وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عمارثليجي الاغواط

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

ميدان العلوم الاجتماعية والإنسانية

شعبة: علم النفس

التخصص: علم النفس العيادي

الرقم: ...../2022

العنوان

قلق الموت لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة

دراسة ميدانية: بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة الحكيم سعدان بولاية الاغواط

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماسترأكاديمي في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

اعداد الطالبة:

نعماني بشرى

اشراف الأستاذ:

د. بومدين عاجب

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة	العضوية
قويدري علي	أستاذ التعليم العالي	جامعة عمار ثليجي	رئيسا
عاجب بومدين	أستاذ محاضر أ	جامعة عمار ثليجي	مشرفا ومقررا
مشري بن داود	أستاذ مساعد أ	جامعة عمار ثليجي	مناقشا

السنة الجامعية 2022/2021

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عمار ثليجي –الأغواط–

كلية: العلوم الاجتماعية

قسم: علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا

الموضوع:

قلق الموت لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة

دراسة ميدانية : بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة الحكيم سعدان بولاية الأغواط

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

– نعماني بشرى

إشراف الأستاذ:

– د. عاجب بومدين

الموسم الجامعي: 2021–2022

شكر وتقدير

اولا من يشكر وبحمده اناء الليل وأطراف النهار هو العلي القهار الاول والأخر والظاهر والباطن الذي اغرقنا بنعمته التي لا تعد ولا تحصى واغرقا علينا برزقه الذي لا يفنى وأنار دروبنا فله جزيل الحمد والشكر العظيم هو الذي انعم علينا اذا ارسل فينا عبده ورسوله محمد ابن عبد الله ازكى الصلوات واطهر التسليم ارسله بقرآنه المبين فعلمنا ما لم نعلم وحثنا على طلب العلم اينما وجد.

لله الحمد كله والشكر كله ان وفقني وألهمني الصبر على المشاق التي واجهتني في انجاز هذا العمل المتواضع والشكر موصول الى كل معلم افادني بعلمه، من اولى المراحل الدراسية حتى هذه اللحظة كما أرفع كلمة شكر الى الأستاذ المشرف "**د/ عاجب** والأستاذ الفاضل **د/ صحراوي**" الذين ساعداني على انجاز بحثي كما أتقدم بجزيل الشكر والتقدير الى الاساتذة الافاضل اعضاء لجنة المناقشة في تفضيلهم بالموافقة على مناقشة هذه الدارسة لأجل تقييمها وإثرائها كما أشكر كل من قدم لي يد العون من بعيد ومن قريب في اتمام هذا العمل وكل من ساعدني ولو بكلمة طيبة.

إهـــداء

اهدي هذا الانجاز لأي منفعة إنسانية ترضي الله العظيم

اهدي هذا العمل الى الوالدين الذين هما نور الدنيا

الى أبي الغالي حفظه الله

الى أمي الحبيبة حفضها الله

إلى الإخوة والاخوات الى كل الاهل والأحبة

الى كل من له الحق علينا وعلمنا وربانا وأعاننا

الى أساتذتنا في كل مراحل التربية والتعليم

كما أهدي هذا التحصيل العلمي الى أساتذتنا ودكاترتنا الجامعيين

الذين بعد فضل الله وعونه جعلوا منا

اهلا لهذا المستوى العلمي والاكاديمي

الى الاحبة والاصدقاء

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على قلق الموت لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة حيث يهدف إلى تعرف على مدى معاناة المرأة الحامل المقبلة على الولادة لقلق الموت ومن تم اختياري لهذا الموضوع انطلاقا من توجهي إلى المؤسسة الاستشفائية الحكيم سعدان بالأغواط ،وقد تبلورت الإشكالية الرئيسية لبحثنا كالآتي :هل تعاني المرأة الحامل المقبلة على الولادة من ارتفاع قلق الموت. وانبثق هذا السؤال الرئيسي أسئلة جزئية تتعلق بمتغيرات البحث وهي كالآتي: هل تعدد ولاداتها يزيد في تعرضها لقلق الموت؟ هل طبيعة ولادتها تعرضها لقلق الموت؟

تكمن أهمية البحث في تسليط الضوء على مرحلة مهمة من حياة المرأة، ألا وهي الحمل والولادة، وكذلك تبين أهمية مجال علم النفس في الاهتمام والرعاية بالنساء الحوامل، من أجل توافقهن نفسيا واجتماعيا و يهتم هذا البحث بالمرأة الحامل قصد فهم جانب من جوانب حياتها ،و كيفية مساعدتها على تقبل وضعها كامرأة حامل مقبلة على ولادة .

والتحقيق أهداف البحث اعتمدنا على المنهج الإكلينيكي كخطوة مهمه في البحث، مع تطبيق مجموعة من الادوات المتمثلة في المقابلة و الملاحظة ومقياس دونالد لقياس درجة قلق الموت المترجم إلى العربية، على العينة المكونة من حالتين متمثلة في نساء الحوامل المقبلات على الولادة. لنخرج في الأخير بأهم نتيجة في البحث هو تحقق الفرضية الرئيسية المتمثلة في، أن المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعاني من ارتفاع قلق الموت بدرجات مرتفعة إضافة إلى تحقق فرضية الجزئية المتمثلة في تعدد ولادات المرأة يزيد في تعرضها لقلق الموت وعدم تحقق الفرضية الجزئية طبيعة ولادتها تعرضها لقلق الموت..

الكلمات المفتاحية : قلق الموت – الحمل – الولادة.

Abstract :

This study aimed to identify the death anxiety of a pregnant woman who is about to give birth, as it aims to know the extent of the suffering of a pregnant woman who is about to give birth due to death anxiety and who was chosen for this topic based on my orientation to the Hakim Saadane Hospital Institution in Laghouat, and the main problem of our research crystallized as follows: Does a pregnant woman who is about to give birth suffer from high death anxiety? This main question emerged as partial questions related to the research variables, which are as follows: Does her multiple births increase her exposure to death anxiety? Does the nature of her birth expose her to death anxiety?

The importance of the research lies in shedding light on an important stage of a woman's life, namely pregnancy and childbirth, as well as showing the importance of the field of psychology in the interest and care of pregnant women, for their psychological and social compatibility. Helping her accept her status as a pregnant woman about to give birth.

To achieve the objectives of the research, we relied on the clinical approach as an important step in the research, with the application of a set of tools represented in the interview, observation and the Donald scale to measure the degree of death anxiety translated into Arabic, on the sample consisting of two cases represented by pregnant women who are about to give birth. Finally, we come out with the most important result in the research is the realization of the main hypothesis represented in, that the pregnant woman who is about to give birth suffers from high death anxiety in high degrees, in addition to the realization of the partial hypothesis represented in the multiplicity of women's births, which increases her exposure to death anxiety and the failure of the partial hypothesis to achieve the nature of her birth exposes her to anxiety the death.

Keywords:

Death Anxiety - Pregnancy - Childbirth.

العنوان	الصفحة
شكر	أ
الإهداء	ب
ملخص الدراسة	ج
قائمة المحتويات	د
مقدمة	9
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
1. الإشكالية	13
2. الفرضيات	15
3. أهداف الدراسة	15
4. أهمية الدراسة	16
5. تحديد المفاهيم الإجرائية	16
6. الدراسات السابقة	16
الفصل الثاني: قلق الموت	
تمهيد	22
1. القلق	23
1.1. تعريف القلق	23
2.1. أنواع القلق	23
3.1. أسباب القلق	25
4.1. أعراض القلق	27
5.1. النظريات المفسرة للقلق	28
6.1. علاج القلق	31
2. قلق الموت	32

1.2. تعريف قلق الموت	32
2.2. أنواع قلق الموت	32
3.2. مكونات قلق الموت	33
4.2. أسباب قلق الموت	34
5.2. أعراض قلق الموت	35
6.2. النظريات المفسرة لقلق الموت	36
7.2. علاج قلق الموت	37
خلاصة الفصل	39
الفصل الثالث: الحمل و الولادة	
تمهيد	41
1. الحمل	42
1.1. تعريف الحمل	42
2.1. أعراض الحمل	42
3.1. مراحل الحمل	43
4.1. أنواع الحمل	46
5.1. المخاوف التي تتعرض لها المرأة الحامل	48
6.1. الاضطرابات النفسية والجسدية المصاحبة للحمل	49
2. الولادة	52
2.1. مفهوم الولادة في علم النفس	52
2.2. أعراض الولادة	52
3.2. مراحل الولادة	53
4.2. أنواع الولادة	54
5.2. أسباب الوفيات لدى النساء الحوامل	55
6.2. الاضطرابات النفسية المصاحبة للولادة	56
خلاصة الفصل	58

الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
تمهيد	61
المنهج المستخدم	62
الدراسة التطبيقية	62
1. مكان و زمان إجراء الدراسة التطبيقية	62
2. عينة الدراسة التطبيقية	62
3. مواصفات وخصائص العينة الدراسة	62
أدوات الدراسة	63
1.الملاحظة	63
2.المقابلة العيادية	63
3.مقياس قلق الموت	63
خلاصة الفصل	67
الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج	
تمهيد	69
1. عرض نتائج الدراسة	70
2. الاستنتاج العام مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات	78
الاستنتاج العام	80
الخاتمة	82
قائمة المراجع	84
الملاحق	

مقدمة

يعتبر القلق من المواضيع المثيرة التي حظيت باهتمام كبير من طرف الباحثين والمختصين في علم النفس، كونه أصبح مرض العصر نظرا لانتشاره بصورة واسعة في مختلف المجتمعات والثقافات، فهو خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بالخوف أو تهديد من شيء ما، دون أن يستطيع تحديدها تحديدا واضحا، وتصاحب هذه الحالة بعض التغييرات الفيزيولوجية والنفسية، فالقلق عبارة عن رد فعل نفسي وجسدي نتيجة للشد العصبي، ومواقف الحياة اليومية الغير مريحة، فهو عملية شائعة بين الناس، فالكل يشعر بالقلق ويعاني منه في بعض المواقف، لكن يختلف في شدته من شخص لآخر ومن جنس لآخر، أي أن المرأة تعاني من القلق أكثر من الرجل.

حيث تختلف المرأة في تكوينها الفيزيولوجي والنفسي عن الرجل فشخصيتها وحياتها النفسية بها الكثير من أوجه الخصوصي، ويقال أنها تمتلك بعض الصفات والقدرات البيولوجية والعاطفية أكثر من الرجل، وإ ذا انتقلنا إلى مراحل حياتها فإننا نجد أنها تمر
بمواقف انفعالية متعددة ولعل السبب في ذلك هو ما تتميز به من خصائص بيولولوجية ونفسية تتمثل في الدورة الشهرية، والحمل وعملية الولادة.

ومما لا شك فيه أن عملية الحمل والولادة هي عملية شاقة للمرأة لان الكثير من النساء المقبلات على الولادة تعانين من القلق بصورة كبيرة، فهناك خوف من المجهول،ومخاوف على صحة الجنين وولادته بصورة طبيعية، بالإضافة إلى مخاوف أخرى تتعلق بالآلام من عملية الولادة، حيث أن بعض النساء المقبلات على الولادة قد يكون عندهن قلق من عملية إخراج الجنين وما يتبع ذلك من تدخل جراحي حيث تضمنت الدراسة ثلاثة فصول بدءا ب **مقدمة الدراسة؛** يليها الجانب النظري واخيرا الجانب التطبيقي.

اشتمل **الجانب النظري** على:

الفصل الأول: الذي يمثل الإشكالية واعتباراتها حيث تم فيه تحديد اشكالية الدراسة وتحديد المفاهيم الأساسية للدراسة بالإضافة الى الاهداف والاهمية ثم تحديد المفاهيم الإجرائية وصولا الى الدراسات السابقة.

الفصل الثاني: الذي يمثل قلق الموت، تحدثت فيه عن **القلق** من حيث التعريف، أنواع القلق أسبابه أعراضه بالإضافة إلى النظريات المفسرة له وعلاجه.

قلق الموت تطرقت فيه الى تعريف قلق الموت، أنواعه ومكوناته، أسبابه وأعراضه، النظريات المفسرة لقلق الموت وعلاجه.

الفصل الثالث: دراسة حول الحمل والولادة، عرضت فيه ابرز المفاهيم حول الحمل من حيث التعريف، أعراض ومراحل وأنواع الحمل وكذلك التغيرات الناجمة عن الحمل والاضطرابات النفسية والجسدية المصاحبة للحمل.

يليها عنصر الولادة من حيث تعريف الولادة أعراضها مراحلها أنواعها وكذلك أسباب الوفيات لدى النساء الحوامل وصولا الى الاضطرابات النفسية المصاحبة للولادة.

بينما اشتمل **الجانب التطبيقي** على فصلين الفصل الرابع تمثل في الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية من حيث منهج الدراسة ومجتمع الدراسة وعينتها وصولا الى أدوات الدراسة

فيما يخص **الفصل الخامس:** عرض النتائج وتحليلها من حيث عرض ومناقشة نتائج الدراسة وكذلك تفسير نتائج الدراسة وصولا الى الاستنتاج العام والخاتمة.

