المركـــز الجامعـــــي غردايـــــة

معهـــد العلـــوم الإنسانيـــة والاجتماعيـــة

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة

دراسة ميدانية بمستشفى متليلي

مذكرة ضمن متطلبات نيل شهادة الليسانس في علم النفس العيادي

إعداد الطالبتين:

–الزهرة ميدوم

–حدة فنيـــش

إشراف الأستاذة

– الزهرة الأسود

الموسم الجامعي: 2011م–2012م

شكر و تقدير

بسم بالله و كفى و الصلاة و السلام على الحبيب المصطفى

"الحمد لله الذي هدانا لهذا و ما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله"

نحمد الله عز و جل الذي لا يحمد سواه على توفيقه لنا و تمكيننا من انجاز هذا العمل المتواضع و بكل فخر و اعتزاز نتقدم بالشكر وأسمى معاني التقدير إلى كل من كان لهم الأثر في انجاز هذا العمل و نخص بالذكر : الأستاذة "الأسود زهرة" التي تحملت معنا عناء إتمام هذا العمل و لم تبخل علينا لا بالنصح ولا بالتوجيه إلى كل أساتذة علم النفس دون استثناء كما نخص بالشكر كل طلبة علم النفس خاصة العيادي وكل من قدم لنا يد العون من قريب أو من بعيد كما نتوجه بفائق الاحترام و التقدير إلى أعضاء لجنة المناقشة لهذا البحث. وشكرا

*الزهرة * حدة*

. ملخص الدراسة :

. تهدف دراستنا إلى معرفة ما إذا كان هناك قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة، محاولين الإجابة على التساؤلات التالية:

. الإشكالية العامة:

. هل هناك ارتفاع في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة ؟

. ويندرج ضمن هذه الإشكالية التساؤلات التالية :

. التساؤلات الفرعية:

. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف السن ؟

. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف المستوى التعليمي.

. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف عدد الولادات.

. و يتم الإجابة عليها مؤقتا بصياغة الفرضيات التالية :

. الفرضية العامة :

-هناك ارتفاع في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة

- الفرضيات الجزئية

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف السن.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف المستوى التعليمي.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف عدد الولادات.

– و قد اتبعنا المنهج الوصفي المقارن في دراستنا و شملت العينة 100 امرأة مقبلة على الولادة من مستشفى متليلي و اختيروا بطريقة عشوائية بسيطة . و طبقت على هذه العينة أداة لجمع البيانات (الإستبيان) تمبلر لقلق الموت و المتكون من 15 نبدا يضم فقرات عن قلق الموت ، و قد عولجت البيانات إحصائيا باستخدام النسبة المئوية و اختبار "ت .T.est" لقياس دلالة الفروق بين متوسطي عينتين مستقلتين و الذي يتناسبا مع فرضيات هذه الدراسة .

علما أننا استخدمنا نظام SPSS لتحليل البيانات و قد توصلنا إلى النتائج التالية

–هناك ارتفاع في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة

–توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف السن.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف المستوى التعليمي.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف عدد الولادات.

Résumé de l'étude:

Notre étude visait à voir s'il y avait une préoccupation de la mort chez les femmes sur Entrées de naissance, en essayant de répondre aux questions suivantes:
Problématique générale:
Y at-il une augmentation du niveau de l'angoisse de mort dans Entrées femmes à la naissance?
Et s'inscrit dans ce dilemme aux questions suivantes:
Sous-questions:
Y at-il des différences significatives dans le niveau de l'angoisse de mort dans Entrées femmes à la naissance selon l'âge?
Les différences statistiquement significatives dans il le niveau de l'angoisse de mort dans Entrées femmes à la naissance selon le niveau d'éducation.
Les différences statistiquement significatives dans il le niveau de l'angoisse de mort dans Entrées femmes à la naissance en fonction du nombre de naissances.
Et les réponses sont temporairement formulé les hypothèses suivantes:
Hypothèse générale:
- Il ya une augmentation dans le niveau de l'angoisse de mort chez les femmes sur les Entrées de naissance
- Hypothèses partielles
- Il existe des différences importantes dans le niveau de l'angoisse de mort dans Entrées femmes à la naissance pour l'âge différent.
- Il existe des différences importantes dans le niveau de l'angoisse de mort dans Entrées femmes à la naissance pour le niveau d'éducation différent.
- Il existe des différences importantes dans le niveau de l'angoisse de mort dans Entrées femmes à la naissance pour un nombre différent de naissances.
- Et peut-on suivre l'échantillon de l'étude descriptive et comparative comprenait 100 Amrah sur le point de naissance et de l'hôpital Mtlili Bboutrikh sélectionné un échantillon aléatoire simple. Et appliqué à cet échantillon, un outil pour recueillir des preuves (questionnaire) templier de l'angoisse de mort et constitué de 15 sections, nous commençons avec sur angoisse de mort, et des données statistiques a été traitée à l'aide du pourcentage de test et "t. "T.est pour mesurer les différences significatives entre les moyennes de deux échantillons indépendants, ce qui Atanasba avec les hypothèses de cette étude.
Note du système, nous avons utilisé SPSS pour analyser les données et ont atteint les résultats suivants
- Il ya une augmentation dans le niveau de l'angoisse de mort chez les femmes sur les Entrées de naissance
- Il existe des différences importantes dans le niveau de l'angoisse de mort dans Entrées femmes à la naissance pour l'âge différent.
- Il existe des différences importantes dans le niveau de l'angoisse de mort dans Entrées femmes à la naissance pour le niveau d'éducation différent.
- Il existe des différences importantes dans le niveau de l'angoisse de mort dans Entrées femmes à la naissance pour un nombre différent de naissances.

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
شكر وتقدير	
ملخص الدراسة	أ-ج
فهرس المحتويات	د-و
فهرس الجداول	ز
مقدمة	ح-ط
الفصل الأول: مشكلة الدراسة واعتباراتها	
مشكلة الدراسة	11
تساؤلات الدراسة	14
فرضيات الدراسة	15
أهمية الدراسة	15
أهداف الدراسة	15
التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة	15
الفصل الثاني: قلق الموت	
تمهيد	18
أولا: القلق	18
تعريف القلق	18
أسباب القلق	19
النظريات المفسرة للقلق.	19
أعراض القلق	24
أنواع القلق	27
ثانيا: قلق الموت	28
تعريف قلق الموت	28
النظريات المفسرة لقلق الموت	29
أسباب قلق الموت	31
أنواع قلق الموت	32
أعراض قلق الموت	33

خلاصة الفصل 34
الفصل الثالث: الحمل والولادة
تمهيد 36
أولا: الحمل: 36
تعريف الحمل 36
التغيرات الناجمة عن الحمل 37
مضاعفات الحمل 39
ثاتيا: الولادة 40
تعريف الولادة 40
أنواع الولادة 41
إعداد الحامل نفسيا للولادة 43
الوضع النفسي للحمل 44
خلاصة الفصل 45
الفصل الرابع : إجراءات الدراسة الميدانية
تمهيد : 47
اولا: الدراسة الاستطلاعية . 47
- 1)- اهمية و اهداف الدراسة الاستطلاعية 47
-2)- وصف عينة الدراسة الاستطلاعية 48
-3)- وصف اداة القياس الاستطلاعية 48
-4)- بعض الخصائص السيكومترية لاداة القياس 49
ثانيا : الدراسة الاساسية : 51
-1)- المنهج المستخدم في الدراسة 51
-2)- حدود الدراسة الاساسية 51
-3)- وصف عينة الدراسة الاساسية 51
-4)- اداة جمع البيانات 52
-5)- الاساليب الاحصائية المستخدمة 52
خلاصة الفصل 53
الفصل الخامس : عرض وتفسير نتائج الدراسة الأساسي
تمهيد : 55

1)- عرض وتفسير نتيجة الفريضة العامة. 56
2)- عرض وتفسير نتيجة الفريضة الأولى. 57
3)- عرض وتفسير نتيجة الفريضة الثانية. 58
4)- عرض وتفسير نتيجة الفريضة الثالثة. 59
خلاصة الفصل. 61
خلاصة عامة 62
اقتراحات الدراسة 63
المراجع 65
الملاحق

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	جدول يوضح توزيع أفراد العينة الأساسية	52
02	جدول يوضح النسبة المئوية لاستجابات النساء المقبلات على الولادة حول قلق الموت	56
03	جدول يوضح دلالة الفروق في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف السن.	57
04	جدول يوضح دلالة الفروق في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف المستوى التعليمي	58
05	جدول يوضح دلالة الفروق في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف عدد الولادات	59

مقدمة:

يعتبر القلق ظاهرة قائمة فالإنسان قدر عليه أن يعيش القلق الذي ارتبط بحياته، ولأن وجوده غير ذاته فإنه لذلك يفكر فيه دائما.

لقد أطلق على قلق التاسع عشر عصر القلق وأطلق عليه هذا الاسم لأنه طابعه الخاص، وإنسان هذا العصر يعاني دور العوامل النفسية المؤثرة في حياته اليومية ومطالبة الاجتماعية، فالمجتمعات العصرية لم تعد ضحايا مجاعات وأمراض وأوبئة، ولو أنها متفرقة ومتناثرة في بقاع الأرض، ولكن حلت محلها ويتأثر أكثر قسوة جيوش من الأوبئة النفسية الخبيثة وعلى رأسها القلق.

ويعد القلق من الانفعالات التي يضطرب لها الإنسان كله، ويمكن وصفه بأن حالة وجدانية يصحبها اضطراب فسيولوجي ونفسي، والقلق خوف من خطر محتمل، كالخوف من المجهول والغريب أو الخفي غير المتوقع، ويندرج الخوف من الموت تحته، لأن الموت يحوي جوانب كثيرة مجهوله وغامضة، ويرتبط لدى الكثيرين بانفعالات عنيفة واتجاهات سلبية تتجمع معا مكونة ما ندعوه أحمد عبد الخالق بأنه استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتيه من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أو توقع اي مظهر من المظاهر المرتبطة بالموت و الاحتضار لدى الشخص أو ذويه. (هبة ابراهيم واحمد عبد الخالق، 2005، ص 61) .

و الوقع أن تفكير الإنسان في الموت لحظة من لحظات من حياته أمر حتمي، خاصة عند مواجهته للمواقف الضاغطة التي قد تهدد حياته وكيانه الجسدي و النفسي وما ينشا عنها من أثار سلبية، وتعد رهبة الإقبال على الولادة واحدة من أقسى تجارب القلق التي يمكن للإنسان أن يتعرض لها، ذلك لأنها فعل اعتداء تدميري ذو هدف سام هو المساعدة على التكاثر، و استقرار الحياة، ولكن هذا الاعتداء قد يفشل في تحقيق هدفه، وهذا الاحتمال مهما كان ضعيفا إلا انه يضل موجودا و لا يغيب عن بال المرأة، و هذا ما ينجم عنه انهيار معنويات المرأة و قلقها. و أهم من ذلك خوفها من الموت و من الطبيعي إن تختلف حدة هذا القلق من امرأة إلى أخرى، حسب شخصية كل واحدة .

وتكمن هذه الدراسة في أنها تحاول تسليط الضوء على الحالة الشعورية للمرأة المقبلة على الولادة و بالتالي تهيئتها نفسيا قبل الولادة، كما نهدف من خلالها إلى معرفة ما إذا كان هناك ارتفاع في درجة قلق الموت لدى النساء المقبلات غلى الولادة . و كذا معرفة ما إذا كانت هناك فروق في هذه الدرجة باختلاف السن والمستوى التعليمي . وما دفعنا لاختيار هذا الموضوع هو الرغبة في معرفة العلاقة بين القلق الموت و النساء المقبلات على الولادة، فقد لاحظنا خلال تربصنا في مصلحة التوليد إن المرأة المقبلة على الولادة، تنتابها بعض المخاوف التي تتعلق بالولادة ومجرياتها والنتائج المترتبة عنها، وهذه المخاوف تنشأ من الأفكار التي تراود المريض حول الموت أو الخبرات السابقة .

لذلك تم اختيار عينة عشوائية بسيطة شملت كل امرأة مقبلة على الولادة، نظرا لطبيعة الدراسة المتناولة .

و قد قسمت الدراسة إلى:

ثلاث فصول نظرية:

الفصل الأول يتضمن مشكلة الدراسة و اعتبارها .
أما الفصل الثاني : تناولنا فيه متغير قلق موت، حيث تطرقنا إلى القلق ووضحنا تعريفه، أسبابه، أعراضه، النظريات المفسرة للقلق، أنواعه، ثم تطرقنا إلى قلق الموت وبينا مفعوله، أسبابه، أعراضه، النظريات المفسرة له، أنواعه .

و الفصل الثالث: تناولنا فيه تعريف الحمل التغيرات الناجمة عن الحمل، مضاعفات الحمل، الوضع النفسي للحامل، و كذا تعرف الولادة، أنواع الولادة، إعداد الحامل نفسيا للولادة .
وبالنسبة للفصل الرابع و الفصل الخامس فهما فصلان تطبيقان و اللذان تضمنا إجراءات الدراسة الميدانية و عرض و مناقشة للنتائج المتوصل إليها و ختمت الدراسة باقتراحات و ختمت الدراسة باقتراحات تفتح آفاق الدراسات مستقبلية .

الفصل الأول

1 – مشكلة الدراسة

2 – تساؤلات الدراسة

3 – فرضيات الدراسة

4 – أهمية الدراسة

5 – أهداف الدراسة

6 – التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة

1- مشكلة الدراسة:

يعتبر القلق ظاهرة قائمة، فالإنسان قدر عليه أن يعيش القلق، الذي أرتبط بحياته ولأن وجوده غير ذاته فإنه لذلك يفكر دائما فيه.

وللقلق في علم النفس الحديث مكانه بارزة، فهو العرض الجوهري المشترك في الاضطرابات النفسية والنفس جسمية، كما أنه المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية والعقلية حتى إنه أطاق عليه اسم " سمة العصر" أو"عصر القلق"، حيث تشير الأرقام إلى أن المرضى الذين يترددون إلى عيادات لأطباء من مختلف التخصصات غير الطب النفسي توجد منهم نسبة لأتقل عن الثلث هي حالات أصلها القلق النفسي.

وقد أشكر"أحمد عكاشة"أن حوالي 20 بالمائة.من المرضى النفسين المترددين على عيادات الطب النفسي بمستشفي عين شمس يعانون من القلق النفسي. وهي أعلى نسبة لجميع الأمراض النفسية والعقلية. وتذكر الأرقام بناء على إحصائيات في الو.م.أ عن القلق أن ما يقرب 25%(بالمائة) لديهم حالة من القلق.

(محمد غانم،2005،ص91).

قد يكون القلق إيجابيا بقدر محدود وهو ضروري للنمو. يدفع للإنجاز والتحدي ومواجهة الظروف الطارئة والتصدي لها وقد يكون سلبيا القدر كبير أو يكون معوقا ويرغم لفرد على تكوين دفاعات عصبية أو ذهنية أو هناك دلائل كثير توجه بأنه مرضي لأنه مجهول المصدر(محمد نبيل،ص 104) ولأن مصطلح، القلق مصطلح عام وشامل وينطوي على عدة أنواع منها قلق الموت....وبما أن الموت يحتوي على جوانب كثيرة مجهولة وغامضة فهو يندرج تحت مفهوم القلق طالما انه القلق هو الخوف من المجهول.

وفي هذا المجال يرى "ثوران" أن << قلق الفرد كمنفي خوفه من المستقبل وما يحمله من أحداث تهدد وجوده فالإنسان هو كائن الوحيد الذي يدرك تماما أن نهايته حتمية أو أن الموت قد يحدث له في أي لحظة، وإن توقع حدوث الموت فجأة يعد تنبيها أساسيا للقلق عند الإنسان، وهذا ما ينشا عنه القلق الموت>>.

(أديب ألخالدي، 2006،ص197).

معنى هذا الحديث معرفة التالي أنهم ليسو الخالدين في هذه الدنيا، دون معرفة الزمان والمكان لموتهم ولا للطريقة التي يموتون بها.

وهذا ما تفسره الآية الكريمة : قال عز وجل: « وما تدري نفس ماذا تكسب غدا. وما تدري نفس بأي أرض تموت» (لقمان أية 34).

وإذا كان الموت والقلق ليمثلن أمام أذهاننا وخواطرنا في كل لحظة لكنهما في الحقيقة ليغيبان كثيرا عن فكرنا وحياتنا ومجتمعنا وفي هذا الصدد نجد قول الفيلسوف الإغريقي "هيراقليطس" عام (500ق.م) أيقول:أن كل ما نراه هو الموت"All that we see is death "

أي أن كل شيء يؤدي إلى الزوال وأننا بالرغم من استمرار حياة أحد منا إلا أنها مرتبطة دائما بالموت.

