بالنوم.
- اللجوء لأحلام اليقظة، والتلجلج بالكلام، والجوع أو النهم غير العاديين. (خيضر عيسى جبران، 2014، صفحة 13)

2 – 5 – أنواع قلق الموت:

هناك نوعان من قلق الموت، يميز بينهما على أساس:

- حدة قلق الموت.
- شدة هيمنة فكرة الموت على تفكير الشخص وهما: قلق الموت المزمن وقلق الموت الحاد.

2 – 5 – 1 – قلق الموت المزمن: وهو الذي تطول مدته وتزداد فيه معاناة المريض. (رحالي، 2020، الصفحات 38-39)

2 – 5 – 2 – قلق الموت الحاد: يرتبط جملة من الأعراض المتمثلة في زيادة العرق، الفعال في الجهاز العصبي، عسر البلع، التبول على نفسه، القيء، ضعف الركبتان، يرتبط هذا النوع من القلق بخبرات الحياة الواقعية، كموت أحد الأبناء أو الأصدقاء إذ تجعله في صدمة، وذلك يظهر بصورة ملحة عن طريق تخيله أنه يمكن أن يموت في ظروف مماثلة وبالتالي لاستبعد فكرة موته وهو بنفس الطريقة. (علي، 2022، صفحة 19)

2 – 6 – مكونات قلق الموت:

حدد الفيلسوف "جاك شورون" مكونات ثلاثة للخوف من الموت هي:

- الخوف من الاحتضار.
- الخوف مما سيحدث بعد الموت.
- الخوف من توقف الحياة. (عبد الخالق، 1987، الصفحات 45-46)

أما "لبفتون" (Lebevton) فقد رأى أن قلق الموت يتركز حول مخاوف متمثلة في:

- التحلل أو التفسخ.
- الركود أو التوقف.
- الانفصال. (سكران و بوشقيف، 2018، صفحة 21)

أما من الناحية السيكولوجية فقد ميز "ليستر" (Lester) بين أربع جوانب للخوف من الموت في بعدين لكل منهما قطبان: الموت / الاحتضار، الذات الآخرين.

- الخوف من احتضار الذات.
- الخوف من الآخرين.
- الخوف من احتضار الآخرين. (رحالي، 2020، صفحة 39)

2 – 7 – مظاهر قلق الموت:

توصف بعض العمليات إلى أن مظاهر قلق الموت لدى الفرد تتمثل في:

- الخوف من المجهول.
- الخوف من الوحدة.
- الخوف من الضعف.
- الخوف من فقدان الأسرة.
- الخوف من فقدان الأصدقاء.
- الخوف من فقدان الجسم.
- الخوف من السيطرة على النفس.
- الخوف من فقدان الذات. (يحي عبد النعيم، 2014، صفحة 60)

2 – 8 النظريات المفسرة لقلق الموت:

2 – 8 – 1 – نظرية التحليل النفسي: لقد رأى فرويد أن النشاط الإنساني كله يتحدد بالغرائز، وقد يكون تأثيرها على السلوك ملتويا مقنعا، وقد يكون مباشرا وسافرا فالناس يتصرفون لأن التوتر الغريزي يدفعهم إلى ذلك وسلوكهم وتصرفاتهم تنتقص التوتر.

افترض فرويد أنه من الممكن إدراج الغرائز تحت فئتين عامتين:

- غرائز الحياة.
- غرائز الموت.

تخدم غرائز الحياة غرض الحفاظ على حياة الفرد وتكاثر الجنس، ويندرج تحت هذه الفئة الجوع والعطش والجنس، ويطلق على صورة الطاقة التي تستخدمها غرائز الحياة في أداء عملها الليبيدو غرائز الحياة التي

أعطاها فرويد أكثر اهتماما هي الجنس والحقيقة أن الغريزة الجنسية ليست غريزة واحدة بل غرائز متعددة، أي أن هناك عدد من الحاجات البدنية المنفصلة تؤدي إلى القيام برغبات شبقية، ولكل من هذه الرغبات مصدره في مناطق مختلفة من الجسم ويشار إليها باسم (المناطق الشبقية).

أما غرائز الموت أو كما يسميها فرويد أحيانًا غرائز التدمير فتقوم بعملها، فكل شخص يموت في النهاية، وهذه الحقيقة دفعت فرويد إلى صياغة قوله الشهير "أن هدف الحياة هو الموت" ومن المشتقات الهامة لغرائز الموت الباعث العدواني، فالعدوانية تدمير للذات، وقد اتجهت إلى الخارج نحو موضوعات بديلة.

فالشخص يقاتل الآخرين وينزع إلى التدمير لأن رغبته في الموت قد عاقتها قوى غرائز الحياة، بالإضافة إلى عقبات أخرى في شخصيته تتصدى لغرائز الموت، وقد تمتزج غرائز الموت وغرائز الحياة ومشتقاتهما معا فيلزم كل منهما الآخر، فالأول مثلاً يمثل امتزاج الجوع بالتدمير، فيتحقق إشباعهما بقضم الطعام ومضغه وابتلاعه، كما يؤدي الحب بوصفه أحد مشتقات غريزة الجنس إلى حياة الكراهية وهي من مشتقات غريزة الموت. (يحي عبد النعيم، 2014، الصفحات 74-75)

2 - 8 – 2 - النظرية السلوكية: يركز السلوكيون على العامل الموقفي ولا يهتمون بالمعنى الرمزي للعرض في الاضطرابات السيكوسوماتية، ويعتبرون القلق بمثابة خوف من الألم أو الخطر أو العقاب المحتمل حدوثه لكن غير مؤكد أن يحدث، ويرون أن القلق هو انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر، لكنه يختلف عن الخوف ويثيره موقف خطر مباشر ملائم أمام الفرد، وقد يرتبط بالموت إذا زاد عن حده، ويبقى خوف محبوس لا يجد له مصرفا لأنه لا ينطلق في سلوك مناسب يستعيد الفرد من خلال توازنه، والإنسان حين يشعر بانفعال قلق الموت أو الخوف أو الحزن أو الغضب، فإن هذه التأثيرات الانفعالية تصاحبها تغيرات واضطرابات جسدية فيزيولوجية قد تكون بالغة الخطورة، وإذا ما تكررت هذه الانفعالات وأصبحت الحالة الانفعالية مزمنة، ومن الواضح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصاحب الانفعال. (رحالي، 2020، صفحة 43)

2 - 8 - 3 - النظرية المعرفية: تعتبر الاضطرابات العصابية انعكاسا لأخطاء نسبية في الحكم، وبالتالي يعتبر قلق الموت سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي يكونها الفرد حول نفسه وكذا ما يصيبه من أمراض، وخروج هذه الأفكار عن حدود المنطق تكون بموجبها خطأ نسبيا، وبالتالي ليتم التخلص من الاضطرابات المعرفية، يجب إحداث تغيير بنيوي للأفكار بتزويد الفرد المصاب بالاضطرابات النفسي المتمثلة في قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة. (سكران و بوشقيف، 2018، صفحة 24)

2 – 8 – 4 – نظرية الذات: يرى رواد هذه النظرية ومنهم روجرز (Rogers) أن أي خبرة يمر بها الفرد في حياته ولا تتفق مع تنظيم أو بناء ذاته ستعمل كتهديد له، وكلما ازداد هذا التهديد ازداد جمود الذات، وهذا من شأنه أن يصيب الفرد بالقلق، الذي يدفع الفرد إلى إنكار مسببات هذا القلق، وإبعادها عن طريق آليات الدفاع في محاولة للإبقاء على صورة الذات متماسكة في حال تواتر الخبرات المؤلمة في تفكير الفرد سوف يضطرب وينشأ قلق الموت. (خليل محمد القيق، 2016، صفحة 18)

2 – 8 – 5 – نظرية هورني: اعتبرت هورني (Horney) أن القلق هو مركز ديناميكي عند العصابيين، وقد استعملت تعبير الخوف كمرادف له، فهما ردا فعل عاطفية للخطر، والاثنان متلازمان في الأساس النفسي، فموضوع الخوف معروف ومدرك من الفرد وكذلك الخطر، أما القلق، فالفرد يخاف من شيء مجهول، كما أن هناك قيمة حيوية مهددة عند الشخص في حالة الخوف، أما القلق، فالخطر موجه إلى جوهر الشخصية ووجودها.

وقد أشار عثمان (2001) إلى أن القلق عند هورني ينشأ من عدة عناصر وهي:

- انعدام الدفء العاطفي في الأسرة: مما يجعل الطفل يشعر أنه منبوذ، وهذا من أهم مصادر القلق.
- العلاقة بين الوالدين لها أهمية في نشأة القلق لدى الطفل، فكثير من مشكلات الطفل المستقبلية ترجع إلى حرمانه من الدفء العاطفي والحنان بين الطفل وأمه.
- البيئة التي يعيش فيها تسهم إسهاماً كبيرا في نشأة القلق لدى الطفل. (خيضر عيسى جبران، 2014، صفحة 19)

2 – 8 – 6 – النظرية الوجودية: ترى بأن القلق من الموت خاصية إنسانية أساسية ومن الواضح أنها مسألة حساسة للأفراد المتقدمين في العمر، وقد ركزت هذه الأخيرة على أهمية الموت وسلموا بأن الفرد يجب أن يتقبل حتمية الموت ونهايته لوصفه حقيقة مطلقة يتعين عليه في النهاية أن يجد معنى لوجوده الإنساني في موته هو افتراض "May "و" Minkofeski " الوجود يكتسب حيويته وتلقائيته من حقيقة مواجهة الموت أو عدم الوجود.

ويرى " Marter "و "Haidjer "في كتابه الوجودية والزمن أن الموت تهديد بعدم الوجود ومن ناحية أخرى، فإن التحقيق من عدم الوجود في المستقبل عد شرطا مسبقا لفهمها الكامل لحياتنا، كما يعتبر شرطا مسبقا لتحرير أنفسنا من القلق ثم يعد الموت أساس حرية الفرد. (علي، 2022، الصفحات 21-22)

2 – 9 – علاج قلق الموت:

2 – 9 – 1 – العلاج النفسي: يفيد التحليل النفسي في إظهار الذكريات المكبوتة، وتحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور، وتنفيس الكبت وحل الصراعات الأساسية وينظر التحليل النفسي إلى المريض على أنه إنسان يعيش صراعا بين ثلاث قوى هي: "الهو" و"الأنا" و"الأنا الأعلى" ويهدف العلاج بالتحليل النفسي إلى تقوية أنا المريض وتحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور، ويتم ذلك عن طريق التداعي الحر، تفسير الأحلام، وزلات اللسان. (بكوش، 2018، صفحة 31)

2 – 9 – 2 – العلاج السلوكي: يعد العلاج السلوكي من أكثر طرق علاج القلق بأنواعه المختلفة شيوعا وانتشارا وهو كذلك من أفضلها، حيث أنه يحقق أعلى نسب للشفاء من بين كل الطرق العلاجية المتاحة، وقد أجريت دراسة حديثة على طلاب يدرسون التمريض، بهدف التعرف إلى ناتج العلاج السلوكي (تقليل الحساسية المنظم، التدريب على الاسترخاء) مقابل عدم التدخل بأي طريقة في علاج قلق الموت المرتفع، وقد ظهرت فعالية تقليل الحساسية المنظم والاسترخاء المتدرج لدى المجموعة التي استخدمته بالمقارنة بالمجموعة التي لم تتلق علاجا، كما كانت لهذه الفنيات السلوكية أكثر فعالية من البرامج التعليمية أو البرامج قصيرة المدى. (نعام و طالبي، 2020، الصفحات 24-25)

خلاصة الفصل:

يعتبر القلق حالة نفسية تنطوي على الشعور بالتوتر والقلق والتفكير الزائد بشكل طبيعي، حيث أنه يصبح مفيدا في بعض الحالات لحماية الفرد من خطر محتمل، ولكن عندما يصبح مستمرا ومفرطا، يمكن أن يؤثر بشكل سلبي على الصحة النسية والجسدية، أما قلق الموت هو من الاضطرابات النفسية التي تتسم بتكرار الأفكار السلبية دون التحكم فيها أو التوقف عنها، ولقلق الموت علاقة بمتغيرات أخرى كالصحة النفسية وهذا ما سوف نتناوله في الفصل الموالي.

الفصل الثالث: الصحة النفسية

تمهيد

1 – التطور التاريخي للصحة النفسية

2 – مفهوم الصحة النفسية

3 – أهمية الصحة النفسية وأهدافها

4 – مظاهر ومؤشرات الصحة النفسية

5 – مناهج الصحة النفسية

6 – خصائص الشخصية المتمتعة والمرضية بالصحة النفسية

7 – العوامل المؤثرة على الصحة النفسية

8 – معايير الصحة النفسية

9 – النظريات المفسرة للصحة النفسية

10 – نسبية الصحة النفسية

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعد الصحة النفسية عنصرا أساسي ومهم في حياة الإنسان ككل، تجعل الفرد يتوافق مع نفسه ومع الآخرين، فتحقيقها يوصل الإنسان ليعيش حياة سعيدة وليحقق أهداف الحياة، وسنتطرق إليها في هذا الفصل.

1 – التطور التاريخي للصحة النفسية: إن المتتبع لنشأة علم الصحة، يجد أن موضوعات هذا العلم قديمة قدم الإنسان، فالقرآن الكريم زاوج بين الصحة النفسية والصحة الجسمية، فقد خلق سيدنا آدم في صحة نفسية وجسمية كاملة، ووفر له شرطان في الأمن والطمأنينة فأكرمه وأسجد له الملائكة في قوله تعالى: "ولقد خلقنا الإنسان في أحسن تقويم" التين الآية 40.

وأشارت الدراسات في الحضارات القديمة إلى اهتمام الفراعنة والإغريق والصينيين القدماء بعلاج الاضطرابات العقلية وإعادة الصحة النفسية وكان العلاج على طريق الكهنة والسحرة، على أساس إن هذه الاضطرابات ناشئة على الأرواح وكانت مهمتهم طرد هذه الأرواح والشر.

*** عند الإغريق ظهر "هيبوقراط" (365 – 377 ق م):**

أرجع الأمراض العقلية إلى خلل في الدماغ، الذي هو مركز النشاط العقلي واهتم بتشخيص حالات لمنغوليا والهستيريا وقام بعلاجها بأسلوب علمي بعيدا على العلاج الخرافي.

*** أما "أفلاطون" (474 – 429 ق م):**

كانت آرائه تشاؤمية في الصحة النفسية واعتبر النفس محبوسة في البدن بشهواته، واعتقد أن الأمراض العقلية ناتجة على الشياطين مع هذا كانت له بعض الآراء الجيدة في الصحة النفسية، اعتبر المجنون غير مسؤول على أفعاله ولا يعاقب على جرائمه ودعي إلى عزل المجانين والعناية بهم.

*** أما في العصور الوسطى:**

ازدهر علم الصحة النفسية في البلاد الإسلامية عكس ما كان الوضع في أوروبا، فكانت العصور الوسطى مظلمة بالنسبة لهذا العلم، وهذا ما أكده "برنيو" (1972) بقوله: أنه لأكثر من ألف عام فقدت كتابات أرسطو بالنسبة للعلماء الأوربيين، بينما أنقذت هذه الأعمال بواسطة العرب، وهذا وقد اهتم المسلمون بموضوعات الصحة النفسية وعالجوها من خلال دراستهم لعلاقة الإنسان بربه، وبنفسه، وبالناس وهدفها تنمية

دوافع الهدى والسيطرة وتحقيق التوازن بين مطالب الجسد والروح. وقد برز في هذا المجال "ابن سينا" و"إسحاق بن عمران" و"علي بن الحزم".

*** أما في العصر الحديث:**

قد نشأ هذا العلم في أوربا سنة (1979) وينسب إلى "فارلي" لأنه من الأوائل في العصر الحديث الذين بحثوا في فرنسا إمكانية إعادة التكيف الاجتماعي للمجرمين والمجانين، وأشار تاريخ تطور الحياة الاجتماعية بفرنسا في أواخر القرن التاسع عشر إلى تأسيس عدد من الجمعيات التي تعمل لهذا الغرض.

وتوالت البحوث والدراسات الطبية والنفسية في الصحة النفسية والعلاج النفسي، تعددت المجالات العلمية والدورية التي تحوي آلاف البحوث والدراسات في الصحة النفسية والعلاج النفسي في الوقت الحاضر. (صوشي، 2017، الصفحات 38-39)

2 - مفهوم الصحة النفسية:

يمكن القول إن مفهوم الصحة النفسية قد نما وتطور مع تقدم علم الصحة النفسية، فبعد أن كانت الصحة النفسية تدل على معنى سلبي محدود وهو خلو الفرد من الاضطرابات النفسية، فقد تطورت إلى مفهوم إيجابي أكثر شمولا بحيث أصبحت ترتبط بقدرة الفرد على تحقيق التكيف مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه، وهذا بدوره يؤدي إلى حياة خالية من الأزمات والمرض النفسي، ثم بدأ يتسع مفهوم الصحة النفسية ليشمل قدرة الفرد على المحافظة على قدر من استقلاليته بأن يعيش القيم والمثل العليا التي يؤمن بها، أي أن يحقق رسالته في الحياة. (سهيل المطيري، 2005، صفحة 21)

تباينت تعريفات علماء النفس للصحة النفسية، فمنهم من يرى الصحة النفسية خلو الإنسان من الأمراض، ومنهم من يرى الصحة النفسية تحقيق التوازن، ومنهم من يراها تحقيق التوافق والتكيف، ومنهم من يراها تحصيل السعادة، وأخيرا هناك من يراها بتحقيق الذات. (بن عبد الله الأحمد، 1999، الصفحات 13-14)

الصحة النفسية هي "الشرط أو مجموع الشروط اللازم توافرها حتى يتم التكيف بين المرء نفسه وكذلك بينه وبين العالم الخارجي، تكيفا يؤدي إلى أقصى ما يمكن من الكفاية والسعادة لكل من الفرد والمجتمع الذي ينتمي إليه هذا الفرد." (القوصي، 1952، صفحة 7)

وتعرف "سرى إجلال محمد" الصحة النفسية بأنها "توافق الفرد توافقا سليما للحياة، والتعايش مع الآخرين، والشعور بالسعادة والراحة النفسية مع نفسه ومع الآخرين." (إجلال محمد، 2000، صفحة 27)

وأشار تعريف منظمة الصحة العالمية إلى أن الصحة النفسية هي "حالة من الراحة الجسمية والنفسية والاجتماعية وليست الخلو من الأمراض". (الداهري، 2010، صفحة 26)

وقد ذكر "الهابط" أن الصحة النفسية هي "التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية التي تطرأ على الإنسان، ثم الإحساس الإيجابي بالسعادة والرضا." (بن عبد الله الأحمد، 1999، صفحة 14)

في حين يرى "صلاح مخيمر" أن الصحة النفسية هي "اتسام الشخصية بالوحدة الكلية والاستمرارية، والفهم الواقعي لإمكانات الذات وحدودها، وخفض التوترات، والشعور باضطراد التقدم نحو أهداف المستقبل تحقيقا للذات، وتكيفا مع الحياة الاجتماعية، والحصول على تقدير الآخرين وحبهم." (أسعد خوج، 2010، صفحة 38)

التعريف الأكثر شمولا هو "قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه وهذا يؤدي إلى التمتع بحياة خالية من التأزم والاضطرابات مليئة بالتحمس، وهذا يعني أن يرضى الفرد عن نفسه وأن يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين، وأن يتوافق مع المجتمع ولا يسلك سلوكا اجتماعيا شاذا." (أسعد خوج، 2010، الصفحات 36-37)

3 - أهمية الصحة النفسية وأهدافها:

3 - 1 - أهمية الصحة النفسية:

3 - 1 - 1 - أهمية الصحة النفسية بالنسبة للفرد:

تظهر أهميتها في أنها تحقق توافق الفرد الصحيح والسليم في المجتمع، وتجعل حياته النفسية خالية من القلق والتوتر والصراع الدائم الذي قد يعيشه، مما يحقق لديه السعادة والرفاهية والطمأنينة، وفيما يلي نوجز هذه الأهمية باختصار:

- الفرد المتمتع بالصحة النفسية يستطيع أن يواجه مشكلات الحياة المختلفة الناتجة عن الدوافع المتعددة والمطلوب إشباعها فهو قادر على أن يختار مجموعة الدوافع التي تتناسب مع قدراته وإمكاناته أو البحث عن الحلول البديلة في إشباعه لهذه الدوافع.

- الصحة النفسية الجيدة تتيح للفرد النمو الاجتماعي السليم من إقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين وتحقيق التفاعل الاجتماعي بينه وبين أفراد جماعته وتحمله المسؤولية الاجتماعية ويصبح مقبولا اجتماعيا نظرا لتميزه بالثبات الانفعالي الذي يتيح له الهدوء والرزانة في تصرفاته مع بني جنسه، مما يجعله محبوبا بينهم.

وهذا في مختلف الأماكن والمناصب التي يتبوأها الفرد في حياته.

- تساعد الفرد على التركيز والاتزان الانفعالي، فالصحة النفسية السليمة تساعد الفرد على التعلم الجيد وتمتعه على التركيز والاتزان والهدوء النفسي وخلوه من الأمراض والاضطرابات النفسية والشخصية وهي لا تتوافر إلا للأشخاص الذين يتمتعون بصحة نفسية سليمة وجيدة ويكونون قادرين على التعلم الجيد واكتساب الخبرات، لأن الشخص المضطرب نفسيا وانفعاليا حتى ولو كان على درجة عالية من التعلم والذكاء تكون قدرته على التحصل تقل بسبب الاضطرابات النفسية المحيطة به وثَبَتَ ذلك من خلال الدراسات والأبحاث التي أُعدت على الطلاب ذوي الذكاء المرتفع ولكن يقل مستوى تحصيلهم بسبب اضطراباتهم النفسية.

- تساعد الفرد على الأمن والطمأنينة والهدوء النفسي، فإن الفرد المتمتع بصحة نفسية سليمة وجيدة يكون متزنا مطمئنا لا تسيطر عليه هموم الحياة ومشاكلها، ولا يتعرض للقلق والتوتر إذا لم يشبع دوافعه ورغباته والذي يجعله هادئا ومطمئنا وآمنا إلا بإيمانه بالله عَزَّ وَجَل ويتوكل على الله في كافة أموره ومشاكله.

- تدعم صحته البدنية ولأن هنالك علاقة تبادلية وثيقة بين الصحة النفسية والصحة البدنية لكثير من أعراض الأمراض الجسمية ترجع إلى أسباب نفسية، كما وأن هنالك بعض أعراض الأمراض النفسية ترجع إلى الاعتدال الجسمي فالاضطرابات الانفعالية لها تأثير واضح فسيولوجي على جسم الإنسان كضغط الدم، السكر، ارتفاع الضغط، قرحة المعدة، ومن هنا نرى بأن الصحة النفسية الجيدة والمتميزة بالاتزان الانفعالي والبعيدة عن الاضطرابات النفسية تؤدي إلى تدعيم الصحة البدنية للفرد.

- تساعد على نجاحه في عمله ومهنته لأن الشخص المتمتع بالصحة النفسية يسعى دائما إلى تحديد مستوى الطموح الذي يتناسب مع قدراته وإمكانياته واستعداداته، مما يجعله متوافقا تماما مع مهنته منجزا فيها، كما وأن الصحة النفسية الجيدة من أهم السمات المطلوب توافرها في الشخص الذي يعتلي الأعمال القيادية لكي يكون قائدا ناجحا.

- تؤدي إلى زيادة كفايته الإنتاجية لأنه دائما يسعى لتحقيق الذات عن طريق الإنجاز في العمل والنجاح فيه وزيادة قدرته الإبداعية مما يزيد من قدرته الإنتاجية، لأن الفرد المضطرب نفسيا سينعكس هذا الاضطراب على قدرته الإنتاجية بالسلب.

- الصحة النفسية تجعل الأفراد قادرين على التحكم بعواطفهم وانفعالاتهم مما يجعلهم يتصفون بسلوك السلوكات السوية ويبتعدون عن السلوكات الخاطئة.

- إن الهدف النهائي للصحة النفسية هو إيجاد أكبر عدد من الأفراد الأسوياء. (شهري، 2019، صفحة 107، 109)

3 – 1 – 2 – أهمية الصحة النفسية بالنسبة للمجتمع:

– الصحة النفسية تقلل من المنحرفين والخارجين على النظام المجتمع: إن الأفراد المتمتعون بالصحة النفسية في المجتمع يسلكون السلوك الذي يتوافق مع قيم وعادات وتقاليد المجتمع ولا يخرجون عن نظام المجتمع ومعاييره، مما يقلل من نسبة الانحراف والسلوكات العدوانية التي تهدد المجتمع وتسبب له الانهيار والتدهور.