الجانب النظري

الفصل الأول:
الاشكالية واعتباراتها

1. الإشكالية
2. الفرضيات
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. تحديد المفاهيم الإجرائية
6. الدراسات السابقة

الإشكالية:

يعاني الإنسان فى مختلف مراحل حياته من عدة هواجس الموت ومنها هاجس الموت، هذا الشعور لطالما حاول الهروب منه وعدم التفكير فيه وذلك لما له من مشاعر تشعره بالضعف وقلة الحيلة خاصة إذا ما تعلق الأمر بإصابته ببعض الأمراض الخطيرة والحساسة التي بإمكانها أن تؤدي بحياته وقد تصيبه باضطرابات نفسية بإمكانها أن تؤثر على صحته. ومن انواع القلق الأكثر انتشارا نذكر قلق الموت و الذى يعرفه تمبلر يرى أن قلق الموت حالة انفعالية غير سارة يجعل بها تأمل المرأة المقبلة على الولادة فى وفاتها، يعد هذا الأخير أكثر أنواعه تأثيرا على حياة الفر د وتكيفه. **(عبد الخالق،1987،ص 38)**

فيعد الموت أعظم غموض وأكبر سر يواجه الإنسان ويصيبه بالقلق، يرى "مسكويه" (Miskwih) أن الخوف من الموت لا نجده إلا عند من يرى الموت حقيقة، أو لأنه يظن أن بدنه إذا نحل وبطل تركيبه فقد انحلت ذاته وبطلت نفسه بطلان عدم، وأن العالم سيبقى موجودا وليس بموجود فيه كما يظنه من يجهل بقاء النفس وكيفية الميعاد، أو لأنه يظن أن الموت ألم عظيم غير ألم الأمراض التي ربما تقدمه، أدت إليه وكانت سبب حلوله، أو لأنه يعتقد عقوبة تحل به بعد الموت، أو لأنه متحيز لا يدري أي شيء يقدم بعد الموت.

(طارق محمد عبد الوهاب، وآخر، 2000 ،ص 80)

وفيما يخص قلق الموت عند المرأة الحامل حيث تقول " هيلين دوتش" في هذا الصدد ": أنه تحدد مخاوف الموت للمرأة الحامل بصورة نفسية بمشاعر الذنب وذكريات المخاوف القديمة والتي لها عمق واقعي في فترات سابقة المتمثل في وفاة النساء أثناء الولادة أو النفاس، أما اليوم فالعلم ينقذهن من خطر الموت ويخفف ألامهن، إلا أنه لا ينقذهن من الخوف النفسي من الموت حيث تكون هذه المشاعر مكتومة في أعماق أنفسهن لا أساس لها رغم تطور العلم وتفتح الدهنيات. ولا تتلاشى أطياف الموت إلا حين يلتقي حب الأم مجددا الطفل في العالم الخارجي له. **(لين دوتش، 2008 ، ص 181)**

فنلاحظ أن هذا القلق الخاص بالمرأة قد يرتبط بوضعيات صعبة عاشتها كوضعية الحمل والولادة، وقد يزداد ذلك الشعور لدى المرأة حدة. إذا ما أصيبت بمرض ما، ونتيجة لذلك تضطرب حالتها النفسية وذلك من خلال المشاعر التي تنتابها من انزعاج والحيرة

الدائمة حول ما ينتظرها وترقبها للحظات الموت باستمرار وتكون هذه الفكرة محور تفكيرها طيلة فترة حملها.

ففي دارسة قام بها إبراهيم (1995) هدفت إلى معرفة العلاقة بين قلق الموت والإصابة ببعض الأمراض العضوية، بينت وجود ارتباطات ايجابية بين المشكلات الصحية وقلق الموت حيت يفقد المريض القدرة على التحكم في نشاطاته وأعماله بفعل المرض الذي يعاني منه ويسهم في تفجير قلق الموت لديه. وفي دراسة أخرى أعدتها النيال 1991 هدفت إلى فحص الفروق في كل من القلق كحالة وقلق الموت قبل إجراء العملية الجراحية وبعدها، كانت النتيجة التي توصلت لها الباحثة أن هناك فروقاً جوهرية في هذين المتغيرين بين مرحلتي ما قبل إجراء الجراحية وبعدها إذ يرتفعان قبل العملية وينخفضان بعدها.

ويعتبر الحمل حدثا مهما طبيعي وفيزيولوجي تمر به معظم النساء، فبالإضافة إلى ما يحدث فيه من تغيرات للمرأة الحامل من الناحية الفيزيولوجية سواء كانت عادية أو مرضية كالإرهاق، والشعور بالتعب والقيء... يصاحبه أيضا تغيرات نفسية إذ تقول الباحثة "إيلان دوتش "Hélène Deutch" :"أن كل التغيرات الفيزيولوجية تنبه الجانب النفسي وتستثيره وهذه الاستثارة تحدث وتنقل عبر النهايات العصبية للجهاز التناسلي وبذلك نلاحظ مدى تأثير السيرورة الجسدية على السيرورة النفسية خلال الحمل

(Deutch Hélène , 1967, p113)

وكذا دراسة "عبد الرحمن العيسوي :" دراسة عن الحمل الأول كتأثير نفسي قوي يحمل رهبة ويحمل مخاوف وصراعات كتجربة أولى واستهدفت الدراسة مشكلات المرأة الحامل النفسية والاجتماعية ، على الحوامل اللواتي تتراوح أعمارهن مابين 15 –40 سنة في منطقة بيروت – لبنان – كشف عن الأعراض النفسية "القلق" أكثر انتشارا من الأعراض الجسدية.

(العيسوي ، 1992 ،ص 272)

وقد أشار فرويد (1899)إلى غريزة الحياة التي تقوم على أساس التكاثر وتنشا عن طريق رابطة الزواج بين الرجل والمرأة حيث تتكون بعد عملية الإخصاب بيضة ملقحة و من ثم جنين وبعدها كائن حي(طفل)هذه العملية تعرف باسم الحمل الذي يعتبر احد الوظائف المهمة للزواج مصدر اللذة والسعادة في الحياة الزوجية، باعتباره مؤديا للإنجاب الذي يعد الطريقة الأساسية لحفظ النوع الإنسانى. **(السوالمة، 2012، ص 365)**

كذلك دراسة السوالمة (2012) التى هدفت إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية والقلق لدى النساء الحوامل، واختبار فاعلية برنامج إرشادي لتخفيف من الضغوط النفسية، وقد أشارت هذه الدراسة إلى وجود ضغوط نفسية وقلق بدرجة مرتفعة عند النساء الحوامل، وبالنسبة للبرنامج الإرشادي فتبين إن له أثر في التخفيف من شدة الضغوط والقلق للمرأة الحامل.

من خلال ما سبق تظهر الإشكالية لبحثا فى طرح التالى:

- هل تعاني المرأة الحامل المقبلة على الولادة من ارتفاع قلق الموت؟

أسئلة جزئية تتمثل فى:

- هل طبيعة ولادتها (قيصرية –طبيعية) تعرضها لقلق الموت؟
- هل تعدد ولاداتها يزيد في تعرضها لقلق الموت؟

2. الفرضيات:

– الفرضية الرئيسية

- تعاني المرأة الحامل المقبلة على الولادة من ارتفاع قلق الموت.

– الفرضيات الجزئية

طبيعة ولادتها تعرضها لقلق الموت.

تعدد ولادتها يزيد فى تعرضها لقلق الموت.

3. أهداف الدراسة:

– تحديد مستوي قلق الموت لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة .

–معرفة ما اذا كانت المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعاني من القلق الموت.

–التعرف على دور نوعية ولادتها فى تعرضها لقلق الموت.

–التعرف على دور تعدد ولادتها فى زيادة تعرضها لقلق الموت.

–إلقاء الضوء على اهم الأعراض الجسدية والنفسية لقلق الموت لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة.

4. أهمية الدراسة:

تكمن أهمية البحث فى تسليط الضوء على مرحلة مهمة من حياة المرأة، ألا وهي الحمل والولادة، كذلك تبين أهمية مجال علم النفس في الاهتمام والرعاية بالنساء الحوامل، من أجل توافقهن نفسيا واجتماعيا ،وكذلك تكوين فكرة عن موضوع قلق الموت و الحالة التي تكون فيها المرأة الحامل.

يهتم هذا البحث بالمرأة الحامل قصد فهم جانب من جوانب حياتها، و كيفية مساعدتها على تقبل وضعها كامرأة حامل مقبلة على ولادة.

أسباب اختيار الموضوع:

- الرغبة الملحة فى اكتشاف وفهم قلق الموت لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة.
- من أهم المواضيع التى يجب أخدها بعين الاعتبار.
- نقص الدراسات المتعلقة بقلق الموت لدى النساء الحوامل .
-

5. تعاريف الاجرائية :

قلق الموت: الدرجة التي تحصل عليها الحالة في مقياس قلق الموت.

الحمل: هو مجموعة من الظواهر الجارية بين التلقيح والولادة والتي من خلالها ينمو الجنين في بطن أمه.

الولادة: هي مجموعة من الظواهر الحركية والفيزيولوجية اللازمة لإخراج الجنين وما يتبعه (المشيمة) خارج رحم الأم.

6. الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة نقطة انطلاق لكل بحث علمي وتسجل سجلا حافلا بالمعلومات التي يمكن من خلالها تحديد الظاهرة المراد دراستها وتحديد موقعها من التراث العلمي ومعرفة مدى اهتمام الباحثين والمتخصصين بها وبالرغم من معاناة الكتب العربية وقلة الدراسات في مجال القلق النفسي لدى المرأة المقبلة على الولادة وكل ما يمكن الحصول عليه في هذا المجال لا يتعدى المقالات أو الدراسات المرتبطة بمتغيري الدراسة كل على حدة وارتباطه بمتغيرات أخرى، فهناك من الدراسات من ربطت موضوع القلق بالأمراض

السيكوسوماتية وأخرى بالسلوكات الإنسانية وأخرى بنمط الحياة ودراسات أخرى ربطت موضوع الولادة بالاكتئاب وبالإمراض النفسية والجسدية وأخرى بالمستوى المعيشي وجودة الحياة، ولقد اخترت هنا الدراسات القريبة إلى بحثي والتي تخدم موضوعي وقسمتها إلى:

أولا: دراسة (النيال، 1991)

هدفت الدراسة إلى فحص الفروق في كل من القلق كحالة وقلق الموت قبل إجراء العملية الجراحية وبعدها، وكانت الفرضية الموضوعية من قبل الباحثة أن هناك فروقا جوهرية في هذين المتغيرين بين مرحلتي ما قبل إجراء الجراحة وبعدها إذ يرتفعان قبل العملية وينخفضان بعدها.

وتكونت العينة الدراسة من (23) مريضة عضوية ذكرة كانوا يجرون عمليات جراحية من النوع الكبير، وكان متوسط أعمارهم (36-23) سنة.

واستخدمت (النيال) مقياسا لحالة القلق ومقياسا لقلق الموت، وتم تطبيقهما مرتين، الأولى قبل إجراء الجراحة بأربعة وعشرون ساعة والثانية بعد إجراء الجراحة بخمسة أيام.

وأشارت النتائج إلى وجود فروق جوهرية في مقياس حالة القلق وقلق الموت بين حالتي ما قبل الجراحة وبعدها.

هنا يتضح أن دراسة (النيال،1991) قد اختلفت فيها العينة عن كثير من الدراسات السابقة حيث كانت العينة من المرضى، والتي اقتصرت على جنس واحد وهو الذكور والذين خضعوا الإجراء عمليات جراحية كبرى واللافت للنظر هنا أنه كانت الفروق جوهرية في هالة القلق وقلق الموت قبل وبعد العملية وذلك لصالح قبل العملية في ارتفاع مستوى القلق.

(النيال،1991، ص 37،53)

ثانيا: دراسة (العيسي، 1994)

هدفت الدراسة إلى التعرف على وجود أعراض القلق والاكتئاب لدى النساء الحوامل ومدى تأثير المفاهيم الخاطئة على ذلك، ومقارنة النساء الحوامل بغير الحوامل.

وتكونت عينة الدراسة من (50) امرأة حامل تم اختيارهن عشوائية من العيادة النسائية في مدينة الحسين الطبية بالأردن، و(50) امرأة غير حامل كعينة ضابطة وممثلة لعينة الدراسة من حيث الخلفية الاجتماعية والسن، والثقافة.

وقام الباحثون بتطبيق مقاييس متعددة منها مقياس بيك للاكتئاب ومقياس القلق والمقابلات الشخصية، وعمل الباحثون على معاجلة البيانات إحصائية بعدة أساليب.

أشارت نتائج الدراسة إلى أن النساء الحوامل لديهن ارتفاع في مستوى القلق وبعض المفاهيم الخاطئة أكثر من النساء الحوامل. ودعمت هذه النتائج فكرة النظرية المعرفية بأن المفاهيم والاتجاهات قد ينتج عنها قلق واكتئاب.

ومن تلك الدراسة أنها أجريت على عينة مشتركة من النساء الحوامل و غير الحوامل والتي أستخدم فيها الباحثون للمنهج التجريبي ليصلوا إلى مدى تعثر المفاهيم الخاطئة على أفراد العينة مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة والتي جاءت نتائجها لتؤكد مدى تأثير المفاهيم الخاطئة والشائعة بين الناس على مستوى القلق والاكتئاب لدى النساء الحوامل أكثر من قرنائهن من النساء غير الحوامل. **(العيسي، رائدة، ، 2004)**

ثالثا: دراسة (C.Dayan And others 2002)

هدفت الدراسة والتي أجريت في الأعوام 1997 – 1998 في فرنسا إلى البحث عن تأثير كلا من القلق والاكتئاب على حدوث الولادة المبكرة.