(أحمد محمد عبدا لخالق،1987،ص14).

وللبحث في مسألة الموت والقلق الذي ينشأ عنه نجد أن كل العلوم الاجتماعية والإنسانية اهتمت بهذه المسألة بما فيها علم النفس بحيث هناك دراسات قام بها " فخدر" أحد مؤسسية علم النفس التجريبي، إذ وضع كتاب حول الموت عنوانيه"الحياة بعد الموت" ونجد كذلك" وليام جمتين" الذي كتب عام 1910 عن الخلود، في حين أجرى"ستانلي هول" عام 1915 دراسة أمر بقية مبكرة عن راهب الموت، ونجد كتاب"دوركايم" عن الانتحار، كما نلمس، اهتمام الأنثروبولوجيا الشديد بالموضوع ذاته فمن الصعب أن تتخيل هذا المجال دون فحص مفصل المراسيم الجنازة وطقوسي الحداد. وفي عام 1901 قدم"مشينكوف" وهو حاصل على جائزة نوبل في البيولوجي الطبية مصطلح"عليم دراسة الموت والاحتضار".

ومع خمسينيات هذا القرن بدار اهتمام علم النفس والمجالات القرنية منه شكل مفصل بالموت والموضوعات المرتبطة به (أحمد محمد عبد الخالق.1987.ص41).

إن المسلمة الأساسية في دراسة الموت هي النظر إليه علي أنه أمر تنقيطي أو متناقض فهو المرض الذي لأذواء له .لهذا نجد الإنسان دائم الخوف والقلق من الموت. والقلق الموت أهمية فائقة لدى العديد من لنظريين مثل " يميلاني كالين" التي ترى أن قلق الموت هو أساس كل قلق أو ليفترض بعض واضعي نظريات لتحليل لنفسي أن الخوف من الموت كان وراء كل المخاوف كذلك يري " كارل يونج" أن قلق الموت مصدر أساسي للبؤس العصبي خصوصا في النصف الثاني من حياة الإنسان.

ويرى كثير من المحللين الوجود ين وكذلك"الفرد أدير" أن المرض العقلي يتكون نتيجة لفشل في تجاوز الخوف من الموت. ولقد اكتشفت لبحوث المستمرة في علم النفس أننا لسنا جميعا مساوين في كل شيء بما في ذلك القلق، هناك فروق فردية في درجة القلق بين الأفراد. فنجد جميعا نخاف من الموت لكن بدرجات متفاوتة. وتطبيقا للمبادئ السيكولوجية العامة علي هذا المجال نقول أن القلق بدرجة منخفضة من الموت أمر سوي وعادي تماما. علي حين أن القلق منه بدرجة مرتفعة أمر غير سوي، إذ يدل على اضطراب انفعالي شديد.

(المرجع نفسه.ص19)

من هدا المنطق نقول أن قلق الموت يتحدد إما بعوامل داخلية كالحالة الصحية النفسية والجسمية بوجه عام أو عوامل خارجية كخبرات الحياة المتصلة بموضوع الموت فمثل قد نجد امرأة حامل توفيت أمها أو أختها أو صديقة لها وهي حامل أو عند ولادتها سببت لها هذه الخبرات ارتفاع درجة قلق الموت. أو قد تكون المرأة الحامل في خذ ذاتها مريضة مثلا بمرض مزمن قد يشكل خطر على حياتها، كالسكر،أو القلب أو ضغط الدم مثلا أو قد تكون ولادتها عسرة في مولود سابق لها . خاصة إذا لم نجد السند العاطفي والتكفل النفسي في تلك اللحظة.

وفي هذا الصدد ونظر الأهمية الموضوع البالغة نجد عدة دراسات سابقة في هذا المجال منها؛ دراسة "ساند رز" sonderas (1980) تؤكد أن قلق الموت يزداد لدى كبار السن الذين يعتنقون اتجاهات غير متسقة تجاه الموت. (عبد الخالق وآخرون،1991،ص53)

أما دراسة "تمبلر وزملائه" هذه الدراسة كانت على عينة تتكون من 250 شخص مقيمين في بيوت كبار السن الذين تراوحت أعمارهم بين 93 و96 عام، وحسب الارتباط بين الاتجاه الإبداعي لدى هذه العينة وطرق مواجهتهم لعملية التقدم في العمر والاتجاه نحو الموت ظهر أنه كلما كانت شخصية الفرد مبدعة ومحققه لذاتها كانت طريقة مواجهتها للشيخوخة أفضل وإنكارها للموت أقل.

أما فيما يخص قلق الموت وعلاقته بالجنس فهناك دراسة "ميدلتون" (1936): أشارت من خلال استخبار قلق الموت قدمه لطلاب الجامعة أن الإناث يفكرن أكثر ويخفن من الموت وتفضلن أن تكن جاهلات للحياة بعد الموت، ويعتقدن أكثر من الذكور بوجود حياة بعد الموت.

وهناك دراسة أخرى"لعبد الخالق وآخرون" في جامعة الإسكندرية حول قلق الموت وعلاقته بالتدين: كشفت هذه الدراسة على أن هناك ارتباط سلبي بين قلق الموت والتدين أي كلما زاد التدين انخفض قلق الموت غير أن النتيجة لم تكن نفسها عند عينة النساء في نفس الجامعة.

أما بالنسبة لقلق الموت وعلاقته بالمستوى التعليمي فهناك فريق بحيثي من الجمعية النفسية العراقية قام بتصميم مقياس لقلق الموت مكون من(15) فقرة، تتم الإجابة عليه بخمسة بدائل، وتم تطبيقه علي عينة من أساندة جامعي بغداد والمستنصرة ذكورا وإناثا من حاملي شهادتي الماجستير والدكتور. فأظهرت ارتباط سلبيا منخفضا وتوصلوا إلى الاستنتاجات التالية:

- إن قلق الموت ظاهرة منتشرة لدى هذه العينة من أساتذة الجامعة العراقيين.إذ لا يقترن بعمر معين ولا مستوى تعليمي معين.
- أما فيما يخص قلق الموت وعلاقته بالصحة الجسمية، فهناك دراسة" كور نيل": بحيث توصل هذا الباحث في ذليلة" CMI " إلى أن قلق الموت وفي جزئه الأكبر مرتبط بالصحة الجسمية، فقد تحصل مرضى الغسيل الكلوي على درجات عالية من قلق الموت. (المرجع السابق نفسه، ص120).

وفي هذا الصدد نجد دراسة "فيفل" فأكدت هذه الدراسة علي أن قلق الموت مرتفع عند الأطباء مقارنة مع المهن الأخرى، ذلك لأن الأطباء قد اختاروا هذا المهنة حتى يتمكنوا من السيطرة علي خوفهم من الموت، وأن البطنين يخافون من الموت أكثر من بقية الأطباء.

ومن هنا حاولنا التطرق لإحدى المواقف التي يمكن أن تؤذي إلي ارتفاع درجة القلق الموت لدى الإنسان، ألا وهي حالات الحمل، فالحمل وما يصبحه من تغيرات نفسية وجسمية وهرمونية، وخبرات حالات الحمل المؤلمة تجعل المرأة الحامل تفكر في قلق الموت، وعلي الرغم من أن الموقف يدعوا إلي القلق من الموت إلا أن هناك عوامل كثيرة تؤثر في درجة هذا القلق، ومن أهمها عامل السين، المستوى التعليمي، الجنس، عدد الولادات . التدين أنوع الولادة....الخ. ومن هنا تجدر الإشارة إلى أنه مادمنا لسنا متساوين في عل شيء وبيننا فروق فردية، فإن قلق الموت أيضا يندرج تحت هذا المبدأ.

وكما أن هناك دراسات سابقة فيما يخص قلق الموت فالحمل هو الأخر له دراسات سابقة تخص بالذكر منها بالاتي:

دراسة قام بها إبراهيم بن حسن الخضر حول معرفة مدى تقبل أطباء النساء والولادة لإجراء مسح لاضطرابات القلق للسيدات الحوامل أللأتي يراجعن عيادات الحمل، وذلك لأنه يؤثر بصورة سلبية علي صحة المرأة والجنين. تم اختيار1193 طبيبا وتمت متابعتهم أثناء ممارستهم اليومية في مراجعة الحمل.

20% فقط من الأطباء ابدوا اهتماما بالقلق وحولوا المريضات اللاتي بعانين منه إلى العيادات المختصة بعلاج الأمراض النفسية.

وتشير دراسة "liter" (1982) والتي تناولت المؤشرات الفيزيولوجية للحالة النفسية على عينة من النساء الحوامل قبل وبعد الولادة، طبق عليهن مقياس أعراض الخداعات(الأوهام) لقياس درجة القلق قبل الولادة وبعدها فتوصل إلى وجود درجات غالية من القلق الولادة وتخفا ضنها بعد الولادة.

(رشاد عبد العزيز، 1996،ص110).

أما فيما يخص دراسة" MALERO " 1984 فجاءت لتؤكد القلق أثناء الحمل وعلاقته بالمستوى الثقافي. طبق مقياس القلق كحالة وسمة. على إناث يحملن لأول مرة وطبق عليهن مرتين قبل الولادة ولعدها.(تراوحت أعمارهن بين25.22سنة)، تبعا لمتغير المستوى الثقافي فوجد أن المثقفات أقل قلقا من غير المثقفات.

أما فيما يخص القلق وعلاقته بصحة المولود فتوصلت الدكتورة " Snither Kristine Danklel "من جامعة كاليفورنيا لوس أنجلس في دراستها السريرية المقارنة التي أجدتها إلى أن القلق خلال الحمل غالبا ما يؤذي إلى ولادة طفل منخفض الوزن أو ولادة مبكرة (محمد النجار، ب س، ص25).

ومن خلال هذه الدراسات السابقة تستنتج أن العامل النفسي له تأثير كبير على الحمل والولادة. ومن هذا المنطق، وبما أن موضوع دراستنا يتمحور حول قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة، فقد ارتأينا طرح التساؤلات التالية:

2)- تساؤلات الدراسة:

1)- هل هناك ارتفاع في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة؟

2)- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف السن؟

3)- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف المستوى التعليمي؟

4)- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف عدد الولادات؟

3)- فرضيات الدراسة:

بعد استعراض تساؤلات الدراسة، يمكن صياغة الفرضيات التالية:

1)- هناك ارتفاع في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة.

2)- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف السن.

3)- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف المستوى التعليمي.

4)- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف عدد الولادات.

4)- أهمية الدّراسة:

1)- الانتشار الواسع لقلق الموت بين النساء في طور الإنجاب.

2)- خصوصية الحالة النفسية للمرأة في هذه الفترة.

3)- أهمية الحمل بالنسبة للمرأة والأسرة ككل.

5)- أهداف الدراسة: تهدف هذه الدّراسة إلى:

1- التشخيص والبحث عن أنجح الطرق للتخفيف من حدة قلق الموت لدى المرأة الحامل.

2- محاولة معرفة في ما إذا كان هناك ارتفاع في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة.

3- محاولة معرفة في ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف السن.

4- محاولة معرفة في ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف المستوى التعليمي.

5- محاولة معرفة فيما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف عدد الولادات.

6- التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة:

*** قلق الموت:**

هو أحد أنواع القلق، وهو استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر المرتبطة بالموت والاحتضار لدى الشخص، وهذا كما يقيسه مقياس "تمبلر" templer لقلق الموت.

* **المرأة المقبلة على الولادة:**

هي امرأة تحمل في أحشائها جنين من الإلقاح، حتى المدة ما بين 7 أشهر و 9 أشهر من الحمل.

* **المستوى التعليمي:** ويقصد به المستوى التعليمي لعينة الدراسة؛ وينقسم إلى قسمين مستوى تعليمي عام ومستوى تعليمي عالي:

1- المستوى التعليمي العام: ويضم المستوى الابتدائي والمتوسط والثانوي.

2- المستوى التعليمي العالي: وهو المستوى الجامعي.

الفصل الثاني: قلق الموت

تمهيد:

-أولا: القلق

1 – تعريف القلق

2 – أسباب القلق

3 – النظريات المفسرة للقلق

4 – أعراض القلق

5 – أنواع القلق

-ثانيا: قلق الموت

1 – تعريف قلق الموت

2 – أسباب قلق الموت

3 – النظريات المفسرة لقلق الموت

4 – أعراض قلق الموت

5 – أنواع قلق الموت

- خلاصة الفصل.

*** تمهيد:**

تعتبر ظاهرة الخوف من الموت متفشية ومنتشرة بكثرة لدى غالبية الناس لأنه موجود بأفكارهم بأشكال مختلفة. وأسباب متعددة سواء كانت هذه الأسباب من البيئة الخارجية، كموت صديق عزيز أو كارثة طبيعية مدمرة مثلا، أو حتى أسباب داخلية نفسية نتيجة تعرضه لمرض معين أو ولادة مثلا بالنسبة للمرأة.

من هنا تبدأ فكرة الخوف من الموت تحفر في ذهن الفرد، وفي هذا الصدد يرى beakel et mayer أن الخوف من الموت أساس العصابة (الاضطراب النفسي) وهو أيضا أصل الذهان(المرض العقلي).

من كل هذا يتبين لنا أن القلق الموت هو اضطراب خطير يؤثر علي شخصية الفرد وكيانه ككل. وقد يؤدي به إلى الموت حقا وهذا ما سوف نتعرض له في فصلنا هذا.

* أولا: القلق:

1- تعريف القلق:

يختلف العلماء في تحديد تعريف موحد وشامل للقلق وذلك لاختلاف وجهات نظرهم ومنطقاتهم في معالجته ، لذلك فقد ارتأينا أن ننطلق من مجموعة من التعارف وهي كالتالي:

* **التعريف اللغوي** : القلق وهو الانزعاج، وأقلق الشيء من مكانه أي حركه، والقلق أن لا يستقر في مكانه، وقد أقلق فقلق، وفي حديث علي: « وأقلق السيوف في الغمد (أي حركوها في أغمادها) قبل أن يحتاجوا إلي سلها ليسهل عند الحاجة إليها » (ابن منظور،1990، ص 323-324).

* **التعريف الاصطلاح**:وردت عدة تعار يف للقلق تذكر منها:

تعريف"مسرمان"« القلق هو عبارة عن ردة فعل الفرد علي الخطر الناجم عن الفقدان أو الفشل الواقعي أو المتصور، والمهم شخصيا للفرد. حيث يشعر بالتهديد جراء هذا الفقدان أو الفشل» .

(سامر رضوان،2002،ص266).

تعريف"علي قوادرية" « القلق هو استجابة انفعالية لخطر يخشى من وقوعه يكون موجها للمكونات الأساسية للشخصية » (علي قوادرية،2009.ص15).

تعريف" فاروق عثمان":« القلق حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له كثير من الكدر والضيق والألم » (فاروق عثمان،2008.ص 15).

تعريف " محمد مياسا"(1997):« القلق هو نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يتهدده، ينتظر وقوعه أو يخشي من وقوعه، وهو ينطوي علي توتر انفعالي وتصبحه اضطرابات فيزيولوجية مختلفة »

(أسماء حسين،2002،ص256)

تعريف "حامد زهران" « القلق هو حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ويصبحها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية » (حامد زهران،1995،ص397).

يتبين من خلال التعاريف السابقة أن هناك تشابه في تعريفاتها للقلق، فقد أجمعت معظمها على أن القلق هو حالة من التوتر الشامل كردة فعل على توقع تهديد خطر فعلي آو رمزي، ماعدا تعريف"فاروق السيد عثمان " إذ قال بأنه خوف غامض يسبب للفرد الضيق والكدر.

ومنه يمكن أن نعرف القلق على أنه « توتر شامل وخوف غامض كاستجابة انفعالية على توقع خطر فعلي أو رمزي» .

2- أسباب القلق: تكمن أسباب القلق في مايلي:

1)- الاستعداد الوراثي والذي قد يختلط بالعوامل البيئية.

2)- الاستعداد النفسي (الضغط النفسي الذي تفرضه الظروف البيئية علي الفرد)، حيث يختلف الأفراد في استجابتهم لمشاعر القلق في المواقف التي يتعرضون لها وحالتهم العامة جسديا ونفسيا كالضعف النفسي العام، وطبيعة التهديد الخارجي الذي يواجهه الفرد أو طبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها رغبات الفرد النفسية.

3)- مواقف الحياة الضاغطة (الضغوط البيئية، الحضارية، الحديثة، الثقافية).

4)- عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية.

5)- التعرض للخبرات الحادة تربويا. عاطفيا. اقتصاديا.