الصحة النفسية تؤدي إلى زيادة التعاون بين أفراد المجتمع: إن المجتمع الذي يسود أفراده الصحة النفسية يكونون أقدر على التعاون والتماسك والتفاعل والتكافل والتألف لتحقيق أهداف هذا المجتمع ورقيه، كما أنه يقل فيه الصراع الطبقي وتبذل أقصى الجهود وتستخدم القدرات إلى أقصى حد ممكن لتحقيق رفاهيته وازدهاره. (غالي، 2014، صفحة 25)

– تعمل الصحة النفسية الجيدة إلى زيادة إنتاج المجتمع وكفايته لأن المجتمع الذي يتمتع أفراده بالصحة النفسية عادة ما ترتفع إنتاجيتهم كما وأن هذا الإنتاج يتميز بالجودة والإتقان، مما يؤدي إلى زيادة تسويته ويحقق زيادة في الدخل القومي ويؤدي إلى الرخاء.

– إن المجتمع الذي يتمتع أفراده بالصحة النفسية يكون أكثر تماسكا، لأن الأفراد المتمتعون بالصحة النفسية داخل المجتمع يتسمون بالتعاون وتكوين العلاقات الطيبة ويسمو لديهم الجانب الاجتماعي ويغلب على طباعهم، ويعملون بروح الفريق في التصدي للمخاطر والمشكلات التي تعترض مجتمعهم ولأن الاعتلال في الصحة النفسية لدى أفراد المجتمع يسهم في التفكك.

– إن المجتمع الذي يتمتع أفراده بالصحة النفسية الجيدة يسلكون السلوك الطيب الذي يتناسب مع قيم ومعايير المجتمع ومع عاداته وتقاليده. (شهري، 2019، صفحة 109)

3 – 2 – أهداف الصحة النفسية:

تهدف الصحة النفسية بصفة عامة إلى مساعدة الأفراد على التعديل والتغيير في سلوكياتهم وفقا للخبرات التي مرو بها، أي الخبرات السابقة وتمكنهم من تحقيق النجاح في مختلف المجالات ومجابهة الأزمات

والتحديات التي تعترضهم، ومساعدتهم على التكيف مع المواقف الجديدة ويمكن إجمال أهم أهداف الصحة النفسية حسب رأي "رحماوي" إلى:

- المحافظة على سلامة الفرد والجماعة من المرض.
- فهم العلاقة بين تجارب الحياة ونمو الشخصية.
- مكافحة الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات الخلقية لما لها من آراء مدمرة تهدد الإنسانية.
- انتشار مبادئ الصحة النفسية ونشر الوعي الصحي بصفة عامة، والوعي الصحي النفسي بصفة خاصة، حتى يساعد ذلك على الوقاية من الأمراض النفسية والانحرافات الخلقية. (صوشي، 2017، الصفحات 39-40)

4 – مظاهر ومؤشرات الصحة النفسية:

4 – 1 – مظاهر الصحة النفسية:

4 – 1 – 1 – التوافق: ودلائل ذلك التوافق الشخصي، والرضا عن النفس والاتزان الانفعالي، والتوافق المدرسي الاجتماعي، والزواجي، والأسري، والمهني. (يحياوي، 2018، صفحة 93)

4 – 1 – 2 – تحقيق الذات: ويتضمن فهم الذات، ومعرفة القدرات، وتقدير الذات وتقبلها، ووضع أهداف ومستويات تطلع وفلسفة حياة يمكن تحقيقها في ثقة. (إجلال محمد، 2000، صفحة 28)

4 – 1 – 3 – النجاح في العمل والشعور بالرضا: إن النجاح في العمل يساعد الفرد على تأكيد ذاته، ويجلب له السعادة والرضا والثقافة بالنفس، ويقوي الرابطة بينه وبين جماعة العمل التي ينتمي إليها، وهذه كلها من الأمور التي تدعم صحته النفسية، ومن العوامل الهامة التي تساعد الفرد على النجاح في عمله، أن يكون محبا لعمله، وأن يكون هذا العمل متفقا مع ميوله وقدراته، لأن وضع الفرد المناسب يؤدي إلى زيادة إنتاجه، ودقة عمله، وعدم شعوره بالتعب السريع، وتحمله المسؤولية، وهذا مما يدعم قدرته على التوافق السوي مع مجتمعه ويجلب له الشعور بالرضا والسعادة والنجاح. (نميش، 2021، صفحة 84)

4 – 1 – 4 – الإرادة القوية والأهداف الواضحة: لا يمكن لضعيف الإرادة أن يصمد أمام الإغراءات أو الشهوات، فهو معرض للسقوط تحت تأثير الرغبات، فالإرادة القوية هي التي تمكن صاحبها من المقاومة والسلوك الإرادي يختلف عن السلوك الاندفاعي، وذلك أن السلوك الإرادي تسبقه الروية والتفكير ولذا في معظمه

سلوكا سويا. أما السلوك الاندفاعي فهو سلوك أهوج يغلب عليه الخطأ كذلك فإن السلوك الإرادي يختلف عن السلوك اللاشعوري، في أن الأول سلوك سوي، والآخر سلوك مرضي شاذ وقوي الإرادة يستطيع تحديد أهدافه بثبات ووضوح، ويسعى لتحقيقها بخطى ثابتة وبوعي ثم إن الأهداف والآمال في حياتنا تعطي للحياة قيمة ومعنى، وتساعد على تكامل شخصية الفرد. (أسعد خوج، 2010، صفحة 59)

4 – 1 – 5 – ضبط النفس والتحكم في الذات: يعني مقدرة الفرد على ضبط أو كف أو قمع اندفاعاته ورغباته، والتحكم في مشاعره وانفعالاته وتصرفاته وكبح جماح أهوائه ونزعاته بإرادته الذاتية. (غالي، 2014، صفحة 20)

4 – 1 – 6 – تقبل الحقيقة بالنسبة للذات وللغير وللعالم المحيط: أي أن يتقبل الشخص نفسه على ما هي عليه وأن ينمي قدراته المتاحة أو يستغلها الاستغلال الأمثل، كما يتقبل الآخرين على ما هم عليه والتلاؤم معهم في حدود إمكانيتهم وطاقتهم، كذلك الحال بالنسبة للظروف والبيئة المحيطة. (عبد الله، 2008، صفحة 85)

4 – 1 – 7 – التكامل: ويقصد به التكامل النفسي الذي يكفله تكامل الشخصية وظيفيا وديناميا، وتكامل الدوافع النفسية. (إجلال محمد، 2000، صفحة 28)

4 – 1 – 8 – الثقة بالنفس والآخرين: إن انهيار الثقة بالنفس والآخرين، هو مظهر من مظاهر تردي الصحة النفسية، فمن أبرز مظاهر الصحة النفسية أن ينظر الفرد لنفسه بثقة، لا يتردد ولا يتشكك في كل شيء إلا بالقدر الذي تقتضيه طبيعة حب المعرفة على طريقة الفلاسفة العقليين . الشك هو بداية الطريق إلى اليقين ثم الثقة بالآخرين، ممن هم أهل لهذه الثقة وتدعيمها لتصبح تواصلا وجدانيا وتفاعلا اجتماعيا دائما. (أسعد خوج، 2010، صفحة 61)

4 – 1 – 9 – الحب التفاؤل والإقبال على الحياة: ويتمثل في النظر إلى الآخرين نظرة ملؤها الحب، هو انعكاس لصفاء السريرة، ولسلامة الشخصية وقد قال الشاعر "كن جميلا ترى الوجود جميلا" فالنظرة إلى الحياة بمنظار التفاؤل يجعلها جميلة أكثر، وصاحب هذه النظرة يقبل على الحياة بدفق وحماس وحيوية، وهذه سمة من سمات الشخصية السوية القيمة، وقيل في الأمثال "عين المحب عن كل عيب كليلة" فالمحب لا يرى سوى المحاسن والمباهج، والذي تملأ نفسه الكراهية ينظر إلى الكون بمنظار أسود بلون التشاؤم واليأس. (أسعد خوج، 2010، صفحة 60)

4 – 2 – مؤشرات الصحة النفسية:

للصحة النفسية علامات تنجم عليها، ومؤشرات تشير إليها، ودلالات تدل عليها، وتشير هذه العلامات إلى مظاهر سلوكية محددة، يتوافر كثير منها لدى الفرد الذي يحصل على درجة مرتفعة من الصحة النفسية ونورد هنا بعض العلامات كما ذكرها "جاسم محمد" (2004) وهي:

- النظرة الواقعية للحياة.
- تكيف مستوى طموح الفرد مع مستوى إمكاناته.
- الإحساس بإشباع الحاجات النفسية للفرد.
- توافر مجموعة من سمات الشخصية تعتبر كمؤشرات الصحة النفسية وهي:

أ . الاستقرار العاطفي Emotional stability

ب . اتساع الأفق Broard mindedness

ج . التفكير العلمي Scientific thinking

د . مفهوم الذات Self–cencept

ر . المسؤولية الاجتماعية Social responsibility

هـ . المرونة Flexsibility

و . توافر مجموعة من الاتجاهات الاجتماعية الإيجابية ومجموعة من القيم. (نميش، 2021، صفحة 87)

5 – مناهج الصحة النفسية:

5 – 1 – المنهج الإنشائي: ويتضمن زيادة السعادة والكفاية والتوافق لدى الأسوياء العادي حتى يتحقق الوصول بهم إلى أعلى مستوى من الصحة النفسية، ويتحقق ذلك عن طريق دراسة إمكانية وقدرات الأفراد والجماعات وتوجيهها التوجيه السليم. (بن عبد الله الأحمد، 1999، صفحة 38)

5 – 2 – المنهج الوقائي: ويتضمن الوقاية من الوقوع في المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية، ويهتم بالأسوياء والأصحاء قبل اهتمامه بالمرضى ليقيهم من أسباب الأمراض النفسية بتعريفهم بها وإزالتها أولا بأول، ويرعى نموهم النفسي السوي ويهيئ الظروف التي تحقق الصحة النفسية. وللمنهج الوقائي مستويات ثلاثة تبدأ بمحاولة منع حدوث المرض ثم محاولة تشخيصه في مرحلته الأولى بقدر الإمكان ثم محاولة تقليل أثر إعاقته وإزمان المرض. وتتركز الخطوط العريضة للمنهج الوقائي في الإجراءات الوقائية الحيوية الخاصة بالصحة العامة والنواحي التناسلية، والإجراءات الوقائية النفسية الخاصة بالنمو النفسي السوي ونمو المهارات الأساسية

والتوافق المهني والمساندة أثناء الفترات الحرجة والتنشئة الاجتماعية السليمة، والإجراءات الوقائية الاجتماعية الخاصة بالدراسات والبحوث العلمية، والتقييم والمتابعة، والتخطيط العلمي للإجراءات الوقائية. ويطلق البعض على المنهج الوقائي اسم "التحصين النفسي". (زهران، 2005، صفحة 12)

5 – 3 – المنهج العلاجي: يهدف علم الصحة النفسية إلى علاج حالات سوء التوافق واختلال النفسية، من خلال تقديم الرعاية الصحية والخدمة العلاجية لجميع المرضى، تحت إشراف فريق مختص من معالجين ومرشدين نفسيين. (سهيل المطيري، 2005، صفحة 49)

6 – خصائص الشخصية المتمتعة والمرضية بالصحة النفسية:

6 – 1 – خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية:

تتميز الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية بعدة خصائص تميزها عن الشخصية المريضة، وفيما يلي أهم هذه الخصائص:

التوافق: ودلائل ذلك: التوافق الشخصي ويتضمن الرضا عن النفس والتوافق الاجتماعي ويشمل التوافق الزواجي والتوافق الأسري والتوافق المدرسي والتوافق المهني.

الشعور بالسعادة مع النفس: ودلائل ذلك: الشعور بالسعادة والراحة النفسية لما للفرد من ماض نظيف وحاضر سعيد ومستقبل مشرق واستغلال والاستفادة من مسرات الحياة اليومية، وإشباع الدوافع والحاجات النفسية الأساسية، والشعور بالأمن والطمأنينة والثقة، ووجود اتجاه متسامح نحو الذات، واحترام النفس وتقبلها والثقة فيها، ونمو مفهوم موجب للذات، وتقدير الذات حق قدرها.

الشعور بالسعادة مع الآخرين: ودلائل ذلك: حب الآخرين والثقة فيهم واحترامهم وتقبلهم، والاعتقاد في ثقتهم المتبادلة، ووجود اتجاه متسامح نحو الآخرين "التكامل الاجتماعي"، والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية سليمة ودائمة "الصداقات الاجتماعية"، والانتماء للجماعة والقيام بالدور الاجتماعي المناسب والتفاعل الاجتماعي السليم، والقدرة على التضحية وخدمة الآخرين، والاستقلال الاجتماعي، والسعادة الأسرية، والتعاون وتحمل المسئولية الاجتماعية.

تحقيق الذات واستغلال القدرات: ودلائل ذلك: فهم النفس والتقييم الواقعي الموضوعي للقدرات والإمكانات والطاقات، وتقبل نواحي القصور وتقبل الحقائق المتعلقة بالقدرات موضوعيا، وتقبل مبدأ الفروق الفردية واحترام الفروق بين الأفراد، وتقدير الذات حق قدرها، واستغلال القدرات والطاقات والإمكانات إلى أقصى حد ممكن،

ووضع أهداف ومستويات طموح وفلسفة حياة يمكن تحقيقها، وإمكان التفكير والتقرير الذاتي، وتنوع النشاط وشموله، وبذل الجهد في العمل، والشعور بالنجاح فيه والرضا عنه، والكفاية والإنتاج.

القدرة على مواجهة مطالب الحياة: ودلائل ذلك: النظرة السليمة الموضوعية للحياة ومطالبها ومشكلاتها اليومية، والعيش في الحاضر والواقع والبصيرة والمرونة والإيجابية في مواجهة الواقع، والقدرة على مواجهة إحباطات الحياة اليومية، وبذل الجهود الإيجابية من أجل التغلب على مشكلات الحياة وحلها، والقدرة على مواجهة معظم المواقف التي يقابلها، وتقدير وتحمل المسئوليات الاجتماعية، وتحمل مسئولية السلوك الشخصي، والسيطرة على الظروف البيئية كلما أمكن والتوافق معها، والترحيب بالخبرات والأفكار الجديدة.

التكامل النفسي: ودلائل ذلك: الأداء الوظيفي الكامل المتكامل المتناسق للشخصية ككل (جسميا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا)، والتمتع بالصحة ومظاهر النمو العادي.

السلوك العادي: ودلائل ذلك: السلوك السوي العادي المعتدل المألوف الغالب على حياة غالبية الناس العاديين، والعمل على تحسين مستوى التوافق النفسي، والقدرة على التحكم في الذات وضبط النفس.

حسن الخلق: ودلائل ذلك: الأدب والالتزام وطلب الحلال واجتناب الحرام وبشاشة الوجه وبذل المعروف وكف الأذى وإرضاء الناس في السراء والضراء ولين القول وحب الخير للناس والكرم وحسن الجوار وقول الحق وبر الوالدين، والحياء والصلاح والصدق والبر والوقار والصبر والشكر والرضا والحلم والعفة والشفقة.

العيش في سلامة وسلام: ودلائل ذلك: التمتع بالصحة النفسية والصحة الجسمية والصحة الاجتماعية، والأمن النفسي والسلم الداخلي والخارجي، والإقبال على الحياة بوجه عام والتمتع بها، والتخطيط للمستقبل بثقة وأمل. (زهران، 2005، صفحة 12،14)

6 – 2 – خصائص الشخصية المرضية بالصحة النفسية:

إن اختلال الصحة النفسية بمفهومها العام هي حالة دائمة أو مؤقتة تبدو في عجز الفرد واخفاقه في حل مشكلاته اليومية على ما ينتظره الغير منه، أو ما ينتظره هو من نفسه ويبدو من هذا التحديد لاختلال الصحة النفسية أنها ذات مجالات مختلفة. فهناك سوء التوافق الاجتماعي ويتمثل في عجز الفرد عن مجاراة قوانين الجماعة ومعاييرها، أو عجزه عن عقد صلات اجتماعية راضية مع من يعاملهم من الناس ومع والديه وإخوانه وزملاءه، وزوجته، وأطفاله وكذا رؤساءه.

وسوء التوافق الشخصي يبدو في عدم رضا الفرد عن نفسه أو استصغاره إياها أو احتقاره لها أو عدم الثقة فيها أو كرهها وإدانتها.

أما "الهابط" يعرفها على أنها عجز الفرد عن إشباع دوافعه أو حاجاته بطريقة ترضيه وترضي الآخرين، والفرد الذي يعجز عن إشباع حاجاته، يصيبه الشعور بالإحباط والفشل الذي يسبب له القلق والتوتر.

ويُعَرَف اختلال الصحة النفسية على أنها استجابة لا سوية، تصدر عن شخص تعرض لموقف تتمثل فيه ظروف ضاغطة، واختلال الصحة النفسية الحاد تستمر اضطراباته المصاحبة حوالي ستة أشهر، أما اضطرابات الصحة النفسية المزمنة فتستمر فترة طويلة.

كما يظهر اختلال الصحة النفسية بمظاهر عديدة ومختلفة ومنها ما تكون على شكل انحراف خفيف، أو مشكلة سلوكية، أو أمراض نفسية ومن بين مظاهر اختلال الصحة النفسية نجد خاصة: الانطواء، الوحدة، فقدان الثقة بالنفس، عدم الشعور بالراحة والأمن، الحزن، الإحساس بالعجز أمام أي شيء، فقدان الأمل، الإحساس باليأس. (شهري، 2019، الصفحات 144-145)

7 - العوامل المؤثرة على الصحة النفسية:

7 - 1 - الأسرة: تعد الأسرة البيئة الأولية للطفل وأكثرها تأثيرا عليه في المستقبل، إذ اتفق العلماء على أن السنوات الخمسة الأولى من حياة الطفل هي الأساس المكون لشخصيته واتجاهاته وأنماطه السلوكية والتي ستستمر معه في مراحله العمرية المتقدمة، فالتنشئة الأسرية السوية تخرج أطفالا وأفرادا أسوياء وسليمين متوافقين مع أنفسهم ومع من حولهم، أما التنشئة الأسرية غير السليمة قد ينتج عنها أفراد غير اسوياء، ويعانون من بعض السلوكيات غير التوافقية، نتيجة لاكتساب بعض القواعد والأنماط غير المرغوب فيها من الأسرة، كالأنانية المفرطة، وعدم تحمل المسؤولية، وغيرها.

7 - 2 - المدرسة: تعد المدرسة الهيئة أو المؤسسة التعليمية الرسمية التي ينتقل إليها الطفل في عمر محدد، ويذهب الطفل إلى المدرسة وهو مزود بالقيم والمعايير والاتجاهات النفسية والاجتماعية الأساسية، إذ تعمل المدرسة على توسيع دائرة ما اكتسبه الطفل في المنزل بطريقة منظمة ومدروسة، وفي المدرسة يتفاعل الطفل مع أصدقائه و معلميه في البيئة الصفية التي تؤثر بدورها سلبا أو إيجابا على الصحة النفسية له، فالبيئة المدرسية التي تتسم بالانضباط والنظام مع الحرية والديمقراطية تنشئ فردا مدعما بالصحة النفسية السليمة أكثر من الفرد الذي ينشأ في بيئة مدرسية تتسم بالفوضى وعدم الانضباط والاحترام. (بن صاري و بن عاشور ، 2022، الصفحات 33-34)

8 – معايير الصحة النفسية

8 – 1 – المعيار الذاتي: هو السلوك السوي الذي يحقق للفرد الشعور بالارتياح والتخفيف من توتراته، ويحرره من صراعه وقلقه، ويشعره بالكفاءة والجدية، ويمكنه من تحقيق أهدافه وإشباع حاجاته، ويساعده على التوافق الجيد مع نفسه ومع الآخرين، ويوصله إلى التكامل بين جوانب شخصيته، واتساق بين مشاعره وأفكاره، وبين أقواله وأفعاله، ويمتاز المعيار الذاتي بسهولة تطبيقه وشيوعه بين أفراد المجتمع، فكل فرد يصف سلوكه في ضوء إطاره المرجعي. (إجلال محمد، 2000، صفحة 32)

8 – 2 – المعيار المثالي: يقصد بالمعيار المثالي حالة من الكمال، أو مجموعة من الشروط الواجبة المستقلة عن الواقع والزمان، يعتبر الوصول إليها والسعي نحو تحقيقها أمرا جديرا بالطموح. (يحياوي، 2018، صفحة 92)

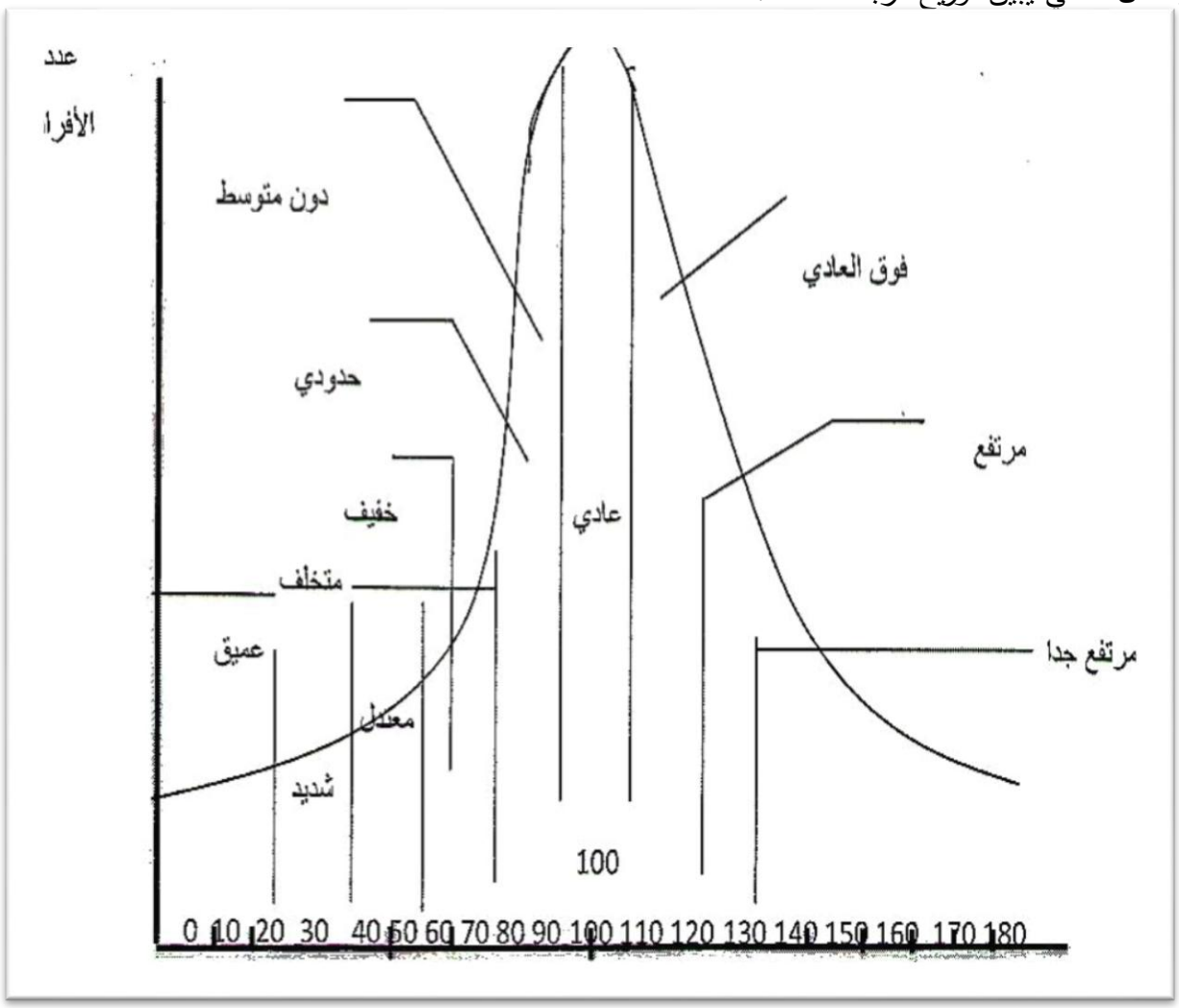
8 – 3 – المعيار الاجتماعي: يرى المعنيون بالنواحي الاجتماعية، إعطاء المكانة الأولى للأسس الاجتماعية في بحث الطبيعة الإنسانية، ويشيرون في هذا الصدد إلى أن المجتمع يضم مجموعة من العادات والتقاليد والأفكار التي تسود سلوك الأفراد الذين يتألف منهم، فإذا ما خرج الأفراد عن هذه المعايير التي تسود مجتمعهم اعتبر سلوكهم شاذا.