وتكونت عينة الدراسة على سلسلة متتالية من 634 امرأة حملت لمرة واحدة، القلق والاكتئاب تم تقييمه بواسطة استبيان يتم تعبئته ذاتية، واستخدم لقياس القلق Spielberger's Trait State – واستخدم لقياس الاكتئاب the Edinburgh depression and Inventory معيار الاكتئاب تم تقسيمه إلى أجزاء ذات قيم معينة تتعلق باضطراب الاكتئاب النفسي الكبير، ال 75% من المعيار استخدمت لقياس القلق، تم التحكم في العوامل الاجتماعية والديموغرافية وكذلك عوامل طبية حيوية ويضمن ذلك شروط التفاعل.

نتائج الدراسة بينت أن الاكتئاب مرتبط بصورة إيجابية مع النساء قليلات الوزن، نفس النتيجة تم ملاحظتها مع السيدات الحوامل اللاتي يعانين مع اضطراب القلق ولهن تاريخ مرضي سابق في الولادة المبكرة، وكان هناك ارتباط ملحوظ ما بين القلق ما بين النساء اللاتي عانين في السابق من النزيف المهبلي، وتظهر النتائج أن القلق والاكتئاب عندما يترافقان مع بعض العوامل الحيوية والطبية فإنه ينتج عنهما ولادة تلقائية مبكرة للأم، وتوجد هناك فرضية بأن هناك توافق ما بين إفراز Cortricotrophin releasing factor، من المشيمة وما بين بعض العوامل النفسية والحيوية، وخلصت الدراسة إلى أن القلق، كتلة

الجسم، إفراز هرمون Cortricotrophin، الاكتئاب، العمل الولادة المبكرة كل هذه عوامل تؤثر بعملية الولادة. **(Dayan, 2002, p293)**

رابعا: دراسة (Wing Cheung and others ،2006)

هدفت الدراسة إلى استكشاف ودراسة العلاقة بين مستوى قلق الأم ومشاعر السيطرة خلال عملية الولادة للنساء الصينيات في هونج كونج الحوامل لأول مرة.

عملية استكشافية وصفية ارتباطية التصميم، المعلومات جمعت في ثلاث مناسبات، خلال المرحلة الأولى من الولادة، أثناء عملية الولادة، بعد 24 ساعة إلى 48 ساعة من عملية الولادة، وجماعة العينات من قسم الولادة في المستشفى التعليمي العام إلى هونج كونج.

عينة الدراسة تتألف من 90 أم من هونج كونج الصينية حوامل لأول مرة، جدول العمل LAS the labour agentry scale وهو معيار ذاتي تم تصميمه بحيث يهدف إلى قياس مشاعر السيطرة أثناء الولادة. (vas - A) وهو A Visual analogue scale for anxiety تستخدم للقياس الذاتي للمرأة وتحديد مستوى القلق أثناء الولادة.

وبينت نتائج الدراسة اختبار معامل الارتباط بيرسون على وجد علاقة سلبية بين مشاعر القلق والأم أثناء المخاض، لا علاقات الإحصائية تم الكشف عنها أن العلاقات وحضور المرأة قبل الولادة، الدروس المتعلقة برعاية الأم الحامل وما بين السيطرة على مشاعر أثناء الولادة.

وأظهرت الدراسة علاقة سلبية كبيرة بين مشاعر وقلق الأم والقدرة على السيطرة خلال عملية الولادة الآثار المترتبة على هذه الممارسة (حضور دروس الأم الحامل)، وأظهرت الدراسة توصيات للقابلات اللاتي يعملن من الأمهات من أجل تعزيز قدرتهن على التحكم في أثناء المخاض والولادات مع الارتياح، وعلاقة بسيطة ما بين ذلك الحضور في فصول ما قبل الولادة والسيطرة على المشاعر وتقترح ضرورة تقييم مضمون الولادة والتعليم من أجل تقوية قدرة المرأة على التحكم أثناء الولادة.

(Wing Cheung and others, 2006)

خامسا: دراسة (Perkin and Others ،1992)

هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير كل من القلق والاكتئاب أثناء الحمل على حدوث مضاعفات أثناء عملية الولادة وقد جمعت المعلومات من دراسة ST George's لقياس وزن الطفل بعد الولادة.

عينة الدراسة وهي عبارة عن دراسة استكشافية للسكان أخذت العينة من داخل المستشفى العام بمدينة لندن، عينة البحث عبارة عن سلسلة متتالية من 1860 سيدة بيضاء حجزن الاقتراب موعد الولادة لديهم، 136 رفضهن التعامل مع الدراسة، و109 لم يكملن البحث لأسباب خاصة بهن، وبقي عند 1515 سيدة أكملن البحث.

نتائج قياس البيانات الرئيسية تم الحصول عليها عن طريق البحث في حجز المقابلات، 17، 28، 36 أسبوع من الحمل وقبل الولادة السيدات منتظمة الحضور لعيادة النساء و الولادة، ولتنبؤ المتغيرات فإن القلق والكآبة تقاس نتائجها باستخدام استبيان الصحة العامة، ونتائج المتغيرات بينت بأن هناك عدة مشاكل ولادية وهي: الولادة المبكرة، عملية الولادة غير تلقائية، استخدام الأدوية في المرحلة الأولى والثانية من الحمل، ولادة غير تلقائية من المهبل.

نتائج الدراسة بينت أن العوامل التي كانت تمتلك أقوى العلاقات في نتائج البحث كانت هي عدد الولادات، عمر الأم، الاكتئاب خلال فرط الحمل لا يمت بصلة إلى مضاعفات الولادة. القلق على علاقة بسيطة بضعف الوعي / التخدير في المرحلة الثانية من الولادة.

وفي الاستنتاجات العامة للسكان من النساء الحوامل، القلق والاكتئاب خلال فترة الحمل، وفي حين أنه غير مرغوب فيهما بحد ذاتهما، وليست لها أهمية في تطور مضاعفات الولادة. **(Perkin and Others، 1992)**

الفصل الثاني:
قلق الموت

تمهيد

1. القلق

1.1. تعريف القلق

2.1. أنواع القلق

3.1. أسباب القلق

4.1. أعراض القلق

5.1. النظريات المفسرة للقلق

6.1. علاج القلق

2. قلق الموت

1.2. تعريف قلق الموت

2.2. أنواع قلق الموت

3.2. مكونات قلق الموت

4.2. أسباب قلق الموت

5.2. أعراض قلق الموت

6.2. النظريات المفسرة لقلق الموت

7.2. علاج قلق الموت

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر القلق من ابرز الاضطرابات التي عانى منها الإنسان مند القدم، نتيجة عدة أسباب حيث يظهر على الفرد بأشكال مختلفة ويصابون به نتيجة للضغوطات الحياتية.

ويعد القلق نوع من أنواع القلق العام والخوف من الموت أمر شائع ومنتشر بين الناس، وبالرغم من أن القلق حالة انفعالية غير سارة تتمثل في الخوف من الموت إلا انه حقيقة ثابتة لا يستطيع العقل رفضها.

1. القلق

1.1. تعريف القلق

لغة: القلق كلمة مشتقة من فعل قلق – يقلق – قلقا: فيقال، قلق الشخص، أي اضطرب وانزعج– ولم يستقر في مكان واحد.

(المنجد في اللغة العربية المعاصرة، 2000، ص1004)

ويتضح من التعريفات اللغوية السابقة للقلق على أنها في دلالتها على إن القلق يقصد به الاضطراب وعدم الاستقرار وعدم الطمأنينة.

اصطلاحا: خبرة انفعالية مكدرة أو غير سارة يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير محدد او مخيف عندما يقف في موقف صراع أو احباط حاد. **(كفافي، 1990، ص342)**

ويعرفه فرويد Freud يعرف القلق أنه: "حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له كثيرا من الكدر والضيق والألم. والشخص القلق يتوقع الشر دائما، ويبدو دائما متشائما، وهو يتشكك في كل أمر محيط به ويخشى أن يصيبه منه ضرر."

(فرويد،1989، ص 13)

اما زهران فيري أن القلق هو حالة من توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية."

(طه عبد العظيم حسين، 2007، ص14)

في حين يعرفه **(عبد الغفار، 1990، ص119)** "خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء دون أن يستطيع تحديده تحديدا واضحا، وغالبا ما تصاحب هذه الحالة بعض التغيرات الفسيولوجية."

2.1. أنواع القلق:

عادة ما يقسم علماء النفس القلق إلى نوعين رئيسين هما:

***القلق العادي أو الموضوعي:** وهذا النوع أقرب إلى الخوف، ذلك لأن مصدره يكون واضح المعالم في ذهن المصاب، ومن أمثلته، شعور الفرد بالقلق (الخوف) مثلا إذا ما اقتربت منه سيارة مسرعة أثناء سيره في الطريق.

(مجدى أحمد محمد عبد الله، 2006، ص149)

هو قلق سوي موضوعيا خارجيا أو ذاتيا داخليا بحيث يعزى إلى موقف محدد كما يحدث في زمن معين، ويعد حينئذ استجابة سوية لمواقف طبيعية تسبب القلق في الحقيقة لدى معظم البشر. **(عبد الخالق،1987، ص27)**

***القلق العصابي المرضي:** هذا النوع من القلق هو عكس القلق الطبيعي، حيث أنه يضعف القدرة على التكيف، ويقلل كفاءة الشخص المصاب، لأنه يصبح بحد ذاته عنصرا شاغلا للمريض أي مواجهة فعالة، ومستنفذا للطاقة النفسية والجسدية، كما أنه شعور مؤلم نفسيا إذ يحرم المصاب من الاستمتاع بمباهج الحياة أو الاستفادة منها.

(حسن الداهري، 2005،ص 326)

ويميز فرويد بين ثلاثة أنواع من القلق العصابي هي:

***القلق الهائم الطليق:** وهو حالة خوف عام شائع طليق، مستعد لأن يتعلق بأي فكرة مناسبة وهو يتربص بأي فكرة لكي يجد مبررا لوجوده. وهو يؤثر في أحكام الفرد ويؤدى الشر، يسميها فرويد هذه الحالة "القلق المتوقع" أو "بالتوقع القلق" والأشخاص المصابون بهذا القلق يتوقعون دائما أسوأ النتائج، ويفسرون كل ما يحدث لهم كأنه نذير سوء.

(فرويد،1989، ص15)

***قلق المخاوف المرضية:** هو عبارة عن مخاوف تبدو غير معقولة، ولا يستطيع المريض أن يفسر معناها. وهذا النوع من القلق يتعلق بشيء خارجي معين، ليس خوفا معقولا، كما أننا لا نجد عادة ما يبرره. وهو ليس خوفا شائعا بين الناس.

***قلق الهستيريا:** يرى فرويد أن هذا القلق يبدو واضحا في بعض الأحيان وغير واضح أحيانا أخرى، كما يرى أن أعراض الهستيريا مثل الرعشة والإغماء، وصعوبة التنفس، إنما تحل محل القلق.

وبذلك يزول الشعور بالقلق أو يصبح القلق غير واضح ومن هنا نجد أن أعراض القلق الهستيري نوعان:أحدهما نفسي والآخر بدني. **(عثمان،2001، ص21)**

أما ديفيد شيهان فقد صنف القلق إلى نوعين أساسي:

***القلق الخارجي المنشأ:** تعني الشيء الذي ينشأ أو ينتج من الخارج ويستطيع الفرد أن يميز دائما مصدر مقبولا يبرر هذا النوع من القلق عند حدوث.

***القلق الداخلي المنشأ:** إنما هي المرض ويبدو أن أضحاه قد ولدوا القلق باستعداد وراثيا له.

وهو يبدأ عادة بنوبات من قلق ندهم المصابين فجأة أو بغتة بدون إنذارا سبب ظاهر فيشعر هنا الفرد كان الأمر من داخل جسمه وليس استجابة لوقائع خارجية.

(ديفيد شيهان 1988، ص 20)

وتحدث عبد الخالق عن القلق الهائم الطليق، المسمى بالقلق العام، غير محدد الموضوع. ولكنه من ناحية أخرى يمكن أن يكون محددا بمجال أو موضوع معين خاص. أو تثيره مواقف ذات قدر من التشابه كقلق، أو قلق الاختبار أو التحصيل المرتبط بمواقف الاختبار التي تثير في الفرد الشعور بالخوف والهم في مواجهه الاختبارات أما قلق الجنس مرتبط بأنواع المخاوف والهموم المتصلة بالجنس في حالته السوية.

القلق الاجتماعي هو القلق من التحدث أمام الناس. يرتبط هذا النوع من القلق بمواقف اجتماعية خاصة، والخوف من مواجهة الجمهور بكثرة من القلق والخوف والارتباك نتيجة الخوف من الفشل، أو التفكير في احتمال ارتكاب خطأ أثناء التحدث. ترتبط هذه المشاعر العاطفية بأعراض جسدية، مثل خفقان القلب...

أما قلق الموت فهو نوع من أنواع القلق الهائم أو الطليق أو العام يتمركز حول موضوعات متصلة بالموت. **(عبد الخالق، 1987، ص 33،31)**

3.1. أسباب القلق:

حسب ما ذكر عبد اللطيف حسين فرج فإن أسباب القلق تتعدد بتعدد وجهات النظر الرواد علم النفس عندما يتحدثون عن العوامل التي تؤدي إلى القلق، فهناك من يركز على القلق كمصاب ناتج عن الخبرات المكبوتة، وهذا ما نجده لدى المنظرين في المدرسة التحليلية، بينما يركز السلوكيين على عملية التعلم وتعميمه، أما الإنسانيون فيرون أن عدم تحقيق الذات من أسباب القلق. **(طارق عبد الوهاب ووفاء مسعود، 2000)**

ومن جانب آخر أشارت نتائج البحوث إلى أن الأسباب وان كانت موضوعية ومثيرات داخلية فإنها تختلف، إلا أن النظرة الشمولية توجب الأخذ في الاعتبار جميع الأسباب المحتملة، فيما يلي ذكر لأهم أسباب القلق بصفة عامة.