6)- التعرض للخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة.(محمد جاسم محمد،2004.ص246).

7)- يرجع"فرويد" القلق إلى عدم الإشباع الجنسي الطبيعي ووجود عقدة أوديب.

8)- أسباب ناتجة عن الأفكار المكتوبة والنزعات والحدائد مما يؤدي إلى القلق، وهو ما يسمي بالعوامل الدنيا المبكية.

9)- أسباب ناتجة من عوامل حيوية تشير للجهاز العصبي الذاتي مما يؤدي إلي ظهور زمرة من الأعراض الجسمية وذلك بتأثير مادة الابنفرين على الأجهزة المختلفة، وقد وجد ثلاثة نواقل في الجهاز العصبي تلعب دورا هاما في القلق النفسي وهي: النوار بنفرين. السيروتونين، القابا. (نتيجة صالح السامرائي،2006.ص49).

10)-"إدلر" أرجع القلق إلى عقدة النقص ومشاعر النقص (الجسمي، المعنوي، الاجتماعي).

11)- أرجع "أوتورانك" القلق إلى صدمة الميلاد فهي تؤدي إلى باكورة القلق.

12)- أرجعت "كارين هورني" القلق إلى ثلاثة عناصر هي الشعور بالعجز وبالعداوة والشعور بالعزلة.

13)- يرى السلوكيون أن القلق استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت موافقة معينة، ثم تعميم الاستجابة بعد ذلك. (ويكون بذلك سلوكا مكتسبا مبنى على ما يعرف بالتجاوب الشرطي).

(حامد عبد السلام زهران، 1997،ص 486).

3- النظريات المفسرة للقلق:

اختلفت تفسيرات القلق باختلاف المدارس والاتجاهات، فهناك نظرية التحليل النفسي، وهناك النظرية السلوكية، والمعرفية والإنسانية والسيكوسوماتية، وهذا الاختلاف في وجهات النظر يعود إما لأصل القلق أو إلى منشئة أو نوعه.....الخ.

3-1- من وجهة نظر الفرويدية:

ترجع أسباب القلق إلى مصادر غريزية، فإذا زاد التوتر الغريزي زيادة كبرى، وزاد ضغط الذات العليا (الأنا الأعلى) اعتبر ذلك مصدر للضغط على الأنا، والقلق لدى "فرويد" ينتج الصراع بين قوتين في النفس: قوة الغرائز (الهو) والقوة المقابلة لها وهي قوة المعايير الأخلاقية، والتي تعتبر قوة مراقبة ورادعة والتي يعبر عنها بالذات والعليا (أو الأنا الأعلى). وفي هذه الحالة يكون الأنا هو موضوع الخطر، وإذ ينشأ الاضطراب بسبب عجز الأنا تجاه الأنا الأعلى، أي أن الشخص يشعر بالصيغة والعجز عن التصرف السليم والتوفيق مع الواقع الخارجي.

كما أعتبر "فرويد" كذلك أن صدمة الميلاد باكورة المصادر التي تبعث القلق في نفس الفرد، وإن صدمة الميلاد تشتمل على سلسلة من المشاع المؤلمة التي نتجت كن تغير بيئة الطفل سبب ميلاده، وهذه الصدمة نتجت عن انفصال الطفل عن أمه واستقلاله عنها.ويعتبر « فرويد » ، هذه الصدمة الأولى وما يتولد عنها من مشاعر مؤلمة. الأساس الأول الذي يهد لظهور القلق فيما بعد.

وربط" فرويد" كذلك بين القلق وبين"الليبيدو" أو الرغبة الجنسية، باعتباره مكونا من مكونات الشخصية.وقد فسر « فرويد » ذلك بقوله إنه عندما يكون الفرد في حالة استثارة جنسية قوية ولا يجد لها إشباعا. ينتج عنها بعد ذلك أن تختفي الاستشارة ويحل محلها مشاعر القلق في صورة فزع. وكلما كانت الاستشارة الجنسية قوية كلما حرمت ولم يتمكن صاحبها من إشباعها. أي أن"فرويد" كان يعتقد أن القلق سبب الاستشارة الجنسية غير المشبعة.

لكن"فرويد" قد عدل في كتابة الأخير عن"القلق"(الذي نشر في فينا في عام 1926) نظريته في مفهوم القلق، فلم يعد يؤكد أن الخبرات الناتجة عن صدمة الميلاد باعتبارها العوامل الوحيدة والأساسية للقلق، وإنما قرر بجانب ذلك وجود مواقف خطيرة تهدد الفرد في مراحل نموه المختلفة، فهناك مثلا خوف الطفل من فقدان حب أمه« عقدة أوديب » ، والعكس بالنسبة للفتاة « عقدة إلكترا » خاصة في السنوات المبكرة من حياتها أو ذلك الخوف الناشئ من تهديد« بالاخصاء » .

وهناك أخيرا الخطر الناشئ من تهديد الذات العليا(تهديد الضمير، كالشعور بالذنب بسبب عملية التطبيع الاجتماعي)،كذلك ما يتعرض له الطفل من عوامل إحباطية تتصل بإشباع الدوافع الأولية.مثل: التغذية، الإخراج، السلوك الجنسي، الميل إلى العدوان، إذ يترتب على محاولات الطفل إشباع هذه الدوافع عقاب الوالدين، وقد يؤدي

هذا العقاب إلا الألم وإلى الشعور بالخوف وهذا بدوره يؤدي إلى القلق إذا ما استشيرت هذه الدوافع. (مصطفى فهمي، 1998، ص 202- 203).

* **مناقشة وجهة نظر "فرويد"**: كانت دراسته للقلق قفزة هائلة في تاريخ التحليل النفسي، فقد بين أن القلق هو أساس الأمراض العصابية لكنه لجأ إلى الأمور الجنسية واستبعد بعض الجوانب التي يمكن أن تفسر القلق، مثل العوامل الاجتماعية والتربوية.

3-2- نظرية "أدلر" :

يرى "أدلر" أن القلق النفسي ترجع نشأته إلى طفولة الإنسان الأولى، كأن يشعر الفرد بالقصور الذي ينتج عنه عدم الشعور بالأمن، وقد حدد "أدلر" مفهوم القصور في بادئ الأمر بأنه القصور العضوي ثم ذهب بعد ذلك فعمم هذا القصور حتى شمل القصور بمعناه المعنوي أو الاجتماعي.

والمقصود بنظرية القصور العضوي في نظر "أدلر" أن الفرد يتمثل هذا القصور في أحد أعضاء جسمه إما نتيجة لعدم استكمال نموه وتوقفه، أو لعدم كفايته التشريحية أو الوظيفية أو بسبب عجزه عن العمل بعد المولد، وقد لاحظ "أدلر" وقد كان طبيبا أن أعضاء البدن الأساسية للحياة تزيد في النمو وتجيد أداء وظيفتها إذا أصيب جزء منها أو جانب من الأعضاء الأخرى التي تتصل بها بما يعوق عمله.

ولقد أستدل"أدلر" من التغير الذي يحدث في وظائف الأعضاء القارة في الجسم على وجود علاقة بين الشعور بهذا القصور والنمو النفسي، فاعتقد أن وجود أحد الأعضاء القاصرة يؤثر دائما على حياة الشخص النفسية، لأنه ناقص في نظر نفسه، فيزيد شعوره بعدم الأمن ومن ثم ينشأ القلق النفسي.

ولم يلتزم "أدلر" حدود القصور العضوي وما يستلزمه من تغير في الحياة النفسية، بل وسع مدلول القصور في نشأة القلق، ويضيف "أدلر" إلى ذلك، أن نوع التربية التي يتلقاها الطفل في أسرته أيام طفولته لها أثر كبير في نشأة القلق النفسي عنده ومحاولته التعويض عنه. (مصطفى فهمي،1998، ص 203-204)

* **مناقشة وجهة نظر "أدلر"**: لم يتناول "أدلر" مشكلة القلق تناولا منظما، إلا أن القلق كظاهرة له أكثر من سبب كفقدان موضوع محبوب أو تغير في الظروف أو فشل في التكيف.

3-3- نظرية "كارل هوريني":

ترى " هوريني " أن القلق هو استجابة انفعالية تكون موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية وترجعه إلى ثلاث عناصر هي: الشعور بالعجز، الشعور بالعداوة، والشعور بالعزلة، وتعتقد أن القلق ينشأ من العناصر التالية:

- انعدام الدفء العاطفي في الأسرة وتفككها وإحساس الطفل بأنه منبوذ.
- نوع المعاملة التي يتلقاها الطفل.
- البيئة التي يعيش فيها الطفل. (فاروق عثمان،2001، ص 33-34).

* **مناقشة وجهة نظر " هوريني ":** تشير إلى أنه مهما تكن مظاهر القلق وأشكاله فإنها تنبع من مصدر واحد وهو شعور الفرد بأنه عاجز وضعيف ولا يفهم نفسه ولا يفهم الآخرين وأنه يعيش في وسط عائلي مليئا بالتناقص.

3-4- النظرية السلوكية:

المدرسة السلوكية تنظر إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش وسطها الفرد تحت شروط التدعيم الايجابي والسلبي وهي وجهة متباينة تماما لوجهة نظر التحليل النفسي، فالسلوكيون لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية ولا يتصورون الديناميت النفسية أو القوى الفاعلة في الشخصية على صورة منظمات الهو (الغرائز) والانا(الذات الواعية) والانا الأعلى(الضمير) كما يفعل التحليليون، بل أنهم يفسرون القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي، وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الآلي ويصبح هذا المثير الجديد قادر على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي.

وهذا يعني أن مثيرا محايدا يمكن أن يرتبط بمثير آخر من طبيعته أن يثير الخوف أو بذلك يكتسب المثير المحايد صفة المثير المخيف ويصبح قادرا على استدعاء استجابته الخوف، مع أنه في طبيعته الأصلية لا يثير مثل هذا الشعور، عندما ينسى الفرد هذه العلاقة نجده يشعر بالخوف عندما يعرض له الموضوع الذي يقوم بدور المثير الشرطي، ولما كان هذا الموضوع لا يثير بطبيعته الخوف فإن الفرد يستشعر هذا الخوف المبهم ،الذي هو القلق.

وقد استطاع "جون واطسون " زعيم المدرسة السلوكية أن يخلق الخوف لدى الطفل "ألبرت" الذي كان يبلغ من العمر أحد عشر شهرا وكان قد كان تعود اللعب مع أحد حيوانات التجارب، ثم شرط "واطسن " رؤية الطفل هذا الحيوان بمثير مخيف في أصله وهو سماع صوت عال ومفاجئ ... وبعد حدوث الاشراط أصبح يخاف من الحيوان الذي كان يسر لرؤيته من قبل ، ويعتبر الحيوان في هذه التجربة بمثابة الموضوعات المثيرة للقلق عند الراشدين مع أنها كانت موضوعات محايدة في أصلها ، ولكنها ارتبطت بالموضوعات المثيرة للخوف، مع تعرض رابط الاشراط إلى النسيان. (صبره محمد علي وأشرف محمد عبد الغاني شربت ،2004،ص 94-95).

* **مناقشة واجهة النظر السلوكية:** هذه النظرية اهتمت بالسلوك المتعلم من البيئة، لكنها أهملت الشخصية ومكوناتها الأساسية، وما يمكن أن يحدث فيها إذا حدث القلق ، أي أنها أهملت العوامل الداخلية للشخصية وجردت الإنسان من إنسانيته .

3-5- النظرية الإنسانية:

أما المدرسة الإنسانية فهي الاتجاه الثالث الرئيسي في علم النفس، فإنها تؤكد على خصوصية الإنسان بين الكائنات الحية، ولذا تركز دراستها على الموضوعات التي ترتبط بهذه الخصوصية، مثل الإرادة والحرية والمسؤولية والابتكار والقيم، وترى أن التحدي الرئيسي أمام الإنسان هو أن يحقق وجوده وذاته كإنسان، وكائن متميز عن

الكائنات الأخرى، وكفرد يختلف عن بقية الأفراد. وعلى كل إنسان يسعى لتحقيق هذه الوجود، لأن هذا هو الهدف النهائي الذي يجب إن يواجه الإنسان في الحياة، ولذا فإن كل ما يعوق محاولات الفرد لتحقيق هذا الهدف يمكن أن يثير قلقه، وعلى ذلك فإن عوامل القلق ومثيراته ترتبط بالحاضر والمستقبل بعكس التحليل النفسي والسلوكية التي تعزو أسباب القلق إلى الماضي.

ومن أهم العوامل المرتبطة بالقلق عند أصحاب المدرسة بحث الإنسان عن مغزى لحياته أو هدف لوجوده، وإذا لم يمتد الإنسان إلى هذا المغزى، فإنه سيكون فريسة للقلق، ويرتبط فشل الإنسان في الاهتداء إلى مغزى لحياته بالتناقضات القائمة في المجتمعات الصناعية الكبرى التي تتسم بدرجة واضحة من عدم التكافؤ بين العمال وأرباب العمل، مما يجعل الإنسان يشعر بالضالة، العجز و العزلة. (المرجع السابق نفسه ،2004،ص95-96).

* **مناقشة وجهة نظر الإنسانية** : لقد وفقت هذه النظرية في طرحها أن تحقيق الوجود هو الهدف النهائي الذي يجب أن يواجهه الإنسان في الحياة، وأن كل ما يعوق تحقيقه يمكن أن يثير قلقه، لكنها لم توفق عندما اهتمت بحاضر ومستقبل الفرد فقط، وإذا كان الفرد حاضر ومستقبل فقط فبماذا نفسر رأي العلماء الذين قالوا أن مكونات شخصية الفرد كلها تتكون في الطفولة أي الماضي.

3-6 النظرية المعرفية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن القلق يعد نقطة بداية بالنسبة للإضطرابات النفسية والعقلية، وقد يكون القلق عرضا في إحدى الزلات المرضية الأخرى، وقد يشتد ويكون مرضا أوليا. نجد من بينهم " أليس – "sillE الذي يرى أن المعتقدات أو الأفكار اللاعقلانية يمكن أن تؤدي إلى حدوث القلق، ويرى أن الناس يتعلمون طرق أو اتجاهات للتفكير حول عالمهم، وهي التي تسبب لهم القلق، فحجم القلق الذي يمكن أن يسببه الفرد لنفسه ينشأ ويتزايد لو اعتقد أنه يجب أن يكون على درجة كبيرة من الكفاءة والانجاز والمناقشة حتى يمكن أن نعتبر شخصا ذا أهمية، وهذا يعتقد أنه يكون محبوبا من كل المحيطين به فيتسبب بذلك لنفسه القلق.

ويرى" بيك – keb" أن مدى القلق الذي يشعر به الفرد يستدعي زيادة المنبهات، ولذلك أي حركة أو صوت أو تغيرات في الوسط الذي يعيش فيه تتم ترجمتها إلى نوع من الخطر بحيث نخبر المريض أفكارا عن الخطر المتوقع، ويكون تفكير الفرد مشتتا أو مشوها ويرتبط تركيزه بمفهومه عن الخطر وعلامات هذا الخطر، مما يفقده تحكمه الإرادي في المنبهات الخارجية ، وهو الأمر الذي يؤدي إلى زيادة القلق إذ تعكس أفكار الفرد تقييمه للمواقف وليس الموقف الفعلي،كما أنها أيضا تثير استجاباته الانفعالية. (عادل محمد،2002،ص192).

* **مناقشة وجهة نظر المعرفية:** هذه النظرية اهتمت بالفكرة التي تسبب القلق، وأهملت العامل الذي سبب الفكرة المؤدية للقلق سواء كان داخلي أو خارجي.

3-7-النظرية السيكوسوماتية:

تعتبر المدرسة السيكوسوماتية التي أسسها "ب. مارتي p.marty -" من أحدث المدارس في السيكوسوماتية، فهي تعطي أبعد من أفاقها الطبية، وهي تركز على التحليل النفسي.

تعتبر الإنسان وحدة حية مدفوعة في فضاء الحياة لمدة معينة ولهذه الوحدة طريق العوامل النفسية والحمل والحالة النفسية للأم، وهو مجهز بآليات دفاعية جسدية ونفسية من خلال علاقته مع أمه التي تلعب دورا هاما في مساعدته على توظيف آلياته الدفاعية سواء الجسدية أو النفسية أو حتى في تكوين شخصية.