حيث يحتكم المحك الاجتماعي إلى معايير المجتمع وقيمه في الحكم على السلوك بالسواء أو الانحراف، ويعتبره ما يقبله المجتمع ويرضى عنه سلوك سوي، وما يرفضه سلوك منحرف. (أعمر ستي، 2023، صفحة 48)

8 – 4 – المعيار الإحصائي: يرى أن الشخص السوي (normal) هو من لا ينحرف كثيرا عن المتوسط، يمكن القول أن السوي هو المتوسط الذي يمثل الشطر الأكبر من الناس وفق المنحنى الاعتدالي، فقد يعد الشخص غير العادي هو من يشذ أو ينحرف المتوسط بمقدار وحدتين انحرافيتين معياريتين أو أكثر(سلبا أو إيجابا) في خاصية ما، فالمتفوقين عقليا والمتخلفين عقليا غير عاديين من حيث الذكاء، وكذلك العمالقة والأقزام من حيث الطول، ووفقا للأسلوب الإحصائي يفترض أن الخصائص تتوزع على البشر توزيعا اعتداليا أي أن (68.26 %) من الناس متوسطون أو عاديون في أي صفة، فيما ينحرف بقدر ونسب مئوية متساوية بقية الأفراد في السلب والإيجاب بالزيادة والنقصان في هذه الصفة أي أن ما نسبته (2.14%) شواذ وغير عاديين (المتفوقين/ المختلفين). من مميزات هذا المحك: أنه يراعي ما بين ضروب الانحراف من تدرج يتميز بين الحالات الخفيفة والمتوسطة العنيفة من سوء التوافق، لكن يبدو غريبا حين يكون بصدد سمات الذكاء أو المجال أو الصحة. كل هذه تعد من الشواذ إذا انحرفت عن المتوسط الحسابي، وهذا المحك لا يكون صالحا في التحدث عن المظاهر أو الخصائص العقلية والاجتماعية بل يكون مضللا. قد يكون شائعا بين الناس في

المجتمع لكنه يعد مؤشرا غير صحيحا على الصحة النفسية السليمة. فهو يشمل على نواحي الانحراف السلبية أو الإيجابية فكلاهما غير عادي (ضعف الأنا، الشعور بالنقص، الدونية، الانطواء) فكلاهما انحرافات سلبية دالة على سوء التوافق أما الانحرافات الإيجابية، مثل التفوق العقلي، الإبداع، الثقة بالنفس ...، دالة على صحة نفسية سليمة. (شهري، 2019، صفحة 114)

والشكل التالي يبين توزيع درجات الذكاء



والشكل التالي يبين التوزيع الاعتدالي للذكاء

الشكل رقم (01): يمثل رسم تخطيطي لمنحنى التوزيع الاعتدالي فيما يتعلق بالذكاء. المصدر: شهري، 2019: ص115.

8 – 5 – المعيار الإكلينيكي:

قد يتحدد مفهوم السواء أو الصحة في ضوء المعايير الإكلينيكية لتشخيص الأعراض المرضية، فالسواء أو الصحة تتحدان على أساس غياب الأعراض والخلو من مظاهر المرض، أما اللاسوية فتتحدد بوجود أعراض المرض أو الاضطراب.

فالخلو العام من الأمراض مفهوم سلبي للصحة أو السواء، كما أنه مفهوم ضيق ومضلل، فمن الصعب غالبا أن نفصل هذا المفهوم عن التضمين الإيجابي للسواء لأنه لا يكفي أن يخلو الشخص من الأعراض المرضية لنعتبره سويا.

وإنما ينبغي أيضا أن تلقى أهدافه وطاقاته وخبراته توظيفا فعالا في مواقف الحياة المختلفة فيحقق ذاته على نحو بناء. (أسعد خوج، 2010، صفحة 74)

9 – النظريات المفسرة للصحة النفسية

9 – 1 – مدرسة التحليل النفسي: ترتكز هذه النظرية على الخبرات الأولى في مرحلة الطفولة حيث يرى "فرويد" أن العناصر الأساسية التي يتكون منها البناء النظري للتحليل النفسي وهي نظرية المقاومة والكبت واللاشعور، وتقوم هذه النظرية على بعض الأسس التي تعد بمثابة مسلمات في تفسير السلوك منها الحتمية النفسية والطاقة الجنسية والثبات والاتزان ومبدأ اللذة ويتحقق هذا التوازن بين الهو والأنا الأعلى، ويضطرب عندما لا تتمكن الأنا بين الموازنة بين الهو الغريزية والأنا العليا المثالية، ويرى "فرويد" أن عودة الخبرات المكبوتة تأثر تأثيرا رئيسيا في تكوين الأمراض العصابية، و الفرد الذي يتمتع بصحة نفسية هو من يستطيع اتساع المتطلبات الضرورية للهو بوسائل مقبولة اجتماعيا.

فالصحة النفسية وفقا للتحليل النفسي ليس امتثالا سلبيا لواقع جامد بل هو تفاعل دينامي بين هذه المكونات جميعها، والصحة النفسية حسب "فرويد" هي قدرة الفرد على الحب فالإنسان السليم نفسيا هو الإنسان الذي تمتلك الأنا لديه قدراتها الكاملة على التنظيم والإنجاز ويمتلك مدخلا لجمع أجزاء الهو ويستطيع ممارسة تأثيره عليه، ولا يوجد هناك عداء طبيعي بين الأنا والهو فهما ينتميان إلى بعضهما البعض ولا يمكن فصلهما عن بعضهما في حالة الصحة النفسية. (رملي، 2019، الصفحات 27-28)

9 – 2 – المدرسة السلوكية: ترى النظرية السلوكية بأن الإنسان عبارة عن تنظيم العادات التي اكتسبها ولهذا "فرويد" هذه النظرية يعتبرون العوامل البيئية التي تؤثر في الإنسان ويتعرض لها خلال فترة النمو هي الأساس

في عملية تشكيل سلوكه، وأن ما يصيب الإنسان من اضطراب انفعالي يكون نتيجة عدم قدرة الفرد على استيعاب المواقف الجديدة في حياته. الأمر الذي يترتب عليه وجود حالة من التوتر والاضطراب وعدم الاتزان. أي أن فشل الفرد في التعلم أو اكتساب سلوك جديد مناسب وعدم ملائمة المواقف التعليمية للإنسان يؤدي إلى عدم شعور الفرد بالراحة والاطمئنان والرضا. بالإضافة إلى عدم قدرة الفرد على مواجهة مواقف جديدة في حياته تتطلب منه الحسم واتخاذ القرار لأنه لم يزود أو لم يتعلم التعلم الذي يمكنه من مواجهة مثل هذه المواقف الصعبة أو الصراع الذي ينشأ في حياته نتيجة تضارب أشياء لا يعرف كيف يضع ليا حلا.

ولعلى هذا يلقي الضوء على مفهوم الصحة النفسية السليمة من وجهة نظر المدرسة السلوكية حيث يمكن القول بأن الصحة النفسية السليمة كما يراها أصحاب هذه النظرية تتمثل في اكتساب الفرد لعادات مناسبة ومرضية تمكنه من مواجهة المواقف الصعبة وحسم الصراع، واتخاذ القرار المناسب الذي يمكنه من حسن التعامل مع الآخرين بما يحقق لو حياة مطمئنة في المجتمع الذي يعيش فيه وينتمي إليه.

فالنظرية السلوكية تعتبر التعلم هو المحور الرئيسي وأن السلوك المرضي يمكن اكتسابه كما يمكن التخلص منه، فالعملية الرئيسية هي عملية تعلم تكون الارتباطات بين مثيرات واستجابات، من هذا فإن الصحة النفسية تمثل اكتساب عادات مناسبة وفعالة تساعده على التعاون مع الآخرين في مواجهة التي تحتاج إلى اتخاذ القرارات، فإذا اكتسب الفرد عادات تتناسب مع ثقافة مجتمعه النفسية هو محك اجتماعي ومن مؤيدي هذا المنهج (سكنر، Skinner) الذي يقول إن سوء الصحة النفسية يعود لأخطاء في التعلم الشرطي. (أعمر ستي، 2023، الصفحات 39-40)

9 - 3 - المدرسة الإنسانية: يرى أصحاب هذا المذهب أن الإنسان في نشاط مستمر وهادف أي أن ما يدفعه إلى النشاط رغبته في تحقيق أهداف معينة، وقد ظهرت عدة مصطلحات جديدة تعبر عن هذه الأهداف مثل: تحقيق الذات . الوجود . التلقائية . النمو . الابتكار... وغيرها، وكلها تحمل معنى التطور وتحقيق الإمكانات التي زود بها الإنسان، وعليه يقوم هذا المنحى على أسس تختلف عن تلك التي تقوم عليها النظريات التقليدية، ويقدم نظرة متفائلة عن الإنسان وحياته ومستقبله، ويرى أن الإنسان كائن حي خير بطبيعته، فالفرد في نظرهم الحر يختار من الحياة الأسلوب الذي يتناسب معه والذي ينفرد به من غيره، وهو في سعي دائم المعرفة معنى حياته ومعنى وجوده، وقد يكون هذا المعنى في صورة هدف يسعى إليه أو قيم يلتزم بها. حيث بها دور كبير وتحتل مرتبة أساسية في التنظيم الدافعي له والفرد لن يشعر بمعنى الحياة إذا لم يكن قادرا على تحقيق أهدافه أو حرا في اختيار القيم التي تناسب معه والتي يلتزم بها فيما بعد، لذلك الصحة النفسية لدى أصحاب هذا

المنحى تعني الحالة النفسية لمن استطاع أن يصل في حياته إلى مستوى متكامل من الإنسانية، حيث هناك عدد من المؤشرات والدلائل التي تحدد معنى الإنسانية الكاملة منها: حرية الفرد، القدرة على التعاطف مع الآخرين، حبه لهم، الالتزام بالقيم العليا كالحق، الخير، الجمال وكل هذا يعد تعبيرا عن الصحة السليمة. (غالي، 2014، صفحة 29)

9 – 4 – المدرسة المعرفية: ترى هذه النظرية أن التوافق يعتمد على الطريقة التي يفسر فيها الأفراد الحوادث في البيئة وكيف يقيمون هذه الحوادث، وان الذي لديه توافق هو الفرد الذي يفسر الخبرات المهددة بطريقة تمكنه من المحافظة على صحته النفسية من خلال استخدام المهارات المناسبة في حل المشكلات، أما الذي لا يتمتع بصحة نفسية يشعر بالعجز من الاستجابة بفعالية لمطالب البيئة (الأحداث) ويستخدم استراتيجيات غير مناسبة في مواجهة الضغوط النفسية التي تواجهه.

يرى "بيك" أن الفرد يستجيب للخبرات بشكل محرف غير واقعي فإذا كانت استجابتنا وفقا لتعريفات لا للواقع الحقيقي، إذن الانفعال سيأتي تبعا للوهم والتحريف وليس تبعا للحقيقة.

كما يرجع سبب الاكتئاب إلى أسلوب الفرد في التفكير، فالفرد المكتئب هو شخص متشائم يعاني من تحيز إدراكي نحو الأبعاد السلبية في الخبرات، وإن التفكير الاكتئابي هو نتاج الخلل في البيئة المعرفية وهذا الخلل يعبر عن ذاته في التعامل مع الأحداث المختلفة مثل الفشل، فقدان عزيز...إلخ.

ويؤكد "بيك" في الأسلوب العلاجي على الفرد نفسه أو على المتعالج من خلال التقريرات التي يعبر فيها الفرد عن الأحداث، فالفرد الذي يلصق بالحدث معنى غير واقعي تتوقع أنه يعاني استجابة انفعالية غير ملائمة للحقيقة، وهكذا يجعل "بيك" من الاضطرابات وعلاجها أكثر اتصالا بخبرات الحياة اليومية للمريض وبهذه الحالة سيطمئن المريض أن الاضطراب الذي يعانيه لا يعدو كونه ضرب من ضروب سوء الفهم للمواقف القابلة للتصحيح، فالإنسان ليس رهينة للتفاعلات الكيماوية أو نزوات عمياء وإنما هو كائن عرضه للتعلم الخاطئ والأفكار الخاطئة ولديه القدرة على تصحيحها.

ويؤكد "كيلي" على الطريقة أو الكيفية التي يستجيب بها الفرد إلى المواقف والأحداث حيث يرى "كيلي" أن الإنسان عالم بالفطرة حيث يقوم بملاحظة الأحداث وصياغة الفروض حول ما يلاحظه، محاولة منه للوصول إلى التوافق وتحقيق الصحة النفسية، وهو قادر على التنبؤ والسيطرة على الأحداث في حياته وقادرون على العمل بأسلوب عقلاني.

من جهة أخرى يرى "كيلي" أن الأفراد يكونون معارف عديدة خلال التعامل مع المواقف والأحداث والأشخاص ونريد من معارفنا وخبراتنا من خلال التفاعل مع أفراد وأحداث جديدة، كما أن المعارف الحالية

تحتاج إلى التعديل والتحسين لأن الأحداث والأشخاص يتغيرون مع الزمن، لذلك يجب أن تتوفر معارف بديلة دائما وأن الفرد يشعر بالتوتر حينما يكون نظامه لا يفسر كافة لبيانات المتوفرة. (شهري، 2019، الصفحات 137-138)

10 - نسبية الصحة النفسية

ورد في بعض التعريفات الجامعة للصحة النفسية التي ذكرها "حامد زهران" و"عبد الخالق" أن الصحة النفسية "حالة دائمة نسبيا" ويعني ذلك أن الصحة النفسية ليست حالة إحصائية ثابتة، إما أن تتحقق أو لا تتحقق، بل إنها حالة "ديناميكية" متحركة، نشطة ونسبية تتغير من فرد إلى فرد كما تتباين صفات عديدة كالطول والذكاء، كما يمكن أن تتغير من وقت للآخر لدى الفرد الواحد وإن كان ذلك في حدود ضعيفة.

"ومع ذلك تجب الإشارة إلى ذوي الدرجة المرتفعة من الصحة النفسية لديهم درجة مرتفعة من الثبات النفسي، على حين يتسم ذوي الدرجة المنخفضة من الصحة النفسية بالتغير والتذبذب والتقلب من وقت إلى آخر"

ونسبية الصحة النفسية ترجع إلى اختلاف المعايير بين المجتمعات بل وحتى تتغير بتغير مراحل النمو عند الفرد، وكذلك الزمان والمكان، ولذا تجب الروية ويتعين الجذر عند إصدار الأحكام على الأنماط السلوك الدالة على التوافق أو سوء التوافق أي التي تشير إلى الصحة النفسية أو إلى الشذوذ النفسي، إذ يتعين أن تراعي مثل هذه الأحكام فتختلف المتغيرات التي تؤثر في الصحة النفسية والتي تعد إلى حد كبير نسبيا. (بن عبد الله الأحمد، 1999، الصفحات 37-38)

خلاصة الفصل:

تعتبر الصحة النفسية حالة جيدة للعقل والروح والعواطف، تمكن الفرد من التعامل بفعالية مع التحديات والضغوط اليومية، حيث تعتمد الصحة النفسية على عدة عوامل مثل: التوازن النفسي، القدرة على تحمل المشاكل والتحكم في العواطف والقدرة على التفاعل بشكل صحيح مع الآخرين.

الفصل الرابع: الحمل والولادة

تمهيد

1 – الحمل

1 – 1 – مفهوم الحمل

1 – 2 – أنواع الحمل

1 – 3 – أعراض الحمل

2 – الولادة

2 – 1 – مفهوم الولادة

2 – 2 – أنواع الولادة

2 – 3 – أعراض الولادة

2 – 4 – أسباب الوفيات لدى النساء الحوامل

2 – 5 – مراحل الولادة الطبيعية

2 – 6 – الاضطرابات النفسية المصاحبة للولادة

2 – 7 – العوامل المتحكمة في الولادة

خلاصة الفصل

تمهيد:

إن الحمل فترة رائعة ومدهشة في حياة المرأة، وتعتبر الولادة أحد أجمل اللحظات التي تجربها المرأة عندما ترحب بمولودها الجديد، حيث خلال فترة الحمل يحدث العديد من التغيرات في جسم المرأة، تزداد الهرمونات ويتكون الجنين في رحمها، وبعد تسعة أشهر تقريبا تحدث عملية الولادة حيث يخرج الجنين من رحم الأم.

1 – الحمل

1 – 1 – مفهوم الحمل:

الحمل ظاهرة فيزيولوجية طبيعية تمر بها المرأة بفترات من التغيرات النفسية والجسمية منذ لحظة الإخصاب حتى الميلاد، وتفيد الإحصائيات أن فترة الحمل تقريبا 280 يوما، وأن أغلب الولادات تتم ما بين 40 إلى 42 أسبوع من مدة انقطاع الطمث. (نعام و طالبي، 2020، صفحة 28)

الحمل ليس فقط تطور بيولوجي لكنه حالة نفسية وانفعالية تدوم 09 أشهر حيث تصبح المرأة تتخبط في تناقض المشاعر بين سعادة تفوق كل سعادة أخرى، وقلق وخوف من الولادة وما يليها من إرهاق وتوتر جسدي. (سكران و بوشقيف، 2018، صفحة 31)

وأورد "العثماني" (2008) أن الحمل هو "عملية فيزيولوجية طبيعية بالنسبة لأغلب النساء، والنتيجة الطبيعية لهذه العملية تكون ولادة طبيعية مع مولود سليم، وأن فترة الحمل بما فيها من تغيرات فيزيولوجية وجسدية ونفسية تطرأ على المرأة الحامل، وبما تحمله من ضغوط مستمرة، ومشاكل جسدية توجب عليها التأقلم مع الواقع الجديد، تشكل مرحلة خطرة في حياتها ويجب التنبه لها جيدا من قبل المحيطين بها وخاصة الزوج". (خيضر عيسى جبران، 2014، الصفحات 20-21)

يتضح لنا من خلال هذه التعاريف أن الحمل هو الفترة الزمنية التي تمر بها المرأة وتعتبر مرحلة هامة جدا لكل امرأة، ويتميز بمظاهر نفسية وجسمية ويتكون من التغيرات الناجمة عن الحمل والمراحل التي تمر عليها. (إيلول، 2012، صفحة 22)

1 – 2 – أنواع الحمل:

1 – 2 – 1 – الحمل العادي: هو الذي تنمو فيه البويضة الملقحة داخل الرحم. (سكران و بوشقيف، 2018، صفحة 38)

1 – 2 – 2 – الحمل غير العادي: ويعرفه "لاورس" على أنه هو الذي تنمو فيه البويضة الملقحة خارج الرحم وغالبا في قنوات البويضة، وهذا ما يسبب حوادث خطيرة وخاصة النزيف الداخلي. وهناك من قسمه إلى قسمين:

أولا: الحمل العادي: وفيه يكون لازما على الحامل أن يكشف عليها بواسطة الفحوصات من طرف طبيب مختص.

ثانيا: الحمل المهدد: أكثر خطورة ويلزم فيه ضرورة انتقال الحامل إلى المستشفى نظرا لعسره وتهديده وهكذا تكون تحت الرقابة والعناية. (علي، 2022، الصفحات 28-29)

1 – 2 – 3 – الحمل العنقودي: يعتبر أحد مضاعفات الحمل الخطيرة ولكنها قليلة الحدوث. "إن هذه الحالة من أنواع الحمل غريبة، والذي يحصل هو أن المشيمة تنمو لوحدها دون الجنين (في أغلب الحالات)، أشبه ما يكون بحالة البويضة المعطوبة، فتنتفخ تدريجيا ويتشكل أشبه ما يكون بعنقود العنب الذي يملأ التجويف الرحمي". "إن حالة الحمل العنقودي من مضاعفات الحمل وتظهر فيها كل أعراض الحمل عادة بشكل أقوى وأبرو كثيرا، يشك في وجودها عادة من مطلع إلى منتصف الشهر الرابع من الحمل عندما يلاحظ أن الرحم أعلى بكثير مما يفترض أن يكون عليه، بالإضافة إلى ذلك ينزل بعض الدم على فترات متقطعة نتيجة التسارع الشديد في كبر حجم الرحم". (غفاري، 2013، الصفحات 31-32)

1 – 2 – 4 – الحمل الغزالي: قبل الشهر الثالث من الحمل ربما ينزل بعض الدم من جدار الرحم وقد سمي الحمل المصاحب لدورات شهرية في الشهور الأولى بالحمل الغزالي مثل الغزال، فهو حيوان ينزل منه دم وهو حامل، أما بعد الشهر الثالث فإن الحمل يملأ تجويف الرحم ويترك مكانا لبطانة الرحم الداخلية إلى أن تصبح دما كالحيض. (سكران و بوشقيف، 2018، صفحة 38)

1 – 2 – 5 – الحمل اللاجيني: (البويضة الفاسدة): هو تواجد كيس حمل فارغ داخل الرحم بدون وجود جنين، يتوقف الجنين عن النمو في مرحلة مبكرة جدا، بحيث لا يتمكن حتى من رؤيته، وتكون معظم أسباب

هذه الحالة هو خلل التكوين وتتكرر هذه الحالة عند السيدات فوق سن الأربعين لنفس السبب، ولدى السيدات اللواتي يعانين من تكييس المبيض، وعند اللواتي لديهن أمراض خلل المناعة، ومعنى ذلك أن جسم الحامل لا يتقبل الجنين داخل الرحم، ويتم رفضه عن طريق تكوين بعض الأجسام المضادة التي تؤدي إلى وفاة الجنين أو إجهاضه. (غفاري، 2013، صفحة 33)

1 – 2 – 6 – حمل التوأم: التوأم نوعان: نوع ينتج عن تلقيح بويضتين مختلفتين في الدورة الشهرية نفسها، وينتج عنها طفلان مختلفان في الجينات الوراثية، وقد يكونان من الجنس ذاته، أو من جنسين مختلفين، أما النوع الثاني فهو ينتج عن تلقيح بويضة واحدة ثم تنقسم إلى قسمين لتكوين طفلين، وهذان الطفلين يكونان إما ولدين أو بنتين ويحملان الصفات الوراثية نفسها. (سكران و بوشقيف، 2018، صفحة 39)

1 – 2 – 7 – الحمل الكاذب: "هو حمل لا وجود له وإنما هو حمل الإحساس الصادق عند المريضة التي تحس بجميع أعراض الحمل نتيجة رغبة جامحة وشوق ولهفة للحمل وفي هذه الحالة تجد السيدة نفسها تعاني من انقطاع الطمث، مثلما يحدث في الحمل الطبيعي، والسبب في ذلك يعود إلى التأثير المباشر للغدة النخامية على إفرازات هرمونات المبيضين مما يؤدي إلى انقطاع الحيض، أما باقي أعراض الحمل مثل القيء والإغماء والمغص فنجدها أيضا عند هذه السيدة إضافة إلى الإحساس بحركة الجنين...

حالة الحمل الكاذب تحدث للسيدات اللواتي يكون تركيبهن العصبي والنفسي غير طبيعي بحيث يكون لديها ميل بأن تكون مريضة عصبيا ونفسيا. وعند من كن يحاولن الحمل لسنوات عديدة، واللاتي تعانين من مشكلة الخصوبة، لمن ليس لهن استقرار عاطفي، اللاتي يتعرضن للإجهاض أو فقدان طفلهن. (غفاري، 2013، صفحة 35)

1 – 3 – أعراض الحمل:

نجد مجموعة من العلامات الدالة على وقوع الحمل أهمها:

- انقطاع الطمث أو الدورة الشهرية حتى الولادة.
- الشعور بالغثيان وحدوث القيء في الفترة الصباحية وهذا خلال الشهر الأول إلى غاية الشهر الثالث.
- كثرة التبول، ولكن بكميات قليلة وكذلك بسبب ضغط الرحم على المثانة.
- ازدياد الوزن، وتضخم الثدي.
- الوحم: أي اشتهاء بعض المأكولات في غير مواعيدها.