- **الاستعداد الوراثي:** تعد الوراثة من أهم الأسباب التي تؤدي إلى القلق، حيث تؤكد بعض الأبحاث الحديثة أثر العوامل الوراثية في ظهور القلق. ومن هذه الأبحاث تلك التي أجريت على التوائم، حيث تبين أن التشابه في الجهاز العصبي اللاإرادي، والاستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية بصورة متشابهة يؤدي إلى ظهور أعراض القلق لدى التوأمين.

كما ظهرت دراسة الأسر أن 15% من أبناء وأخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض.

- **العمر:** تعد المرحلة العمرية أحد العوامل التي تؤثر في نشأة القلق، حيث يزداد القلق مع عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة وكذلك ضموره لدى المسنين، فيظهر القلق لدى الأطفال بأعراض مختلفة عنده لدى الراشدين فيكون الخوف لدى الأطفال على شكل خوف من الظلام ومن الحيوانات، أما القلق والمراهقة فيكون بشكل الشعور بعدم الامن والخجل، وعادة تضعف أعراض القلق في مرحلة النضج لتظهر في مرحلة سن اليأس والشيخوخة، ويمثل القلق واحدا من أهم الإضطرابات النفسية المحتملة كنتائج للإضطرابات الوظيفية.
- **الاستعداد النفسي العام :** تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق، ومن ذلك الضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، والتوتر النفسي الشديد، والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه، ويعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة، وعدم تقبل مر الحياة وزجرها، كما يؤدي فشل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها رغبات الفرد الملحة.
- **العوامل الاجتماعية:** تعتبر العوامل الاجتماعية وفقا لغالبية نظريات علم النفس من المثير الأساسي للقلق، أن 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 الأمن واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة، وأساليب التعامل الوالدية القاسية، وتوفر النماذج القلقة ومنها الوالدين، والفشل في الحياة ومن ذلك الفشل الدراسي.

(طارق عبد الوهاب ووفاء مسعود، 2000)

4.1. أعراض القلق:

هناك أعراض كثيرة للقلق منها نفسية وجسمية **(فهمي عليما، 2009، ص63)**

- **الأعراض النفسية:** منها:

– سرعة الإثارة العصبية: وهنا يصبح المريض حساس لأي ضوضاء بل يقفز من مكانه عند سماعه الرنين التلفزيون أو الجرس، ويفقد أعصابه بسهولة ويثور لأتفه الأسباب.

– صعوبة التركيز والنسيان: مع الشعور بالاختناق والصداع والاحساس يطوق ويضغط على الرأس ويكون ذلك مصحوبا باختلال في الآلية.

–مخاوف مرضية في أعضاء الجسم لا أساس لها : كالخوف من السرطان أو مرض القلب، هنا يتردد المريض على الأطباء ويحاولون تهدئة وطمأنته من أنه لا يعاني من أي مرض عضوي، ويستريح بعض الشيء ولكن سرعان ما تعود له المخاوف، ويبدأ في زيارة أطباء آخرين. ويزيد التلف ومن ثم تزيد الأعراض الجسمية مما يعزز خوف المريض من احتمال وجود مرض عضوي.

– عدم الاستقرار: والشعور بانعدام الأمن والراحة والأرض الذي يتميز بالصعوبة في النوم أي ينام الفرد على سريره ويتقلب دون أن تغفل عيناه، وإن نام يصحب نومه أحلام وكوابيس مزعجة مما يجعل سلسلة من العذاب.

– الحساسية المفرطة والشك والتردد والضيق ترقب المستقبل: مما يؤدي إلى تناول العقاقير المنومة أو المهدئة أو شرب الخمر كمحاولة من المريض للتحقيق من أعراضه.

- **الأعراض الجسمية:** أهمها:

* أعراض مرتبطة بجهاز القلب الدوري آلام عضلية في الناحية اليسرى في الصدر، فرط الحساسية للسرعة كل من دقات القلب والنبض، ارتفاع ضغط الدم.

* أعراض مرتبطة بالجهاز الهضمي: فقدان الشهية أو عسر الهضم وصعوبتك البلع والشعور بغصة في الحلق والانتفاخ، أو الاسهال أو الإمساك المغص الشديد وأحيانا الغثيان والقيء.

* أعراض مرتبطة بالجهاز التنفسي: ضيق الصدر وعدم القدرة على استنشاق الهواء، سرعة التنفس.

* أعراض مرتبطة بالجهاز العضلي والحركي: الآلام العضلية بالساقين والذراعين والظهر والرقبة، الأعياد والانهاك الجسدي، التوتر والحركات العصبية، الرعشة وارتجاف الصوت وتقطعه.

* أعراض مرتبطة بالجهاز التناسلي: كثرة التبول والاحتباس، تناقص الاهتمامات الجنسية والخلل في الوظائف الجنسية وربما فقدان المقدرة الجنسية، واضطراب الطمث وعدم انتظامه.

* أعراض جلدية: كحب الشباب والاكزيما والبهاق والصدفية وسقوط الشعر.

5.1. التوجهات النظرية المفسرة للقلق:

تعددت النظريات المفسرة للقلق، حيث نذكر منها:

1.5.1. تفسيرات النظرية التحليلية للقلق: يعتقد المحللين النفسانيين، وأكثرهم شهرة سيغموند فرويد أن المخاوف والرغبات الصعبة التعامل والتعايش معها تدفن في اللاوعي بدلا من محاولة حلها. وعندما تحاول هذه الرغبة أو الخوف أن تعبر عن نفسها ينتج عنها القلق. ويرجع فرويد اضطرابات القلق لبعض النساء اللاتي عالجهن إلى رغبات جنسية لم تستطعن التعايش معها أو مناقشتها لأنها لا تعتبر من شيم السيدات. **(مكنزي،2013، ص 26)**

أما ادلرAdler فقد أرجع القلق إلى شعور الفرد بالنقص ومحاولة التفوق. أما اريك فروم Froom فيرى أن القلق ينشأ نتيجة الصراع بين الحاجة للتفرد والاستقلال من جانب الوالدين. ويذهب اتورانك O.Rank إلى أن القلق يرجع إلى صدمه الميلاد.

(فايد، 2008، ص 24)

2.5.1. تفسيرات النظرية السلوكية: يركز السلوكيون الراديكاليون إجمالا على عملية التعلم؛ ويؤكدون بأن الإنسان يتعلم القلق والخوف والسلوك المرضي كما السلوك السوي، ويركز الأوائل من السلوكيين من أمثال "واطسون" (Watson) على أن عمليات التعلم تتم عن طريق اقتران بين المثير الشرطي والمثير الطبيعي، وبالتالي يستجيب الفرد لظاهرة الخوف أو القلق ويصبح الخوف من المؤثر الشرطي دافعا مكتسبا.

(حسين فرج، 2009، ص135)

فالسلوكيون الجدد لا يركزون على الصراعات الداخلية، كما يرى الفرويديون، وعلى هذا يؤكد "ولبي" (Walbe) أن السلوك العصابي سلوك متعلم يتم اكتسابه عن طريق التعلم، وأن القلق هو نوع من أنواع السلوك العصابي المتعلم، ومن ثم يمكن خفضه عن طريق

التشريط المضاد؛ فحين تظهر المثيرات الشرطية لا ترتبط بالقلق المضاد للاستجابة الطبيعية مع وجود القلق المضاد ضعف القلق بالتدريج لدرجة أن المثيرات التي تُحدث القلق ينتهي مفعولها وتحل محلها الاستجابة الطبيعية.

وبذلك صاغ "ولبي" مبدأه العام وهو ما يعرف بالكف النقيض أو المتبادل.

(طه عبد العظيم، 2007، ص 35)

3.5.1. تفسيرات النظرية المعرفية: يرى "جورج كلي Gorgkily "أحد مؤسسي النظرية المعرفية، بأن هناك مسلمات يمكن من خلالها تفسير القلق، إذ يشير إلى أن أي حدث قابل لمختلف التفسيرات، ويعني هذا أنه يمكن تفسير القلق الذي ينتاب الفرد بأكثر من طريقة، وله مسلمة أخرى هي: أن العمليات التي يقوم بها الشخص توجهه نفسيا بالطرق التي يتوقع فيها الأحداث، وباعتبار القلق ليس إلا عملية توقع وخوف من المستقبل فإنه يمكن القول بأن التوقع المعرفي هو مصدر القلق الحقيقي.

***بيك 1976 Beck:** إن اضطراب التفكير يقع في لب الأعصاب، والتداخل مع التفكير الواقعي ملحوظ حتى بالنسبة لمريض القلق، وأن هناك ثلاث ظواهر تنتاب مريض القلق وهي:

عدم القدرة على مناقشة الأفكار المخيفة: فقد يشك المريض أن أفكاره المثيرة للقلق غير منطقية ولكن قدرته على التقييم وإعادة التقدير بموضوعية تكون ضعيفة.

(البلاوي، 2001، ص47)

تكرار الأفكار بشأن الخطر: فمريض القلق لديه إدراكات متواصلة لفظية أو صورية بشأن حدوث أحداث مؤلمة.

* **تعميم المثير:** فقد يزيد مدى المثيرات للقلق، حين يدرك أي صوت أو حركة أو تغيير بيئي على أنه خطر

* **ألبرت أليس "Ellis Alpert":** يرى أن سلوك الفرد في موقف معين هو مزيج من العقلانية واللاعقلانية في وقت واحد وذلك لأن الأفراد يتصرفون في مواقف الحياة المختلفة حسب ما يدركون ويعتقدون نحو تلك الأحداث وعلى هذا الأساس فإن هذا الاتجاه يفسر الاضطراب الانفعالي بأنه نتيجة اضطراب في الإدراك، والتفكير بطريقة لاعقلانية.

(سرى، 1990، ص167)

وينظر "ألبرت أليس" إلى عملتي التفكير والانفعال بأنهما عمليتان غير منفصلتين، فيتكون التفكير من عناصر غير ذاتية، أما الإنفعالات فهي تحيزية وتغلب عليها الذاتية في إدراك الأمور ويستند العلاج العقلاني على مسلمات تساهم في تغير سلوك الإنسان واضطرابه النفسي وهي:

- التفكير والانفعال وجهان لعملة واحدة وكلاهما يصاحب الآخر في التأثير والتأثر.
- الإنسان عقلاني وغير عقلاني في آن واحد.
- يكتسب الفرد التفكير اللاعقلاني منذ الصغر من الأسرة أو البيئة.

يتميز الإنسان بأنه يفكر دائما ويصاحبه تفكيره الانفعال فكلما كان التفكير غير عقلاني كلما نشأ الاضطراب الانفعالي.

- يجب مواجهة الأفكار اللاعقلانية والخرافية بالأفكار العقلانية المنطقية والمعرفية.

(سرى، 1990، ص168)

- نستنتج أن النظرية المعرفية تركز على العمليات المعرفية والفكرية لدى الفرد، وأن سلوك الفرد يرتبط بقدراته العقلية. وهذا المنهج يجمع بين التعلم والجانب المعرفي مما يعطي لهذا التغيير قوة في معرفة حدوث اضطراب القلق.

4.5.1. النظرية الإنسانية: أما المدرسة الإنسانية، وهي الاتجاه الثالث الرئيسي في علم النفس، فإنها تؤكد على خصوصية الإنسان بين الكائنات الحية، ولذا تركز دراساتها على الموضوعات التي ترتبط بهذه الخصوصية، مثل الإرادة والحرية والمسئولية 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 هذا الوجود، لأن هذا هو الهدف النهائي الذي يجب أن يوجه 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 تغزو أسباب القلق إلى الماضي ومن أهم العوامل المرتبطة بالقلق عند أصحاب هذه المدرسة بحث الإنسان عن مغزى لحياته أو هدف لوجوده. وإذا لم يهتد الإنسان إلى هذا المغزى، فإنه سيكون فريسة للقلق، ويرتبط فشل الإنسان في الإهداء إلى مغزى لحياته بالتناقضات القائمة في المجتمعات الصناعية الكبرى التي تتسم بدرجة واضحة

من عدم التكافؤ بين العمال أرباب العمل، مما يجعل الإنسان الفرد يشعر بالضالة العجز والعزلة. **(صبره، شريت، 2004، ص95،96)**

6. علاج القلق

حسب ابراهيم سالم الصيخان فإن :

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

- **العلاج النفسي:** ويهدف إلى تطوير شخصية المريض حتى يصير أكثر تكيفا وهو أهم أنواع العلاج في هذا المرض ويشمل الايحاء والحث والتوضيح. قد تلجأ إلى العلاج السلوكي بتغيير عادات المريض وطبيعة استجابته للمثيرات.
- **العلاج الاجتماعي:** ويتركز على تكييف حالة المنزل والعمل حتى تخفف عن كاهل المريض بعض أعبائه التي تزيد من حالته.
- **العلاج العضوي:** وذلك بالعقاقير المهدئة، وكذلك علاج الأعراض المصاحبة كفقد الشهية وغيرها، ويراعي ألا يكون هذا العلاج أساسيا ووحيدا ونستعمل هنا المهدئات الخفيفة عادة.