فالمنظور السيكوسوماتي ينطلق من فكرة أن الإنسان وحدة معقدة حيث يولد وهو مجموعة من الوظائف التي تتضح خلال التطور الفردي على شكل هرم من القاعدة إلى القمة ابتداء من الوظائف الجسوماتية، إلى الوظائف العقلية مكونا بذلك قمة الهرم المسماة القمة التطورية والمتمثلة في الجهاز النفسي، وكلما كانت القدرات العقلية جيدة كلما كانت حماية المنظمات الوظيفية أحسن، وإذا كانت سيئة قد تشهد فساد التنظيم على المستوى الجسدي، وعلى هذا لا يمكن الفصل بين النفس والجسد لأنهما في تفاعل مستمر قصد تحقيق التوازن العام للفرد.

يعتبر القلق الذي يسببه مرض خطير كالربو مثلا بمثابة نفور نفسي يعيشه المصاب سببه السيكوسوماتية (النفسية الجسدية)،كما يمثل رجوع جزئي للمصاب إلى التثبيتات الوظائفية القديمة، إذ يظهر على شكل مرض ولكنه في الحقيقة يحمي الاقتصاد الحي العام للمصاب.

فالاضطراب السيكوسوماتي هو اختلاف مزمن في التوازن الهيموستازي الناتج عن الضغط السيكولوجي الذي يصيب الجهاز العصبي يحتاج إلى علاج طبي ونفسي. (p.ytraM.p1991.p34-54).

* **مناقشة وجهة نظر السيكوسوماتية:** هذه النظرية أرجعت سبب القلق النفسي إلى الجسد وهو مرض، لكن ماذا نفسر المرضى بمرض مزمن،كالسرطان مثلا ولكنهم غير قلقين والعكس صحيح.

4- أعراض القلق:

هناك أعراض مختلفة بالنسبة للقلق وتختلف حسب نوع القلق والشخصية والظروف المحيطة، ويمكن تلخيص الأعراض الإكلينيكية فيما يلي:

4-1- الأعراض الجسمية:

تحدث هذه الأعراض نتيجة العلاقة التي تربط جميع الأجهزة الداخلية للإنسان بالجهاز العصبي الإرادي والذي يكون تحت سيطرة الهيبوتلاموس المتصل بمركز الانفعالات والذي يعتبر كمثير له مما يسبب ظهور أعراض في مختلف الأجهزة مثل أعراض:

1 – أعراض الجهاز القلبي الدوري: الذي يصاحبه سرعة دقات القلب والشعور بألم عضلي فوق القلب والشعور بألم وضيق وهذا ما يجعل الفرد في خوف وذعر مع ارتفاع ضغط الدم واختلال الدورة الدموية مع دوار أو شحوب الوجه.

2- أعراض الجهاز الهضمي: يظهر على شكل صعوبة في البلع وشعور بغصة في الحلق أو سوء الهضم أو انتفاخ البطن وتقرح المعدة والأمعاء وعسر الهضم، وفي بعض الأحيان القيء والغثيان والإمساك.

3- أعراض الجهاز التنفسي: تتمثل في السرعة النفس والهيجان وضيق الصدر وعدم القدرة على استنشاق الهواء وسرعة طرد ثاني أكسيد الكربون، إذ يؤدي لتقلص العضلات والتنميل في الأطراف ودوار وأحيانا الإغماء.

4- أعراض الجهاز العصبي: تظهر في شدة الانعكاسات عند الفحص العصبي، كذلك اتساع حدقة العين وارتجاف في الأطراف والإحساس بالدوار والدوخة والصداع وكثرة إفراز العرق وشحوب الوجه.

5- أعراض الجهاز البولي والتناسلي: من أهم أعراض القلق في الجهاز البولي:

- كثرة التبول والإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة (عند الانفعال الشديد)،كما يحدث عند الامتحانات أو عند التعرض للمواقف الحساسة.
- احتباس للبول مع الرغبة الشديدة في البول .

ومن أهم أعراض القلق في الجهاز التناسلي :

- فقد القدرة الجنسية عند الرجل (العنة)
- ضعف الانتصاب
- سرعة القذف

وهي من أهم الأعراض التي تسبب ألما شديد عند الرجل. (أسماء عبد العزيز الحسن ،2002،ص 275)

بالإضافة إلى ما ذكرناه من أعراض، يمكن أن يسبب القلق الكثير من الأعراض السيكوسوماتية، نذكر منها:

- قرحة المعدة والإثني عشر والمعي الغليظ .
- الذبحة الصدرية.
- مرض السكري وضغط الدم .
- الربو الشعبي.
- الاكزيما . (أحمد عكاشة،2005،ص 299).

6- أعراض الجهاز العضلي: كآلام الساق والذراع ، وما فوق الصدر .

7- الأعراض الجلدية: تتمثل مثلا في حب الشباب، الأكزيما ، سقوط الشعر ، الحساسية العامة .

8- أعراض جهاز الغدد الصماء : من بين أهم الأعراض الغددية التي يسببها القلق الشديد والانفعالات، زيادة أو نقصان في إفراز الغدة الدرقية thyroxine والبول السكري وزيادة في إفراز هرمون الأدرينالين adrénaline في الغدة فوق الكلوية . (عاصم ولد آغا ،1981، ص 310).

4-2- الأعراض النفسية:

تتمثل الأعراض النفسية فيما يلي:

1) التوتر العصبي: إن القلق الشديد يؤدي إلى توتر الأعصاب، حيث يفقد المريض السيطرة الفعلية على أعصابه بسهولة لأتفه الأسباب، كما يؤدي التوتر العصبي إلى الحساسية الشديدة ، وبالتالي تصبح الإثارة العصبية من أسهل ما يكون.

2) عدم القدرة على التركيز: ويظهر ذلك جليا في سرعة وكثرة النسيان والسرحان أو الشرود المتواصل وشعور المريض باختلال أنيته،حيث يشعر أنه تغير من سابق عهده وأن العالم قد تغير من حوله مع الشعور أيضا بالاختناق والضيق، وكذلك يمتاز بحدة الحساسية حيث لا يحتمل سماع أي صوت ضوضاء مهما كان بسيطا ، وعدم الصبر، كذالك الخوف الشديد وتوقع الأذى دون وجود مبرر لذلك حيث إذا شعر بوعكة صحية بسيطة فهذه هي بداية نهايته، وكذلك الإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والعجز وعدم الثقة والطمأنينة والرغبة في الهروب عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة، القلق الدائم على صحته وماضيه ومستقبله، وفي النهاية تصبح حياته كلها خوف وعدم ارتياح وحذر شديد. (محمد السيد الهابط، 1989، ص 92)

3) فقدان شهية الطعام: هنا يصبح الشخص القلق لا يرغب في الأكل ولا يحس بالجوع كثيرا ، وإذا أكل لا يحس بلذة حتى المأكولات المفضلة لديه تصبح غير مغرية، فينخفض وزنه وتتدهور صحته مما يؤدي إلى الإحساس بالتعب والإرهاق ونقص الوزن.

4) اضطرابات النوم: نجد لدى الشخص القلق الأرق، صعوبة النوم ، فيتقلب في سريره الساعة تلوى الأخرى، وأن صادف ونام يكون غالبا نومه مصحوبا بالأحلام المزعجة أو الكوابيس.

(حامد عبد السلام زهران،1987 ، ص 37).

كذلك التردد في اتخاذ القرارات والانشغال بأخطاء الماضي وشرود الذهن ، وضعف القدرة على إنتاج والعمل وسوء التوافق الاجتماعي؛ هي أيضا من أعراض القلق .

4-3- إدمان الخمر والعقاقير:

وجد الكثيرون أن شرب الخمر فعال في تخفيف من المعاناة تخفيفا جزئيا لبعض الساعات، وحين زوال أثرها يحس الشارب بزيادة قلقه الأمر الذي يدفعه لمزيد من الشرب، بالإضافة إلى بعض العقاقير المهدئة والحبوب المنومة أو هذه العقاقير لا توقف نوبات القلق وإنما تخفف منها فقط. (دافيد شيهان ،1988،ص36).

ويذكر "محمد الحجار " أنه يمكن اعتبار القلق كاضطراب أو مرض نفسي إلا إذا توافرت فيه أعراض أكثر من الإعراض السابقة التي سبق ذكرها، والتي تحدث فجأة وتصل خلال 10 دقائق إلى دورة في الشدة.
(محمد الحجار ،2004،ص188).

5- أنواع القلق:

لقد اختلفت تصنيفات القلق بحسب الآراء حيث نجد :

* **القلق العام**: الذي لا يرتبط بأي موضوع محدد بل نجده غامضا وعاما.

* **القلق الثانوي**: وهو قلق كعرض من أعراض الاضطرابات النفسية. (حامد زهران ،1997، ص 485)

كما يقسمه "فرويد" إلى:

* **القلق الموضوعي** : وهو قلق محدد يدرك الفرد أسبابه ودوافعه ويظهر على صورة خوف، مثل القلق الذي ينتاب الطالب الذي يهمل دروسه. (محمد جاسم،2004 ص246).

* **القلق العصابي** : وهو قلق داخلي لا يمكن تجنبه أو تجنب مصدره فأسبابه لاشعورية، إذ أن الإنسان يجهل في الغالب مصدر قلقه ولا تأتي تصرفاته وردود أفعاله جوابا على عوامل ومسببات معينة بل على تهديدات غامضة وشاملة. (مصطفى فهمي، 1998،ص200-201).

ويصنف القلق حسب سمات الشخصية فهناك:

* **القلق كحالة**: وهو حالة انفعالية متغيرة؛ وهي تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر نتيجة لمثير معين.

* **القلق كسمة:** هي الفروق الثابتة نسبيا في قابلية القلق، أي تشير إلى الاختلافات بين الناس إلى ميلهم في الاستجابة تجاه المواقف المهددة. (فاروق السيد عثمان 2001،ص34).

ويقسم القلق بحسب ما يثيره (مواقف معينة)؛ وبحسب مصدره:

* **قلق الامتحان:** وهو مرتبط بموقف الامتحان بحيث تثير هذه المواقف في الفرد شعورا بالخوف والهم العظيم عند مواجهة الاختبارات، مما يؤثر في حسن أداء الفرد للاختبار.

* **القلق الاجتماعي:** ويتصل هذا النوع بالمواقف الاجتماعية الخاصة بإلقاء الحديث أمام جمهور عام من الناس.

* **قلق الموت:** وهو نوع من القلق الهائم أو الطليق؛ والذي يتركز حول موضوعات متصلة بالموت لدى الشخص أو ذويه. (أحمد محمد عبد الخالق،1987، ص39)، وهذا ما سنتناوله في الجزء الثاني من الفصل.

* ثانيا: قلق الموت:

1- تعريف قلق الموت.

وردت تعاريف كثيرة لقلق الموت أهمها وأبرزها، ما يلي:

- تعريف تمبلر templer (1972): قلق الموت هو خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل إلى الموت نفسه.

(بشير معمرية،2007،ص213).

- تعريف واس هونيلور wass hoinillos(1979): قلق الموت هو خبرة تتضمن الخوف وفقدان الذات الهوية وعدم الوجود كليا. (احمد فاضلي ورشيد مسيلي،2004 ،ص 93)
- تعريف ديكيستاين dichstein على أنه التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة (www.almadapaper.net)
- تعريف هولتر w.hoelter (1979): قلق الموت هو استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور و الانشغال المتعمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت.

(بشير معمرية،2007،ص52)

- تعريف "أحمد عبد الخالق": قلق الموت هو نوع من القلق العام يشير إلى حالة انفعالية مكدرة ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول كل ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه أو من الممكن أن تثير أحداث الحياة هذه الحالة الانفعالية غير السارة وترفع من درجاتها.

(احمد عبد الخالق، وآخرون، 1999،ص178)

- تعريف كلاين: إن قلق الموت هو أصل كل القلق الذي يصيب المرء في حياته وأساس كل التصورات والأفكار العدائية لدى البشر.
- تعريف موسوعة الطب النفسي: قلق الموت هو قلق يترتب عليه القلق العضوي، حيث أن قلق الموت هو نوع من الاكتئاب يرتبط فيه القلق من الموت بترقبه. (عبد المنعم الحقي،1992،ص1197)
- إن قلق الموت هو نظرة مستقبلية إلى ما سيحدث للفرد إذا أصابه مكروه أو حدت ما يؤدي بحياته إلى الموت، ينطوي على مشاعر سلبية متميزة بالخوف والضيق والنفور. (www.aheuvar.org)
- قلق الموت هو نوع خاص من القلق يشير إلى حالة انفعالية مكدرة أو مشاعر شك وعجز وخوف.

(هبة إبراهيم واحمد عبد الخالق ،2005،ص61).

- قلق الموت هو حالة انفعالية غير سارة واستجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية أو عدم السرور ونتيجة التأمل الشعوري في حقيقة الموت أو التقدير السلبي لهذه الحقيقة. (ماجدة إبراهيم ،1995،ص111).

نلاحظ من خلال هذه التعاريف أن معظم العلماء اتفقوا على أن :"قلق الموت هو استجابة انفعالية تتضمن مشاعر من الشك والعجز والتكدر وعدم السرور وتدور حول الموت أو الموضوعات المتصلة به، كالدفن والاحتضار ...الخ.

2- بعض وجهات النظر المفسرة لقلق الموت:

*** نظرية التحليل النفسي :**

فقد عدت غريزة الموت death instinct وغريزة الحياة éros أساس الحياة النفسية عند الإنسان ، رغم أن كل واحدة منهما تعمل نقيض عمل الأخرى، غرائز الحياة تهدف إلى استمرار الحياة وهي تعمل وفقا لمبدأ اللذة الذي اتخذه فرويد السادية " sadisme " مثلا لها ومهمتهما إعادة الحياة العضوية إلى الحالة الحية وتهدف هذه الغريزة إلى الهدم وإنهاء الحياة، غريزة الموت إذا اتجهت إلى الخارج بدأت في صورة رغبة في العدوان والتدمير والكراهية، وإذا اتجهت إلى الداخل بدت في صورة قلق مرضي، والحياة صراع بين غرائز الموت وغرائز الحياة غير أن غرائز الموت تعمل في الصمت. (لابلاش وبونتا أليس،1985، ص520).

أما "ميلاني كلاين" فترى أن الموت يخيف الإنسان ويهدد حياته وتعتقد أن الخوف من الموت هو أصل كل القلق الذي يصيب الإنسان في حياته، وهو أساس كل الأفكار والتصرفات العدائية، وحول هذا المعنى يقول "تشكيل" إن كل الخوف نعاينه متشعب من الخوف "من الموت".(محمد نبيل ،1995،ص165)

*** نظرية الذات "كارل روجرز":**

على ضوء الشخص المحقق لوظائفه يرى أن الواعي بالاقتراب من الموت يهدد هؤلاء الأشخاص الذين يحمون أنفسهم ضده ، مع ذلك فكرة روجرز على الانفتاح الكامل للخبرة عند الأشخاص المثاليين تغير من موقع الموت بوصفه تهديدا أساسيا، كما يوافقه "ماسلو" في قوله إن الشخص الذي يحقق ذاته من يبين أن لديه خوفا منخفضا من الموت. (احمد عبد الخالق ،1998،ص12)

*** النظرية الوجودية "بيكرا هايدجر فرانكل ":**

ترى بأن القلق من الموت خاصية إنسانية أساسية، ومن الواضح أنها مسألة حساسة للأفراد المتقدمين في العمر، وقد ركزت الأخيرة على أهمية الموت، وسلما بان الفرد يجب إن يتقبل حتمية الموت ونهايته، لوصفه حقيقة مطلقة تميز عليه في النهاية إن يجد معنى لوجوده الإنساني في حقيقته موته هو افتراض "ماي" و "منكو فسكي " إن الوجود يكتسب حيويته وتلقائيته من حقيقة مواجهة الموت أو عدم الوجود.

ويقول مارتن هايدجر في كتابه: الوجودية والزمن : إن الموت تهديد بعدم الوجود ومن ناحية أخرى فإن التحقيق من عدم الوجود في المستقبل يعد شرطا لفهمها مسبقا الكامل لحياتنا كما يعتبر شرطا مسبقا لتحريرنا من القلق، ثم بعد الموت أساس حرية الفرد. (المرجع نفسه، ص11) .

يرى "بيون "و "ينكوت" تباعا لميلاني كلاين: إن قلق الموت هو تهديد بالموت النفسي الذي يعرض الشخص من خلال عدم الاستعداد الأنا للرد.

أما "باش": (1996) فيرى إن قلق الموت أساسا ذو طبيعة ذهانية إلا انه عند الذهاني الهوامات تستهدف الجسم ، في حين عند العاصي يتعلق الأمر بتدمير و بقاء الإناء .

(Anna patamianoui 2001 p 1920).