- أما الفحص البيولوجي فإنه يعمل على تأكيد الحمل عن طريق فحص بول الحامل، حيث بعد 10 أيام أو أكثر من انقطاع الطمث.
- يظهر في بول المرأة مواد كيميائية معينة وهرمون المشيمة أي هرمون الحمل، وإذا تعذر ذلك يمكننا فحص الدم لها لإثبات صحة الحمل أو عدمه. (إيلول، 2012، الصفحات 22-23)

2 - الولادة

2 - 1 - مفهوم الولادة:

إن بداية المخاض الذي يؤدي إلى الولادة تكون نتيجة عوامل متنوعة تتضمن إشارات هرمونية من الجنين، وإشارات ضاغطة من المشيمة المنتفخة، هذه العوامل تكون باعثا إلى انقباضات رحمية متوسطة والتي تكون لفت نظر للأم الحامل، وعادة ما تبدأ قبل الولادة بأسبوع أو أسبوعين. (خيضر عيسى جبران، 2014، صفحة 25)

تعرف الولادة بأنها "عملية فيزيولوجية تفصل بها الأم والجنين عن جسمها، ليخرج إلى الدنيا، وتحمل المرأة الحبلى في عضو عضلي أجوف يسمى الرحم، بعد تسعة أشهر يخرج الجنين من الرحم عبر المهبل أو قناة الوضع. (بكوش، 2018، صفحة 34)

تعرف الولادة حسب القاموس الطبي بأنها " الوضع هو مجموعة ظواهر فيزيولوجية تؤدي إلى خروج الجنين والمشيمة عن طريق الممر الولادي وذلك ابتداء من الشهر التاسع". (غفاري، 2013، صفحة 17)

وتعرف الولادة أيضا بأنها "العملية التي يتم من خلالها قذف الرحم للجنين والمشيمة إلى خارج الجسم، والتي تبدأ أولا بتقلصات الرحم المتتابعة المصحوبة بالآلام تكون في فترات متقاربة ومنتظمة على مستوى الظهر مع انقباض العضلة الرحمية ثم انبساطها، وظهور البشارة ثانية وهي إفرازات مخاطية ممسحة بالدم تخرج من عنق الرحم، وثالثا انفجار الكيس الأمنيوسي واندفاع ما فيه من السائل، ليتبع ذلك خروج الجنين وأغشيته والسائل الأمنيوسي من الرحم وإطلاق الطفل صرخة الميلاد". (سكران و بوشقيف، 2018، صفحة 44)

إضافة إلى ذلك تعرف الولادة بأنها "عملية فسيولوجية تتميز بخروج الجنين خارج رحم الأنثى تحت تأثير الهرمونات التي تفرزها المشيمة، والتي تحفز عملية الولادة، يمكن تحديد الولادة أولا ببدء الطلق وهو تقلصات الرحم المتتابعة المصحوبة بالآلام، وظهور إفرازات مخاطية ممسحة بالدم تخرج من عنق الرحم، ثم

انفجار كيس الأمنيوسي واندفاع ما فيه من السائل، ليتبع ذلك خروج الجنين وأغشيته والسائل الأمنيوسي من الرحم وإطلاق الطفل صرخة الميلاد". (علي، 2022، صفحة 35)

2 – 2 – أنواع الولادة:

2 – 2 – 1 – الولادة العادية (الطبيعية):

تحدث في الميعاد الطبيعي لها وبتلقائية في لحظة نزول الجنين إلى عنق الرحم، تكتمل العملية خلال 18 ساعة وبدون تعقيدات وتنقسم عملية الولادة إلى ثلاثة أقسام: المرحلة الأولى تحدث فيها انقباضات متناسقة وتكتمل هذه المرحلة عندما يكون هناك توسع كامل لعنق الرحم، المرحلة الثانية فيها يتم نزول واندفاع الجنين، وتبدأ هذه المرحلة بتوسع كامل لعنق الرحم وتكتمل هذه المرحلة بالخروج الكامل للجنين المرحلة الثالثة، وفيها يتم انفصال وخروج المشيمة والغشاء المحيط بالطفل، وتشتمل أيضا التحكم في النزيف، وتستمر هذه العملية من لحظة ولادة الجنين حتى الانفصال الكامل للمشيمة. ومن صفات الولادة الطبيعية أن يولد الجنين مع نهاية فترة الحمل ويكون مجيئه ساريا وأن تكون الولادة تلقائية وبجهد الأم فقط، ووقت الولادة بمختلف مراحلها لا يتجاوز 18 ساعة وأن تتم من دون استعمال محرضات الولادة أو وسائل المساعدة. (سكران و بوشقيف، 2018، صفحة 46)

2 – 2 – 2 – الولادة العسرة:

2 – 2 – 2 – 1 – الولادة الملقطية: تعود أسباب الولادة الملقطية إلى عدة عوامل منها عسر الولادة الذي يعد السبب الرئيسي والأكثر شيوعا، ويعود هذا الأخير إلى التأخر في تقدم المرحلة الثانية من المخاض، ويستعمل الملقط لوقاية الطفل من نقص الأكسجين بعد ساعة أو ساعتين من الجهد المبذول من قبل الأم، وسبب التأخر قد يكون تعب الأم أو الطفل الكبير ومنها تباطؤ نظم قلبه وكذا المشاكل الصحية السابقة للأم، ويستخدم في بعض الأحيان ليخفف الإجهاد إذا كانت الأم تعاني من مرض قلبي أو مرض رئوي أو ارتفاع ضغط الدم أو قصور ذاتي في الرحم، يعد هذا القصور سببا في فشل أو تأخير المرحلة الثانية من عملية الولادة، بالإضافة إلى العيوب والمشاكل في الحوض وعلاقة هذا العيب مع رأس الجنين، وقد تكون عملية المخاض تسير بصورة منتظمة ولكن مع ذلك تكون هناك مشاكل لأسباب أخرى، إذا كان حجم الرأس غير مناسب لحجم الحوض بالنسبة للأم وإذا كان الرأس بوضعية ليس من السهل المرور من الحوض أو إذا كان

هناك تفاوت ما بين الرأس والحوض، وفي مثل هذه الحالات قد يستخدم بعض الأدوية لتسريع عملية المخاض فإن لم تحقق هذه الأدوية النتائج المرجوة فعند ذلك قد يضطر الأطباء إلى اللجوء إلى العملية القيصرية.

2 – 2 – 2 – 2 – الولادة القيصرية: وهي شق الرحم وإخراج الطفل قادرا على الحياة ولها طريقتان، فقد يشق البطن للوصول إلى الرحم وقد يشق المهبل للوصول إليه، ولكن شق المهبل قليل ونادر والطريقة الشائعة هي شق البطن لبلوغ الرحم وإخراج الطفل. والجراحة القيصرية لازمة إذا كان حوض المرأة ضيقا أو كبر حجم الجنين أكثر من 04 كغ أو التقاف الحبل السري حول عنق الجنين بسبب تقدم الحبل السري أثناء خروج الجنين، وهذا أهم سبب وهناك أسباب أخرى مثل وجود أورام في الحوض تسده أو مجيء الطفل بوضع غير مستعرض، وتعمل الجراحة القيصرية لعلاج مشكلتين خطيرتين من عواقب نهاية الحمل هما: انفصال المشيمة قبل الأوان وهبوطها قبل الجنين وقف التسمم الشديد السريع الذي يهدد بحدوث تشنجات الولادة. وهناك نوع آخر من الولادة التي تتم قبل مرور شهور الحمل كاملة وأخطرها ما يتم قبل 07 أشهر. (سكران و بوشقيف، 2018، الصفحات 47–48)

2 – 3 – أعراض الولادة:

يوجد عدة أعراض تحدث للحامل تشير إلى أن الولادة ستكون خلال أيام أو أسابيع قليلة:

- شعور الحامل بأنها تستطيع التنفس بسهولة وذلك بسبب نزول الجنين إلى الحوض.
- زيادة عدد مرات التبول بسبب ضغط الجنين على المثانة بعد نزوله إلى الحوض.
- آلام فجائية تظهر وتختفي في الساقين.
- نزول إفرازات مهبلية مخاطية ممزوجة بخيوط دم رفيعة (تظهر هذه الإفرازات قبل الولادة بساعات أو أيام قليلة).
- تمزق الغشاء المحيط بالجنين المليء بالسائل الآمينوسي (وهو سائل عديم الرائحة).
- الانقباضات المتكررة والمنتظمة والتي تزداد شدتها وتستمر لمدة أطول حتى تصل إلى أن تتكرر كل 5 دقائق أو أقل.

تعتبر هذه المرحلة هي أطول مرحلة في الولادة الطبيعية. (غفاري، 2013، الصفحات 39–40)

2 – 4 – أسباب الوفيات لدى النساء الحوامل:

على المستوى العالمي يمكن أن تعود ثلاث أرباع وفيات الأم إلى خمسة أسباب مباشرة أو فورية وهي: النزف العدوى، تعفن الدم، الولادة العسرة ومضاعفات الإجهاض غير المأمون.

2 – 4 – 1 – النزف: قد يحدث نتيجة للتعامل السيء مع الإجهاض، أو بسبب ولادة عسرة أو الممارسات التقليدية الضارة التي تؤدي إلى تمزق الرحم، فالنساء اللاتي تعرضن للنزف في ولادات سابقة، واللاتي يحملن ويلدن على فترات متقاربة، أو اللاتي أصبن بنزيف خلال الثلث الأخير من الحمل هن أكثر عرضة للنزف. (خيضر عيسى جبران، 2014، صفحة 31)

2 – 4 – 2 – تعفن الدم: وهي عدوى تهدد حياة المرأة الحامل، وقد يحدث نتيجة الأظافر أو الأيادي القذرة للمرافقات للوضع، وطول مدة الوضع ولتمزق الأغشية، وإجراء العملية القيصرية، والإجهاض، واحتجاز المشيمة. (سكران و بوشقيف، 2018، صفحة 48)

2 – 4 – 3 – الإجهاض: استعمال أدوات غير معمقة، الفشل في إجراء الإجهاض الكامل، أو حدوث ثقوب في الرحم أو عنقه أو في أعضاء أخرى قد تؤدي إلى النزف أو العدوى، أما إذا أجري الإجهاض بطريقة صحيحة فإنه يعتبر من أكثر الإجراءات الطبية أمانا. (خيضر عيسى جبران، 2014، صفحة 31)

2 – 4 – 4 – تسمم الدم: ويحدث بسبب ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل وقد يؤدي ذلك إلى حدوث التشنجات والوفاة، ومن السهل منع حدوث هذه المضاعفات عند وجود الرعاية الطبية الملائمة قبل الولادة.

2 – 4 – 5 – الولادة العسرة: وتعود لأسباب متعددة تعوق نزول الجنين تشمل: ضيق الحوض عند الأم، تكرار الوضع مرات كثيرة وجود أكثر من جنين واحد أو إذا كان الطفل ليس متجها برأسه إلى الأسفل أثناء الوضع، والعملية القيصرية أكثر الطرق فعالية لتصحيح الولادة العسرة. (سكران و بوشقيف، 2018، صفحة 49)

2 – 5 – مراحل الولادة الطبيعية:

2 – 5 – 1 – الاتساع الكلي لعنق الرحم: يبدأ من بداية الانقباضات الرحمية حيث يبدأ عنق الرحم في الاتساع وجدار الرحم يصبح أقل سمكا ليسمح للجنين بالمرور من خلاله، وهذه هي أطول مرحلة حيث

تدوم حتى 16 ساعة (في الولادات الأولى) يصحبها ألم شديد في أسفل الظهر مع الشعور بالضغط في المثانة (وقد يكون في هذه المرحلة تمزق كيس المياه).

عند الانفتاح 3 سم تكون الانقباضات معتدل القوة وغير منتظمة وتستمر 30 إلى 60 ثانية.

عند الانفتاح 7 سم تزيد الانقباضات لتصل إلى 45 . 60 ثانية كل 2 إلى 4 دقائق (تستمر هذه المرحلة من 3 إلى 8 ساعات).

ثم تأتي المرحلة الانتقالية حيث يتسع الرحم إلى 10 سم وتزداد الانقباضات قوة لتصل على 90 ثانية، تشعر الحامل هنا بضغط قوي. تستمر هذه المرحلة من 45 دقيقة إلى 2 ساعات وتشعر الحامل خلالها بالحر والعرق ثم البرد والقشعريرة بعدها مباشرة. وبالرغم من أنها أقصر مرحلة إلا أنها الأصعب على الإطلاق. (غفاري، 2013، الصفحات 41-42)

2 - 5 - 2 - ولادة الطفل: بين الاتساع الكلي لعنق الرحم وولادة الجنين الانقباضات تكون من 45 إلى 90 ثانية وكل 3 دقائق تقريبا، هنا تشعر السيدة بضغط قوي ورغبة في الدفع وتستغرق هذه المرحلة 45 دقيقة إلى 2 ساعات في الولادة الأولى ومن 20 إلى 45 دقيقة في الولادة التالية، ثم ينزل رأس الجنين إلى المهبل ومع الدفع ينزل إلى فتحة المهبل ليخرج ثم ينزلق سريعا إلى العالم الخارجي. (سكران و بوشقيف، 2018، صفحة 45)

2 - 5 - 3 - شق العجان: في أثناء الولادة يتمدد جدار المهبل تدريجيا للسماح للجنين بالخروج من خلاله، لكن في بعض الأحيان لا يكفي هذا التمدد، وخروج الجنين سيؤدي إلى تمزق المهبل، في هذه الحالة يلجأ الطبيب على القيام بشق العجان وهو شق جراحي بعد إعطاء حقنة تخدير موضعي. ويلجأ الطبيب لهذا الشق الجراحي في الحالات التالية:

- إذا كان رأس الجنين أكبر من فتحة المهبل بعد تمدده الكامل.
- في الولادة المساعدة إذا احتاج إلى استعمال الملقاط أو الشفاط.
- إذا أوشك الجنين على الخروج وعضلات المهبل لم تمدد بالقدر الكافي. (غفاري، 2013، الصفحات 43-44)

2 – 5 – 4 – مرحلة ما بعد الولادة: بعد ولادة الطفل تنزل المشيمة والغشاء المحيط بها والحبل السري، وقد يحدث تمزق للمهبل أثناء خروج الجنين فيقوم الطبيب بخياطته بعد الولادة. (سكران و بوشقيف، 2018، صفحة 46)

2 – 6 – الاضطرابات النفسية المصاحبة للولادة:

إن عملية الولادة عملية يشوبها الكثير من القلق الذي لا تستطيع المرأة الحامل التحكم فيه في بعض الأحيان، ويرجع سببه إلى خوفها على نفسها وعلى مولودها من عملية الولادة، وكذا الصحة الجسدية لمولودها والمسؤولية الملقاة على عاتقها في تربيته. والجدير بالملاحظة أنه يجب على أهل الحامل ومن حولها إبعادها عن المناظر والحوارات التي تضر بأعصابها، والأحداث عن بعض النساء اللواتي تعرضن لمضاعفات في الحمل على الرغم من أن كل هذه الأمور لا تشكل أكثر من 5% من الحالات إلا أنها ذات تأثير سيئ على نفسية الحامل. وقد تحدثت العديد من الدراسات أن هناك حوالي 25% من الحالات يعانون من نوع من أنواع الاضطرابات النفسية وقد تمتد إلى مرحلة ما بعد الولادة ونجد منها:

2 – 6 – 1 – الاضطرابات العاطفية: تكون نتيجة ردود أفعال نفسية اتجاه وضعيات تكون سارة أو غير سارة والتقلبات المزاجية الحادة، إذ تؤثر الحالة العاطفية والنفسية للأم على الجنين، فقد تجعل حركة الجنين أكثر نشاطا بسبب دخول الهرمونات له عن طريق المشيمة والتي من الممكن أن تؤدي للولادة المبكرة أو مضاعفات أخرى.

وتتأثر الحالة النفسية للأم حسب نوع العلاقة من الزوج وبعمر الحامل ونظرتها لعملية الولادة وشعورها بعدم الكفاءة لتكون أما، غالبا ما تتركز المخاوف والتخيلات غير الواعية للنساء خلا الحمل الباكر على فكرة الانشطار عن الأم. (علي، 2022، صفحة 39)

2 – 6 – 2 – قلق الولادة: وهو القلق الذي يبدأ منذ بداية الحمل وتزيد حدته مع تقدم الحمل ويمتد إلى غاية الولادة إذا لم تحظى الأم بالدعم النفسي الكافي من العائلة والمحيطين بها، وهذا القلق متعلق بالولادة والخوف من فقدان جنينها أو فقدان حياتها. وكذا التشوهات المتعلقة بالجنين.

2 – 6 – 3 – الاكتئاب: الذي يبدأ منذ بداية الحمل بسبب التغيرات الهرمونية التي تحدث بسبب الحمل والاستعدادات الوراثية والسوابق المرضية، وتتطور هذه الحالة إلى الاكتئاب الحاد عند 10% إلى 20% من الحالات الذي يتطور إلى ما بعد الولادة، وقد يصل إلى الاكتئاب الحاد بإمكانه أن يتطور إلى ذهان الحمل

والنفاس ويكون مصحوبا بهذيانات وهلاوس، حيث تصبح آلام تشكل خطرا على نفسها وعلى مولودها مما يتوجب إدخالها للمستشفى لفترة مؤقتة. وأغلب الحالات بإمكانها الشفاء وفي حالات أخرى يظهر في حالات الحمل اللاحقة عند 20% من الحالات وقد يتطور إلى نوع آخر من الأمراض العقلية المزمنة والخطيرة. ومن أسبابه الحرمان العاطفي في مرحلة الطفولة للأم والخلافات الزوجية مثل حالات الانفصال والطلاق أثناء فترة الحمل وتعرض الأم لصدمات نفسية في فترة الحمل وغياب الدعم العائلي عند الولادة. (سكران و بوشقيف، 2018، الصفحات 49-50)

2 – 7 – العوامل المتحكمة في الولادة:

– وضعية الجنين: حجم الجنين ووضعه داخل الرحم والجزء السفلي منه الذي سيكون أو ما يظهر منه عند الولادة كلها عوامل تتحكم في سهولة وسير عملية الوضع، فهناك أكثر من وضع طبيعي للجنين الوضع الأمثل.

الوضع الأمثل هو أن يكون في وضع رأسي، وهذا لا يعني أن كل وضع للطفل خلاف ذلك هو غير طبيعي، فهناك أوضاع أخرى تعتبر أقرب لكونها طبيعية، بينما توجد أخرى هي بالفعل غير طبيعية وتستحيل معها الولادة بشكل طبيعي.

– مسار خروجه من جسم الأم: أما المسارات الطبيعية في جسم الأم التي يمر بها الطفل في رحلته للعالم الخارجي فهي تتضمن عظام الحوض، الرحم وعنق الرحم، المهبل وعضلات قاع الحوض.

عظام الحوض هي التي تشكل للجنين مدخلا وتجويفا ومخرجا يمر من خلالها كلها، وعظام الحوض من أهم العوامل المحددة لإمكانية حدوث الولادة بسهولة أو بيسر (فكلما كان حوض الأم واسعا ورأس الطفل صغيرا زادت إمكانية الولادة بسهولة أكبر).

– قوى الدفع: أما قوى الدفع فهي القوى التي تدفع الجنين ساعة الولادة لتساعده على خروجه للحياة. (غفاري، 2013، صفحة 41)

خلاصة الفصل:

الحمل والولادة هما عملية طبيعية ومهمة في حياة المرأة تتطلب الاهتمام والرعاية الكافية لضمان سلامة الأم والجنين، ففي فترة الحمل النساء الحوامل تحضرن جيدا لعملية الولادة من خلال الاستعداد النفسي والعقلي.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس:
الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1 – منهج الدراسة

2 – حدود الدراسة

3 – مجتمع الدراسة

4 – الدراسة الاستطلاعية وعينتها

5 – الدراسة الأساسية وعينتها

6 – أدوات جمع البيانات

7 – الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

تمهيد:

يعتبر الجانب التطبيقي أكثر أهمية من الجانب النظري، لأنه يعتبر من أهم خطوات البحث العلمي، فهو الذي يثبت أو ينفي صحة الحقائق المتعلقة بمتغيرات البحث، وهذا من خلال تحويل نتائجها الخام من نتائج كمية إلى معطيات كيفية يعبر عليها إحصائيا بأرقام محددة تدل على دلالات معينة، وعند القيام بالجانب التطبيقي يجب أن تتوفر فيه بعض الطرق تسمح لدراستنا تكون تطبيقية بالفعل، من بينها: المنهج، العينة، أدوات الدراسة بخصائصها السيكومترية، وأخيرا المعالجة الإحصائية.

وسيتم في هذا الفصل عرض هذه الطرق.

1 – منهج الدراسة:

نظرا لكون الدراسة الحالية تسعى لمعرفة العلاقة بين قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة، فإن المنهج المستعمل في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي لأنه الملائم لطبيعة دراستنا الحالية، حيث يهدف إلى جمع أوصاف علمية كمية وكيفية عن الظاهرة المدروسة كما تحدث في وصفها الطبيعي دون أن يتدخل فيها الباحث، من أجل توضيح العوامل المتسببة فيها والنتائج المترتبة عليها، ويتم جمع البيانات المطلوبة من خلال عدة أدوات ويتم من خلال عدة أساليب كالملاحظة والمقابلة والاختبارات. (سالم، 2012، صفحة 83)

2 – حدود الدراسة:

الحدود المكانية: تمت الدراسة الميدانية في مستشفى محمد بوضياف بالمدية، حيث تم توزيع المقاييس على النساء الحوامل.

الحدود الزمانية: تم إجراء الدراسة الميدانية بداية من (06) مارس إلى غاية (10) مارس خلال السنة الجامعية (2024/2023).

الحدود البشرية: اعتمدت الدراسة الحالية على عينة من النساء المقبلات على الولادة.

3 – مجتمع الدراسة:

حسب قراوتز Grawtz مجتمع البحث هو مجموعة منتهية أو غير منتهية من العناصر المحددة مسبقا والتي ترتكز عليها الملاحظات. وهو مجموعة عناصر لها خاصية أو عدة خصائص مشتركة تميزها عن غيرها

من العناصر الأخرى والتي يجرى عليها البحث. (يونسي و آخرون، 2021/12/25، صفحة 530) وتكّون مجتمع دراستنا الحالية على مجموع النساء المقبلات على الولادة في ولاية المدية.

4 – الدراسة الاستطلاعية وعينتها:

4 – 1 – تعريف الدراسة الاستطلاعية:

تعرف بأنها تلك الدراسة التي تهدف إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث دراستها والتعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها وإخضاعها للبحث العلمي. (عدة، 2018، صفحة 128)

4 – 2 – أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- التعرف على الصعوبات التي ستواجهني في الدراسة الأساسية.
- حساب الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) للمقياسين.
- التعرف على زمن إجراء تطبيق المقياس.
- معرفة مدى سهولة وصعوبة بنود المقياس.
- الكشف عن تكاليف تطبيق المقياس.
- استخراج عينة الدراسة التي سنطبق عليها في الدراسة الأساسية.
- مدى قياس المقياس للسمة التي نريد قياسها.

بحيث تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (20) امرأة حاملا لكي نحسب الصدق.

5 . الدراسة الأساسية وعينتها:

5 – 1 – وصف عينة الدراسة الأساسية:

قامتا الباحثتان بعد إجراء الدراسة الاستطلاعية بالتطبيق على عينة قوامها (80) امرأة حاملا، بحيث طبقت بطريقة العينة القصدية، وهذه الأخيرة تعرف بأنها العينة التي تكون في متناول اليد، وتعتمد على اختيار الباحث للعينة التي يسهل الحصول عليها، فالأساس هنا هو حكم الباحث في اختيار الحالات المطلوبة، وأن يكون الاختيار بناء على غرض خاص بالباحث، ولا يستطيع أن يعرف عند استخدام هذه الطريقة إذا كانت

هذه الحالات ممثلة للمجتمع الأصلي، وتستخدم هذه الطريقة في البحوث الاستطلاعية والأنثروجرافية. (يونسي و آخرون، 2021/12/25، صفحة 536)

5 – 2 – خصائص عينة الدراسة الأساسية:

أ / من حيث السن:

الجدول رقم (01): يبين توزُّع أفراد العينة حسب السن.

	التكرار	النسبة المئوية
18 – 24	17	21.25%
25 – 35	39	48.75%
35 فما فوق	24	30%
المجموع	80	100%

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن النساء الحوامل اللواتي سنهن ما بين (25 – 35) يقدر عددهن بـ (39) امرأة حاملا وبنسبة مئوية قدرت بـ (48.75%)، فهي أكبر من نسبة النساء الحوامل اللواتي سنهن ما بين (35 فما فوق) يقدر عددهن بـ (24) امرأة حاملا وبنسبة مئوية قدرت بـ (30%)، وهي أكبر نسبة من النساء الحوامل اللواتي سنهن ما بين (18 – 24) يقدر عددهن بـ (17) امرأة حاملا وبنسبة مئوية قدرت بـ(21.25%).

ب / من حيث نوع الولادة:

الجدول رقم (02): يبين توزُّع أفراد العينة حسب نوع الولادة.

	التكرار	النسبة المئوية
طبيعية	54	67.5%
قيصرية	26	32.5%
المجموع	80	100%

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن النساء الحوامل اللواتي تكون ولادتهم طبيعية يقدر عددهن بـ (54) امرأة حاملا، بنسبة مئوية قدرت بـ (67.5%)، وهي أكبر نسبة من النساء الحوامل اللواتي تكون ولادتهم قيصرية يقدر عددهن بـ (26) امرأة حاملا، بنسبة مئوية قدرت بـ (32.5%).

ج / من حيث عدد الولادات:

الجدول رقم (03): يبين توزُّع أفراد العينة حسب عدد الولادات.