ويلعب المرشد أو الأخصائي النفساني بمراحل العلاج دورا كبيرا في تخفيف القلق او 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.

(ابراهيم سالم الصيخان، 2010، ص 72-73).

2. قلق الموت

1.2. تعريف قلق الموت

يعد قلق الموت انفعال يتواجد في طيات الشعور، وهو نوع وحيد من القلق؛ حيث يعتبر اضطراب ميتافيزيقي لا يعالج. فالشيء الوحيد الذي لا يمكننا إخفاؤه هو أن قلق الموت لا يعتبر قلق عادي، أو داء يمكن تشخيصه؛ حيث يعد قلق الموت لا يعرف له موضعا لكن هو قلق على المستقبل في حد ذاته؛ أي قلق على موقف وحدث قبل لا توجد للفرد أي سلطة عليه. **(عبد المنعم الحنفي، 1992 ،ص 179)**

تعريف إرنست بيكر: مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها يمكن أن تصنف جميعا في إطار واحد هو الخوف من الموت.

تعريف كارل يونغ: "إن قلق الموت مصدر أساسي للبؤس العصابي خصوصا في النصف الثاني من الحياة."

تعريف ألفرد أدلر : "المرض العقلي يتكون نتيجة لفشل في تجاوز الخوف من الموت."

تعريف ستانلي هول : "نوعا من الفوبيا أطلق عليها مخافة الموت."**(عثمان،2001،ص74)**

2.2. 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.

قلق الموت المزمن: وهو الذي تطول مدته وتزداد فيه معاناة المريض.

قلق الموت الحاد: هو القلق الذي يظهر في جملة أعراض، تكون عنيفة ملحة وفي زمن قصير وترتبط بخبرات الحياة، كموت قريب أو مرض شديد.

(فقيري تونس، 2015 ،ص78،77)

إن هذان النوعان من قلق الموت يجعلان الإنسان في حالة انفعالية غير سارة سواء كان جراء الإصابة بمرض مزمن، أو جراء خبرة واقعية حزينة كفقدان الآخرين وبالتالي يكون في قلق مستمر على حياته ومنه يترجم ذلك القلق على أعراض مختلفة .

3.2. مكونات قلق الموت

حسب أحمد عبد الخالق، فقد حدد الفيلسوف " جاك شون" مكونات ثلاثة للخوف من الموت وهي:

- الخوف من الاحتضار.
- الخوف مما سيحدث بعد الموت.
- الخوف من توقف الحياة.

كما ذكر "كفانو" في كتابه "مواجهة الموت" وبشكل واضح مكونات مخاوفه الشخصية بالنسبة إلى الموت، وقد تضمنت هذه المخاوف ما يلي:

- عملية الاحتضار.
- الموت الشخصي.
- فكرة الحياة الأخرى.
- النسمة السحيقة أو المطبقة التي ترفرف حول المحتضر.

أما " ليفتون " فقد رأى أن قلق الموت يتركز حول مخاوف تتكون مما يلي:

- التحلل أو التفسخ.
- الركود أو التوقف.
- الانفصال.

كذلك " ليستر" من وجهة نظر سيكولوجية بين جوانب أربعة للخوف من الموت في بعدين لكل منهما قطبان كما يلي: (الموت / الاحتضار) (الذات/ الآخرون).

ومن ثم تشمل هذه الجوانب على ما يلي:

- الخوف من موت الذات.
- الخوف من احتضار الذات.
- الخوف من موت الآخرين.
- الخوف من احتضار الآخرين. **(أحمد محمد عبد الخالق، 1987، ص 45-46)**

4.2. أسباب قلق الموت:

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

- الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار.
- الخوف من الإذلال النتيجة الألم الجسمي.
- توقف السعي نحو الأهداف، إذ تقاس الحياة دائما بما حققه الإنسان.
- تأثير الموت على من سيتركهم الشخص من أسرته وخاصة صغار الأطفال.
- الخوف من العقاب الإلهي.
- الخوف من العدم.

أما "بيكر برونر" يرجع سبب القلق والخوف من الموت إلى:

- كراهية الجثة وغرابتها.
- العدوى الاجتماعية للحزن.
- الاشمئزاز الحضاري.
- الخوف من الصدمة.

أما "مسكويه " فيرجع قلق وخوف الإنسان من الموت إلى:

- يظن أن للموت ألما عظيما غير ألم الأمراض .
- يعتقد عقوبة تحلله بعد الموت.
- متحير لا يدري عن أي شيء يقدم بعد الموت.
- يظن أن بدنه إذا إنحل وبطل تركيبه فقد إنحلت ذاته وبطلت نفسه بطلان عدم ودثور.

أما "ماسرمان" فيرجع سبب قلق الموت إلى العديد من الظروف منها:

- المرض .
- الحوادث.
- الكوارث الطبيعية.

أما عن الأسباب قلق الموت فهي:

- الخوف من نهاية الحياة .

- الخوف من مصير الجسد بعد الموت.
- الخوف من الانتقال إلى حياة أخرى.
- الخوف من الموت بعد مرض عضال.
- الخوف من توقيت الموت في أي لحظة.
- الخوف من العقاب على الأعمال الدنيوية .
- الخوف من مفارقة الناس .
- عدم تحقيق الأهداف قبل الموت.
- الخوف من ظالم القبر وعذابه . **(عبد الخالق،1987 ، ص193/194)**

5.2. أعراض قلق الموت:

هناك عدة أعراض لقلق الموت، نذكر منها:

أعراض بدنية: تتمثل هذه الأعراض في:

- فقدان السيطرة على الذات والتوتر الزائد،واحلام المزعجة .
- سرعة نبض أثناء الراحة مع نوبات العرق .
- غثيان أو اضطراب المعدة
- دوخة وإغماء. **(شيهان، 1998، ص35)**

أعراض نفسية:

تتمثل الأعرض النفسية في:

- الاكتئاب والانفعال الزائد.
- عدم القدرة على التمييز.
- الهلع التلقائي واختلاط التفكير والعدوانية.
- سهولة توقع أشياء سلبية في الحياة.
- سرعة الغضب والهيجان.
- توتر الأعصاب والعزلة والانسحاب.
- انتظار لحظة الموت .
- الشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع.

أعراض عصبية ونفس عصبية:

وتتمثل في: **(دافيد شيهان، ترجمة عزت شعلان ،1998، ص35)**

- الحصر.
- اضطرابات النوم واليقظة.
- الاختلاج.
- اضطرابات في السلوك

أعراض تنفسية:

- ضيق في التنفس.
-تمزق الغشاء الفمي الرقيق.
-اضطرابات تنفسية
-امساك
-القئ

أعراض عامة:

- تعب عام أو كلي.
- فقدان الشهية.
- جفاف الجسم.
-اضطرابات البلع
-امساك
-القئ

6.2. النظريات المفسرة لقلق الموت

النظرية السلوكية: يعتبر السلوكيون القلق بمثابة خوف من ألم أو عقاب يحتمل أن يحدث، لكنه غير مؤكد الحدوث وهو انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر، لكنه يختلف عن الخوف ويثيره موقف خطر مباشر ملائم أمام الفرد، والقلق ينزع إلى الأزمات فهو يبقى أكثر من الخوف العادي وقد يرتبط بالموت إذا زاد عن حده، ولا ينطلق في سلوك مناسب يسمح للفرد باستعادة توازنه إذن، فهو يبقى خوف محبوس لا يجد له مصرفا .

كذلك أن الإنسان حيث يشعر بانفعال قلق الموت أو خوف فإن التأثيرات الانفعالية تصاحبها تغيرات جسمية، قد تكون بالغة الخطورة إذا تكرر الانفعال وأصبحت الحالة الانفعالية مزمنة، فقد اتضح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصعب الانفعال فيها. **(راجح أحمد عزت ،1994،ص 25)**

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 حدو المنطق تكون بموجبها خطأ نسبيا، وبالتالي ليتم التخلص من الاضطرابات المعرفية، يجب إحداث تغيير بنيوي للأفكار بتزويد الفرد المصاب بالاضطرابات النفسية المتمثلة في قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة.

(قواجلية، 2013، ص 36)

النظرية المعرفية السلوكية: أمثال "أليس" (Ellis) يعتبرون الاضطرابات السيكولوجية الانفعالية للفرد كالاكتئاب والقلق ذات صلة وثيقة بالأفكار غير العقلانية؛ حيث يرون أن السلوك بالاعتقادات التي يكونها الإنسان عن واقع الحياة التي يتعرض لها فيكتسب أفكار لا منطقية استنادا لتعلم خاطئ وغير منطقي فيسرد طريقته في التفكير ويتسبب في اضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالانفعالات بما في ذلك انفعال قلق الموت.

(راجح أحمد عزت ،1994،ص 26)

نظرية التحليل النفسي: في هذه النظرية نجد أن "فرويد" من بين المهتمين بفكرة القلق من الموت. يرى أن كل غاية تهدف إليها الحياة هي الموت ، وأن التمييز بين الحياة والموت يتم على أساس النزوة التي تعمل على الحفاظ على وظائف الحياة. والثاني هو نزوة الموت التي تعمل على تدمير الوحدات الحية. سبب ارتفاع القلق من الموت هو القمع الجنسي.

(فرويد، تر-عثمان نجاتي، 1989، ص 12)

7.2. علاج قلق الموت

يعد قلق الموت نوع من أنواع القلق ويصلح لعالجه ما يستخدم في عالج القلق من طرق فنية محددة، ويعتبر عالج السلوك هو الأكثر استعمالا في شتى أنواع القلق، وهو كذلك أفضلها من حيث أنه يحقق أعلى نسب شفاء من بين كل أنواع الطرق العلاجية المتاحة.

لقد ظهرت فعالية تقليل الحساسية المنتظمة والاسترخاء المتدرج على الأشخاص الذين يعانون من قلق الموت، كما أن علاج قلق الموت قد يؤدي على نتائج أفضل بإتباع العلاج الفردي أكثر من العلاج بالجماعة.

وقد رأيت" مبلر" أنه إذا كان قلقا الموت مرتفع مصحوب أوليا بحالة مرضية أكثر شمولا كالاكتئاب أو عصاب القلق أو الوسواس القهري، فإن هذه الزملة يجب أن تعالج عرضيا بالعلاج السلوكي أو العقاقير، أو العلاج الكهربائي التشنجي.

أما إذا كان قلق الموت المرتفع عرضا مستقلا نفسيا لدى الشخص في حالة من الصحة النفسية أساسا أو كونه نتاجا لخبرات بيئة غير مواتية، فإنه يجب أن ينخفض مباشرة بطرق العلاج السلوكي كتقليل الحساسية المنتظم .

كما أن هناك علاج آخر يطلق عليه إسم علاج الحزن، يوجه هذا العلاج إلى الشخص الذي فقد فرد مهم في الأسرة الزوج أو الزوجة أو الابن وغير ذلك:

(عبد الخالق، 1989، ص204،206)

خلاصة الفصل:

فقد تناول في هذا الفصل أولا القلق وتعريفه وانواعه وأهم التوجهات النظرية المفسرة للقلق. وثانيا تناولت قلق الموت تعريفه وانواعه وأسبابه وأعراضه وفى الاخير اهم النظريات المفسرة لقلق الموت وعلاجه .

ونستنتج أن الموت أمر مخيف ويثير مخاوف كل إنسان ويجعله يتساءل عن مصيره، بعد موته وعن المكان الذي سيتجه إليه، وهل حياته الجديدة ستكون مطمئنة أو شقية ويعد قلق الموت من بين المشكلات الصعبة التي تؤرق الفرد.

الفصل الثالث:

الحمل و الولادة

تمهيد

1. الحمل

1.1. تعريف الحمل

2.1. أعراض الحمل

3.1. مراحل الحمل

4.1. أنواع الحمل

5.1. التغيرات الناجمة عن الحمل

6.1. الاضطرابات النفسية والجسدية المصاحبة للحمل

2. الولادة

2.1. تعريف الولادة

2.2. أعراض الولادة

3.2. مراحل الولادة

4.2. أنواع الولادة

5.2. أسباب الوفيات لدى النساء الحوامل

6.2. الاضطرابات النفسية المصاحبة للولادة

خلاصة الفصل

تمهيد

تعتبر مرحلة الحمل والولادة مرحلة حساسة وحرجة في حياة كلا الزوجين ، لما تضعه من أسئلة جديدة أمامهم، تحمل في طياتها، الصعوبات والأدوار الجديدة للأم والأب الجديدين، وتكون المحك لمدى تكيفهم مع الكائن الجديد .

وعندما يقرر الشريكين تكوين أسرة، عليهم التحضير والإستعداد الكافي لذلك، أي التخطيط والإستعداد للأمومة والأبوة قبل حدوث الحمل على أن يستمر ذلك خلال وبعد فترة الحمل، هذه الاستعدادات تتضمن اكتساب بعض المعلومات الطبية والنفسية عن فترة الحمل، كيف يتطور الطفل، كيف تتطور العلاقة المستقبلية بين الشريكين وبين الجنين الجديد المرتقب . **(كيان، 2004، ص38)**

1. الحمل:

1.1. تعريف الحمل:

الحمل هو فترة التي تبدأ من يوم حدوث الحمل إلى يوم الولادة وتقدر ب 280 يوم أو 40 أسبوعا. **(رفعت، 1988، ص19)**

"الحمل مرحلة من مراحل حياة المرأة، خلالها تحمل طفال داخلها وهو الفترة بين الاخصاب والوالدة، تترافق بزيادة حجم بطن الأم وزيادة الوزن لديها، ويمر بعدة مراحل.