يرى "مايو" إن الخوف من الموت أساس العصاب (الاضطراب النفسي) وكذالك أساس الذهان (الاضطراب العقلي) .(احمد عبد الخالق ،1987،ص41)

يرى "يونج" إن قلق الموت مصدر أساسي للبؤس العصابي، خصوصا في النصف الثاني من حياة الإنسان.

ويعتقد " ارنست بيكر " إن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها يمكن أن تصنف جميعا في أيطار واحد ، هو الخوف من الموت .

يرى " ادلر "أن المرض العقلي يتكون نتيجة لفشل تجاوز الخوف من الموت،كما نجد "ستانلي هول " افرد نوعا من الفوبيا أطلق عليه مخافة الموت. (فاروق عثمان ،2001،ص74).

يقول "احمد عبد الخالق" الخوف والقلق من الموت هو شعور عام عند كل إنسان، وهذا الشعور يتناقص كلما ازداد الإيمان بان هناك إلها واحدا ، أننا هناك نبعث وحياة أخرى بعد الموت ، وإذا كانت الأديان دعوة مواجهة إلى كافة الناس بعدم الخوف من الموت ذاتية فان الدين الإسلامي بصفة خاصة يولي هذه المسالة اهتماما اكبر. (احمد عبد الخالق ،1987 ،ص159)

3- أسباب قلق الموت:

تتعدد أسباب القلق من الموت من شخص لأخر ، ولقد حدد الفيلسوف "جلك شورون "أسبابا ثلاثة للخوف من الموت:

1 الخوف من الاحتضار.
2 الخوف مما سيحدث بعد الموت.
3 الخوف من توقف الحياة.

ذكر"كافانو " في كتابه (مواجهات الموت) وبشكل واضح أسباب مخاوفه الشخصية بالنسبة للموت وهي كما يلي:

1 عملية الاحتضار.
2 الموت الشخصي.
3 فكرة الحياة الأخرى.
4 الجسمة السحيقة التي ترفرف الح تضر.

أما " ليفتوز " فيرى إن قلق الموت يتركز حول مخاوف تتركز أساسا على:

1 التحلل أو التفسخ.
2 الركود أو التوقف.
3 الانفصال. (احمد عبد الخالق،1987،ص112)

أما أسباب قلق الموت حسب "شولتز " فهي:

1 الخوف من المعانات البدنية والآلام عند الاحتضار.
2 الخوف من الإذلال نتيجة الألم الجسدي.
3 تأثير الموت على من سيتركهم الشخص من أسرته وخاصة صغار الأطفال.
4 الخوف من العقاب الإلهي وخاصة المتدينين.

5 -الخوف من العدم.
6 -توقف السعي نحو الأهداف، إذ تقاس الحياة دائما بما حققه الإنسان وليس بالعمر الذي قضاه فيها.

كما قد يرجع سبب القلق إلى أسباب دنيوية منها:

1 -كرامة الجثث و غرابتها.
2 -الحدود الاجتماعية للحزن.
3 -الاشمئزاز الحضاري.
4 -التفاعل العاطفي.
5 -الخوف من حدوث الصدمة.
6 -تخيل التحلل و التعفن. (احمد عبد الخالق ،1987، ص213)

4- أنواع قلق الموت: توجد أربعة أنواع لقلق الموت وهي

1/ قلق الموت الحاد:

وهو جملة من الأعراض العنيفة والملحة والتي تظهر خلال زمن قصير ومن الملاحظ إن قلق الموت الحاد يرتبط بتغيرات الحياة الواقعية كموت القريب أو المرض الشديد.

2/ قلق الموت المزمن:

وهو المرض الذي طالة مدته عند المريض، مثال ذلك طائفة من أمراض القلب، ويلاحظ أن قلق الموت المزمن يرتبط ايجابيا طرديا بدرجة العصبية لدى الفرد. (احمد عبد الخالق ،1987،ص19)

3/ قلق الموت كحالة:

هو حساسية من المواقف والحوادث البيئية التي ترتبط بالموت أو تذكر به.

4/ قلق الموت كسمة:

يكون قلق الموت لدى الشخص هنا أو جانبا أكثر تباتا واقل قابلية للتغيير أو التعديل.

(المرجع نفسه، ص49)

5- أعراض قلق الموت:

- ينتاب الفرد المصاب بقلق الموت.
- الشعور بالهواجس السوداوية.
- الأفكار القهرية.
- والوسواس بان الموت يتربص له في كل مكان ينتعل إليه، وخلال إي نشاط يقوم به، ويحصل في أي لحظة

ويسيطر عليه الحزن العميق، لذلك يصبح من الواضح أن هناك علاقة تلازمية بين قلق الموت والقلق العام.

(أديب محمد الخالدي، 2009، ص 132).

*خلاصة الفصل:

حاولنا من خلال هذا الفصل التعرف على قلق الموت ومعرفة أهم جوانبه وأسبابه والنظريات المفسرة له، أنواعه وأعراضه أو استنتجنا أن قلق الموت هو الخوف من مفاجأة الموت أو من اقتراب الذات من الموت أو هو من أهم أنواع القلق لدى الإنسان، فالموت الذي هو خارج عن إرادة الإنسان يبعث في نفس كثير من الناس القلق والخوف.

وتختلف النظرة إلى الموت اختلافا كبيرا تبعا لموقف صاحبها ومنطقه ودوافعه، واعتماده على عدد من المتغيرات الشخصية لديه كالجنس والسن، المستوى التعليمي... وغير دلك، كذلك فمن الممكن النظر إلى الموت على انه راحة من الألم أو موت في سلام، كما قد ينظر إليه على أنه عقاب أو انفصال عن من يحبهم في الأرض أو قد ينظر إليه على أنه المحبوب عندما يظهر في المراحل التي يعاني فيها المريض وهو على فراش الموت.

الفصل الثالث : الحمل والولادة

تمهيد

*أولا :الحمل:

1- تعريف الحمل

2- التغيرات الناجمة عن الحمل

3- مضاعفات الحمل

4- الوضع النفسي للحامل

*ثانيا:الولادة

1- تعريف الولادة

2- أنواع الولادة

3- إعداد الحامل نفسيا للولادة

خلاصة الفصل

*** تمهيد:**

تعتبر فترة الحمل والولادة تجربة بيولوجية ونفسية هامة في حياة المرأة, لأنها تقتضي من جسمها متطلبات معقدة, والتي تعرضها لمصاعب جسدية ونفسية مثل القلق والخوف من الحمل ومصاعب الولادة, وهّذا ما سوف نعرضه في هذا الفصل بدءا بمفهوم الحمل.

*** أولا: الحمل:**

1- تعريف الحمل:

لقد تعددت تعاريف الباحثين للحمل، وسنقتصر على بعضهما في ما يلي:

***التعريف اللغوي:** بناء على ما جاء في المنجد في اللغة والإعلام (1992) ,فقد عرف الحمل لغويا على أنه:حمل ،علوق، حبل .

كما عرف "سهيل إدريس" الحمل في قاموسه اللغوي بأنه:"حالة امرأة تبدأ في اليوم الأول من التلقيح وتنتهي بالولادة مدة مائتين وسبعون يوما حتى مائتين وثمانون يوما". (فتيحة كركوش،2010،ص57)

***التعريف العلمي:** هناك عدة تعار يف لمفهوم الحمل من الناحية العلمية منها:

تعريف "جوزيف عبور كبة" يقول : "بأنه حالة طبيعية وليست مرضية أو هو الحالة التي تمر بها المرأة مند اتحاد الحيوان المنوي بالبويضة وحتى حتى خروج محصول الحمل".

ويضيف"حامد زهران "-نقلا عن" موسن وآخرين" (mussen & al ،1963):أن البعد الزمني الذي تستغرقه مرحلة ما قبل الميلاد يمتد من لحظة الإخصاب حتى لحظة الميلاد أي مدة الحمل.

وتتفق هذه التعارف مع ما قدمه "حامد الفقي" في كون فترة الحمل تمتد مند لحظة الإخصاب إلى لحظة الميلاد ، وتبلغ حوالي 266 يوما أو تسعة شهور قمرية، تتضاعف خلالها البويضة المخصبة لتصل إلى حوالي 200 مليون خلية ويتضاعف وزنها بليون ضعف ، وتتحول البويضة إلى نظام جسمي معقد.

المؤكد أن الحمل ظاهرة طبيعية وليست مرضية، وتتم عندما يلتقي الحيوان المنوي بالبويضة، فتصبح بويضة ملقحة والتي تنقسم وتتطور مدة تسعة أشهر كاملة لتعطي جنينا كاملا قادرا على العيش في العا لم الخارجي.

وأشار " كهن فريدريك"(1995) إلى أنه في سنة 1923 أعلن" أو جينو"(الطبيب النسائي الياباني) نظرية مفادها أن المرأة لا تخصب إلا عدة أيام من الثلث الأول للدورة الشهرية ، وبعد ست سنوات من ذلك التاريخ أعلن"كناوس"(الطبيب النسائي النمساوي) ملاحظات تهدف إلى نفس العرض.

(المرجع السابق نفسه،ص58-59)

تعريف "عبد الحسين بيرم": هو الفترة الممتدة من وقت إخصاب البويضة حتى تكون الطفل بصورة كاملة ، حي تحدث الولادة ومعدل طول هده الفترة 265يوم. (عبد الحسين بيرم،1976،ص87).

من خلال هذه التعاريف يمكنه أن نعرف الحمل على أنه الفترة الممتدة من وقت الإخصاب إلى غاية الوضع، وللحمل عدة علامات منها : انقطاع الطمث، الغثيان، تبدلات الثدي، التبول المتكرر، تمدد خط الخصر، التغيرات العاطفية، انحرافات الشهية(الوحام)، الحاجة الشديدة إلى النوم.

2- التغيرات الناجمة عن الحمل:

* **التغيرات الجسدية:** تتمثل فيما يلي:

1)- صعوبة التنفس: يحدث عادة في الشهور الأخيرة نتيجة لتضخم الرحم وضغطه على الرئتين أو يمكن التخفيف منه بالاستلقاء والراحة.

2)- الحرقان والإمساك: يحدثان بسبب ضغط الرحم على المعدة وارتخائها ، مما يؤدي لعسر الهضم والحرقان والإمساك، ويمكن التخفيف عنهما بالإكثار من تناول الخضروات والفاكهة واستخدام الملينات الخفيفة حسب إرشاد الطبيب، والملينات القوية قد تؤدي للإجهاض.

3)- تقلص الساقين: يحدث نتيجة الضغط الرحم على الأوعية الدموية بالفخذين أو يمكن التخلص منه بفرد الركبتين وضغط مشط القدم الأعلى. (محمد السروجي وآخرون،1985،ص12).

4)- الشعيرات الوردية على الجلد: تحدث تلك الخطوط نتيجة لتشق بعض الأنسجة الجلد وهي تختفي أو تضعف بعد الولادة .

5)- صعوبة التبول بعد الشهر الثالث: ينجم عن تضخم الرحم في الحوض وضغطه على المثانة، ولكنه يقل بعد ذلك عند ارتفاع الرحم الأعلى.

6)-الآم الظهر: تحس الحامل بألم أسفل العمود الفقري بسبب الانحناء الأمامي للفقرات القطنية (الوضع أللوردي)، وتظهر هذه الآلام عند السير .

7)- زيادة إفرازات المهبل: تنجم عن التهاب المهبل نتيجة لعدوى فطرية.

8)- تورم الساقين: ليس من المألوف أن تتورم الساقين خلال الشهور الأولى من الحمل. ولكن يحتمل حدوثه في الشهور الأخيرة، ولا يمثل أي خطورة إلا إذا كان مصحوبا بارتفاع في ضغط الدم وازدياد نسبة الزلال في التبول.

9)- تورم القدمين المناجم عن المريض: سيستدعي هذا العارض سرعة زيارة الطبيب لاكتشاف السبب المباشرة في حدوثه، فهو قد ينجم عن سوء التغذية أو الأنيميا أو قصور في وظيفة القلب .

10)- تورم القدمين الناجم عن الإرهاق: بظهر هدا التورم في الشهر التاسع عند وقوف الآم لفترات طويلة (الآم العاملة) ويمكن ملافاته بالراحة ورفع الساقين قليلا لأعلى. (محمد السروجي وآخروان ،1985،ص13-14).

* **التغيرات النفسية:** تشمل ما يلي:

تثير حالة الحمل تغيرات في الاتزان النفسي نتيجة التغيرات الهرمونية التي يحدثها عملية الحمل إذا تنقص المقومات ويبروز اللاشعور، فمن هنا يمكن لتجربة المقومات ويبرز اللاشعور، فمن هنا يمكن لتجربة الحمل الكشف عن الصعوبات التي كانت مكبوتة ويبقي الجنين خلال هذا إنتاجا خاليا في الحياة النفسية للمرأة الحامل مع حركة الجنين يختفي القلق المعاش في البداية لأنها قدت حققت بذلك من نموه في الرحم، عندئذ تكون قادرة على إقامة علاقة دينا مبكية مع طفلها وإعطائه قيمة موضوع خارج عن أنآها .

في الثلاثي الأخير من الحمل يظهر قلق الانفصال لدى المرأة الحامل عن طفلها بعدما كونت آلام علاقة حميمية معه ويستمر هذا القلق مع وجود بعض التغيرات ككر حجم البطيء والتفكير والقلق مع اقتراب موعد الولادة. (c.i revault d'allonges,1976, p 70).

وهناك تقسيمات أخرى على حسب المستويات :

- **على مستوى تقبل الحمل** : يوجد على هدا المستوى نوعان من الحوامل :راغبات بالإنجاب وحوامل غير راغبات بالإنجاب.

– الراغبات بالإنجاب: تعيش هذه المرأة مطمئنة رغدة بغير قلق أو تساؤل، بحيث تعتبر الحمل ظاهرة طبيعية ومقبولة بالرغم من احتمالات. وجود بعض العصبية خاصة لدى المرأة التي لم تعد على وضعها الجديد. (فتيحة كركوش، 2010، ص 94)، فهنا يكون الحمل على الصعيد النفسي في شكل سلسلة من المناقضات، أي تمزج فيها مشاعر العادة بأحاسيس القلق ويختلط فيها الأمل بالخيبة واللذة والألم.

- **الحوامل غير الرغبات بالإنجاب:** بحيث يحدث الحمل عادة فيه نوعا من الهلع الحقيقي في نفسية المرأة، فبمجرد حدوث أدنى تأخر في ظهور الدورة الشهرية للمرأة، يستحوذ القلق عليها، ويرجع هذا الرفض إلى القلق الذي يسيطر على المرأة وشعورها بأن جسدها أهم شيء لديها. وهي معقدة ومتنوعة تربط بشخصية المرأة.

وهناك أسباب أخرى اقتصادية؛ كالبيت الضيق والراتب المنخفض والمحدود، أو فقدانها لحريتها.

– على مستوى عدد الولادات: الأم التي تزوجت منذ زمن بعيد وأصبحت أم لعدة مرات، قد يصيبها بعض الانزعاج عند معرفتها بالحمل، قد لا تكون تتوقعه، ممكن أن يسبب نوعا من التعب والانزعاج من أولادها الكبار وتبدأ تفكر في كيف تجبرهم بالأمر، وكيف يستحملون الأمر، ففي هذه الحالة قد تكون منقبضة وفي حالة نفسية قلقة. (نفس المرجع، ص 95).

– على مستوى جنس المولود: إذا كانت المرأة أو زوجها وأفراد الأسرة يطمحون أو يودون أن تنجب المرأة جنس معين، نجد المرأة الحامل مضطربة وقلقة خوفا من تحطيم العلاقة الزوجية، وإذ لم تأت بالجنس الذي يرغب فيه الزوج أو العائلة، وبالتالي تكون في حالة صدمة، ومن جهة أخرى إذا قامت بالأشعة وهي جامل بجنس غير مرغوب فيه هنا قد تفكر في الإجهاض.

– على مستوى صحة المولود: تكون الصدمة قاسية على الأم والأب على حد سواء إذا كان الطفل المنتظر الذي تعتبره الأم كمشروع يغير حياتها مشوها، خاصة إذا كانت لها رغبة ملحة في الحمل. خاصة إذا كانت لم تحمل منذ زمن بعيد أو بعد العقم..

فالطفل المشوه قد يؤدي إلى عدة نتائج لا تحمد عقباها كالقلق والاكتئاب الحاد، وقد يكون سببا في تحطيم الحياة الزوجية والانفصال للوالدين. وإذا حدث الطلاق فغالبا ما ترمى المسؤولية كلها على عاتق الأم.