	التكرار	النسبة المئوية
2 – 0	45	56.25%
5 – 3	33	41.25%
7 – 6	2	2.5%
المجموع	80	100%

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن النساء الحوامل اللواتي عدد ولادتهن ما بين (0 – 2) يقدر عددهن بـ (45) امرأة حاملا وبنسبة مئوية قدرت بـ (56.25%)، وهي أكبر نسبة من النساء الحوامل اللواتي عدد ولادتهن ما بين (3 – 5) يقدر عددهن بـ (33) امرأة حاملا وبنسبة مئوية قدرت بـ (41.25%)، وهي أكبر نسبة من النساء الحوامل اللواتي عدد ولادتهن ما بين (6 – 7) يقدر عددهن بـ (2) امرأتين حاملتين وبنسبة مئوية قدرت بـ (2.5%).

6 – أدوات جمع البيانات:

6 – 1 – مقياس قلق الموت:

6 – 1 – 1 – وصف المقياس:

بعد الاطلاع على التراث النظري والدراسات السابقة قامتا الباحثتان باختيار مقياس الصحة النفسية للباحثة "خضر عيسى جبران أميرة" سنة (2014) تحت عنوان "قلق الموت لدى المرأة الحامل في ضوء بعض المتغيرات في محافظة بيت لحم". والمأخوذ من دراسة أعدها كل من (عبد الخالق 1987)، (شقير 1998)، ومقياس (عيد 1993)، وذلك بعد تطويره على البيئة الفلسطينية، والتحقق من صدقه وثباته، وقد صيغت فقرات المقياس وفق مقياس ليكرت الخماسي الأبعاد ليتم اعتماده عند استجابة المفحوصين وطريقة التصحيح، حيث تكون استجابة المبحوث على الفقرات بالموافقة حسب التدرج الآتي: تنطبق علي تماما، تنطبق علي أحيانا، لا

تنطبق علي تماما، ، بإعطاء (3) درجات في حالة الإجابة بـ (تنطبق علي تماما)، وإعطاء درجتين (2) في حالة الإجابة بـ (تنطبق علي أحيانا)، وإعطاء (1) درجة واحدة في حالة الإجابة بـ (لا تنطبق علي تماما).

وتعتبر الدرجة المرتفعة على المقياس عن مستوى عال من قلق الموت، بينما تعتبر الدرجة المنخفضة عن مستوى منخفض من قلق الموت. (خيضر عيسى جبران، 2014، صفحة 45)

6 – 1 – 2 – الخصائص السيكومترية للمقياس:

قمنا بإجراء تعديلات على المقياس الأصلي لكي يتناسب مع طبيعة الموضوع الحالي مع اقتراح بدائل جديدة لحساب الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات).

أ / الصدق:

1- **صدق المحكمين:**

بعد عرض المقياس على مجموعة من أساتذة علم النفس المختصين في المجال لإبداء الرأي من حيث سلامة اللغة والصعوبة والسهولة وقياس السمة المراد قياسها، ولقد لقي القبول من جل الأساتذة، وتم تعديل بعض البنود والاستغناء عن بعض البنود مع اقتراح بدائل جديدة كالتالي: "تنطبق علي تماما، تنطبق علي أحيانا، لا تنطبق علي تماما" فأصبح يحتوي على (28) بند.

الجدول رقم (04): يبين العبارات المعتدلة

1 – أخشى الولادة وفق عملية قيصرية.
2 – عندما أكون حاملا تراودني أفكار حول الموت.
3 – ينخفض تعاملي مع الآخرين (أفراد أسرتي) عندما أكون حاملا.
5 – عندما أكون مريضة يسيطر علي التفكير في الموت.
6 – تراودني أفكار سلبية حول حالة طفلي الصحية.
7 – أشعر بتوتر كبير بسبب الحمل.
8 – يراودني الشعور بالموت عندما تواجهني مشكلات صحية.
9 – أخاف من حدوث نزيف أثناء عملية الولادة.
10 – أشعر بحدوث إمساك مما يؤثر على جرحي.
21 – تراودني الأحلام المزعجة أثناء الولادة.
23 – أخاف من رؤية أحد يحتضر.
30 – التفكير المستمر بالموت يزيد من توتري أثناء الحمل.
32 – يحاصرني شعور بالموت كلما فكرت بحملي.

الجدول رقم (05): يبين العبارات المستغناة عنها

13 – أشعر بالتشاؤم من الموت
17 – أشعر بالرعب الشديد وعندما يتحدث أحد أمامي عن الولادة
18 – يمتلكني أحساس غريب بالموت عندما يذكر أمامي أن شخصا يحتضره الموت.
26 – أقلق عندما أتخيل أنه لن يتم تحقيق هذا الحمل إلى نهايته.

فإن المقياس صادق.

2 – صدق ارتباط البنود بالدرجة الكلية:

وبالاستعانة بمعامل الارتباط بيرسون بين بنود المقياس مع الدرجة الكلية، والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (06): يبين نتائج ارتباط صدق البنود مع الدرجة الكلية

البنود	معامل الارتباط	البنود	معامل الارتباط	البنود	معامل الارتباط
1	0.745	**11**	0.654	**21**	0.366
2	0.662**	**12**	0.412	**22**	0.634
3	0.433	**13**	0.547*	**23**	0.744
4	0.563**	**14**	0.578**	**24**	0.631**
5	0.552**	**15**	0.754*	**25**	0.352
6	0.744	**16**	0.387	**26**	0.704
7	0.563*	**17**	0.674	**27**	0.652**
8	0.340	**18**	0.389	**28**	0.657
9	0.329	**19**	0.608		
10	0.524*	**20**	0.422		

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن قيم معاملات ارتباط بنود المقياس بالدرجة الكلية تراوحت ما بين (0.329 و0.75) وهي دالة عند مستوى دلالة (0.01 و0.05).

وبالتالي المقياس صادق للمرة الثانية.

ب / الثبات:

- طريقة معامل ألفا لكرونباخ

الجدول رقم (07): يبين نتائج حساب معامل الارتباط ألفا لكرونباخ

	قيمة معامل الارتباط
مقياس الدراسة	**0.785**

من خلال الجدول السابق يتضح أن قيمة معامل ألفا لكرونباخ بلغت (0.785) وهي قيمة عالية مما يدل على ثبات المقياس.

6 – 2 – مقياس الصحة النفسية:

6 – 2 – 1 – وصف المقياس:

بعد الاطلاع على التراث النظري والدراسات السابقة قامتا الباحثتان باختيار مقياس الصحة النفسية للباحثة "باباي فتيحة، طبول فريدة" سنة (2020) تحت عنوان "الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى تلاميذ المرحلة الثانوية". والمأخوذ من دراسة قدور نويبات بإعداد أداة لقياس الصحة النفسية بحيث يكون صالحا للاستخدام في البيئة المحلية، وحتى على بيئات عربية أخرى للأفراد الراشدين ذكورا وإناثا، وطبق وكُيّف من قبل الباحثتين "باباي فتيحة، طبول فريدة".

بحيث تكون مقياس الصحة النفسية من (33) فقرة موزع على (04) أبعاد، كما هو موضح بالجدول رقم (08).

الجدول رقم (08): توزيع فقرات مقياس الصحة النفسية على أبعاد المقياس

(باباي و طبول، 2020، صفحة 68)

	البعد	أرقام الفقرات
1	**التحرر من الأعراض المرضية**	1، 8، 17، 21، 29، 31.
2	**الهناء الشخصي**	2، 5، 9، 11، 14، 18، 22، 24، 26، 30.
3	**تحمل أعباء الحياة**	3، 6، 12، 15، 19، 23، 25، 27.
4	**تكوين علاقات مع الآخرين**	4، 7، 10، 13، 16، 20، 28، 32، 33.

وتم اقتراح البدائل التالية: تنطبق علي دائما، تنطبق علي نوعا ما، تنطبق علي، لا تنطبق علي، لا تنطبق علي إطلاقا. وتعطى الدرجات لتلك البدائل كما يلي:

إعطاء (5) درجات في حالة الإجابة بـ (تنطبق علي دائما)، وإعطاء (4) درجات في حالة الإجابة بـ (تنطبق علي نوعا ما)، وإعطاء (3) درجات في حالة الإجابة بـ (تنطبق علي)، ودرجتين (2) في حالة الإجابة بـ (لا تنطبق علي)، ودرجة واحدة (1) في حالة الإجابة بـ (لا تنطبق علي إطلاقا)، وبذلك تكون أدنى درجة للمقياس هي (33) وأعلى درجة هي (165).

6 – 2 – 2 – الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة النفسية:

من أجل التحقق من مدى صدق وثبات هذا الاختبار اعتمدت الباحثتان على طرق قياسية وأساليب إحصائية مختلفة وذلك بعد تطبيق الأداة على عينة الدراسة الاستطلاعية.

أ / الصدق:

– صدق الاتساق الداخلي:

حساب صدق الاتساق الداخلي بتقدير ارتباط كل فقرة ببعدها، ثم ارتباط كل بعد بالمقياس، ولقد تم بناء تبني محك جلفورد للتشبع على العامل حيث أن الدلالة الإحصائية للشبع على العامل وفقا لمحك جلفورد هي 0.30 على الأقل، بحيث يعد التشبع الذي يبلغ هذه القيمة أو يزيد عنها دالا وفقا لهذا المحك التحكمي، وقد كانت النتائج على النحو الموضح في الجداول التالية:

الجدول رقم (09): يبين قيم معامل الارتباط بين كل فقرة مع البعد الكلي للمجال لمقياس الصحة النفسية:

البعد	رقم الفقرة	معامل الارتباط	البعد	رقم الفقرة	معامل الارتباط
التحرر من الأعراض المرضية	1	0.559	الهناء الشخصي	2	0.164
	8	0.585		5	0.533
	17	0.529		9	0.286
	21	0.646		11	0.464
	29	0.511		14	0.673
	31	0.501		18	0.732
				22	0.522
				24	0.644
				26	0.277
				30	0.745
البعد	رقم الفقرة	معامل الارتباط	البعد	رقم الفقرة	معامل الارتباط
تحمل أعباء الحياة	3	0.553	تكوين علاقة مع الآخرين	4	0.523
	6	0.670		7	0.388
	12	0.468		10	0.408
	15	0.677		13	0.534
	19	0.628		16	0.356
	23	0.633		20	0.651
	25	0.555		28	0.579
	27	0.592		32	0.220
				33	0.594

نلاحظ من الجدول رقم (09) أن جميع الفقرات ترتبط بأبعادها وفقا لمحك جلفورد وتراوح معاملات الارتباط بين (0.388) و(0.745)، مما يعني أن هذه العبارات تنتمي إلى أبعادها ما عدا الفقرات رقم (2) و(9) و(26) لبعد الهناء الشخصي والفقرة رقم (32) لبعد تكوين علاقة مع الآخرين غير دالة لأن معامل ارتباطها لم يصل إلى الدلالة الإحصائية للتشبع على العامل وفقا لمحك جلفورد التي هي 0.30 على الأقل. يتم حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد والمقياس ككل بعد حذف الفقرات الغير مرتبطة بأبعادها. (باباي و طبول، 2020، الصفحات 69-71)

الجدول رقم (10): يبين معامل الارتباط بين البعد ومقياس الصحة النفسية:

البعد	معامل الارتباط بين البعد والمقياس
التحرر من الأعراض المرضية	0.345
الهناء الشخصي	0.822
تحمل أعباء الحياة	0.796
تكوين علاقة مع الآخرين	0.769

نلاحظ من الجدول رقم (10) أن الأبعاد الأربعة مرتبطة بالمقياس ارتباطا قويا ودال بحيث تراوحت ما بين (0.343 و0.822)، وهذا يعني أن الأبعاد الأربعة التحرر من الأعراض المرضية، الهناء الشخصي، تحمل أعباء الحياة، تكوين علاقة مع الآخرين تقيس خاصية الصحة النفسية.

من خلال الجدولين رقم (09) ورقم (10) يتضح لنا أن المقياس يتمتع بصدق تناسق داخلي عال يمكن تطبيقه على عينة الدراسة الحالية. (باباي و طبول، 2020، الصفحات 71-72)

ب / الثبات:

- طريقة معامل ألفا كرونباخ:

الجدول رقم (11): يبين نتائج حساب معامل الارتباط ألفا كرونباخ

	قيمة معامل الارتباط
مقياس الدراسة	**0.836**

من خلال الجدول السابق يتضح أن قيمة معامل ألفا لكرونباخ بلغت (0.836) وهي قيمة عالية مما يدل على ثبات المقياس.

ومنه فالمقياس صادق وثابت يمكن تطبيقه في الدراسة الحالية.

7 – الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

- نظام الحزمة الإحصائية الاجتماعية SPSS.
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.
- اختبار كولمغروف سميرنوف.
- اختبار شابيرو ويلك.
- معامل الارتباط بيرسون.
- اختبار الفروق ت T-test لمجموعتين مختلفتين وغير متساويتين.
- اختبار تحليل التباين الأحادي (anova one way).
- اختبار الفروق بين المتوسطات (شيفيه)
- معامل الثبات ألفا لكرونباخ.

الفصل السادس:

عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة

1 – عرض وتحليل نتائج فرضيات الدراسة

2 – تفسير ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة

3 – الاستنتاج العام

4 – الاقتراحات

خاتمة

1 – عرض وتحليل نتائج فرضيات الدراسة:

لمعرفة نوع الاحصاء المستخدم لا بد معرفة اعتدالية التوزيع للبيانات

الجدول رقم (12): يبين نتائج اعتدالية التوزيع:

المتغير	قيمة اختبار كولمغروف	الدلالة	قيمة اختبار شابيرو	الدلالة
قلق الموت	0.074	0.200	0.986	0.522
الصحة النفسية	0.099	0.069	0.980	0.235

يظهر من الجدول أعلاه أن قيمة اختباري كولمغروف سميرنوف وشابيرو ويلك غير دالة احصائيا، أي أن متغيري قلق الموت وكذا الصحة النفسية يتوزعان توزيعا اعتدالي، وبالتالي التعامل الإحصائي مع هذا المتغيرين وفق الاحصاء اللابرامتري.

1 – 1 – عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة:

والتي تنص على أنه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة.

وبعد تطبيقنا لمعامل الارتباط بيرسون، تحصلنا على النتائج المدونة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (13): يبين نتائج استخدام معامل الارتباط بيرسون.

	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية (sig)	مستوى الدلالة	النتيجة (الدلالة الإحصائية)
قلق الموت	80	58.7875	14.34537	-0.644**	0.000	0.01	دالة
الصحة النفسية	80	92.2125	24.14916				

من خلال الجدول رقم (13) وبعد تطبيقنا لاختبار معامل الارتباط بيرسون على مقياسي قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة قدرت قيمته بـ(0.644-) وهو ارتباط عكسي مرتفع بين المتغيرين، وبمتوسط حسابي لقلق الموت قدرت قيمته ب(58.7875) وبانحراف معياري بلغت قيمته ب(14.34537)، أما قيمة المتوسط الحسابي لتقدير الذات بلغت ب(92.2125) وبانحراف معياري قدر ب(24.14916) وبدلالة إحصائية بلغت (0.000) وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01).

ومنه نستنتج أنه تحققت الفرضية البديلة القائلة بأنه توجد علاقة ارتباطية عكسية مرتفعة دالة إحصائيا بين قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة.

1 – 2 – عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

والتي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير سنهن (18 – 24 سنة/ 25 – 35 سنة/ 35 سنة فما فوق).

ولاختبار صحة الفرضية يتم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (Anova one way).

والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (14): يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (Anova one way)

	المجموعات	مجموع التباين	درجة الحرية	متوسط التباين	القيمة F	الدلالة الاحصائية
الدرجة الكلية قلق الموت	داخل المجموعات ما بين المجموعات كلي	79.036 16178.352 16257.387	2 77 79	39.518 210.108	0.188	0.829
الدرجة الكلية الصحة النفسية	داخل المجموعات ما بين المجموعات كلي	4060.231 42010.925 46071.388	2 77 79	2030.231 545.596	0.3.721	0.029

من خلال الجدول رقم (14) وللمقارنة بين متوسطات فئات السن الثلاث (18 – 24 سنة/ 25 – 35 سنة/ 35 سنة فما فوق) في الدرجة الكلية لمقياس قلق الموت، تمّ استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (Anova one way) الذي قدر في الدرجة الكلية لمقياس قلق الموت بـ(0.188) عند مستوى الدلالة (0.829)، وبما أن مستوى دلالته أكبر من (0.05) فهذا يعني أنه لا توجد فروق بين متوسطات الفئات.

ومن جهة أخرى ومن خلال الجدول السابق وللمقارنة بين متوسطات فئات السن الثلاث في الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية، تمّ استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (Anova one way) الذي قدر في الدرجة الكلية بـ(3.721) عند مستوى الدلالة (0.029)، وبما أن مستوى دلالته أقل من (0.05) فهذا يعني أنه توجد فروق بين متوسطات الفئات.

يتضح من خلال الجدول السابق بأنه توجد فروق بين المجموعات الثلاث (18 – 24 سنة/ 25 – 35 سنة/ 35 سنة فما فوق) فيما يخص الصحة النفسية ترجع لمتغير السن وهذا عند مستوى دلالة (0.05).

ولتحديد المجموعة الأكثر صحة نفسية عند هؤلاء النساء المقبلات على الولادة حسب سنهن، يتم استخدام اختبار الفروق بين عدة متوسطات (شيفيه)، والجدول التالي يوضح النتائج المتوصل إليها:

الجدول رقم (15): يبين نتائج حساب الفروق بين المتوسطات (شيفيه)

	السن		الفروق بين المتوسطات	الدلالة الاحصائية
الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية	1	2	-15.26395	0.086
		3	-19.43382*	0.037
	2	1	15.26395	0.086
		3	-4.16987	0.790
	3	1	19.43382*	0.037
		2	4.16987	0.790

نلاحظ أن النساء المقبلات على الولادة اللواتي سنهن في المجموعة رقم (3) أي (35 سنة فما فوق) أكثر صحة نفسية مقارنة مع البقية وهذا حسب الدرجة الكلية. ثم تأتي بعدها المجموعة رقم (2) أي (25 – 35 سنة) لتأتي في الأخير المجموعة رقم (1) أي (18 – 24 سنة).

ومما سبق يتضح بأنه لا توجد فروق بين المجموعات الثلاث للسن (18 – 24 سنة / 25 – 35 سنة / 35 سنة فما فوق) فيما يخص قلق الموت لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير سنهن. كما توجد فروق دالة إحصائيا بين المجموعات الثلاث للسن (18 – 24 سنة / 25 – 35 سنة / 35 سنة فما فوق) فيما يخص الصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير سنهن وهذا عند مستوى دلالة (0.05) ولصالح ذوو (السن 35 سنة فما فوق).

1 – 3 – عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

والتي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية في قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير نوع الولادة (طبيعية/ قيصرية).

وبعد تطبيق اختبار الفروق ت (t-test) لمجموعتين غير متساويتين ومتجانستين، تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم (16): يبين نتائج اختبار الفروق ت (t-test) لمجموعتين غير متساويتين ومتجانستين

	نوع الولادة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار ت	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية (sig)	مستوى الدلالة	النتيجة (الدلالة الإحصائية)
قلق الموت	طبيعية	54	61.9074	12.09751	2.935	78	0.004	0.05	دالة
	قيصرية	26	52.3077	16.59342					
الصحة النفسية	طبيعية	54	86.5370	21.35390	-3.202	78	0.002	0.05	دالة
	قيصرية	26	104	25.73092					

يتضح من خلال الجدول رقم (16) أن قيمة المتوسط الحسابي لفئة النساء المقبلات على الولادة ونوع ولادتهن طبيعية فيما يخص قلق الموت تقدر بـ(61.9074) وبانحراف معياري قدر بـ (12.09751)، وهي أكبر من قيمة المتوسط الحسابي لفئة النساء المقبلات على الولادة ونوع ولادتهن قيصرية فيما يخص قلق الموت والتي قدرت بـ (52.3077) وبانحراف معياري بلغت قيمته بـ(16.59342)، كما بلغت قيمة الاختبار ت (t-test) لمجموعتين غير متساويتين ومتجانستين بـ(2.935) عند درجة حرية (78)، وبدلالة إحصائية (sig) بلغت قيمتها بـ (0.004)، مما يدل على أنها دالة عند مستوى دلالة (0.05).

ومنه توجد فروق ذات دلالة احصائية في قلق الموت لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير نوع الولادة ولصالح الولادة الطبيعية.

ومن جهة أخرى تحصلنا على قيمة المتوسط الحسابي لفئة النساء المقبلات على الولادة ونوع ولادتهن طبيعية فيما يخص الصحة النفسية تقدر بـ(86.5370) وبانحراف معياري قدر بـ (21.35390)، وهي أقل من قيمة المتوسط الحسابي لفئة النساء المقبلات على الولادة ونوع ولادتهن طبيعية فيما يخص قلق الموت والتي قدرت بـ (104) وبانحراف معياري بلغت قيمته بـ (25.73092)، كما بلغت قيمة الاختبار ت (t-test) لمجموعتين غير متساويتين ومتجانستين بـ(3.202-) عند درجة حرية (78)، وبدلالة إحصائية (sig) بلغت قيمتها بـ (0.002)، مما يدل على أنها دالة عند مستوى دلالة (0.05).

ومنه توجد فروق ذات دلالة احصائية في الصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير نوع الولادة ولصالح الولادة القيصرية.

وبالتالي نقبل الفرضية البديلة القائلة بأنه توجد فروق ذات دلالة احصائية في قلق الموت لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير نوع الولادة ولصالح الولادة الطبيعية. كما انه توجد فروق ذات دلالة احصائية في الصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير نوع الولادة ولصالح الولادة القيصرية.

1 – 4 – عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

والتي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير عدد الولادات (0 – 2 مرة/ 3 – 5 مرات/ 6 – 7 مرات).

ولاختبار صحة الفرضية يتم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (Anova one way).

والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (17): يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (Anova one way)

	المجموعات	مجموع التباين	درجة الحرية	متوسط التباين	القيمة F	الدلالة الاحصائية
الدرجة الكلية الصحة النفسية	داخل المجموعات مابين المجموعات كلي	1383.262 44688.125 46071.388	2 77 79	691.631 580.365	1.192	0.309
الدرجة الكلية قلق الموت	داخل المجموعات مابين المجموعات كلي	1448.3 14809.087 16257.387	2 77 79	724.150 192.326	3.765	0.028

من خلال الجدول رقم (17) وللمقارنة بين متوسطات فئات عدد الولادات الثلاث في الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية، تمّ استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (Anova one way) الذي قدر في الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية بـ(1.192) عند مستوى الدلالة (0.309)، وبما أن مستوى دلالته أكبر من (0.05) فهذا يعني أنه لا توجد فروق بين متوسطات الفئات.

ومن جهة أخرى وللمقارنة بين متوسطات فئات عدد الولادات الثلاث في الدرجة الكلية لمقياس قلق الموت، تمّ استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (Anova one way) الذي قدر في الدرجة الكلية لمقياس قلق الموت بـ(3.765) عند مستوى الدلالة (0.028)، وبما أن مستوى دلالته أقل من (0.05) فهذا يعني أنه توجد فروق بين متوسطات الفئات.

يتضح من خلال الجدول السابق بأنه توجد فروق بين المجموعات الثلاث (0 – 2 مرة/ 3 – 5 مرات/ 6 – 7 مرات) فيما يخص قلق الموت ترجع لمتغير عدد الولادات وهذا عند مستوى دلالة (0.05). ولتحديد المجموعة الأكثر قلق نفسيا عند هؤلاء النساء المقبلات على الولادة حسب عدد ولادتهن، يتم استخدام اختبار الفروق بين عدة متوسطات (شيفيه)، والجدول التالي يوضح النتائج المتوصل إليها:

الجدول رقم (18): يبين نتائج حساب الفروق بين المتوسطات (شيفيه)

	عدد الولادات		الفروق بين المتوسطات	الدلالة الاحصائية
الدرجة الكلية لمقياس قلق الموت	1	2	7.51320	0.103
		3	10.40524	0.057
	2	1	-7.51320	0.103
		3	2.89205	0.792
	3	1	-10.40524	0.057
		2	-2.89205	0.792

نلاحظ أن النساء المقبلات على الولادة ذوو عدد ولادتهن في المجموعة رقم (1) أي (0 – 2 مرة) أكثر قلقا للموت مقارنة مع البقية وهذا حسب الدرجة الكلية. ثم تأتي بعدها المجموعة رقم (2) أي (3 – 5 مرات) لتأتي في الأخير المجموعة رقم (3) أي (6 – 7 مرات).

ومما سبق يتضح بأنه توجد فروق بين المجموعات الثلاث (0 – 2 مرة / 3 – 5 مرات / 6 – 7 مرات) فيما يخص قلق الموت لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير عدد الولادات وهذا عند مستوى دلالة (0.05) ولصالح ذو عدد الولادات من (0 – 2 مرة).