يتضح لنا من خلال هذه التعاريف أن الحمل هو الفترة الزمنية التي تمر بها المرأة، وتعتبر مرحلة هامة جدا لكل امرأة، ويتميز بمظاهر نفسية وجسيميه ويتكون من التغيرات الناجمة عن الحمل والمرحل التي تمر عليها.

2.1. أعراض الحمل:

***الأعراض التنبؤية:**

انقطاع الطمث (الحيض): وهي العلامة الأولى التي تستدعي استشارة الطبيب، إذا توفرت الشروط التالية:

- تكون المرأة في سن النشاط التناسلي.
- ذات دورة شهرية منظمة.
- تكون ذات صحة جيدة، غير مصابة بأمراض مزمنة.
- تكون قد مارست علاقة جنسية.

تغير حجم وشكل الرحم: حيث يتغير شكل الرحم ووضعيته وبنيته ونشاطه ودرجة تهيجه، إذ يصبح عنق الرحم ازرق اللون وطري و كثير السوائل ابتداء من الأسبوع السادس.

تغير الثديين: في المراحل الأولى للحمل تعاني المرأة الحامل من بعض الأعراض في الثديين، والمشابهة للأعراض ما قبل نزول الدورة، ولكن بصورة أكبر حيث تحس بثقل الثديين، واحتقانهما والوخز الخفيف في الحلمتين وذلك راجع لزيادة هرمون البروجسترون، حيث يزداد حجمهما، ويتغير إلى اللون البني الداكن عند النساء السمراوات واللون الأحمر القاتم عند النساء الشقراوات وأخيرا يزداد حجم الثدي تدريجيا، كما تبدأ الأوردة الزرقاء اللون بالظهور تحت جلد الثدي دلالة على ازدياد تدفق الدم إلى الثدي للتحضير للرضاعة.

(ابو نصرى،2002،ص27)

***الأعراض المتممة للحمل:**

حيث أن مصدر هذه الأخيرة هرموني، إذ تجدر الإشارة إلى أن وجودها يؤكد الحمل، لكن نجد مجموعة من العلامات دالة على وقوع الحمل أهمها:

المؤشرات الجلدية: اصطباغ الجلد بلون مسمر في عدة مواضع: حلمة الثديين، الوجه وعلى البطن مكونا الخط الأسمر بين العانة والصرة.

المؤشرات المخاطية: اصطباغ الأعضاء التناسلية الظاهرة " المهبل والفرج"، حيث يميل المهبل إلى اللون البنفسجي، كما تزداد درجة حموضة إفرازاته، إضافة إلى ظهور الدوالي في الأطراف السفلية. **(محمد رفعت، 1988، ص112)**

المؤشرات الهضمية:

-**الغثيان:** وهو العالمات المبكرة الدالة على بدأ الحمل وهو حالة مؤقتة، تزول مع تقدم الحمل.

-**القيء:** يحدث عند 51 %من النساء الحوامل، ويظهر أثناء الطعام وبعده بقليل، ويتصف بالإزعاج عادة ولا يضر الحوامل إلا في بعض الحالات.

-**اللعاب:** تشتد الغدد اللعابية في أشهر الحمل الأولى، فيزداد إفراز اللعاب بشكل خفيف لا يلفت النظر، إلا أنه في حالات مرضية يكون ازدياد اللعاب مزعج، وغزيرا، حيث يشتد عند اليقظة، ويخف أثناء النوم.

المؤشرات البولية: بما أن الرحم يزداد نموه ويكبر حجمه، فإنه يضغط على المثانة الواقعة أمامه مباشرة، مما يؤدي إلى ازدياد عدد مرات التبول أكثر من الاعتيادي.

المؤشرات العصبية الغددية: يتغير طبع الحامل، وتصبح عصبية، سريعة الغضب، كما يبدو عليها عدم الاستقرار المزاجي، وتظهر رغبة النفور من بعض الأغذية، واضطرابات النوم، بالإضافة إلى الوهن. **(محمد رفعت، 1988، ص113)**

3.1. مراحل الحمل

يمر الحمل بثلاث مراحل أساسية بدأ من لحظة التقاء الحيوان المنوي (النطفة) بالبويضة حتى الولادة أين ينتج الفرد بـ 46 كروموزوم وهي كالتالي :

- **مرحلة البويضة المخصبة أو العلقة (Zygote):** تمتد من لحظة التقاء البويضة بالنطفة إلى نهاية الأسبوع الثالث حيث يخترق الحيوان المنوي جدار البويضة، وعندئذ تتفاعل

الصبغيات الذكرية و الأنثوية، و تتجدد بذلك بعض الصفات للنسل الجديد ذكر كان أم أنثى، و تتكاثر البويضة عن طريق الانقسام، و يزداد عدد خلاياها من دون تغير حجمها و تنتقل البويضة الملقحة من المبيض إلى جدار الرحم و منها تتشكل الأغشية و يمتد الحبل السري الذي يصل البويضة بالأم، و هكذا تبدأ عملية التغذية لتصبح العلقة مضغة.

(أحمد محمد الزغبي، 2001 ،ص100)

-**تعشيش البويضة:** عندما تصل البويضة الرحم، تكون على شكل خاليا متشابكة، تطرأ عليها تغيرات، حيث أن الخلايا الموجودة في الوسط تقوم بإفراز سائل يدفع بقية الخلايا، لتكون هذه الأخيرة غلافا خارجيا يحتوي على طبقة داخلية و أخرى خارجية، الطبقة الداخلية هي المضغة التي تعيش في جزء ضعيف داخلها، أما الطبقة الخارجية فهي من تغدي المضغة و هي المسؤولة عن عملية التعشيش. **(رفعت، 1980، ص46)**

- **تطور الجنين:**

الشهر الأول: تمر عدة أسابيع قبل أن يصبح للجنين وجه وقلب وأطراف ويكون قرصا وخلايا التي تكون هذا القرص ستتقسم إلى 3طبقات ومنها ستكون أعضاء الجسم:

طبقة الخارجية: وتكون الجلد والشعر والأظافر والجهاز العصبي والنخاع الشوكي وأعصاب.

طبقة الوسطي: وتكون العضلات والهيكل العظمي والجهاز البولي والتناسلى، القلب والجهاز الدموي والأعضاء التي تكون الدم.

طبقة خارجية: وتكون الغشاء المخاطي والرئتين والجهاز الهضمي والغدد والكبد وفى نهاية الشهر الأول يبلغ طول الجنين 5سم.

الشهر الثاني: تتكون خلايا الاربعة أسابيع هذه باقي الاعضاء وهي:

- ظهور أطراف العليا ثم الأطراف السفلى ويرتسم الوجه.

- نمو الجهاز العصبي والجهاز الدموي والبولي والأمعاء ويتكون القلب في نهاية الشهر الثاني، يبلغ طول الجنين 3سم ووزنه 11غرام ويتصف بكامل صفات الانسانية ويكون الاحساس بالألم ضعيفا والاحساس بالحرارة من الاحساس بالألم .

الشهر الثالث: تتحدد في بداية الشهر الثالث الاعضاء التناسلية الذكرية أو الانثوية .

- تنمو الحبال الصوتية.

- تنمو الأطراف والكبد.

– تبدأ الكليتان بالعمل.

– نمو بدايات الأسنان.

– تواصل العضلات والعظام نموها.

– بالإمكان سماع دقات القلب بواسطة سماعة الطبيب أو الموجات ما فوق الصوتية.

يتحرك الجنين ولكن الأم لا تشعر بذلك.

– يبلغ طول الجنين في نهاية الشهر الثالث 10 سم ووزنه 45 غراما .

الشهر الرابع:

– تنمو الأجزاء السفلى بسرعة

– يستقيم الظهر

– تنمو اليدان والقدمان

– يزداد نشاط الافعال المنعكسة

الشهر الخامس:

- تشعر الام خلال هذا الشهر بحركة الجنين
- تزداد حركة البلع عند الجنين
- يزداد نمو الرئتين وتبدأ عملية التنفس ببطئ
- يزداد الشعر الكثافة وتنمو الاظافر

-يبلغ طول الجنين 25سم ووزنه 300غرام. **(مريم سليم، 2002، ص 111)**

الشهر السادس:

- طول الطفل حوالي 31 سم ويزن 700غرام
- هناك حواجب ورموش
- يتحرك الطفل بشكل أكثر نشاط ويغير وضعه باستمرار.
- مغطى بشعر الزغب ، إفرازات عنق الرحم (مادة ملساء مبيضة تشبه الجبنة)
- يحدث توّرم وانتفاخ في الكاحلين والرجلين عند الأم بسهولة، وعليها أن ترفع رجليها باستمرار للتقليل من الاستسقاء.
- زيادة تناول 11 % إضافة من السعرات الحرارية والتقليل من الملح.

الشهر السابع:

- في نهاية الشهر السابع يتكون الشحم على الجنين.
- من الممكن أن يمص الجنين إصبعه وأن يبكي.
- يحس الجنين بالطعم (حلو أو مر)
- يشعر بالآلام والضوء والصوت
- إذا ولد الجنين في هذه الفترة فيمكن له أن يعيش ويكون وزنه حوالي1 كيلو و350 غرام

الشهر الثامن:

- في نهاية الشهر الثامن يتقدم نمو دماغ الجنين وعقله بشكل كبير يستطيع أن يرى ويسمع.
- تكتمل في هذه الفترة نمو كافة أجهزة جسمه باستثناء رئتيه حيث تستمر في نمو إلى نهاية المرحلة.

الشهر التاسع:

- إكتمال نمو الرئتين
- يصبح رأس الجنين فى حوض الحامل .
- يكون معدل طوله 50سم و وزنه حوالى 3 كغ .
- يمكن أن تتم الولادة في أي وقت في هذا الشهر. **(تكوك سليمان، 2014، ص51-52)**

4.1. أنواع الحمل

- **الحمل العادي:** هو الذي تنمو فيه البويضة الملقحة داخل الرحم.
- **الحمل غير العادي:** هو الذي تنمو فيه البويضة الملقحة خارج الرحم، وغالبا في القنوات الناقلة للبويضات، فقد تظل البويضة مسارها بدال من التجويف الداخلي إلى الأبواق، تبقى في التجويف نفسه ويكون بهذا الحمل خارج الرحم. **(Domart:boumonf,2000,p182)**
- **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 يشكل أقوى وأبرز 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".

***أنواع الحمل العنقودي:**

أ/ حمل عنقودي كامل: يحدث عندما يلقح حيوانان منويان بويضة فارغة فينتج عن ذلك بويضة ملقحة تحوي 46 كروموزوم من الأب فقط (البويضة الملقحة الطبيعية تحمل 46 كروموزوم نصفها من الأب والنصف الآخر من الأم). وبسبب هذا الخلل تتكون المشيمة دون جنين.

ب/ حمل عنقودي جزئي: يحدث عندما تتلقح البويضة الطبيعية بحيوانين منويين، فينتج عن ذلك بويضة تحمل 69 كروموزوم. يتكون الجنين والمشيمة وبسبب التشوه الحاصل يموت الجنين وأما المشيمة فتستمر بالنمو والانقسام.

(القواسمة، 2005، ص157)

- **الحمل الغزالينى:** قبل الشهر الثالث من الحمل ربما ينزل بعض الدم من جدار الرحم وقد سمي الحمل المصاحب لدورات شهرية في الشهور الأولى بالحمل الغزلاني" مثل الغزال فهو حيوان ينزل منه دم وهو حامل، أما بعد الشهر الثالث فإن الحمل يملأ تجويف الرحم ولا يترك مكانا لبطانة الرحم الداخلية إلى أن تصبح دما كالحيض.

- **الحمل اللالجيني:** (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 ال يتقبل الجنين داخل الرحم، ويتم رفضه عن طريق تكوين بعض الأجسام المضادة التي تؤدي إلى وفاة الجنين أو اجهاضه.

(ابو نصري، 2002، ص12-20)

- **الحمل خارج الرحم:** يعود حدوث الحمل خارج الرحم لسببين: أولهما عيب في البويضة والثاني عيب في الأبواق، فبدلا من أن تبدأ البويضة طريقها من التجويف البطني إلى البوق، فإنها تضل الطريق وتسبح في التجويف وتلتصق به فيقع فيه الحمل، أي خارج الرحم.

وقد تضل البويضة الطريق إلى البوق الثاني وتلتصق به، ويحدث الحمل أيضا خارج الرحم.

ويكمن الخطر عند حدوث الحمل داخل البوق ألنه ال يحتمل نمو الجنين لضيقه، فينفجر خلال فترة ال تتجاوز الشهرين، عندها يحدث نزيف داخل البطن يهدد حياة الحامل، ويتطلب إنقاذها إجراء عملية جراحية عاجلة.

"أما في حال حدوث الحمل داخل تجويف البطن، فإنه قد يكتمل للشهر التاسع ألن التجويف قابل للتمدد، لكنه ال يخلو من الخطر فربما تلتصق المشيمة بالأمعاء أو الكبد، فينتج عن ذلك نزيف خلال فترات الحمل مما يستدعي إجراء جراحة للحامل كي لا تصاب بمضاعفات وتفاديا الاحتمال تشوه الجنين"

- **حمل التوأم:**

التوائم 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.

آما النوع الثاني فهو ينتج عن تلقيح بويضة واحدة ثم تنقسم هذه البويضة إلى قسمين لتكوين طفلين، وهذان الطفلان يكونا إما ولدين أو بنتين ويحملان الصفات الوراثية نفسها.