– على مستوى علاقة الزوجة الحامل بالزوج: التغيرات النفسية الناجمة عن الحمل لا يحدث للمرأة فقط وإنما الزوج كذلك يتأثر بمعاش زوجته، فقد أثبت الكثير من الأبحاث عند بعض الثقافات أن الزوجة تحمل، والزوج تمر عليه أعراض الحمل، وهذا أما يسمى بـ "couvade" بحيث يشعر الأزواج بأعراض الحمل ومصطلح "couvade" هو مشتق من الكلمة الفرنسية"couver" ومعناها التناسل. (نفس المرجع السابق، ص 96).

3– مضاعفات الحمل: يمكن نوجزها فيما يلي:

***الغثيان:** هو أكثر ما يزعج الحامل، ويقدر المعهد الصحي الوطني أن نصف الحوامل أو أكثر يعانين من غثيان بدرجات متفاوتة، وقد يصيبها الأسبوع السادس إلى الأسبوع السادس عشر.

***النزف**: النزف المهبلي يسبب الخوف للمرأة فقد يحمل في طياته معنى الإسقاط، بيد أن الأسباب متعددة لحدوث النزف التي مهما كانت خطيرة لا تحدث الإسقاط ويكون خطر في الأشهر الثلاثة الأخيرة سواء للأم أو الطفل الذي يحتل أحشاءها ويضطر الطبيب المولد إلى إجراء عملية قيصرية.(ديفد رورفيك، 1981،ص 110-111).

***الأكلمبسيا(التسمم)**: لقد ثبت أن سوء التغذية هو سبب نشوئها وبإمكانها النمو سريعا في أي وقت وتترافق مع أوجاع الرأس الرؤية غير الواضحة ازدياد الوزن الفائي وانخفاض في كمية البول أما أعراضها فهي: ارتفاع ضغط الدم ووجود الزلال في البول. (وليام بريخ، 1992، ص 57-58).

***سوء الهضم**: هذه العلة العامة يمكن تصحيحها تنظيم الطعام ولا يجوز للحامل أن تتناول إي دواء يقع في يدها.

(ديفد رورفيك، 1981، ص112)

***التهاب المجاري البولية**: وهو عدم التبول أو انخفاض مراته ويترافق معه رعشات برد متقطعة، حرارة متقطعة وتروم وألام في الرجلين والنتيجة هي إصابة بمرض يعرف بمرض الحويضة وهو عبارة عن التهاب الكلية الذي يحتاج علاجه إلى تناول مضادات حيوي. (وليام بريخ، 1992، ص 58).

***البواسير** : قد يؤدي الصعوبة في التخلص من الفضلات الموجودة في الأمعاء إلى ظهور البواسير وهي مجموعة من الشرايين المتوسعة والموجودة في فتحة المستقيم، ومن الأفضل ولا شك أن إنجاب مولود يعتبر حادثا سعيدا في حياة الزوجين، لكن في بعض الحيان يكون الجو مشحون بالتوتر تسبب حالة القلق النفسي الذي تعاني منه الأم ولكن لماذا تعاني المرأة من هذه الحالة عند دخول مرحلة الحمل؟

تقول طبيبة علم النفس البريطانية"bap Tomas" أنه أمر طبيعي أن تعاني الأم من القلق وهذا لوجود أسباب فيزيولوجية كالتغير في الهرمونات الذي يحدث عنه نوم من عدم التوازن الكيميائي في المخ.

(محمد رفعت، 1988، ص 247-248).

*** ثانيا: الولادة:**

1- تعريف الولادة:

عند تمام أشهر الحمل تطرأ على الحامل سلسلة من التطورات الطبيعية تنتهي بخروج الجنين وسائر محتويات الرحم إلى الخارج، ومجموع هذه التطورات هو ما يغير عنه بكلمة الولادة: ولها ثلاثة مراحل هي:

- **الأولى**: يتم فيها انتفاخ عنق الرحم ودفع الجنين إلى الخارج وتستغرق حوالي 99 ساعات، وقد تطول أو تقصر قليلا.
- **الثانية**: مرور الوليد خلاله عبر المهبل إلى الخارج وتستغرق حوالي ساعة ونصف في الطفل الأول. ويضيف "حامد زهران " (1982) أن هذه المدة تقتصر في الولادات التالية لتصبح نصف ساعة.
- **الثالثة**: هي خروج المشيمة، وتستغرق حوالي ربع ساعة ويتسع عنق الرحم ويسترخي المهبل استعدادا لمرور الجنين.

يخضع الطفل فور ولادته إلى بعض الفحوصات، حيث أشار "وطسن وليندجرين " (2004) إلى أنه يمكن تقدير صحة المواليد الجدد من خلال مقياس وضعيته "فرجينيا أيجار " (Virginia apgar) يشمل قدرة المولود على التنفس وحركة العضلات وسرعة القلب ورد الفعل عند الإثارة واللون وإذ يوضح هذا المقياس الحالة الطبيعية العامة ومستوى الطاقة الذي يميز الطفل والذي يمكن تقييمه مباشرة بعد الولادة واستعماله كمؤشر للتنبؤ بالوضع الطبيعي المتوقع والتطور المعرفي المستقبلي. (فتيحة كركوش، 2010، ص 82-83)

2- أنواع الولادة:

الولادة الصحية هي ثمرة إعداد للإنجاب ونتيجة توفر الظروف المواتية لعملية الحمل وبما أن الولادة هي عملية خروج الجنين وانفصاله التام عن البيئة الرحمية، فهي توجد على نوعين والتي لخصها " جي تشامبرلين" "وحافظ والي" (1993) في الولادة الطبيعية.

1 - **الولادة الطبيعية**: وهي التي تتم في وقتها الطبيعي المقدر بتسعة أشهر ومن المكان المخصص الخروج الجنين مع وجود تقلصات رحمية مصحوبة بآلام.

2 - **الولادة غير الطبيعية**: يتم هذا النوع من الولادات في غير موعدها وفي غير ظروفها الطبيعية، وهي ولادة عسيرة. تتم عندما تطول فترة الولادة. عند الحدود المشار إليها وفيها يلجأ إلى استخدام الآلات الجراحية لإتمامها وإخراج الجنين من بطن الأم، أو عند وجود الجنين في الرحم في وضع، غير عادي، الرأس إلى الداخل والأقدام عند عنق الرحم أو العجز عند عنق الرحم، أو في وضعيات غير طبيعية كوجود الجنين في وضع مستعرض، وتكون كذلك الولادة غير طبيعية في حالة ضعف الحالة الصحية للأم وعدم وجود الطلق الكافي الذي يدفع الجنين إلى الخارج أو عند كبر حجم الجنين عن المعدل الطبيعي والذي يقدر بثلاثة أو ثلاثة ونصف كيلوغرامات حيث تصل بعض الأحيان إلى خمسة كيلوغرامات أو أكثر عند الولادة وفي حالات صغر عظام الحوض أو ضيق قناة المهبل لدى الحامل، وقد يترتب عن هذه الحالات في معظم الأحوال إصابات إما للأم ذاتها أو الجنين ويكون الجنين أكثر عرضة إلى:

- حالات اختناق نتيجة نقص الأوكسجين مما قد يسبب إعاقات عقلية.

- تشوهات خلقية.
- تهتك في عظيمات الجمجمة نتيجة ضغط الآلات الجراحية المستعملة لسحب رأس الجنين للخارج مما يترتب عن تختلف عقلي.
- كسور في العظام.

وتفاديا لهذه الصعوبات التي بتعرض لها الجنين، ونظرا لأن الولادة تكون عسيرة يلجأ إلى استخدام الآلات الجراحية لتوسيع قناة المهبل أو إجراء جراحة قيصرية. (نفس المرجع السابق، ص 83-84).

3 - **الولادة القيصرية** : يرجع "جي تشامبرلين " "وحافظ والي " (1993)، أصل الكلمة أنها تعود إلى أصلها اللاتيني وهو"lscutoro coesions" وفيما بعد حورت كلمة "coesions " إلى كلمة " coeser". وأصبح الاصطلاح باللغة الإنجليزية "caesarean section "وباللغة الفرنسية "cosarienne " وباللغة العربية" العملية القيصرية".

وهي عبارة عن فتح البطن فوق عظم العانة، كما يتطلب فتح شق آخر في جدار الرحم ويتم رفع الطفل من خلال هذين الفتحتين، والتي تخاط بعد ذلك بكل عناية. ولا يستغرق هذا كله إلا دقائق معدودة، وتعتبر هذه الولادة عملية جراحية كبرى، أما مخاطرها فقليلة جدا. (وليم بريخ، 1992، ص 176-187).

ويلجأ عامة الأطباء إلى العملية القيصرية عندما يرون أن هناك سببا يهدد حياة الطفل والأم، ويحدد "سميح نجيب خوري" بعض الأسباب التي يلجأ فيها إلى إجراء هذه العملية فيما يلي:

- ضيق حوض الأم الذي لا يسمح بمرور الطفل.
- اختلاف في دقات القلب الطفل نتيجة نقص في الأوكسجين الذي يعبر المشيمة إلى دم الطفل.
- وضع شاذ للطفل مما لا يسمح بولادة طبيعية.
- مخاض عسير وطويل عند الأم.
- ومن المهم أن نشير إلى وجود تعدد وضعيات الجنين في بطن الأم، ومن بينها وضعيات معكوسة:

أ)- المجيء المقعدي: وفيه يتجه حوض أو قدما الجنين إلى مدخل حوض المرأة ورأسه إلى قعر الرحم ويفضل 3% من مواليد الجدد الخروج إلى الحياة بمقاعدهم.

ب)- المجيء الكتفي: أو ما يعرف بالوضع المستعرض، تحدث هذه الوضعية بسبب مشيمة منزاحة أو ضيق الحوض، بالإضافة إلى شكل غير طبيعي للرحم ورحم شديد للارتخاء.

4- الولادة العسيرة: تتم عندما تطول فترة الولادة عن الحدود الطبيعية، حيث تستخدم الآلات الجراحية لإتمامها وإخراج الجنين، وذلك عند وجود الجنين في الرحم في وضع غير عادي وكذا عند ضعف الحالة الصحية للأم وعدم الاستطاعة على بذل الجهد الكافي لدفع الجنين نحو الخارج، حيث يضطر المختصون إلى إجراء عملية جراحية.

أوضحت "زينب شقير " (1999) أن الولادة العسيرة تؤدي إلى تشوه الجمجمة فيؤخر النمو العقلي للوليد أو يعوقه فيما بعد، في حين أن الولادة المبتسرة الخاصة بالأطفال الذين يولدون قبل اكتمال مدة الحمل، فهي تؤثر على صحتهم وسرعة نموهم وتزيد نسبة الوفيات بينهم. (فتيحة كركوش، 2010، ص 84-85)

5 -**الولادة الخديجة:** وهي السابقة لأوانها، تكون بعد سبعة وعشرون أسبوعا أي تسعة أشهر من الحمل بحيث لم تبلغ أعضاء الوليد تطورها الكامل، يكون وزن الخديج ناقصا يقدر بـ 2550 غ إلا أن هناك إمكانية عيش هذا النوع من المواليد مرتفعة إذا ما توفرت لهم عناية طبية كبيرة، ويطلق على هذا النوع من التدخل المبكر بالحاضنة وهي المكان المهيأ لاكتمال نضج المولود.

6 -**الولادة المشوهة:** والتي يولد فيها الجنين في حالة غير طبيعية نتيجة لإختلالات كروموزومية، وقد يستمر حيا أو قد يموت.

ويعتبر المولود في خطر إذا ولد في الوقت المناسب ولكن وزنه لا يتعدى 2كلغ أو أقل، وهو الأمر الذي يستدعي عناية مركزة وذلك بوضعه في الحاضنة حتى اكتمال نموه. (نفس المرجع، ص 85-86)

3- إعداد الحامل نفسيا للولادة:

لقد بدأ الاهتمام بإعداد الحامل للولادة منذ سنة 1950 ويرجع ذلك إلى تجارب الدكتور "غرانتلي ديك ريد " وما سماه الولادة بدون ألم وأوضح أن 58% من الولادات العادية ممكن أن يحدث في راحة نسبية دون استعمال الأدوية المسكنة، حاول تنفيذ الطريقة في مدرسة "بيل" الطبية في كل مصالح التوليد هناك عوامل مشتركة في طريقة التحضير للولادة وهي كالتالي: (محمد فتحي، ب س، ص 204).

1 -إعطاء المرأة الحامل معرفة نظرية (التغذية تشريح وفيزيولوجيا الحمل والولادة، وصف الأعضاء التناسلية طريقة الولادة ومراحلها).

2 -تمارين رياضية فيها: (التنفس، تمارين عضلية).

3 -الاسترخاء (Laurence pernand,p 308) .

وقد يشير الطبيبان " tomz & jaudrhtch" في سنة 1949 أن 200 امرأة ولدن بهذه الطريقة ولاحظ أن 45% منهن لم يحتجن مطلقا إلى أدوية مسكنة للألم، ويرى معظم الأخصائيين أن هذه الطريقة مؤثرة جدا لكنها تحتاج لجهد ووقت. (نفس المرجع، ص 205).

تليين البراز كي يصبح مروره سهلا، ولمعالجتها أثناء الحمل يجب معالجة الإمساك ومن ثم إعادة الحلم الباسورية أو ردها إلى تجويف الشرح وغسل المنطقة بالماء والصابون بعد كل تفريغ للأمعاء.

(محمد نبيل النشواني، 1987، ص 147).

4- ضيق التنفس: كثيرا ما يحدث خلال الشهرين الأخيرين من الحمل ضيق في التنفس نتيجة لضغط الرحم على قفص الصدر والرئتين، ويزول هذا الضيق قبل الولادة بأسبوع أو أسبوعين لأن رأس الجنيني يتدخل في الحوض ويزول الضغط الرحم من الرئتين، إذا كان ضيق التنفس يزعج النوم أو يمنعه فمن الواجب عند النوم رفع الرأس والأكتاف بواسطة وضع وسادات للحصول على وضعية نصف جلوس (سامية حمدان 1981، ص 123).

5- الأرق: مع أن رغبة الحامل في النوم تكون في الأسابيع الأولى من الحمل أكثر من المعتاد، إلا أنها قد تصاب في الأسابيع الأخيرة بالأرق لأسباب عديدة منها حركة الجنين وضيق التنفس، ولتجنيب الأرق يكتفي القيام بنزهة قصيرة في الهواء الطلق ثم الاغتسال ثم الشرب كأس ساخن من الحليب أو الكاكاو. (نفس المرجع، ص 123).

أثناء الحمل يجب علينا الاهتمام بالمرأة الحامل خصوصا من الناحية النفسية لأن ذلك قد يساعدها على الحمل والولادة بصفة عادية، وهذا ما سنتعرض له في العنصر التالي:

* الوضع النفسي للحامل:

كل امرأة تواجه الحمل بطريقة مختلفة عن الأخرى، وهذا حسب شخصيتها وحسب الأحداث السارة أو المؤلمة التي مرت بها في حياتها، إضافة لوضعيتها الاقتصادية والاجتماعية، فهناك نساء مررن بالأمومة بدون مشاكل، وهناك أخريات ينكرن الحمل ويرفضه، وهذا ما قد يسبب لها مشكلة في علاقتها بالمولود الحمل وبعده (g. Mariani , 1987 p 67).

*خلاصة الفصل:

من خلال ما ورد في هذا الفصل حول عملية الحمل والتغيرات التي تصحبها وكذلك عملية الولادة وما يحدث خلال مراحلها والتغيرات البيولوجية التي تطرأ على المرأة الحامل بيولوجيا ونفسيا، نجد أن الحمل عبارة عن تجربة غاية في التركيز والتعقيد خاصة في الجانب النفسي، ولذلك فإن الحامل تحتاج إلى عناية شديدة من طرف المحيطين بها في هذه الفترة بالذات، وإذ تكون أكثر حساسية من أي فترة مضت بحيث تكون سريعة التأثر والانفعال والميل إلى التوتر والقلق، كما لا ننسى أن نشير إلى أهمية الإعداد الفيزيولوجي والنفسي على السواء، وذلك لما لهما من أهمية للحفاظ على الجنين وخروجه وحياة الأم وسلامتها.

الفصل الرابع : إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد:

***أولا: الدراسة الاستطلاعية:**

1)- أهمية وأهداف الدراسة الاستطلاعية

2)- وصف عينة الدراسة الاستطلاعية

3)- وصف أداة القياس

4)- بعض الخصائص السيكومترية لأداة القياس

***ثانيا: الدراسة الأساسية:**

1)- المنهج المستخدم في الدراسة

2)- حدود الدراسة الأساسية

3)- وصف عينة الدراسة الأساسية

4)- أداة جمع البيانات

5)- الأساليب الإحصائية المستخدمة

خلاصة الفصل

*** تمهيد:**

سنحاول من خلال هذا الفصل عرض إجراءات الدراسة الميدانية، حيث تعتبر من أهم خطوات البحث العلمي، فمن خلاله يمكن للباحث استثمار معلوماته النظرية وذلك بإثبات أو نفي صحة الفرضيات التي هو بصدد معالجتها، وهذا من خلال تحويل نتائجه الكيفية إلى إحصاءات كمية، كما تهدف الدراسة الميدانية إلى التأكد من مدى ارتباطها وتكاملها مع الجانب النظري، وهي أساس كل بحث علمي .