2 – تفسير ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة:

2 – 1 – تفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة:

والتي تنص على أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة، وبعد تطبيقنا لمعامل الارتباط بيرسون توصلنا إلى أنه توجد علاقة ارتباطية عكسية مرتفعة ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة.

توافقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة (سكران و بوشقيف، 2018)، ومع نتائج دراسة (بن يوسف، 2019).

تعزو الباحثتان سبب هذه النتيجة راجع بالأساس إلى أنه عندما يزداد قلق الموت لدى النساء الحوامل مما قد يؤثر سلبا على صحتها النفسية، فكفرة القلق المستمر والشديد وزيادة الارتباكات والوساوس والحزن

والكآبة قد يزيد من مستوى التوتر والاكتئاب وبالتالي يؤثر على النوم والشهية والعلاقات الاجتماعية، وهذا لعدم توفر المساندة الأسرية والدعم النفسي قد يؤدي إلى تأثيرات سلبية على صحة الحمل والجنين.

ونضيف إلى ذلك تشوه البطن قذ يزيد ذلك من قلقها من الموت بشكل كبير بسبب الشعور بنقص في جمالها أي تتغير صورة الجسد لديها وعدم الراحة، قد تشعر بعدم الثقة في نفسها وبتغيرات جسمها التي قد تكون صعبة على النفس، كما أن عدم وجود الاهتمام الكافي من الزوج للزوجة خلال فترة الحمل يؤثر على الحمل نفسه وعلى العلاقة الزوجية بشكل عام، وعدم مشاركة الزوج المخاوف والمشاعر التي شعر بها الزوجة وعدم توعية الزوج لها بأهمية وجوده ودعمه لزوجته في هذه الفترة.

إضافة إلى وجود مضاعفات خطيرة خلال الولادة مثل: النزيف الشديد، انخفاض ضغط الدم قد يؤثر على سلامتها وسلامة الجنين ويزيد من قلقها من الموت، كذلك تعاني بعض النساء الحوامل من اضطرابات في النوم نتيجة التغيرات الهرمونية والقلق والإجهاد مما يؤثر على جودة حياتها.

كل هذا يؤدي إلى ظهور وبروز بعض الوساوس والمخاوف والقلق والضغوط النفسية والتوترات النفسية لدى النساء الحوامل خلال هذه الفترة الحساسة من فقدان المرأة لجنينها، كذلك انتشار التفكير السلبي والاندفاعات النفسية السلبية التي يمكن أن تؤثر على الصحة النفسي، وبالتالي الانخفاض في مستوى سعادتها وثقتها بنفسها تنخفض وكذا تدهور توافقها النفسي الاجتماعي وهي مؤشرات على انخفاض في الصحة النفسية.

وعلى العكس من ذلك فعندما تجد النساء الحوامل الاهتمام والمرافقة والمساندة من طرف الأهل أو أفراد الأسرة، وكذلك عندما تكون هؤلاء النساء على دراية بمراحل حملهن وكذا على وعي من درجات الخطورة الممكن تلقيها أثناء فترة الولادة، وممكن أن تتفادها من خلال عملية الاطلاع وكذا الاستشارات الطبية والعائلية، فهذا يؤدي إلى التخفيف من حدة التوتر وكذا الضغوط النفسية وبعض الوساوس التي تنتابها من حين لآخر بالموت، تقل المخاوف من فقدان حياتها وجنينها الذي كان بذرة أمل للمستقبل، وهذا يؤدي إلى ارتفاع الصحة النفسية.

مما يؤدي إلى شعورها بالراحة والثقة في نفسها وارتفاع مستوى هرمون السعادة، وكلما كانت الصحة النفسية إيجابية أو متوازنة فإنها تستطيع التعامل بشكل أفضل مع التحديات والمخاوف التي قد تواجهها خلال فترة الحمل، إضافة على ذلك أن الدعم الأسري يلعب دور كبير في تحسين الصحة النفسية لدى المرأة الحامل، ويساعد الدعم الأسري على بناء الثقة في النفس وتعزيز الشعور بالانتماء والمودة وتقوية العلاقات الاجتماعية، يمكن كذلك أن يحسن التواصل بينها وبين أفراد الأسرة. نذكر كذلك تلفقي المرأة الحامل للرعاية والراحة والاسترخاء من الجانب النفسية والجسدي يساعدها في تقليلي التوتر والقلق، إضافة إلى بقائها على اتصال مع

الأصدقاء والعائلة والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية يساهم في زيادة الرفاهية النفسية، كما أن الحصول على قسط كاف من النوم يساعدها في تحسين المزاج والتركيز والقدرة على التعامل مع التحديات.

2 – 2 – تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

والتي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن (18 – 24 سنة / 25 – 35 سنة / 35 فما فوق)، وبعد تطبيقنا لاختبار تحليل التباين الأحادي توصلنا إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن (18 – 24 سنة / 25 – 35 سنة / 35 فما فوق)، وأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن (18 – 24 سنة / 25 – 35 سنة / 35 فما فوق) لصالح السن ذو 35 سنة فما فوق.

توافقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة (علي: 2022)، وتعاكست هذه النتيجة مع نتائج دراسة (نعام، طالبي: 2020).

وتعزو الباحثتان سبب هذه النتيجة راجع بالأساس إلى أن النساء الحوامل من كل الأعمار يعانون من مستوى أعلى من قلق الموت، وذلك بسبب المخاوف المتعلقة بصحتهن والتأثير على الطفل وقد يشعرن بضغوط الوقت والمسؤولية، كذلك التحولات النفسية التي تحدث خلال فترة الحمل، حيث أن الضغوط الاجتماعية والثقافية قد تسهم في زيادته، إضافة إلى أنهن قد يكونون أكثر عرضة لتجارب الحياة التي تزيد من قلق الموت مثل فقدان الأحبة أو التعرض للمرض.

أما النساء الحوامل اللواتي تجاوزن سن 35 لهم صحة نفسية مرتفعة وهذا بسبب الخبرة السابقة للولادة، وفي التعامل مع التحديات الحياتية، مما يمنحهن ثقة واستعداد أكبر لمواجهة التحديات النفسية المرتبطة بالحمل والأمومة، وقد يكون لديهن شبكة دعم اجتماعية أكبر وموارد أكثر للتعامل مع الضغوط النفسية، إضافة إلى الاحتكاك والتفاعل الاجتماعي يساهم في تحسين الصحة النفسية للمرأة الحامل، حيث أن الدعم الاجتماعي والارتباط بالآخرين يسهم في تعزيز الشعور بالسعادة والراحة النفسية خلال فترة الحمل.

أما بالنسبة للنساء الحوامل اللواتي سنهن أقل من 35 سنة لديهن صحة نفسية منخفضة وهذا بسبب قلة الخبرة لديهن في الولادة وإضافة إلى انخفاض تقدير الذات والضغط النفسي، عدم وجود الدعم النفسي، قد يكون عندهن مزيد من المسؤوليات مثل العمل والعناية بالأسرة والحمل في نفس الوقت، إضافة إلى أنهن قد

يصطدمن بالتحضير للأمومة والتغييرات الجسدية والعقلية التي تحدث خلال فترة الحمل بشكل أكثر من النساء الأكبر سنا.

2 – 3 – تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

والتي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت والصحة النفسية تعزى باختلاف نوع الولادة (طبيعية / قيصرية)، وبعد تطبيقنا لاختبار الفروق ت (T – test) لمجموعتين غير متساويتين ومتجانستين توصلنا إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى باختلاف نوع الولادة (طبيعية / قيصرية) لصالح الولادة القيصرية، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير نوع الولادة (طبيعية / قيصرية) لصالح الولادة الطبيعية.

تعاكست هذه النتيجة مع نتائج دراسة (سكران، بوشقيف: 2018).

تعزو الباحثتين سبب هذه النتيجة راجع بالأساس إلى أن النساء اللواتي يخضعن للولادة الطبيعية يشعرن بقق موت مرتفع وبمشاعر الحزن أو الخيبة وقد يشعرن بعدم الرضا عن عملية الولادة، خاصة إذا حدث خطأ طبي قد يؤثر ذلك على الصحة النفسية للمرأة الحامل، قد تشعر بالحزن وهذا يؤدي إلى عدم الثقة في الفريق الطبي، أو الشعور بالقلق والتوتر على صحتها وصحة الطفل، إضافة إلى أنه يمكن أن تكون التجارب السلبية التي قد تكون سمعتها من النساء حول عملية الطبيعية تسبب لهن قلق بشأن سلامتهن وصحتهن.

نذكر كذلك إلى عدم تنفس الطفل أو عدم وصول الأكسجين لديه في الولادة الطبيعية يعتبر حالة مهمة وطارئة تتسبب في زيادة مستوى قلق الموت بسبب خطورة الأمر على صحة الجنين، فإذا لم يتم التدخل السريع لاستعادة التنفس للطفل يتعرض الجنين لمشاكل صحية جسمية ويزداد خطر الوفاة.

إضافة إلى عدم تلقي الدعم اللازم خلال عملية الولادة الطبيعية من القابلات ووجود سلوك غير لطيف أو لا مبال من القابلة، قد تشعر المرأة الحامل بالقلق والتوتر والضغط النفسي مما يؤثر سلبا على تجربتها وقدرتها على التحمل، فإن عدم تلقي الدعم والاحترام من القابلة خلال الولادة يؤدي إلى الشعور بعدم الأمان والطمأنينة وعدم السلام النفسي وعدم الثقة.

كما أن النساء الحوامل اللواتي يخضعن للولادة القيصرية يكون قلق الموت لديهم منخفضا بسبب العملية الجراحية التي تقام في ظروف آمنة، حيث تشعر المرأة بالثقة والطمأنينة، كذلك التغذية الجيدة والنوم الكافي يساهم في زيادة الشعور بالراحة.

من جهة أخرى توصلنا إلى أن الصحة النفسية لدى المرأة الحامل أو المقبلة على الولادة من نوع قيصرية أن مستوى صحتها النفسية مرتفع، وذلك بسبب الشعور بالقوة والتحكم والتواصل الوثيق مع جسمها أثناء الولادة القيصرية، كذلك قد تقدم تجربة اقل ألما وضغطا، وهناك بعض النساء ينحدرون من ثقافات تميل إلى قبول الولادة القيصرية بشكل أكثر عموما قد يكون لديهن توجه إيجابي نحو هذه العملية، وبالتالي يكون لديهن تأثير إيجابي على صحتهن النفسية، إضافة إلى أنهن قد يشعرن بالأمان ويكون لديهن أيضا الفرصة للراحة والاسترخاء بشكل أكبر بعد الولادة.

كما أن وجود الدعم النفسي الجيد من القابلات يمكن أن يساهم في تعزيز الارتباط العاطفي بين الام والطفل الجديد ويساهم في رفع الصحة النفسية لديهن، حيث أن العملية القيصرية تجربة مخيفة وصعبة ولكن بوجود الدعم النفسي والتقدير يقلل من مستوى القلق والتوتر وتزيد الثقة بالنفس خلال هذه العملية، وجعل هذه التجربة أكثر راحة ومريحة.

ونجد أيضا أن الصحة النفسية منخفضة لدى النساء اللواتي نوعية ولادتهن طبيعية وذلك راجع إلى أنها قد تكون نتيجة للتغيرات الهرمونية التي يمر بها الجسم خلال الحمل والتي قد تؤثر على المزاج والعواطف، كذلك قد يكون القلق ناتجا من عدم اليقين أو الخوف من الولادة الطبيعية والمخاطر المحتملة المرتبطة بها، قد يشعرن بالقلق حول عدم قدرتهن على التحمل الجسدي أو على التعامل مع ألم الولادة.

2 – 4 – تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

والتي تنص على أنه توجد ذات دلالة إحصائية في قلق الموت والصحة النفسية تعزى باختلاف عدد الولادات(0 – 2 مرات / 3 –5 مرات / 6 – 7 مرات)، وبعد تطبيقنا لاختبار تحليل التباين الأحادي توصلنا إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير عدد الولادات (0 – 2 مرات / 3 – 5 مرات / 6 – 7 مرات) لصالح ذو عدد الولادات 0 – 2 مرات، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير عدد الولادات (0 – 2 مرات / 3 – 5 مرات / 6 – 7 مرات).

توافقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة (نعام زينب، طالبي خديجة: 2020)، وتعاكست هذه النتيجة مع نتائج دراسة (بن يوسف ليلى: 2019)، وكذلك تعاكست مع نتائج دراسة (بكوش سمية: 2018).

وتعزو الباحثتان سبب هذه النتيجة راجع بالأساس إلى أن النساء اللواتي يخوضن تجربة الولادة للمرة الأولى هم أكثر عرضة لقلق الموت بشكل أكبر من النساء اللواتي لديهن تجارب سابقة في الولادة وهذا بسبب عدم المعرفة الكاملة بعملية الولادة.

كذلك التعرض لصدمات خلال عملية الولادة قد يكون مصدرا للضغوط النفسية والعاطفية على المرأة الحامل، أو تعرضهن لمشاكل صحية خلال الحمل أو الولادة حيث تجعلها تخشى تكرار هذه التجارب السلبية إضافة إلى كثرة المشاكل الزوجية تؤثر على الحالة النفسية والعاطفية للمرأة الحامل، حيث يزيد قلق الموت بسبب عدم معرفة المرأة لما يتعلق بعملية الولادة ومخاطرها.

بالنسبة للنساء اللواتي سبق لهن الولادة أو متعددات الحمل من (3) مرات حتى (7) مرات قد تكون لديهن تجارب سابقة في الحمل والولادة، مما يجعلهن أكثر قدرة على استعداد أنفسهن للتحديات التي قد تواجههن خلال فترة الحمل والولادة، كما قد يكون لديهن ثقة بأنفسهن بسبب تجربتهن السابقة حيث يمكن أن تساعدهن هذه الثقة على التعامل بشكل أفضل مع التحديات التي تطرأ خلال الحمل والولادة، إضافة إلى ذلك الدعم النفسي والاجتماعي (الأهل، الزوج، الأصدقاء...) يساعدهن على الشعور بالدعم والتشجيع، كما أن تجربة الحمل بالنسبة للنساء اللواتي سبق لهن الولادة قد تكون إيجابية وممتعة مما يزيد فرصة أن تكون لديهن صحة نفسية جيدة.

3 – الاستنتاج العام:

بعد إجرائنا للجانب النظري والتطبيقي توصلنا إلى النتائج الآتية:

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة، وهذا راجع إلى كون أن قلق الموت عند النساء الحوامل مرتبطا بسلامة الطفل ونجاح الحمل بشكل عام بالتالي يؤدي إلى ارتفاع قلق الموت وانخفاض الصحة النفسية، أما إذا كانت النساء الحوامل يشعرن بثقة واطمئنان بشأن سلامة الجنين وسير الحمل فقد ترتفع مستويات السعادة والصحة النفسية لديهن.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن (18 – 24 سنة / 25 – 35 سنة / 35 فما فوق)، وهذا راجع إلى أن الخوف من فقدان الحياة تلعب دورا في تعزيز الوعي الجديد بالحياة والقيم، كذلك نتيجة للتغييرات الهرمونية التي يشهدها جسم المرأة الحامل مما يزيد من التوتر، إضافة إلى أنهن قد يواجهن مخاوف في المشاكل الصحية خلال الحمل. وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن (18 – 24 سنة / 25 – 35 سنة / 35 فما فوق) لصالح السن ذو 35 سنة فما فوق، وهذا راجع اكتساب المرأة الحامل تجارب ومهارات حياة أكثر مما يزيد من النضج النفسي، ويمتلكون مستوى أعلى من الثقة بأنفسهن وبقدرتهن على التعامل مع الصعاب والتحديات، إضافة إلى مرورها بتجارب سابقة حول الحمل والولادة تساعدها في الحمل الحالي بشكل أفضل وبثقة أكبر.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير نوع الولادة (طبيعية / قيصرية) لصالح الولادة القيصرية، وهذا راجع إلى شعورهن بالراحة والسلام النفسي، كذلك الشعور بالقوة والقدرة على العناية بنفسها وطفلها، إضافة إلى الشعور بالقوة والتحكم حيث يعتبرن هذه التجربة كتحد ونجاح يمكنهن من التغلب على التحديات والألم، حيث تساهم هذه العوامل النفسية في ارتفاع الصحة النفسية لدى النساء الحوامل اللواتي ولادتهن قيصرية. وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير نوع الولادة (طبيعية / قيصرية) لصالح الولادة الطبيعية، وهذا راجع إلى تجارب الولادة السابقة التي قد تكون صعبة أو تسببت في مشاكل صحية تزيد من قلق الموت، كذلك الضغوط الاجتماعية وتأثير الآخرين يزيد من قلق الموت، لهذا الخضوع للولادة الطبيعية يمكن أن يكون مصدرا للقلق والتوتر النفسي لدى النساء الحوامل.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير عدد الولادات (0 – 2 مرات / 3 – 5 مرات / 6 – 7 مرات) لصالح ذو عدد الولادات 0 – 2 مرات، وهذا راجع إلى عدم الخبرة وعدم معرفتهن بما ينتظرهن خلال عملية الولادة هذا بسبب عدم معرفة ما يمكن لأن يحدث يؤدي إلى زيادة قلق الموت، كذلك يمكن أن يكون لديهن اتجاه سلبي تجاه الأحداث القادمة، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير عدد الولادات (0 – 2 مرات / 3 – 5 مرات / 6 – 7 مرات). وهذا راجع إلى العوامل النفسية كالتوتر والاكتئاب والقلق تلعب دور كبير في تأثير الصحة النفسية على المرأة الحامل.

4 – الاقتراحات:

في ضوء الإطار النظري وفي ضوء ما توصلنا إليه من نتائج من خلال الدراسة الميدانية، أردنا أن نقدم بعض التوصيات تفيد النساء الحوامل المقبلات على الولادة:

- ترجمة الموضوع من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية لإيصال فكرة عامة للدول الأجنبية.
- الاهتمام بالمرأة الحامل من الناحية النفسية والاجتماعية، والابتعاد عن المشاكل والضغوطات.
- العمل على إجراء المزيد من الدراسات المتعلقة بالصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة.
- العمل على إجراء برامج تثقيفية حول قلق الموت والصحة النفسية لدى النساء الحوامل.
- تكثيف الدراسات الأجنبية حول قلق الموت والصحة النفسية.
- توعية القابلات من الجانب النفسي وكيفية التعامل مع المرضى الذين ينتابهم قلق الموت أثناء الولادة.
- تفعيل دور الأخصائي النفساني قبل عملية الولادة وأثناءها وبعدها.

خـــــاتـــــمة

خاتمة:

بعد تكوين أسرة مليئة بالمحبة والسعادة، حيث يكون الدعم والتفاهم هما الأساس في كل علاقة، وتقاسم الفرح والحزن معا، فإن تكوين عائلة تعد من أعظم النعم التي يمكن أن تحظى بها في حياة الإنسان، ومنه سيكون منتوج هو الحمل الذي يعتبر خطوة هامة في تكوين الأسرة، وتعتبر الولادة من أصعب الفترات حيث تواجه فيها المرأة مخاوف واضطرابات نفسية من بينها نجد قلق الموت وهذا ما حاولنا التطرق إليه من خلال تقديم مفاهيم حوله، أهم مظاهره ومكوناته، أسبابه وأعراضه وغيرها، حيث يعتبر هاجسا وخوف بالنسبة للمرأة مما يؤثر على صحتها النفسية.

وهذه الأخيرة تطرقنا فيها إلى عرض مفاهيم حول الصحة النفسية، مظاهرها إضافة إلى مؤشراتها وأهم مناهجها ومعاييرها، والنظريات التي فسرتها حيث تعد عنصر أساسي ومهم في حياة الإنسان، لهذا على المرأة الحامل أن تهتم بصحتها النفسية وذلك بتوفر الدعم والمساندة النفسية والاجتماعية، تحقيق السعادة، وبالتالي وجود علاقة بين قلق الموت والصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة.

قائمة
المراجع والمصادر

قائمة المراجع والمصادر:

Bibliographie

إجلال محمد ,س .(2000). *علم النفس العلاجي*. القاهرة :عالم الكتب.

أسعد خوج ,ح .(2010). *المبادئ العلمية للصحة النفسية*. مكتبة الرشد.

أعمر ستي ,أ .(2023). مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء وعلاقتها بظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية. *رسالة دكتوراه منشورة، جامعة يحي فارس، المدية*.

الخليدي ,ع & ,.وهبي ,ك .(1997). *الأمراض النفسية والعقلية عند الاضطراب السلوكية عند الأطفال* . بيروت :دار الفكر العربي.

الداهري ,ص .(2010). *مبادئ الصحة النفسية*. الأردن–عمان :دار وائل.

القوصي ,ع .(1952). *أسس الصحة النفسية*. القاهرة :مكتبة النهضة المصرية.

إيلول ,آ .(2012). الضغط النفسي لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة للمرة الأولى. *رسالة الماستر منشورة، جامعة العقيد أكلي محمد أولحاج، البويرة*.

باباي ,ف & ,.طبول ,ف .(2020). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى تلاميذ المرحلة الثانوية. *رسالة الماستر منشورة، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة*.

بكوش ,س .(2018). قلق الموت لدى المرأة الحامل المصابة بارتفاع ضغط الدم. *رسالة الماستر منشورة، جامعة غرداية، غرداية*.

بن صاري ,م & ,.بن عاشور ,ف .(2022). الصحة النفسية لدى المرضى المصابين بالسرطان. *رسالة ماستر منشورة، جامعة يحي فارس، المدية*.

بن عبد الله الأحمد ,ع .(1999). *الطريق إلى الصحة النفسية*. الرياض :دار الفضيلة.

بن يوسف ,ل .(2019). الصحة النفسية لدى المرأة الحامل. *رسالة الماستر منشورة، جامعة عمار ثليجي، الأغواط*.

خليل محمد القيق ,أ .(2016). قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين. *رسالة الماجستير منشورة، الجامعة الاسلامية، غزة*.

خيضر عيسى جبران ,أ .(2014) .قلق الموت لدى المرأة الحامل في ضوء بعض المتغيرات في محافظة بين لحم .*رسالة الماجستير منشورة، جامعة القدس، فلسطين*.

رحالي ,خ .(2020) .قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على العمليات القيصرية .*رسالة الماستر منشورة، جامعة محمد بوضياف، المسيلة*.

رملي ,ج .(2019) .الصحة النفسية لدى مرضة القصور الكلوي المزمن .*رسالة الماستر منشورة، بسكرة*.

زهران ,ح .(2005) .*الصحة النفسية والعلاج النفسي* .القاهرة :عالم الكتب.

سالم ,م .(2012) .*علم النفس الإكلينيكي)العيادي (فنياته –وتطبيقاته* .الرياض :دار الزهراء.

سعد الله ,إ & .,مسيخ ,إ .(2020) .الصحة النفسية وعلاقتها بالقلق لدى مرضى القصور الكلوي .مذكرة *مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي ,رسالة منشورة ,قالمة*.

سكران ,ك & .,بوشقيف ,أ .(2018) .قلق الموت لدى المرأة المقبلة على الولادة .*رسالة مذكرة الماستر غير منشورة، المركز الجامعي بلحاج بوشعيب، عين تموشنت*.

سهير ,ك .(1999) .*الصحة النفسية والتوافق* .مصر :موقع الاسكندرية.

سهيل المطيري ,م .(2005) .*الصحة النفسية مفهومها–اضطرابها* .الكويت :مكتبة الفلاح.

شموري ,ك .(2017) .القلق وعلاقته بالتوافق المهني لدى المعلمين والمعلمات في المرحلة الابتدائية .*رسالة ماجستير منشور، جامعة محمد بوضياف، المسيلة*.

شهري ,ت .(2019) .عمل المرأة وأثره على الصحة النفسية لدة أبناء المتمدرسين .*رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة وهران، وهران*.

صوشي ,س .(2017) .المساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من مرضى القصور الكلوي . *رسالة الماستر منشورة، جامعة محمد بوضياف، المسيلة*.

عبد الخالق ,أ .(1987) .*قلق الموت* .الكويت :عالم المعرفة.

عبد الله ,ع .(2008) .الاغتراب النفسي وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلاب الجامعة .*رسالة الماجستير منشورة، جامعة بن يوسف بن خدة، الجزائر*.

عدة ,ز .(2018) .العصابية والانبساطية والذهانية وعلاقتها بالرضا عن الحياة والصحة النفسية في ضوء المتغير الاجتماعي والاقتصادي .*رسالة دكتوراه منشورة، جامعة وهران .2*

علي ,إ .(2022) .قلق الموت عند النساء المقبلات على الولادة .*رسالة الماستر منشورة، جامعة وهران 2، وهران*.

عمامرة ,س & .,طعبلي ,م .ا .(2017) .التدين وعلاقته بقلق الموت لدى المرضى المزمنين .*مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد 22، جامعة الشهيد حمة لخضر، الوادي* .