(ابو نصري، 2002، ص22-33)

5.1. المخاوف التي تتعرض لها المرأة الحامل:

تخاف المرأة الحامل أثناء فترة الحمل من عدة مواقف فهي تخاف من الحمل وألم الولادة، فالخوف هي حالة من التوتر والقلق النفسي التي تصيب المرأة الحامل كما بينت بعض الأبحاث مؤخرا وجود مجموعة من المخاوف تصيب المرأة الحامل ومن بين هذه المخاوف نجد:

الخوف من ألم الولادة: عند اقتراب موعد عملية الوضع فإن الخوف من الألم يزداد أكثر بحيث تعتقد أن عملية الوضع هي عملية جراحية تتألم كثيرا أثناها وقد يحدث لها نزيف وهذا راجع لجهلها لما سيحدث لها .

الخوف من الموت أثناء الوضع: تتوقع المرأة الحامل أن عملية الوضع سوف تؤدي إلى بعض المخاطر. لذا نجدها تشعر بالخطر والخوف من الموت، وهذا الخوف يرجع إلى مخاطر تعرضت إليها إحدى قريباتها، وتتوقع أن يحدث لها نفس ما حدث بهؤلاء النساء من قبلها .

الخوف من التمزق: قد تقع المرأة في الخوف من التعرض لهذه العملية خاصة الحامل للمرة الأولى وهنا قد تكون قد سمعت من المحيط وقد تخاف لدرجة تحضر معها المخدر الموضعي لتجنب الإحساس بألم التمزق .

الخوف من اختناق الطفل أثناء الولادة: وهذا لتطلع المرأة الحامل على أحاديث متداولة حول ميلاد أطفال مشوهين أو موت أطفال أثناء عملية الولادة. وهنا يكون الخوف من خروج الجنين وهذا لوجود تصورات بأن فتحة المهبل ضيقة جدا.

الخوف من التخذير: إن الفكرة حول عملية الوضع مؤلمة، تنقل هذه الفكرة لدى الحوامل بصفة مبالغة وهي أن التخدير يؤدي إلى اختناق الجنين ولذا نجد أن أغلبية الحوامل لا تتمنى التعرض للتخدير، لذا فعلى الأطباء إعطاء معلومات صحيحة وهذا لا يعني بعدم التصريح بالمخاطر الحقيقية للتخدير العميق والطويل وأن هذا لا يؤدي إلى خطر على الأم أو الطفل .

الخوف من المجهول: إن الحامل تخاف من المجهول الذي ينتظرها أثناء عملية الولادة وخاصة الحامل لأول مرة التي تكون أكثر جهلا لوضعيتها، وأن المرأة التي تجهل ما يحدث أثناء الوضع فإنها تستمر في الخوف. **(السبيعي عدنان، 1980، ص 138)**

6.1. الاضطرابات النفسية والجسدية المصاحبة للحمل :

***الاضطرابات النفسية المصاحبة للحمل:** هناك بعض الاضطرابات النفسية تخص فترة الحمل نتيجة للتغيرات الهرمونية في هذه الفترة والتي تؤثرفي كيمياء الجسم عموما وكيمياء المخ خصوصا، معيدة ضبط م اركز منطقة "ما تحت المهاد مؤثرة في الشهية لبعض الأطعمة ومستثيرة للقيء في فترة الصباح ونذكر من بين هذه الاضطرابات :

- **بيكا (PICA):** حيث تأكل المرأة المصابة بهذا الاضطراب مواد غير معتادة كالطين والرمل وحتى القاذورات، وتجدر الإشارة إلى إن مثل هذا النوع من الاضطرابات النفسية يسود في المجتمعات الريفية الفقيرة، كما يوجد عند الأطفال أيضا ويرجح أن سبب إصابة المرأة الحامل به هو نكوصها إلى مراحل الطفولة المبكرة أو عدم ضبط منطقة ما تحت المهاد. مما يولد الرغبة لتناول بعض المواد الغريبة.

- **الوحم:** وهو اضطرابات سلوكية في الأكل كالشراهة أو فقدان شهية المرأة لتناول بعض الأطعمة بالذات والامتناع عن أطعمة أخرى.

والاستعداد المرضي والسوابق المرضية لها دور كبير في ظهور بعض الأمراض النفسية في مرحلة الحمل. إضافة إلى الخلل في بعض الهرمونات مثل هرمون الغدة فوق الكدرية الذي يؤدي إلى ظهور هذيانات وهلاوس عند المرأة الحامل وقد يصل بها إلى محاولة الانتحار أو قتل الجنين.

ويدل الحمل على مدى قوة تأثير العوامل النفسية على الحالة الجسدية التي تستجيب بالمطاوعة والانصياع، محدثة تغيرات فيزيولوجية اتجاه رغبات لا شعورية. كما يصنف هذا الاضطرابات ضمن الاضطرابات السيكوباتية عموما تعالج الاضط اربات المصاحبة لهذه الفترة كل حسب نوعه مع تجنب قدر الإمكان إعطاء الأدوية النفسية لما لها من تأثير على الجنين. **(محمد المهدى ،2002،ص04)**

***الاضطرابات الجسدية المصاحبة للحمل :** هناك العديد من العوامل التي تؤثر على صحة الأم في مرحلة الحمل، حيث نجد بعض الأمراض العضوية المصاحبة للحمل والتي تظهر بصفة مؤقتة يمكن أن تختفي بعد الولادة ونجد منها:

- **مرض السكري:** وقد تزايدت الإصابة به في الآونة الأخيرة، حيث يكون الجسم عاجزا عن استغلال المواد السكرية والنشوية وتحويلها وتخزينها في الكبد لاستهلاكها ضمن نظام خاص في كل خلية من خلايا الجسم، وعلى الأخص في العضلات التي تستمد منها الطاقة، ومرض السكري على ثلاث درجات من الشدة الخفيف والمتوسط والشديد. وفي مرض السكري تشح كمية هرمون الأنسولين الذي تفرزه جزر خاصة في غدة البنكرياس ويزداد هذا الشح بكمية هرمون الأنسولين أثناء الحمل، والأنسولين يكبح جناح الأدرينالين في تحريضه لمخازن النشاء في الجسم للتخلي عنه إلى الدم. **(عبدالله همص، 2010، ص 14)**

وقبل اكتشاف الأنسولين كان من النادر أن تحمل امرأة مصابة بمرض السكري ولا تستطيع الاحتفاظ دخاله ميدان المعالجة الطبية هيأت بالحمل إلى آخره، لأن السكري أحد عوامل العقم واكتشاف الأنسولين وادخاله فى ميدان المعالجة الطبية هيأت للمصابات بالسكري إمكانية الحمل واستمراره تحت مراقبة الطبيب، واستمرار معالجة الداء ولقد تضاءلت الأخطار للحامل المصابة بمرض السكري في الوقت الحاضر بسبب التدابير العلاجية واستعمال الأنسولين. وما يهمنا هو إبقاء الحوامل على قيد الحياة وهذا أصبح سهلا وتبلغ نسبة وانقاذ الأجنة من الموت حيث تبلغ وفيات الأجنة عند الحوامل المصابات سلامتهن99.7% بعد المعالجة بداء السكر ستة أضعاف وفيات الأجنة عند غير المصابات، وتتراوح نسبة سلامة الأجنة من80الى90.% **(روحية،1986،ص104)**

ويرى ليبان ولانج (lenge and leban) أنه يتمثل مفتاح العلاج بالنسبة لهؤلاء المرضى هو الغذاء والتمارين (بسبب ندرة مستقبلات الأنسولين)، وهذا يجعل العلاج أكثر صعوبة من المرضى الذين يعانون من نقص الأنسولين، وهو يعتمد بصورة كبيرة على الدافعية لدى الأم والقدرة على تغيير نمط الحياة بالنسبة لها، وتمارين عدم حمل الأوزان، أو حتى فترة قصيرة من التمارين تكون ذو فائدة كبيرة وأهمية الغذاء الصحي البعيد على النشويات والسكريات ويجب التأكيد على التقليل من الكربوهيدارت التي بدورها تزيد من التحكم في سكر الدم ويجب التقليل من تناول الدهون التي لها تأثير سيئ على المستقبلات ومن الضروري استخدام الأنسولين للتحكم في مستوى السكر في الدم وتختلف طرق بداية استخدام الأنسولين من طبيب لآخر ولكن يجب أن تكون بسيطة بقدر الإمكان ومتابعة حالة الجنين مهمة جدا أثناء فترة العلاج بسبب زيادة الأمراض أو حتى حالات وفاة لدى الأجنة في مثل هذه الحالات. **(p178،kenneth:niswnder,1981)**

2. الولادة

1.2. مفهوم الولادة فى علم النفس

الولادة حدث نفسي وجسدى يتمثل فى خروج الطفل وأغشية مع السائل الأمينوسي إلى المهبل عبر ممر ضيق يبتدي بعنق الرحم وينتهي بفتحة المهبل، ويتمثل الوضع فى مجموعة من ظواهر الآلية الفيزيولوجية التى تهدف إلى اخراج الجنين من بطن امه وهذا يجب أن يحدث فى فترة 06 أشهر أو أكثر أما أنا أحدث وضع قبل هذه المدة فإن العملية تسمى إجهاض أما ببن 270 إلى 280 يوم يسمى الوضع الطبيعي.

(سماح نجيب خورى ، 1990، ص111)

ومنه نجد مفهوم الولادة من الناحية الطبية هى تمدد عنق الرحم لإخراج الجنين وفق عملية ميكانيكية ويعتبر قبل 06 أشهر إجهاض وبعد 270-280 يوم هو مل عادي أما ما بين 06أشهر إلى 08أشهر فهو خرج، أما من ناحية النفسية نجد مفهوم الولادة فى علم النفس يعني قذف الجنين والمشيمة والعشاء والسائل الامينوسي من الرحم و اطلاق الجنين صرخة الميلاد.

2.2. أعراض الولادة

شعور الأم بالآلام بسبب تقلص عضلات الرحم التي تتكرر كل 15-20 دقيقة نزول قطعة صغيرة من المخاط الممزوج بالدم من عنق الرحم بسبب اشاع عنق الرحم استعدادا لخروج الجنين وخروج السائل الامينوسي بسبب تهتك الكيس المحيط بالجنين وخروج ما كان يحتويه من سائل . **(دافيد روفيك ، ب ت، ص142)**

أعراض يوم الولادة: هناك علامات تظهر على المرأة يوم الولادة وهي:

الغثيان الشديد، التغيرات الهرمونية السيلان نتيجة بدء فتح عنق الرحم والاحساس والتقلصات بانتظام والاحساس كذلك بالآلام وفي هاته الحالة يجب حساب الوقت لدرجة بين تقلصين وعادة ما يكون ما بين 10-15 دقيقة ومن نتائج هذه التقلصات إختفاء الرحم، اتساع عنق الرحم، دفع المولود إلى الامام، ظهور سيلان، الصبي يسبح في السوائل أمينيه، مع اختفاء العنق ما بين المهبل والرحم، هناك غشاء الواقي للصبي يبدأ فى ظهور إلى الأمام ويحدث فيه بعض التشقق فتبدأ مياه بيضاء تخرج قبل الولادة وهذه من الأعراض النهائية للولادة. **(Marie-claude,2003,p102.103)**

3.2. مراحل الولادة الطبيعية

***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 16 ساعة في الولادات الأولى بصحبها ألم شديد في أسفل الظهر مع الشعور بالضغط في المثانة وقد يكون في هذه المرحلة تمزق كيس المياه عند الانفتاح 3سم تكون الانقباضات معتدلة القوة وغير منتظمة وتستمر من 30 الى 60 ثانية عند الانفتاح 7سم تزيد الانقباضات لتصل من45 إلى60 ثانية كل2 الى4 دقائق حيث تستمر هذه المرحلة من 3الى 8 ساعات) **(Delahaye ,2003 :14.)**

ثم تأتي المرحلة الانتقالية حيث يتسع الرحم إلى 10سم، وتزيد الانقباضات قوة لتصل الى90 ثانى حيث تشعر الحامل هنا بضغط قوي، تستمر هذه المرحلة 45 دقيقة إلى2 ساعة و تشعر الحامل خلالها بالحر ثم البرد. والقشعريرة وبالرغم من أنها اقصر مرحلة إلا أنها الأصعب على الإطلاق. **(القواسمة، 2005، ص 36)**

***ولادة الطفل** : بين الاتساع الكلي لعنق الرحم وولادة الجنين الانقباضات تكون من 45 إلى 90 ثانية وكل 3 دقائق تقريبا، هنا تشعر الأم بضغط قوي ورغبة في الدفع وتستغرق هذه المرحلة 45 دقيقة إلى2 ساعات في الولادة الأولى ومن 20إلى45 دقيقة في الولادة التالية، ثم ينزل رأس الجنين إلى المهبل ومع الدفع ينزلق إلى فتحة المهبل ليخرج ثم ينزلق سريعا إلى العالم الخارجي.

***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 يلجا الطبيب إلى 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 الوالدة المساعدة إذا احتاج إلى استعمال الملقاط أو الشفاط.
- إذا أوشك الجنين على الخروج وعضلات المهبل لم تتمدد بالقدر الكافي.