وسنتطرق في الفصل إلى عرض الدراسة الاستطلاعية ووصف أدوات القياس المستخدمة في الدراسة وخصائصها السيكومترية، إضافة إلى الدراسة الأساسية وأخيرا الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل النتائج .

*أولا: الدراسة الاستطلاعية:

البحث الاستطلاعي أو الدراسة العلمية الكشفية الصياغة الاستطلاعية، هو البحث الذي سيهدف للتعرف على المشكلة فقط وتكون الحاجة إلى هذا النوع من البحوث عندنا تكون المشكلة جديدة أو عندما تكون المعلومات عنها ضئيلة وعادة ما يكون هذا النوع من البحوث تمهيدا لبحوث أخرى تسعى لإيجاد حل للمشكل وخلاصة القول "إن الدراسة الاستطلاعية تمثل اللبنة أولى للدراسة الميدانية كما تعتبر من الدراسات الهامة تمهيدها للبحث العلمي وتعريفها للظروف التي سيتم فيها".(منسي عبد الحليم، 2003،ص 61) .

1)- أهمية وأهداف الدراسة الاستطلاعية:

تمثل الدراسة الاستطلاعية مرحلة هامة وأساسية في البحث العلمي، لأنها وحدة منهجية متكاملة تهدف إلى جمع المعلومات حول مدى الإمكانية العلمية في إجراء بحث ما عن مواقف الحياة الفعلية، إذ يتوقف على نجاحها استمرار عملية البحث العلمي.

بناء على ذلك نستنتج مدى أهمية الدراسة الاستطلاعية في نجاح البحث العلمي، حيث تعتبر همزة وصل بين الجانب النظري والجانب الميداني لما تحققه من أهداف أهمها :

*التأكد من صلاحية أداة القياس للتطبيق.

*معرفة مدى تجاوب إفراد العينة مع أداة القياس.

*الكشف عن الصعوبات المرتبطة بعملية جمع المعلومات.

(عمار بوحوش ومحمد الذنيبات، 2001،ص143،142) .

2)- وصف عينة الدراسة الاستطلاعية:

شملت العينة الاستطلاعية ثلاثون (30) امرأة مقبلة على الولادة اختيروا بطريقة عشوائية، تتراوح أعمارهن ما بين 18 و 50 سنة وبمستويات علمية مختلفة، من مستشفى متليلي(ولاية غرداية).

3)- وصف أداة القياس:

لقد استخدمنا في هذه الدراسة، الاستبيان ويعرف على انه :"إحدى الطرق جمع المعلومات من المبحوثين، بواسطة أسئلة مكتوبة على استمارة يقدمها الباحث بنفسه أو بواسطة البريد".(معان خليل عمر، 2004، ص 242) .

ولقد اعتمدنا في هذه الدراسة على تطبيق مقياس "تمبلر" لقياس قلق موت لدى النساء المقبلات على الولادة .

المقياس من وضع "دونالد تمبلر"، كتتويج لرسالة الدكتوراه في علم النفس سنة 1969، حيث قام بوضع أربعين بندا تتصل بجوانب تتعلق بخبرات الموت، مثل عملية الاحتضار والموت بوصفه حقيقة مطلقة، والجثث والدفن ... الخ، وتم تطبيقه على عينات مرضية تعاني من أمراض نفسية مقارنة بعينة من الأسوياء من طلاب الجامعة، وبعد مراحل الصياغة أبقى على 15 بندا وهي الصيغة النهائية للمقياس. وقام "تمبلر" بقياس صدق وثبات المقياس بطرق عديدة منها المحكات، كاختبار "بوتيار" للخوف من الموت، ومقياس "تايلور" للقلق الصريح ومقياس "ولش" وغيرهم. (احمد عبد الخالق، 1987، ص 64- 65).

وترجم هذا المقياس إلى اغلب لغات العالم، وأكدت عدة أبحاث صدقه وثباته، ومن بينها دراسة "احمد عبد الخالق" .

وتتم الإجابة على بنود المقياس ب "نعم" أو "لا". و يتم تصحيح الإجابات وجمع النقاط وفق ما حدده واضع هذا الاختبار"تمبلر"، حيث تصحح 9 منها ب "نعم" و 6 الباقية منها ب "لا". ويكون التنقيط بإعطاء النقطة (2) لكل بند كان جوابه صحيحا، و إعطاء (1) لكل بند كان جوابه خاطئا، موافقا لسلم التنقيط التالي:

14، 13، 12،11، 10، 10، 9، 8،4 ، 1 : نعم .

15،7 ،6، 5،3،2 : لا .

وفي الأخير يتم جمع النقاط والنتيجة المتحصل عليها تمثل شدة قلق الموت لدى الفرد، إذا تحصل على اقل من 15 دل ذلك على انخفاض درجة قلق الموت، إما إذا تحصل على أكثر من 15 فيدل ذلك على قلق موت مرتفع. (Templer. D.,1970, P156-177).

4)- بعض الخصائص السيكومترية لأداة القياس:

إن أهم الخصائص السيكومترية التي تسمح للباحث بالاطمئنان على وسائل جمع البيانات؛ الصدق والثبات، لذلك سنتطرق إلى عرض درجات صدق وثبات أدوات القياس.

1)- صدق الأداة:

الصدق هو:"قدرة الأداة على قياس ما أعدت لقياسه".(محمد خليل عباس، 2007، ص261).

1-1)- صدق الاتساق الداخلي : هو صدق يعتمد على استخدام منهج التحليل العاملي، وهو منهج إحصائي لقياس العلاقة بين مجموعة من العوامل، ويمكن إن يتحقق من خلال إيجاد معامل الارتباط بين فقرات الاختبار الواحد، أو بين كل فقرة والاختبار ككل. ومن الثابت أن الفقرة تكون صادقة إذا كان معا لم الارتباط بينهما عاليا (إي بين كل فقرة والاختبار ككل). (نادر الزيود، 2005، ص143).

***حساب صدق الاتساق الداخلي**: للتأكد من صدق الاستبيان ثم حساب الاتساق الداخلي للأداة، وذلك بمعامل الارتباط بيرسون لكل فقرة مع المقياس ككل، وكانت النتائج كالتالي:

*معامل الارتباط بين البند 1 والاختبار ككل يساوي:0.57.

*معامل الارتباط بين البند 2 والاختبار ككل يساوي:0.62.

*معامل الارتباط بين البند3 والاختبار ككل يساوي. 0.63.

*معامل الارتباط بين البند4 والاختبار ككل يساوي. 0.91.

*معامل الارتباط بين البند5 والاختبار ككل يساوي. 0.91.

*معامل الارتباط بين البند6 والاختبار ككل يساوي. 0.95.

*معامل الارتباط بين البند7 والاختبار ككل يساوي. 0.58.

*معامل الارتباط بين البند8 والاختبار ككل يساوي. 0.76.

*معامل الارتباط بين البند9 والاختبار ككل يساوي. 0.54.

*معامل الارتباط بين البند10 والاختبار ككل يساوي 0.98.

*معامل الارتباط بين البند11 والاختبار ككل يساوي. 0.50.

*معامل الارتباط بين البند12 والاختبار ككل يساوي. 0.76.

*معامل الارتباط بين البند13 والاختبار ككل يساوي. 0.55.

*معامل الارتباط بين البند14 والاختبار ككل يساوي. 0.56.

*معامل الارتباط بين البند15 والاختبار ككل يساوي. 0.50.

ومما سبق يبدو أن الأداة متسقة داخليا.

2)- ثبات الأداة:

الثبات هو أن تعطي الأداة نفس النتائج، أو نتائج متقاربة إذا طبقت أكثر من مرة في ظروف متماثلة.(محمد خليل عباس وآخرون .2007 ،ص266).

الثبات يعتبر شرطا أساسيا في أي أداة من الأدوات القياس، وعليه قمنا بحساب ثبات هده الأداة بتطبيق قانون جثمان، وذالك باستخدام المعادلة التالية:

$$ر = \frac{2\ (1- ع1+ ع2)}{ع\ ك}$$ (فؤاد أبو خطب وآخرون، 1999، ص117).

وقد بلغت قيمة ر=0.78، وهذا يدل على أن الاستبيان يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

*ثانيا: الدراسة الأساسية:

بعد إجراء الدراسة الاستطلاعية وبعد التأكد من صلاحية الأداة للاستخدام، سعينا إلى متابعة الدراسة الأساسية، وهي التي بواسطتها يمكننا التحقق من مدى صحة فرضيات الدراسة.

1)- المنهج المستخدم في الدراسة:

تفرض طبيعة الموضوع على الباحث نوع المنهج الذي يتبعه خلال بحثه، ويعتبر المنهج هو الطريقة التي يتبعها الباحث في الدراسة مشكلة بحثه، وطبيعة دراستنا تتطلب استخدام المنهج الوصفي المقارن باعتباره المنهج المناسب الذي يعتمد على دراسة الظاهرة، كما توجد في الواقع بوصفها وتفسيرها وصفا دقيقا للكشف عن جوانب موضوع البحث.

ويعرف المنهج الوصفي بصفة عامة على انه:"عبارة عن جمع البيانات بنوعيتها الكيفي و الكمي حول الظاهرة محل الدراسة من اجل تحليلها وتفسيرها لاستخلاص النتائج لمعرفة طبيعتها وخصائصها، وتحديد العلاقات بين عناصرها وبين الظواهر الأخرى والوصول إلى تعميمات".(محمد داودي ومحمد الفاتح، 2007، ص81).

2)- حدود الدراسة الأساسية:

***الحدود البشرية**: اشتملت هذه الدراسة على عينة تتكون من 100 امرأة مقبلة على الولادة.

***الحدود الزمنية** : تم إجراء هذه الدراسة خلال السنة الحالية 2012 (ما بين 1افريل-1ماي).

***الحدود الجغرافية**: أجريت الدراسة في مدينة غرداية، وبالضبط في المؤسسة الاستشفائية العمومية بمتليلي.

3)- وصف عينة الدراسة الأساسية:

تم اختيار عينة الدراسة الأساسية بالطريقة العشوائية البسيطة مع الأخذ بعين الاعتبار متغيرات الدراسة (السن، مستوى التعليمي، الولادات).

وتعرف العينة العشوائية البسطة بأنها:"العينة التي تم اختيارها بطريقة يكون فيها لكل فرد في المجتمع فرصة الاختيار نفسها(أي قرعة)، دون ارتباط ذلك الاختيار باختيار فرد أخر من المجتمع. ويشترط أن يكون جميع أفراد المجتمع معروفين ومحددين، كما يجب أن يكون هنالك تجانس بين جميع أفراد المجتمع، أي أن الخصائص التي يتصف بها أفراد المجتمع غير متباينة".(محمد عباس، 2007، ص221).

تكونت عينة الدراسة الأساسية من 100 امرأة مقبلة على الولادة من مستشفى متليلي، موزعات في الجدول الآتي:

***الجدول(01): يوضح توزيع أفراد العينة الأساسية:**

	العينة الكلّية للنساء / ن= 100	
السن	أقل من 22 سنة / ن= 22	أكبر من 22 سنة / ن=78
المستوى التعليمي	نساء ذوات مستوى تعليمي عام / ن= 49	نساء ذوات مستوى جامعي/ ن= 51
عدد الولادات	أقل من 5 ولادات / ن= 50	أكثر من 5 ولادات/ ن= 50

4)- أداة جمع البيانات:

تتم عملية جمع البيانات في البحوث الوصفية بعدة وسائل منها ما استخدم في هذه الدراسة وهو استبيان"تمبلر" لقلق الموت.

كما أرفق الاستبيان بصفة للتعليمات والبيانات الشخصية لإفراد العينة، والمتعلقة أساسا بمتغيرات الدراسة.

5)- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تم الاعتماد في معالجة البيانات المتحصل عليها بالأساليب الإحصائية التالية:

1)- النسبة المئوية(%).

2)- اختبار"ت T.Test "لقياس دلالة الفروق بين متوسطي عينتين مستقلتين.

علما أننا استعملنا نظام spss لتحليل البيانات.

*خلاصة الفصل:

مع نهاية هذا الفصل يجب التذكير بان أهمية أي دراسة تعود إلى مدى تحكمها في آليات البحث فيها، والعوامل الأساسية للبحث التي يتطلبها المنهج العلمي السليم، بدءا من المنهج المستخدم للدراسة، إذا اعتمدنا في هذا البحث على المنهج الوصفي الذي يرتقي بعد وصف الظاهرة إلى تحليلها و تفسيرها ، وقد يرتقي إلى مقارنتها مع الظواهر أخرى، ثم العينة المراد دراستها والحدود البشرية والجغرافية والأساليب الإحصائية المستعملة لمعالجة البيانات، وسيتم عرض وتفسير النتائج في الفصل الموالي.

الفصل الخامس: عرض وتفسير نتائج الدراسة الأساسية

تمهيد

1)- عرض وتفسير نتيجة الفرضية العامة.

2)- عرض وتفسير نتيجة الفرضية الجزئية الأولى.

3)- عرض وتفسير نتيجة الفرضية الجزئية الثانية.

4)- عرض وتفسير نتيجة الفرضية الجزئية الثالثة.

خلاصـة الفصل

* تمهيد :

تطرقنا في الفصل السابق لإجراءات الدراسة الميدانية، حيث تعرضها فيه إلى المنهج المستخدم، ثم العينة وكيفية اختيارها، وإبراز أهم خصائصها، ثم الدراسة السيكومترية للأدوات المستعملة في البحث من حيث قياس صدقها وثباتها، كما تعرضنا في نهاية الفصل إلى التقنيات الإحصائية التي استعنا بها لتحليل نتائج الدراسة وتفسيرها، والتي سنقوم بعرضها في الفصل الذي خصصناه لعرض النتائج وتحليلها وتفسيرها، وفق ما أسفرت عنه الفرضيات المطروحة، إثباتا أو نفيا، ووفقا لمشكلة الدراسة وفروضها.

1)- عرض وتفسير نتيجة الفرضية العامة:

تقر الفرضية العامة بأن: هناك ارتفاع في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة

***الجدول رقم (02): يوضح النسب المئوية لاستجابات النساء المقبلات على الولادة حول قلق الموت**

ن (الكلية)	أقل من متوسط المقياس		أكبر من متوسط المقياس	
	ن	%	ن	%
100	22	%22	78	%78

يلاحظ من خلال الجدول أن نسبة النساء المقبلات على الولادة الذين لم تتجاوز درجاتهم المتوسط الحسابي للمقياس هي 22، في حين نجد أن نسبة النساء المقبلات على الولادة الذين تجاوزت درجاتهم المتوسط الحسابي للمقياس هي 78، وهذا يؤكد أن هناك ارتفاع في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة.

قد أسفرت نتيجة الفريضة العامة على قبول فرضية البحث، أي هناك ارتفاع في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة، وقد ترجع النتيجة إلى عدة عوامل وهي:

* أن الإقبال على الولادة في حد ذاتها تجربة صعبة، ومعروف أنه كلما فكر الإنسان في التجارب الصعبة كلما زاد قلقه وخوفه منها، وهذا القلق مبرر لأنه نابع من معرفة المرأة المقبلة على الولادة بضرورة تعريض جسمها للألم بهدف التكاثر واستمرار النسل.

* الانتظار لفترة طويلة قبل الولادة من شأنه أن يولد القلق لدى المرأة، فهو يدفع بها إلى التفكير في مجريات الولادة عادية أم قيصرية....الخ

* المعاملة القاسية التي تتلقاها المرأة المقبلة على الولادة فور وصولها إلى مصلحة الولادة، من شأنها أن ترفع مستوى القلق لديها.

* الخبرات السابقة إذا لم تكن أول ولادة لها، أما إذا كانت أول ولادة فالأخبار التي تسمعها عن الولادة ومجرياتها، وقد أثبتت دراسات عديدة ارتباط قلق الموت بأمراض الصحة الجسمية، فقد أسفرت دراسة"بول" Paul

(1983) على وجود ارتباط موجب بين مرض السكري وقلق الموت لدى 100 مريض بهذا المرض، وكذلك أسفرت دراسة كل من "باتل" Battel (1980)، و"زوبي" Zoope (1980)، و "هاريت" Hariet (1972) عن وجود علاقة موجبة بين قلق الموت ومرض السرطان، كما توصل "جافاد" Javad (1982) إلى نفس النتائج في دراسة أجراها على 35 مريضا من مرضى السرطان.