عوض محمد الشهري ,ر .(2019) .الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بقلق الموت لدى مرضى القلب .*مجلة البحث العلمي في التربية، العدد20، الجزء 10، جامعة عين الشمس، الطائف*.

غالي ,م .(2014) .الصحة النفسية لدى طلبة الجامعة .*رسالة الماجستير منشورة، جامعة وهران، وهران*.

غفاري ,هـ .(2013) .التخفيف من آلام الولادة لدى المرأة الحامل لأول مرة باستخدام ديناميكية الجماعة والاسترخاء .*رسالة الماجستير منشورة، جامعة وهران 2، وهران*.

نعام ,ز & .,طالبي ,خ .(2020) .مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية . *رسالة الماستر منشورة، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة*.

نميش ,ز .(2021) .أبعاد جودة الحياة في العمل وانعكاساتها على الصحة النفسية لدى السلك الطبي والشبه الطبي .*رسالة دكتوراه منشورة، جامعة وهران 2، وهران*.

يحي عبد النعيم ,أ .(2014) .*قلق الموت من السرطان* .القاهرة :المكتب العربي للمعارف.

يحياوي ,ص .(2018) .أثر عمل المرأة على صحتها النفسية وعلى علاقاتها الأسرية .*رسالة دكتوراه منشورة، جامعة وهران 2، وهران*.

يونسي ,ع & .,آخرون .(25/12/2021) .العينة وأسس المعاينة في البحوث الاجتماعية .*مجلة الرواق للدراسات الاجتماعية والانسانية، الجزائر*.

قائمة الملاحق

ملحق رقم (01): مقياس قلق الموت الأصلي

الرقم	العبارة	موافق	غير موافق
1	يرعبني أن تجرى لي عملية جراحية أثناء الولادة.		
2	عندما أكون حاملا أفكر في الموت.		
3	لا أحب التعامل مع الآخرين.		
4	أخاف أن أصاب بمرض خطير.		
5	عندما أكون مريضة أفكر في الموت بقلق.		
6	تراودني أفكار سلبية حول حالة طفلي الصحية في هذا الحمل.		
7	أشعر بقلق وتوتر.		
8	يحاصرني شعوري بالموت عندما تواجهني مشكلات صحية.		
9	أشعر بقلق من حدوث نزيف.		
10	أشعر بقلق من حدوث الإمساك.		
11	نادرا ما تخطر ببالي فكرة الموت.		
12	لدي إحساس عميق بأني سأموت في عز شبابي.		
13	أشعر بالتشاؤم من الموت.		
14	أحب الرحلات والانتقال من مكان لآخر.		
15	حينما أجلس لوحدي أشعر بأن الموت قريب جدا مني.		
16	أشعر بخوف شديد من اقتراب موعد ولادتي.		
17	أشعر بالرعب الشديد عندما يتحدث أحد أمامي عن الولادة.		
18	يمتلكني أحساس غريب بالموت عندما يذكر أمامي أن شخصا يحتضره الموت.		
19	أشعر بالخوف الشديد عندما يتحدث الناس أمامي عن موت امرأة أثناء الولادة.		
20	أتمنى أن تكون ولادتي سهلة وسليمة.		
21	تراودني الأحلام المزعجة عن ولادتي المستقبلية.		
22	المستقبل يبدو أمامي مشرقا ومملوءا بالأحلام والأهداف التي أسعى لتحقيقها.		
23	أخاف من رؤية أحد يحتضره الموت.		
24	أخاف أن أموت أثناء الولادة.		

25	الشيء المرعب أن يموت طفلي أثناء الولادة.		
26	أقلق عندما أتخيل أنه لن يتم تحقيق هذا الحمل إلى نهايته.		
27	دائما أفكر في الموت قبل الذهاب إلى النوم مباشرة.		
28	يزعجني تكرار فكرة الموت.		
29	أخشى من سماع الأخبار السيئة عن طفلي.		
30	التفكير المستمر بالموت يسبب لي التوتر والأرق بسبب الحمل.		
31	أخشى أن أنام فلا أستيقظ أبدا.		
32	يحاصرني شعور بالموت كلما اتجهت أو فكرت بالحمل.		

ملحق رقم (02): مقياس قلق الموت في صورته الأولية (بعد إجراء التغييرات).

الرقم	العبارة	تنطبق عليَّ تماما	تنطبق عليَّ أحيانا	لا تنطبق عليَّ تماما
01	يرعبني أن تجرى لي عملية جراحية أثناء الولادة.			
02	عندما أكون حاملا أفكر في الموت.			
03	لا أحب التعامل مع الآخرين.			
04	أخاف أن أصاب بمرض خطير.			
05	عندما أكون مريضة أفكر في الموت بقلق.			
06	تراودني أفكار سلبية حول حالة طفلي الصحية في هذا الحمل.			
07	أشعر بقلق وتوتر.			
08	يحاصرني شعوري بالموت عندما تواجهني مشكلات صحية.			
09	أشعر بقلق من حدوث نزيف.			
10	أشعر بقلق من حدوث الإمساك.			
11	نادرا ما تخطر ببالي فكرة الموت.			
12	لدي إحساس عميق بأني سأموت في عز شبابي.			
13	أشعر بالتشاؤم من الموت.			
14	أحب الرحلات والانتقال من مكان لآخر.			
15	حينما أجلس لوحدي أشعر بأن الموت قريب جدا مني.			
16	أشعر بخوف شديد من اقتراب موعد ولادتي.			
17	أشعر بالرعب الشديد عندما يتحدث أحد أمامي عن الولادة.			
18	يمتلكني أحساس غريب بالموت عندما يذكر أمامي أن شخصا يحتضره الموت.			
19	أشعر بالخوف الشديد عندما يتحدث الناس أمامي عن موت امرأة أثناء الولادة.			
20	أتمنى أن تكون ولادتي سهلة وسليمة.			
21	تراودني الأحلام المزعجة عن ولادتي المستقبلية.			

22	المستقبل يبدو أمامي مشرقا ومملوءا بالأحلام والأهداف التي أسعى لتحقيقها.			
23	أخاف من رؤية أحد يحتضره الموت.			
24	أخاف أن أموت أثناء الولادة.			
25	الشيء المرعب أن يموت طفلي أثناء الولادة.			
26	أقلق عندما أتخيل أنه لن يتم تحقيق هذا الحمل إلى نهايته.			
27	دائما أفكر في الموت قبل الذهاب إلى النوم مباشرة.			
28	يزعجني تكرار فكرة الموت.			
29	أخشى من سماع الأخبار السيئة عن طفلي.			
30	التفكير المستمر بالموت يسبب لي التوتر والأرق بسبب الحمل.			
31	أخشى أن أنام فلا أستيقظ أبدا.			
32	يحاصرني شعور بالموت كلما اتجهت أو فكرت بالحمل.			

ملحق رقم (03): مقياس قلق الموت في صورته النهائية:

التعليمة:

نحن الباحثتان المقبلات على إعداد مذكرة تخرج ماستر تحت عنوان **(قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى المرأة المقبلة على الولادة)**

وفيما يلي مجموعة من العبارات أرجو منك أن تقرئي كل منها وتفهميها جيدا، فإذا رأيت أن العبارة تتفق مع وجهة نظرك وما تشعري به ضعي علامة (×) في الخانة المناسبة تحت الإجابة الأكثر ملائمة بالنسبة إليك، مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، أرجو أن تتأكدي أنك وضعت العلامة في كل مرة أمام رقم العبارة نفسها التي سبق أن قرأتها.

. كما نضمن لكي السرية التامة لإجاباتك على هذه البيانات.

البيانات الشخصية:

السـن: 18 . 24 ☐ 25 . 35 ☐ 35 فما فوق ☐

نوع الولادة: طبيعية ☐ قيصرية ☐

عدد الولادات: ☐

وشكرا لتعاونك معنا.

الرقم	العبـــــــــارة	تنطبق عليَّ تماما	تنطبق عليَّ أحيانا	لا تنطبق عليَّ تماما
1	أخشى الولادة وفق عملية قيصرية.			
2	عندما أكون حاملا تراودني أفكار حول الموت.			
3	ينخفض تعاملي مع الآخرين (أفراد أسرتي) عندما أكون حاملا.			
4	أخاف أن أصاب بمرض خطير.			
5	عندما أكون مريضة يسيطر علي التفكير في الموت.			
6	تراودني أفكار سلبية حول حالة طفلي الصحية.			
7	أشعر بتوتر كبير بسبب الحمل.			
8	يراودني الشعور بالموت عندما تواجهني مشكلات صحية.			
9	أخاف من حدوث نزيف أثناء عملية الولادة.			
10	أشعر بحدوث إمساك مما يؤثر على جرحي.			
11	نادرا ما تخطر ببالي فكرة الموت.			
12	لدي إحساس عميق بأني سأموت في عز شبابي.			
13	أحب الرحلات والانتقال من مكان لآخر.			
14	حينما أجلس لوحدي أشعر بأن الموت قريب جدا مني.			
15	أشعر بخوف شديد من اقتراب موعد ولادتي.			
16	أشعر بالخوف الشديد عندما يتحدث الناس أمامي عن موت امرأة أثناء الولادة.			
17	أتمنى أن تكون ولادتي سهلة وسليمة.			
18	تراودني الأحلام المزعجة أثناء الولادة.			
19	المستقبل يبدو أمامي مشرقا ومملوءا بالأحلام والأهداف التي أسعى لتحقيقها.			
20	أخاف من رؤية أحد يحتضر.			
21	أخاف أن أموت أثناء الولادة.			

22	الشيء المرعب أن يموت طفلي أثناء الولادة.			
23	دائما أفكر في الموت قبل الذهاب إلى النوم مباشرة.			
24	يزعجني تكرار فكرة الموت.			
25	أخشى من سماع الأخبار السيئة عن طفلي.			
26	التفكير المستمر بالموت يزيد من توتري أثناء الحمل.			
27	أخشى أن أنام فلا أستيقظ أبدا.			
28	يحاصرني شعور بالموت كلما فكرت بحملي.			

ملحق رقم (04): قائمة المحكمين

قائمة المحكمين

الاسم واللقب	الجامعة	الدرجة العلمية	الإمضاء
بلحاج أمينة	جامعة يحيى فارس بالمدية	أستاذة مساعدة "أ"	
فلاح سميرة	جامعة يحيى فارس بالمدية	أستاذ مساعد "ب"	
الحطاح زبيدة	جامعة يحيى فارس بالمدية	أستاذ تعليم عالي	
رمانة عيسى	جامعة يحيى فارس بالمدية	أستاذ محاضر "أ"	
ولد محي الدين نبيل	جامعة يحيى فارس بالمدية	أستاذ	
الوناس أسمع	جامعة يحيى فارس بالمدية	أستاذ محاضر أ	

ملحق (05): مقياس الصحة النفسية

الرقم	العبـــــــــــارة	لا تنطبق عليَّ إطلاقا	لا تنطبق عليَّ	تنطبق عليَّ	تنطبق عليَّ نوعا ما	تنطبق عليَّ دائما
1	لدي قلق لازمني منذ طفولتي					
2	أشعر باليأس منذ مدة طويلة					
3	أستخدم مواهبي للتخطيط للمستقبل					
4	أشعر بالحب اتجاه الآخرين					
5	أعتقد أنه لا وجود لسعادة حقيقية					
6	أتحمل مسؤولية قراراتي الشخصية					
7	أسعى باستمرار لمساعدة الآخرين					
8	أشعر بالحاجة لزيارة طبيب نفسي					
9	أشعر أن معاني السعادة تغمرني					
10	أتسامح في تعاملي مع من حولي					
11	المشاعر الإيجابية لا تفارقني					
12	لا ينال الفشل في أمر ما من عزيمتي					
13	أتقبل أخطاء أصدقائي وأتفهمهم					
14	استمتع بمعظم لحظات حياتي					
15	أثق في قدراتي على إنجاز المهام الصعبة					
16	أربط علاقات متينة مع الآخرين					
17	أشعر بالقلق مجهول المصدر					
18	ينتابني إحساس بالرضا كلما فكرت في حياتي					
19	أتقبل أخطائي وأسعى لتصحيحها					
20	أستمتع بوجودي في جو جماعي					
21	أشعر بالتوتر والضيق لأتفه الأسباب					
22	منذ صغري أتعامل مع الأمور بإيجابية					
23	أضع لنفسي أهدافا واقعية وأعمل على تحقيقها					

24	يعتبرني أصدقائي شخصا سعيدا					
25	أشعر بالرضا عند القيام بواجبتي					
26	أجد صعوبة في السيطرة على صراعاتي					
27	أبذل كل ما في وسعي للنجاح في أعمالي					
28	أعمل على تصحيح موقفي اتجاه أصدقائي					
29	يعتبرني الآخرون شخصية غير مستقرة نفسيا					
30	أكون متفائلا حتى عند أصعب الظروف					
31	تنتابني مشاعر غريبة أحاول إخفائها					
32	أعتبر مصدر ضيق لأصدقائي					
33	لا أهتم بمشاعر الآخرون					

ملحق رقم (06): يبين حساب ثبات مقياس قلق الموت

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=r1 r2 r3 r4 r5 r6 r7 r8 r9 r10 r11 r12 r13 r14 r15 r16 r17 r18
r19 r20 r21 r22 r23 r24 r25 r26 r27 totale.stres
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA.
```

Fiabilité
Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	20	100,0
	Exclus[a]	0	,0
	Total	20	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,836	28

ملحق رقم(07): يبين حساب ثبات مقياس الصحة النفسية

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=m1 m2 m3 m4 m5 m6 m7 m8 m9 m10 m11 m12 m13 m14 m15 m16 m17 m18
m19 m20 m21 m22 m23 m24 m25 m26 m27 m28 m29 m30 m31 m32 m33 totale.sante
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA.
```

Fiabilité
Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	100,0
	Exclus[a]	0	,0
	Total	30	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,785	34

ملحق رقم (08): التحقق من اعتدالية التوزيع

```
EXAMINE VARIABLES=قلق.الموت الصحة.النفسية
  /PLOT BOXPLOT STEMLEAF HISTOGRAM NPPLOT
  /COMPARE GROUPS
  /STATISTICS DESCRIPTIVES
  /CINTERVAL 95
  /MISSING LISTWISE
  /NOTOTAL.
```

Explorer

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
قلق الموت.	80	100,0%	0	0,0%	80	100,0%
الصحة النفسية.	80	100,0%	0	0,0%	80	100,0%

Descriptives

			Statistique	Erreur standard
قلق الموت.	Moyenne		61,1125	1,31604
	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne	Borne inférieure	58,4930	
		Borne supérieure	63,7320	
	Moyenne tronquée à 5%		61,3056	
	Médiane		62,5000	
	Variance		138,557	
	Ecart-type		11,77102	
	Minimum		30,00	
	Maximum		85,00	
	Intervalle		55,00	
	Intervalle interquartile		18,25	
	Asymétrie		-,226	,269
	Aplatissement		-,378	,532
الصحة النفسية.	Moyenne		99,2875	2,36337
	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne	Borne inférieure	94,5833	
		Borne supérieure	103,9917	
	Moyenne tronquée à 5%		98,9722	
	Médiane		95,5000	
	Variance		446,840	
	Ecart-type		21,13860	
	Minimum		50,00	
	Maximum		150,00	
	Intervalle		100,00	

Intervalle interquartile	30,50	
Asymétrie	,335	,269
Aplatissement	-,328	,532

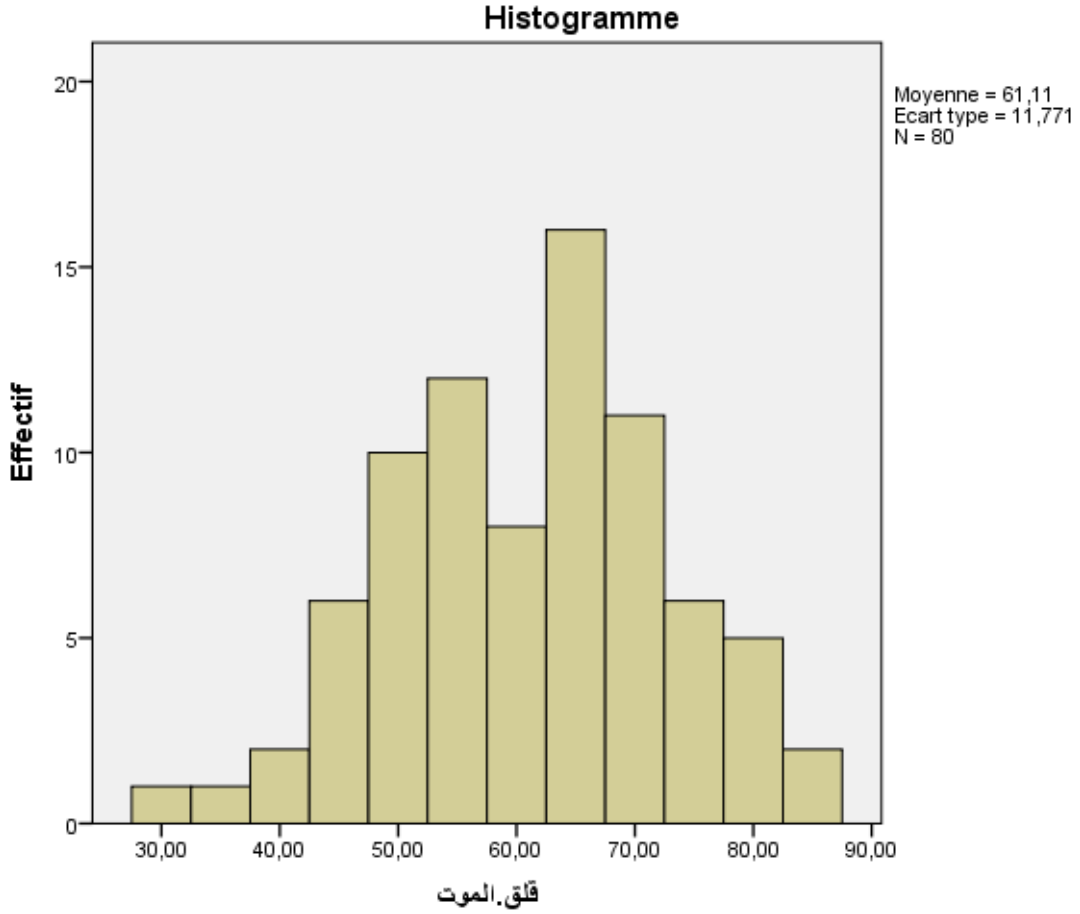
Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistique	ddl	Signification	Statistique	ddl	Signification
قلق الموت.	,074	80	,200*	,986	80	,522
الصحة النفسية.	,099	80	,069	,980	80	,235

*. Il s'agit d'une borne inférieure de la signification réelle.