(ماجدة إبراهيم، 1996، ص112-113)

2)- عرض وتفسير نتيجة الفرضية الجزئية الأولى:

تقر الفرضية الأولى بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف السن.

***الجدول رقم (03): يوضح دلالة الفروق في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف السن.**

عينة النساء الأقل من 22 سنة ن= 22		عينة النساء الأكبر من 22 سنة ن= 78		"ت" المحسوبة	درجة الحرية	"ت" المجدولة	مستوى الدلالة
م	ع	م	ع				
78	29.09	73	32.35	25.16	98	02.66	دالة عند 0.01

يتضح من خلال الجدول أن مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف السن دال عند مستوى الدلالة 0.01، وهذا ما يؤكد أن عامل السن له تأثير في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة.

تشير الفرضية الأولى إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف السن.

وقد أسفرت نتيجة الفرضية على قبول فرضية البحث ، أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف السن، وهذا قد يعود إلى السمات الشخصية التي تتميز بها

كل امرأة من حيث قوة الشخصية والرغبة في الولادة والخبرة الشخصية، أو أسلوب حياة المرأة وطريقة تنشئتها إضافة لمستوى الوعي لديها ومدى نضج شخصيتها ولا ننسى الحالة التي تكون عليها المرأة في مواجهتها للضغوط، وهناك مواقف وحالات تسبب الضغط عند بعض النساء، في حين تمر بشكل عادي عند الأخريات، وهذا ما يتفق مع نظرية" Cattel.Shayer " اللذان يريان أن : " شدة القلق تختلف تبعا لما يستشعره كل من درجة الخطورة في الموقف الذي نواجهه وتتغير شدة القلق عبر الزمن تبعا للموقف المهدد". والموقف المهدد هنا هو حالة الحمل في مستوى القلق باختلاف السن، بحيث أكدت عدة دراسات وجود علاقة بين قلق الموت والسن منها: دراسة" Templer " (1979) حيث أظهرت ارتباطا موجبا منخفضا بين قلق الموت والعمر لدى نزلاء السجون، كما تؤكد دراسة " ساندرز" Sanders (1980) أن قلق الموت يزداد عند كبار السن الذين يعتنقون اتجاهات غير متسقة تجاه الموت.(أحمد عبد الخالق وآخرون،1991،ص53)

3)- عرض وتفسير نتيجة الفرضية الجزئية الثانية:

تقر الفرضية الثانية بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف المستوى التعليمي.

***الجدول رقم (04): يوضح دلالة الفروق في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف المستوى التعليمي.**

عينة النساء ذوات المستوى التعليمي العام ن= 49		عينة النساء ذوات المستوى الجامعي ن= 51		"ت" المحسوبة	درجة الحرية	"ت" المجدولة	مستوى الدلالة
م	ع	م	ع				
79	28.23	74	30.02	25.55	98	02.66	دالة عند 0.01

يتضح من خلال الجدول أن مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف المستوى التعليمي دال عند مستوى الدلالة 0.01، وهذا ما يؤكد أن عامل المستوى التعليمي له تأثير في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة.

تنص الفرضية الجزئية الثانية على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف المستوى التعليمي.

وقد أسفرت نتيجة الفرضية على قبول فرضية البحث ، أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف المستوى التعليمي، وهذا قد يعود إلى المعرفة الجيدة للحمل. وهذا ما تنطبق معه دراسة " Makro " (1984) حيث تؤكد أن المثقفات أقل قلقا من غير المثقفات.

(رشاد عبد العزيز، 1996، ص110).

كما أشار كذلك " sousunoun" إلى أن الكبيرات في السن ذوات التعليم المنخفض لديهن قلق أكثر من الصغيرات ذوات التعليم المرتفع.

4)- عرض وتفسير نتيجة الفرضية الجزئية الثالثة:

تقر الفرضية الجزئية الثالثة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف عدد الولادات.

***الجدول رقم (05): يوضح دلالة الفروق في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف عدد الولادات.**

عينة النساء اللواتي لديهن أقل من 5 أطفال ن= 50		عينة النساء اللواتي لديهن أكثر من 5 أطفال ن= 50		"ت" المحسوبة	درجة الحرية	"ت" المجدولة	مستوى الدلالة
م	ع	م	ع				
68	29.09	74	30.56	25.54	98	02.66	دالة عند 0.01

يتضح من خلال الجدول أن مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف عدد الولادات دال عند مستوى الدلالة 0.01، وهذا ما يؤكد أن عامل عدد الولادات له تأثير في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة.

تشير الفرضية الجزئية الثالثة إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف عدد الولادات.

وقد أسفرت نتيجة الفرضية على قبولها، أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف عدد الولادات، وهذا قد يعود إلى كثرة المسؤوليات والتعب والإرهاق الجسمي إضافة لصعوبة الولادة ومخاطرها مع تقدم السن، وهذه العوامل قد لا نجدها عند النساء اللواتي يلدن لأول مرة. لكونهن لم يصلن لمرحلة التعب والإرهاق وكثرة المسؤوليات.

أي أن مستوى القلق أعلى عند النساء كثيرات الولادات منه عند البكر أي أن القلق مرتفع مقارنة بالبكر ، وهذا ما يؤكده العالم " Spook " الذي بين أن مستوى القلق يزداد في الولادة الثانية والثالثة لعدة أسباب وهي:

* أن يكون الحمل مفاجئ بالنسبة للزوجين.

* الانزعاج اللاشعوري الذي تصاحبه شكوك بشأن ما إذا كان سيوفر للأم الوقت والطاقة الجسدية اللازمة لتربية الطفل. (http://www.afok.net)

* خلاصة الفصل:

في ضوء حدود الدراسة تم إثبات الفرضية العامة، والتي أثبتت أن هناك ارتفاع في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة.

كما تم إثبات الفرضيات الجزئية الأخرى:

* توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف السن.

* توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف المستوى التعليمي.

* توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة باختلاف عدد الولادات.

*** خلاصة عامة:**

إن تجربة الحمل واحدة من التجارب الصعبة التي يمكن أن تتعرض لها المرأة في حياتها، فبمجرد اختبارها بالحمل والقبول بالخضوع له، يطرحان على المرأة مجموعة من المشاعر المتضاربة، هذه المشاعر ناتجة عن تعرض المرأة لتهديد مباشر لحياتها، وهذا ما تثبته الحالات العديدة التي يعرفنها أخصائيات الولادة والأطباء النفسيون، ومن بين هذه المشاعر قلق الموت الذي تعرضنا له في دراستنا هذه، وتوصلنا إلى أن هناك ارتفاع في مستوى قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة، كما توصلنا إلى أن هذا القلق يتأثر بسن المرأة المقبلة على الولادة، وكذا مستواها التعليمي، إضافة إلى عدد الولادات التي وضعتها.

* اقتراحات الدراسة:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج، يمكن أن نشير إلى مجموعة من الاقتراحات التي تتعلق بموضوع الدراسة:

1)- ضرورة تبصير الطاقم الطبي والشبه طبي بالحالة النفسية للمرأة المقبلة على الولادة.

2)- توفير أكبر عدد من أخصائيات الولادة تجنبا لأي مضاعفات قد تحدث عند النساء أو أي نتائج غير مرجوة .

3)- أهمية تواجد الأخصائي النفساني في مختلف مصالح المستشفيات، وخاصة في مصلحة التوليد.

قائمة المراجع

* قائمة المراجع:

1* المراجع العربية:

1)- ابن منظور، **لسان العرب**، الطبعة الأولى، المجلد 10، بيروت، لبنان، دار الفكر، 1990.

2)- أحمد عبد الخالق، **قلق الموت**، بدون طبعة، سلسلة عالم المعرفة، الكويت، 1987.

3)- أحمد محمد الطيب، **الإحصاء في التربية وعلم النفس**، الطبعة الأولى، مصر، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 1999.

4)- أديب الخالدي، **علم النفس الإكلينيكي**، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، دار وائل، 2006.

5)- أديب الخالدي، **المرجع في الصحة النفسية**، الطبعة الثالثة، عمان، الأردن، دار وائل، 2009.

6)- أحمد عكاشة، **علم النفس الفسيولوجي**، الطبعة 10، مصر ، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، 2005.

7)- أحمد فاضلي ورشد مسيلي، **الآثار النفسية للانتفاضة الفلسطينية**، بدون طبعة،الجزائر، دار قرطبة، 2004.

8)- أسماء الحسين، **المدخل الميسر للصحة النفسية والعلاج النفسي**، الطبعة الأولى، عالم الكتب، 2002.

9)- بشير معمريه، **بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس**، الجزء الثالث(03)، باتنة ،الجزائر، المكتبة العصرية، 2009.

10)- بشير معمريه، **بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس**، الجزء الرابع(04)، باتنة، الجزائر، المكتبة العصرية، 2009.

10)- حامد زهران، **الاختبارات والمقاييس العقلية**، بدون طبعة، القاهرة، دار مصر للطباعة، 1975.

11)- دافيد شيهان، **مرض القلق**، ترجمة: غرت شعلان، بدون طبعة، الكويت، دار المعرفة، 1988.

12)- جيفروزفيك، **دليل المرأة الطبي مع 100 سؤال و جواب**، الطبعة الخامسة، 1981.

13)- رشاد عبد العزيز موسى، **علم النفس المرضي**، بدون طبعة، مصر، القاهرة، عالم المعرفة، 1996.

14)- سامر رضوان، **الصحة النفسية**، ط1، عمان، الأردن، دار المسيرة،2002.

16)- صبره محمد علي وأشرف محمد عبد الغاني شرف، **الصحة والتوافق النفسي**، بدون طبعة، مصر ،القاهرة، دار المعرفة الجامعية، 2004.

17)- عادل محمد، **العلاج المعرفي السلوكي**، دار الرشاد، مصر، القاهرة، 2000.

18)- عاصم ولد آغا، **علم النفس الفسيولوجي**، بيروت، لبنان، دار الآفاق الجديدة، 1981.

19)- عبد الحسين بيرم، **قصة الحمل والولادة معجزة الكائن البشري**، بدون الطبعة، بيروت، لبنان، دار العودة، 1976.

20)- عبد المنعم الحنفي، **موسوعة الطب النفسي**، بدون طبعة، مج 2، مصر، القاهرة، مكتبةمدبولي، 1992.

21)- علي قوادرية، **الوجيز في الصحة النفسية للشخص المسن**، دون طبعة، الجزائر، دار الفجر،2009.

22)- عمار بوحوش ومحمد محمود الذنيبات، **مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث**، بيروت، دار المشرق،1999.

23)- فاروق سيد عثمان، **القلق وإدارة الضغوط النفسية**، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، دار الفكر العربي،2008.

24)- فتيحة كركوش، **علم النفس الطفل**، بدون طبعة، بن عكنون، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية،2010.

25)- فؤاد أبو حطب وآخرون، **التقويم النفسي**، ط3، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية،1996.

26)- لابلانش وبونشا ليس، **التحليل النفسي** ، ترجمة : مصطفى الحجازي، بدون طبعة، لبنان، المؤسسة الجا معية للدراسات،1985.

27)- محمد الحجاز، **العلاج السيكوسوماتي المعرفي** ، بدون طبعة ، طرابلس ، لبنان، مركز الدراسات النفسية و النفس جسدية،2004.

28)- محمد السروجي وآخرون، **موسوعة الأم والطفل**، الطبعة الثالثة، مصر، عالم الكتب، 2002.

29)- محمد عباس وآخرون ، **مدخل إلى منهج البحث في التربية وعلم النفس** ، الطبعة الأولى، عمان ، الأردن، دار المسيرة،2007.

30)-محمد داودي ومحمد فاتح، **منهجية كتابة البحوث العلمية والرسائل الجامعية**، الطبعة الأولى، الجلفة، دار الاوراس، 2007.

31)- محمد نبيل، **مجلة علم النفس**، العدد 35 ، 1995.

32)- محمد نبيل النشواني ، **الطفل المثالي** ، الطبعة الأولى ، جامعة هارفرد، مكتبة الرحاب، 1987.

33)- محمد السيد الهابط ، **حول صحتك النفسية** ، المكتب الجامعي الحديث ،الطبعة الأولى ،محطة الرمل ،بدون سنة.

34)- محمد جاسم ،**علم النفس الإكلينيكي** ، الطبعة الأولى ،عمان، الأردن ،دار الثقافة ،2004.

35)- محمد رفعت ، **قاموس المرأة الطبي**، بدون طبعة ،دار ومكتبة الهلال ،بدون بلد النشر ،1988.

36)- محمد غانم ، **الأمراض النفسية الشخصية** ،بدون طبعة ، مصر ،جامعة حلوان 2004.

37)- محمد فتحي، **على عتبة الأمومة** ، بدون طبعة ، بدون بلد النشر ، الأندلس للطباعة ،بدون سنة نشر.

38)- معاني خليل عمر ، **مناهج البحث في علم النفس وعلوم التربية** ، ب ط ، المؤسسة الوطنية للكتاب، 2004.

39)- مصطفى فهمي ، **الصحة النفسية** ،دراسات في السيكولوجية والتكيف ، الطبعة الخامسة ،مصر ، القاهرة ،مكتبة الخانجي 1998.

40)- منسي محمود عبد الحليم ، **الصحة النفسية** ، ط1 ،دار كندي ، الأردن ،2001.

41)- نبيهة الرامرائي، **أعراض الأمراض النفسية العصابية** ،الطبعة الأولى، دار المناهج ، عمان ، الأردن ،2006.

2* المراجع الأجنبية:

1. Anna potanianou le traumatique Répétition et élaboration donod .paris .2001 .
2. –c-g –Revault d allones le mal goli Accouchement et douleur U-G-E- Paris 1976.
3. G-MARUANI Matvation conxientes et imcoxentes dons l interruptions volontaires de grossesse Mère Mortifère Mère cmeurire –ED-E-S-F-PARIS .1978.
4. Laurenee edition pierre horay. editeur 22 lis pissage danplane 1991.
5. Marty p 1991 (gd) stara - lastress volume 1et 2-o-p-u-1990.
6. Temples .D. The consruction and validation of death anxety xale gournal general psychologies (No82.1970).

3* مواقع الانترنت:

1. W.W.W.almadpaper.net
2. W.W.W. almadpaper.org
3. http//W.W.W.afok .net

4* الرسائل والدوريات:

1. أحمد عبد الخالق وآخرون، **الفروق في قلق الموت بين مجموعات عمرية مختلفة بين الجنسين** ، علم النفس، المجلد 5 (العدد20، 1991).

2. ماجدة إبراهيم ، **قلق الموت لدى بعض المرضى العضويين** ، الثقافة النفسية ،المجلد 6 ، (العدد 22 سنة 1996).

3. هبة إبراهيم واحمد عبد الخالق ، **القلق والاتجاهات نحو الموت** ، دراسات غربية في علم النفس ،المجلد 4، (العدد3 سنة 2005).

الملاحق

المركز الجامعي غرداية

قسم علم النفس

بيانات شخصية

السن :

عدد الولادات :

المستوى التعليمي : تعليم عام ☐ تعليم عالي ☐

- أختي الحامل :

فيما يلي مجموعة من العبارات اقرئي كل عبارة على حدا و المطلوب منك تحديد الإجابة المناسبة لك بوضع العلامة (x) أجيبي بصراحة و صدق لأن هذه المعلومات تفيدنا بحثنا و تضاف للبحث العلمي ، و تؤكد سرية هذه المعلومات.

و إليك المثال الآتي للتعريف على طريقة الإجابة :

أتضايق عندما أسمع الناس يتكلمون عن السحر		نعم	لا
الرقم	العبارات		
01	أخاف كثيرا من الموت		
02	نادرا ما تخطر لي فكرة الموت		
03	لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت		
04	أخاف أن تجري لي عملية جراحية		
05	لا أخاف إطلاقا من الموت		
06	لا أخاف من الإصابة بالسرطان على الخصوص		
07	لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت		
08	أتضايق كثيرا من سرعة مرور الوقت		
09	أخشى أن أموت موتا مؤلما		
10	إن موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي كثيرا		

11	كثيرا ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة		
12	أخاف حقيقة من الإصابة بنوبة قلبية		
13	يقشعر بدني عندنا اسمع عن امرأة ماتت و هي تلد		
14	يزعجني كثيرا منظر جسد ميت		
15	أشعر أن المستقبل لا يحمل شيء يخيفني		