a. Correction de signification de Lilliefors

قلق الموت



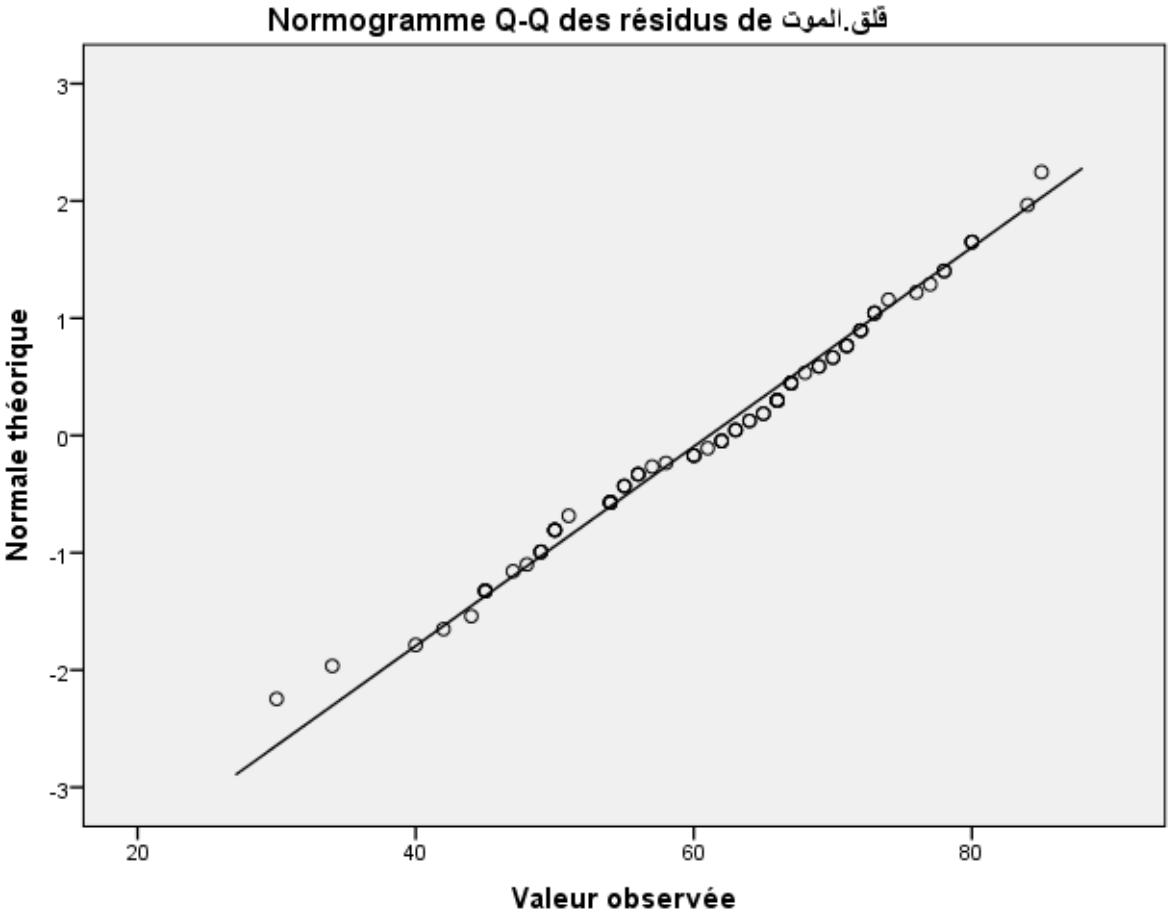
قلق الموت. Stem-and-Leaf Plot

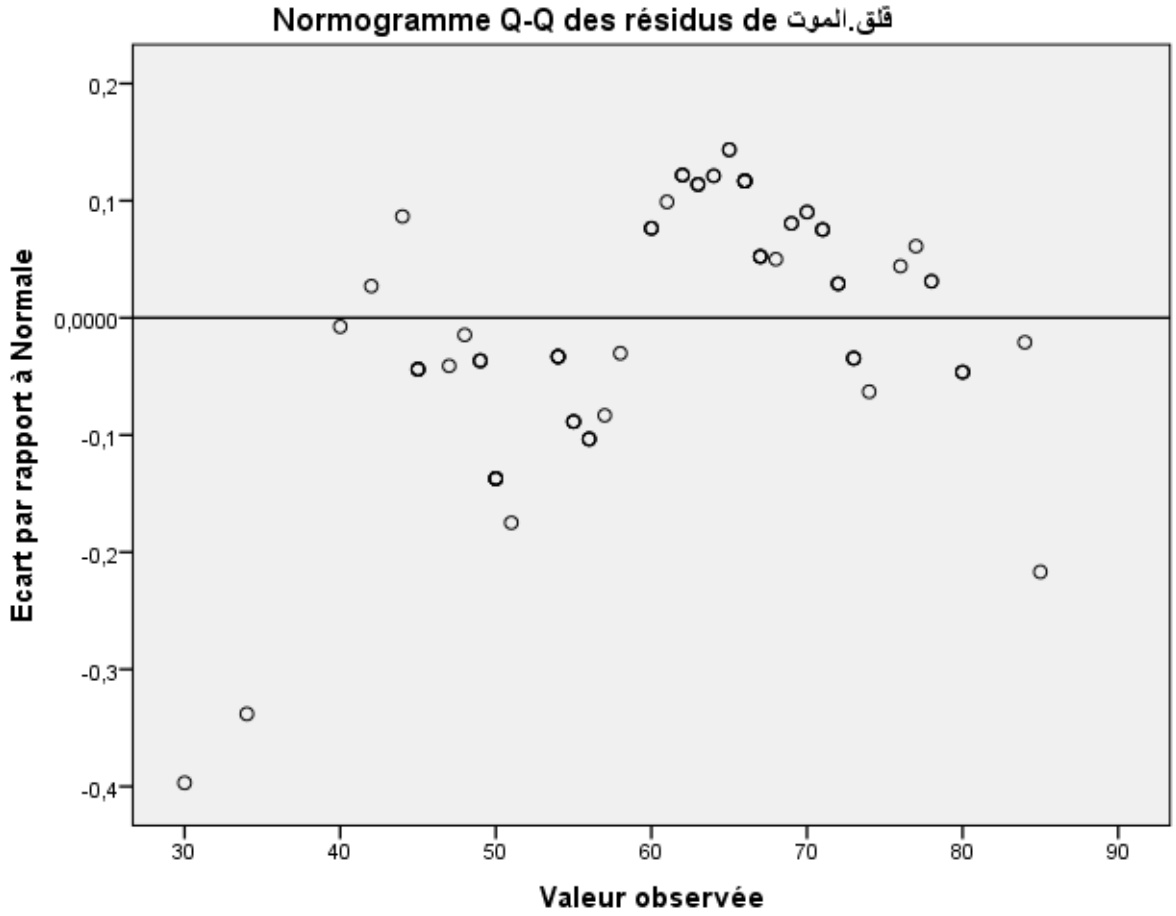
```
 Frequency    Stem &  Leaf

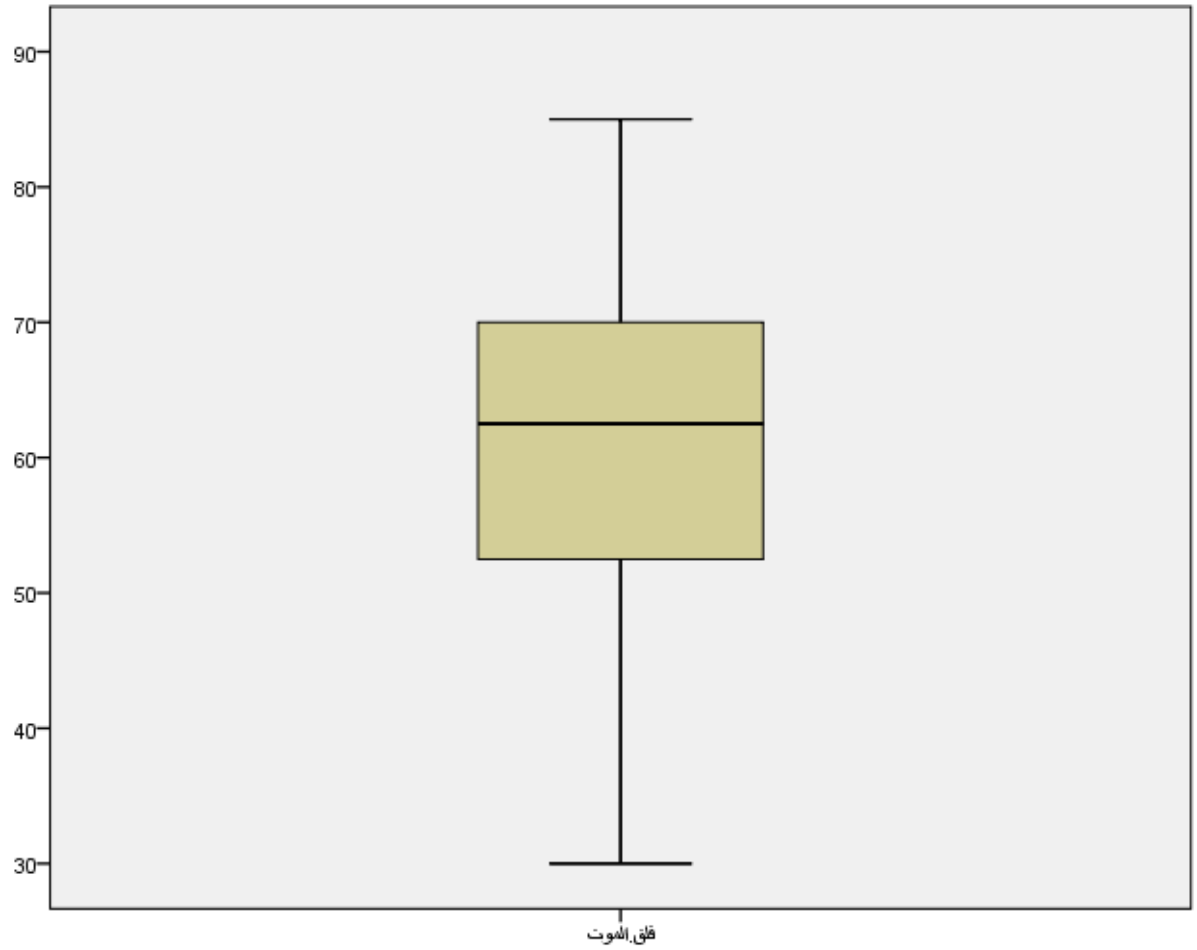
     2,00        3 .  04
    12,00        4 .  024555578999
    19,00        5 .  0000014444455566678
    26,00        6 .  000122233344556666667777899
    16,00        7 .  0011122233346788
```

```
    5,00        8 .  00045

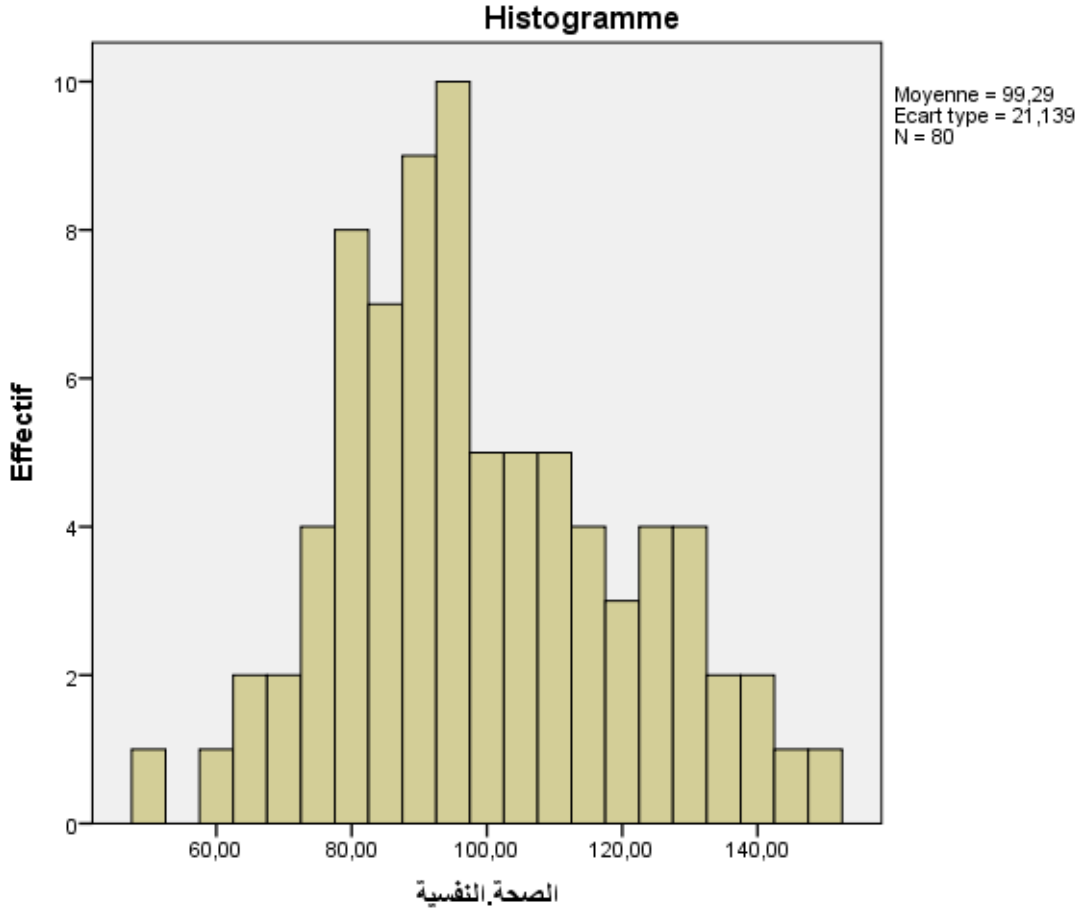
Stem width:     10,00
Each leaf:       1 case(s)
```




Normogramme Q-Q des résidus de قلق.الموت
Ecart par rapport à Normale
0,2
0,1
0,0000
-0,1
-0,2
-0,3
-0,4
30
40
50
60
70
80
90
Valeur observée



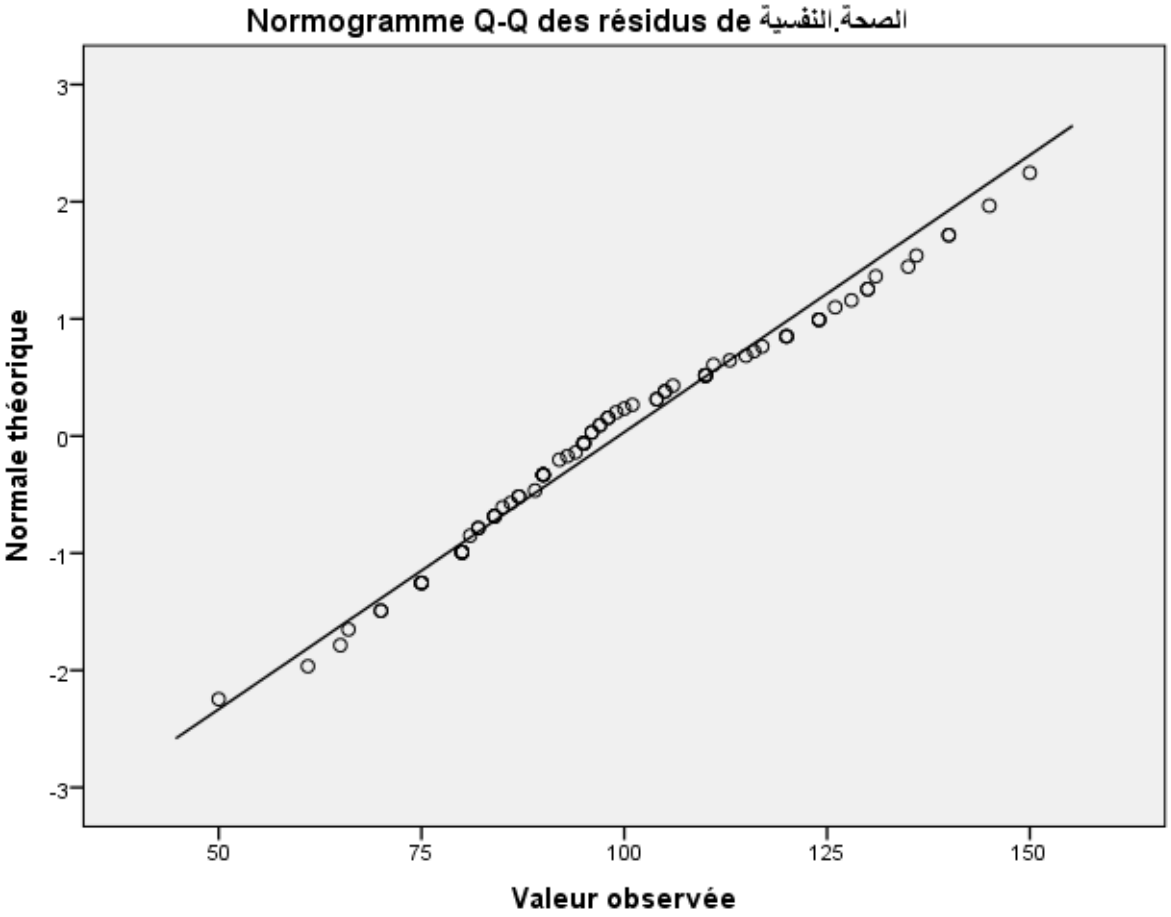
الصحة النفسية

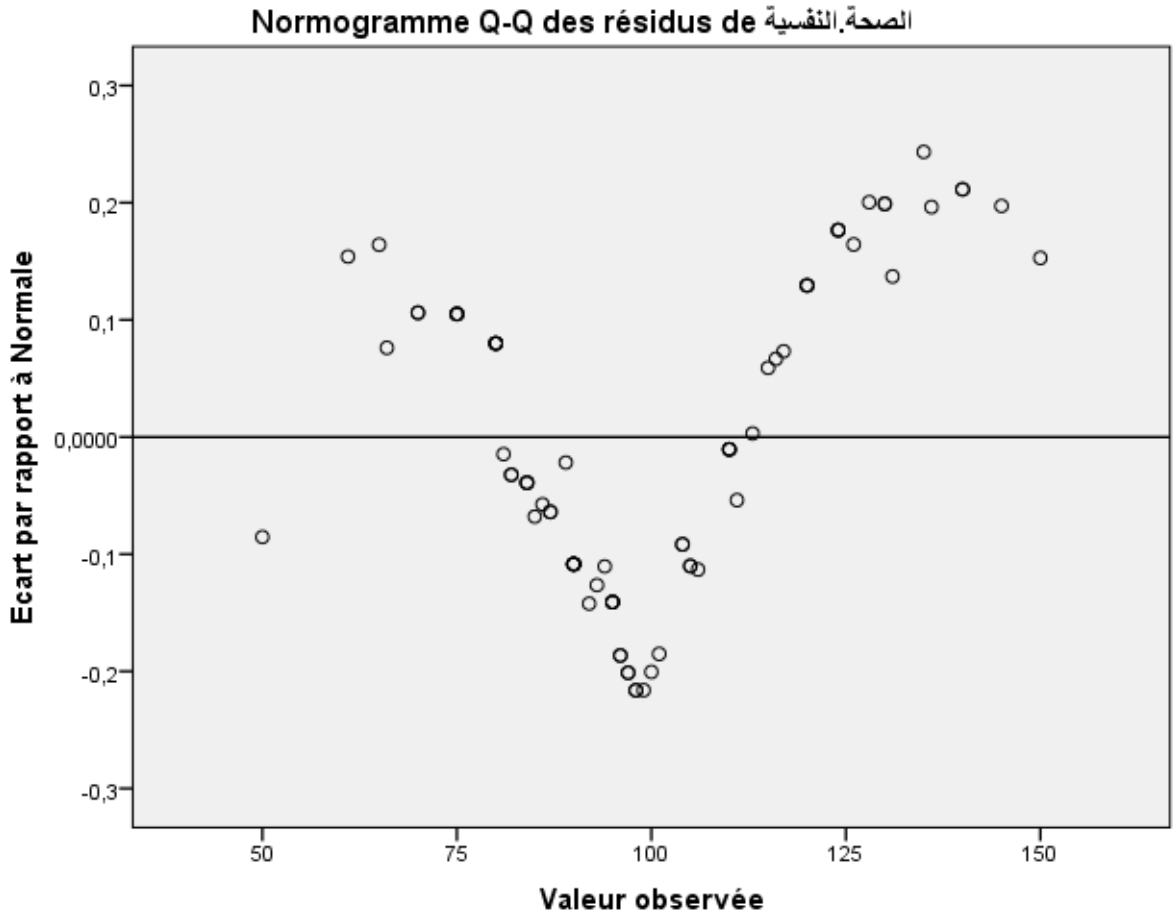


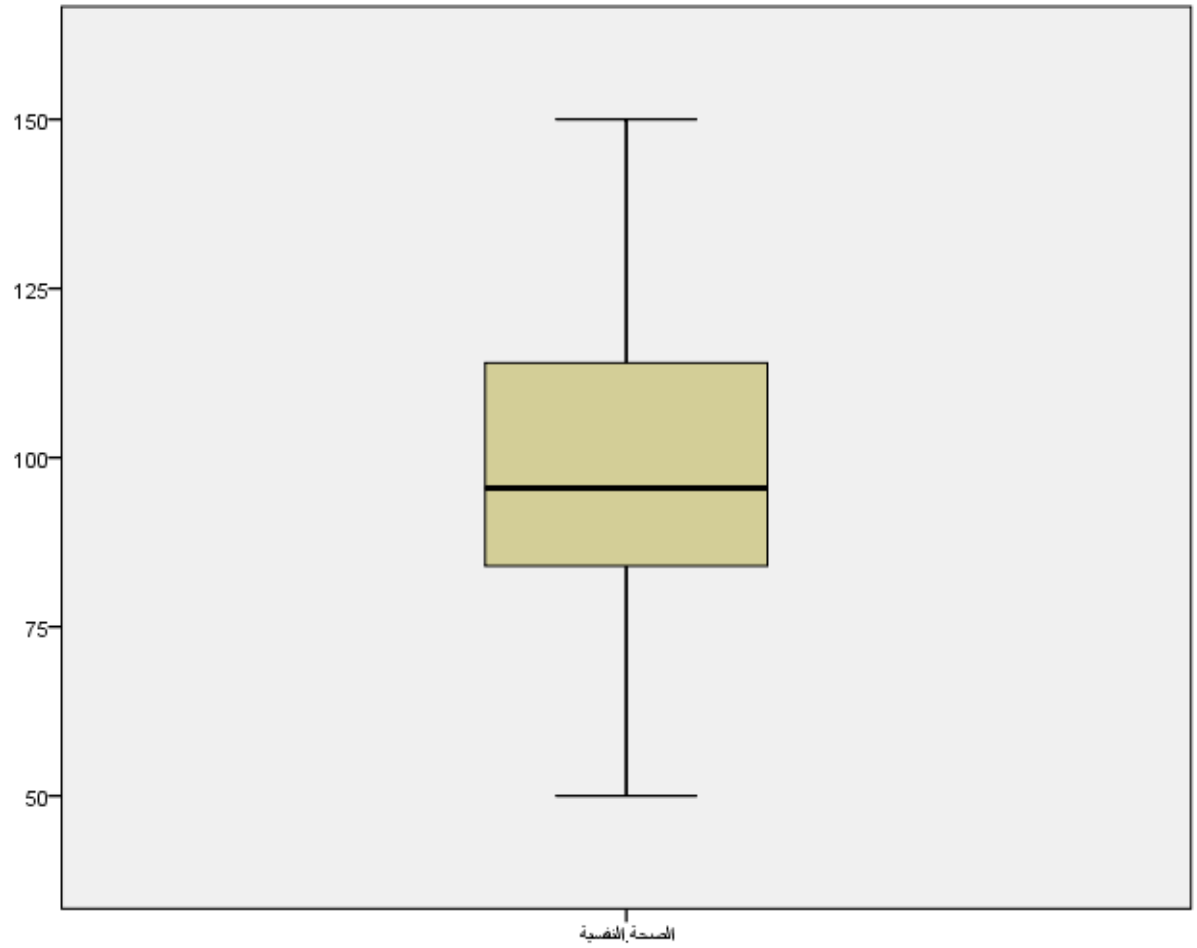
الصحة.النفسية Stem-and-Leaf Plot

Frequency	Stem &	Leaf
1,00	0 .	5
9,00	0 .	666777777
37,00	0 .	88888888888888899999999999999999999
16,00	1 .	0000000111111111
13,00	1 .	2222222233333
4,00	1 .	4445

Stem width: 100,00
Each leaf: 1 case(s)


Normogramme Q-Q des résidus de الصحة.النفسية
Normale théorique
Valeur observée
3
2
1
0
-1
-2
-3
50
75
100
125
150


Normogramme Q-Q des résidus de الصحة.النفسية
Ecart par rapport à Normale
0,3
0,2
0,1
0,0000
-0,1
-0,2
-0,3
50
75
100
125
150
Valeur observée


150
125
100
75
50
الصحة النفسية

ملحق رقم (09): يبين نتائج حساب فرضيات الدراسة

```
ONEWAY الصحة النفسية .قلق الموت. BY السن
  /MISSING ANALYSIS
  /POSTHOC=SCHEFFE ALPHA(0.05).
```

A 1 facteur

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
.قلق الموت	Inter-groupes	79,036	2	39,518	,188	,829
	Intra-groupes	16178,352	77	210,108		
	Total	16257,387	79			
.الصحة النفسية	Inter-groupes	4060,462	2	2030,231	3,721	,029
	Intra-groupes	42010,925	77	545,596		
	Total	46071,388	79			

Tests post hoc

Comparaisons multiples

Scheffe

Variable dépendante	(I) السن	(J) السن	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
						Borne inférieure	Borne supérieure
قلق الموت	1,00	2,00	2,05430	4,21269	,888	-8,4612	12,5698
		3,00	,11520	4,59498	1,000	-11,3545	11,5849
	2,00	1,00	-2,05430	4,21269	,888	-12,5698	8,4612
		3,00	-1,93910	3,76057	,876	-11,3260	7,4478
	3,00	1,00	-,11520	4,59498	1,000	-11,5849	11,3545
		2,00	1,93910	3,76057	,876	-7,4478	11,3260
الصحة النفسية	1,00	2,00	-15,26395	6,78849	,086	-32,2090	1,6811
		3,00	-19,43382*	7,40453	,037	-37,9166	-,9511
	2,00	1,00	15,26395	6,78849	,086	-1,6811	32,2090
		3,00	-4,16987	6,05994	,790	-19,2963	10,9566
	3,00	1,00	19,43382*	7,40453	,037	,9511	37,9166
		2,00	4,16987	6,05994	,790	-10,9566	19,2963

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

Sous-ensembles homogènes

قلق الموت

Scheffe[a,b]

السن	N	Sous-ensemble pour alpha = 0.05
		1
2,00	39	57,7692
3,00	24	59,7083
1,00	17	59,8235
Signification		,888

Les moyennes des groupes des sous-ensembles homogènes sont affichées.

a. Utilise la taille d'échantillon de la moyenne harmonique = 23,785.

b. Les effectifs des groupes ne sont pas égaux. La moyenne harmonique des effectifs des groupes est utilisée. Les niveaux des erreurs de type I ne sont pas garantis.

الصحة النفسية

Scheffe[a,b]

السن	N	Sous-ensemble pour alpha = 0.05	
		1	2
1,00	17	78,9412	
2,00	39	94,2051	94,2051
3,00	24		98,3750
Signification		,086	,828

Les moyennes des groupes des sous-ensembles homogènes sont affichées.

a. Utilise la taille d'échantillon de la moyenne harmonique = 23,785.

b. Les effectifs des groupes ne sont pas égaux. La moyenne harmonique des effectifs des groupes est utilisée. Les niveaux des erreurs de type I ne sont pas garantis.

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=قلق الموت. الصحة النفسية.
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG
  /STATISTICS DESCRIPTIVES
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Corrélation

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
قلق الموت.	58,7875	14,34537	80
الصحة النفسية.	92,2125	24,14916	80

Corrélations

		قلق.الموت	الصحة.النفسية
قلق الموت.	Corrélation de Pearson	1	-,644**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	80	80
الصحة النفسية.	Corrélation de Pearson	-,644**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	80	80

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

```
T-TEST GROUPS=.2 1)نوع الولادة)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=قلق الموت. الصحة النفسية.
  /CRITERIA=CI(.95).
```

Statistiques de groupe

	نوع الولادة.	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
قلق الموت.	طبيعية	54	61,9074	12,09751	1,64626
	قيصرية	26	52,3077	16,59342	3,25424
الصحة النفسية.	طبيعية	54	86,5370	21,35390	2,90590
	قيصرية	26	104,0000	25,73092	5,04625

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	T	Ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
قلق الموت.	Hypothèse de variances égales	3,352	,071	2,935	78	,004	9,59972	3,27029	3,08907	16,11036
	Hypothèse de variances inégales			2,632	38,252	,012	9,59972	3,64695	2,21845	16,98098
الصحة النفسية.	Hypothèse de variances égales	1,753	,189	-3,202	78	,002	-17,46296	5,45400	-28,32104	-6,60489
	Hypothèse de variances inégales			-2,999	42,143	,005	-17,46296	5,82313	-29,21333	-5,71259

A 1 facteur

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
قلق الموت.	Inter-groupes	1448,300	2	724,150	3,765	,028
	Intra-groupes	14809,087	77	192,326		
	Total	16257,387	79			
الصحة النفسية.	Inter-groupes	1383,262	2	691,631	1,192	,309
	Intra-groupes	44688,125	77	580,365		
	Total	46071,388	79			

Sous-ensembles homogènes

قلق الموت.

Scheffe[a,b]

عدد الولادات.	N	Sous-ensemble pour alpha = 0.05	
		1	2
5- 7 مرات	16	53,5625	
3- 5مرات	33	56,4545	56,4545
0- 2مرة	31		63,9677
Signification		,771	,179

Les moyennes des groupes des sous-ensembles homogènes sont affichées.

a. Utilise la taille d'échantillon de la moyenne harmonique = 23,988.

b. Les effectifs des groupes ne sont pas égaux. La moyenne harmonique des effectifs des groupes est utilisée. Les niveaux des erreurs de type I ne sont pas garantis.

الصحة النفسية.

Scheffe[a,b]

عدد الولادات.	N	Sous-ensemble pour alpha = 0.05
		1
0- 2مرة	31	87,1613
3- 5مرات	33	94,4545
5- 7 مرات	16	97,3750
Signification		,345

Les moyennes des groupes des sous-ensembles homogènes sont affichées.

a. Utilise la taille d'échantillon de la moyenne harmonique = 23,988.

b. Les effectifs des groupes ne sont pas égaux. La moyenne harmonique des effectifs des groupes est utilisée. Les niveaux des erreurs de type I ne sont pas garantis.