***مرحلة ما بعد الولادة:** بعد والدة الطفل تنزل المشيمة والغشاء المحيط بها والحبل السري.

وقد يحدث تمزق للمهبل أثناء خروج الجنين يقوم الطبيب بخياطته بعد ولادة الجنين والمشيمة. **(القواسمة،2005 ،ص 37)**

4.2. أنواع الولادة

الولادة الطبيعية: تحدث في الميعاد الطبيعي لها وبتلقائية في لحظة نزول الجنين إلى عنق الرحم، تكتمل العملية خلال18ساعة وبدون تعقيدات وتنقسم عملية الولادة إلى ثلاثة أقسام : المرحلة الأولى تحدث فيها انقباضات متناسقة وتكتمل هده 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 والمرحلة الثالثة، وفيها يتم انفصال وخروج المشيمة والغشاء المحيط بالطفل وتشمل 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 وان تكون الولادة تلقائية وبجهد الأم فقط ووقت الولادة بمختلف مراحلها لا يتجاوز 18ساعة وان تتم من دون استعمال محرضات الولادة أو وسائل المساعدة . **(Delahaye,2003 :149).**

الولادة العسرة: في بعض الأحيان لا يمكن إكمال عملية الولادة بشكل طبيعي وهنا يلجأ الطبيب للوسائل المساعدة لإتمام الولادة، وذلك بشق الجزء الخارجي الأسفل من المهبل لخروج الطفل منها وهذا الشق يلتئم بعد أسبوع تقريبا وتعود أنسجته قوية سليمة كما كانت تماما. **(بدر إبراهيم، 2003، ص 94)**

***الولادة بالجفت:** تتم هذه الولادة عن طريق وضع الجفت حول رأسه، خاصة في حالة ضعف الطلق أو ضيق الحوض.

***الولادة بالشفط:** وهي مشابهة للولادة بالجفت حيث يتم وضع قرص مطاطي عند رأس الجنين وشفطه للخارج خاصة عند حدوث إجهاد للجنين أو ضعف عضلات الرحم .

***الولادة القيصرية:** وفيها يتم فتح بطن الأم وتتم بشكل طارئ إذا ما كان الحمل يشكل خطوة على الأم والجنين وتتم عند وجود أعراض التالية:

– نزيف دموي مهبلي مفاجئ نتيجة إنفصال المشيمة عن جدار الرحم بسبب إرتفاع شديد في ضغط الدم.

– وجود المشيمة في أسفل جدار الرحم، وقد تنفصل أثناء ولادة الجنين .

- تدهور حالة الجنين من خلال ضعف دقات قلبه أو بطئها أو زيادتها.
- بروز الحبل السري من عنق الرحم مما يسبب قلة الأوكسجين والدم للجنين مما يعرضه لتلف دماغي.
- إرتفاع ضغط الدم الحاد وعدم التمكن من السيطرة عليه بالأدوية.

(بدر إبراهيم ، 2003، ص 95)

إن العملية القيصرية قد يخطط لها وذلك لأسباب منها:

- عدم توافق بين فتحة حوض الأم وحجم الجنين.
- وجود عيوب خلقية في حوض الأم تعيق الولادة الطبيعية.
- إصابة الأم بمرض قد يهدد حياتها، مثل أمراض الرئة والقلب.
- وضع الجنين غير طبيعي في الرحم .
- ولادات قيصرية سابقة تتعذر معها ولادة طبيعية أو وجود تليف بمكان جرح الرحم، مما قد يعرض للتمزق عند الإنقباض والتمدد في حالة الولادة الطبيعية.

(بدر إبراهيم ، 2003، ص 96)

5.2. أسباب الوفيات لدى النساء الحوامل

على المستوى العالمي يمكن أن نعزي ثلاث أرباع وفيات الأم إلا خمسة أسباب مباشرة أو فورية وهي :النزف، الإنتان (Sepsis) أي العدوى، والمسدمية (toxemia)، الولادة العسرة، ومضاعفات الإجهاض غير المأمون. **(جاكبسون ، 1993، ص 22)**

وتتمثل أسباب الوفيات لدى الأمهات فيما يلي:

***النزف:** وقد يحدث نتيجة التعامل السيئ مع الإجهاض أو بسبب ولادة عسرة أو الممارسات التقليدية الضارة التي تؤدي إلى تمزق الرحم، والنساء اللاتي تعرضهن للنزف في ولادات سابقة واللاتي يحملن ويلدن في فترات متقاربة أو اللاتي أصبن بنزيف في الثلث الأخر من الحمل هم أكثر عرضة للنزف.

***الإنتان (تعفن الدم):** عدوى مجموعة تهدد الحياة، وقد يحدث نتيجة للأظافر أو الأيدي القذرة للمرافقات للوضع، ولطول مدة الوضع، ولتمزق الأغشية، وإجراء العملية القيصرية، والإجهاض، واحتجاز المشيمة.

***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، وإذا أجري الإجهاض بطريقة صحيحة فإنه يعتبر من أكثر الإجراءات الطبية أماناً.

***تسمم الدم:** يسبب هذا المرض 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.

***الولادة العسرة:** وتوجد أسباب متعددة تعوق نزول الجنين تشمل: ضيق الحوض عند الأم، تكرار الوضع مرات كثيرة، وجود أكثر من جنين واحد أو إذا كان الطفل ليس متجها رأسه إلى أسفل أثناء الوضع، والعملية القيصرية أكثر الطرق فعالية لتصحيح الولادة العسرة ولسوء الحض فإنها لا تجري في أحوال كثيرة في بلاد كثيرة من بلاد العالم الثالث.

(Bennett , 1999 , p391)

6.2. الاضطرابات النفسية المصاحبة الولادة

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 انه يجب على أهل الحامل ومن حولها إبعادها عن المناظر والحوا ارت التي تضر بأعصابها، والأحاديث 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 حوالي25 %من الحالات يعانون من نوع من أنواع الاضطرابات النفسية وقد تمتد إلى مرحلة ما بعد الولادة و نجد منها:

***الاضطرابات العاطفية:** تكون نتيجة ردود أفعال نفسية اتجاه وضعيات تكون سارة أو غير سارة والتقلبات المزاجية الحادة .

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..

(Druhat,1995 ,p 4-6)

***الاكتئاب :** الذي يبدأ مند 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 وبإمكانه أن يتطور إلى ذهان الحمل والنفاس ويكون مصحوبا هذيانات وهلاوس حيث تصبح ألام تشكل خطرا على نفسها وعلى مولدوها مما يتوجب إدخالها للمستشفى لفترة مؤقتة. واغلب الحالات بإمكانها الشفاء وفي حالات أخرى يظهر في حالات الحمل اللاحقة عند 20 %من الحالات وقد يتطور إلى نوع أخر من الأمراض العقلية المزمنة والخطيرة .

ومن أسبابه الحرمان العاطفي في مرحلة الطفولة للام والخلافات الزوجية مثل حالات الانفصال والطلاق أثناء فترة الحمل وتعرض الأم لصدمات نفسية في فترة الحمل وغياب الدعم العائلي عند الولادة. **(Druhat,1995,p 7)**

خلاصة الفصل:

إن الانتقال الجسدي من مرحلة الحمل إلى مرحلة الولادة يفرض تغيرات هائلة في الجوانب الجسدية والنفسية للمرأة، إنه الوقت الذي تتأثر فيه جميع الأجهزة وكذلك فإن هذا التغيير يعتبر من التغيرات الهامة والدراماتيكية في حياة المرأة.

إن القابلية التي تقوم بعملية الولادة للأم يجب أن تتمتع بقدر كبير من الحساسية والعناية وذلك لأنه من الواجب عليها العناية بكل من الأم وأفراد عائلتها.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

المنهج المستخدم

الدراسة التطبيقية:

4. مكان و زمان إجراء الدراسة التطبيقية
5. عينة الدراسة التطبيقية
6. مواصفات وخصائص العينة الدراسة

أدوات الدراسة:

4. الملاحظة
5. المقابلة العيادية
6. مقياس قلق الموت

خلاصة الفصل

تمهيد

بعدما تطرقنا إلى الجانب النظري الذي يعد الاطار المرجعي والذي يرتكز على تحديد اشكالية الدراسة وما يتعلق بها من متغيرات، بحيث سنتطرق في هذا الفصل إلى الاجراءات التطبيقية والتي تعتبر حلقة وصل بين الجانب النظري والجانب الميداني وذلك ابتداء بالمنهج المتبع في الدراسة وكذا عينة الدراسة وما يتبعها من تحديد لميدان الدراسة والأدوات المستعملة لجمع البيانات ثم نتعرض إلى اجراءات تطبيق.

الدراسة الأساسية وكذا تحليل النتائج المتحصل عليها من الحالات المدروسة بالتعرف عليها أكثر .

المنهج المستخدم

تعريف المنهج: "هو الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة التي تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل الى نتيجة معلومة. **(بدر،1996 ، ص34)**

تعريف المنهج الإكلينيكى: يعتبر المنهج العيادي أهم مناهج التى يناسب هذه الدراسة ،فهو يقوم على ملاحظة الأفراد بشكل معمق للافراد الذين يعانون من مشاكل ،وكذلك معرفة ظروف حياتهم معرفة تامة لانها تشكل كلاما ديناميكيا . **(فيصل عباس،1996،ص09)**

الدراسة التطبيقية

1. مكان وزمان إجراء الدراسة التطبيقية

المكان: تم إجراء هذه الدراسة الميدانية في الاستشفائية المتخصصة الحكيم سعدان بعد الحصول على تصريح بالزيارة من طرف جامعة عمار ثليجي الاغواط.

الزمان: تم إجراء الدراسة الميدانية في الفترة الممتدة من 2022/06/26 إلى غاية 2022/07/06

2.عينة الدراسة التطبيقية

اعتمدت دراستنا الميدانية على 02 حالات تتمثل في نساء حوامل في الأشهر الأخيرة من الحمل ومقبلات على الولادة، تتراوح أعمارهم ما بين 31-37 سنة.

3.مواصفات وخصائص العينة

مواصفات العينة من حيث السن ونوع الولادة المرتقبة إضافة إلى عدد مرات الولادة، وذكر السوابق المرضية في حالة الإصابة.

جدول رقم1: خصائص ومواصفات عينة الدراسة الأساسية

الحالة	الاسم	السن	عدد الولادات	السوابق المرضية	نوع الولادة
الأولى	ر-خ	28	2-01 اجهاضات	فقر الدم – القولون العصبي	طبيعية
الثانية	س-ك	31	01	لا توجد	قيصرية

يوضح الجدول مواصفات وخصائص عينة الدراسة، تتمثل فى 02 حالات حوامل تتراوح أعمارهم ما بين28 -31سنة، حالة مرتقبة ولادة طبيعية، والحالة أخرى ولادة قيصرية.

وعرفت كلت حالتين تعدد فى الولادات، واحدة لا تعانى من أي سوابق المرضية، واخرى ذو سوابق مرضية.

أدوات الدراسة:

1. الملاحظة:

توجيه الحواس والانتباه إلى ظاهرة معينة أو مجموعة من الظواهر، رغبة في الكشف عن صفاتها أو خصائصها توصلا إلى كسب معرفة جديدة، عن تلك الظاهرة أو تلك الظواهرالمراد دراستها. **(عبد الرحمن العيسوى،1997،ص94)**

2. **المقابلة العيادية:**

وهي عبارة عن حوار يدور بين الباحث والشخص الذي تم مقابلته، يبدأ هذا الحوار بخلق علاقة وئام بينهما، ليضمن الباحث الحد الأدنى من تعاون المستجيب، ثم يشرح الباحث الغرض من المقابلة وبعد أن يشعر الباحث بأن المستجيب على استعداد للتعاون يبدأ الباحث بطرح الأسئلة التي يحددها مسبقا، ثم يسجل الإجابة بكلمات المستجيب .

(ربحي مصطفى، 2000 ،ص102.)

حسب الباحث موريس أنجرس (Angers Maurice)فإن القابلة هي أداة بحث مباشرة تستخدم في مساءلة الأشخاص المبحوثين فرديا أو جماعيا، قصد الحصول على معلومات كيفية، ذات علاقة باستكشاف العلل العميقة لدى الأفراد.

(أحمد بن مرسلي،2010،ص114)

3. مقياس قلق الموت:

هو عبارة عن استبيان يحتوي على قائمة من الأسئلة تسمح بجمع بيانات خاصة بقلق الموت، وضع هذا المقياس من طرف الأمريكي "دونالد تمبلر" Donal templer،وتم ترجمته إلى عدة لغات منها اللغة العربية والاسبانية، واستخدم في كثير من البحوث التي أجريت على عينات متفاوتة الأعمار من 16 إلى85 سنة ، ومن ثقافات مختلفة. كما بحث ارتباطه بعدد كبير من المتغيرات. ويعد واحدا من أكثرالمقاييس انتشار في البحوث التي أجريت في علم دراسة الموت والاحتضار. وأكدت الأدلة العديدة ثباته وصدقه. كما أن البيانات المعيارية متاحة له أكثر من أي مقياس آخر. تم عرض وتطبيق هذا الاختبار لأول مرة سنة 1970. (عبد الخالق،1987،ص 68)

الخصائص السيكومترية للمقياس:

بدأ تكوين الاختبار بوضع 40 بندا، تم اختيارها على أساس منطقي، كانت متصلة بجوانب تعكس مدى واسع من الخبرات المتعلقة بقلق الموت وهي عملية الاحتضار والموت بوصفه حقيقة مطلقة والجثث والدفن ثم مر المقياس بمراحل متتابعة حتى وصل إلى 15بندا، وهي الصورة النهائية للمقياس و يحتوي المقياس على (09) بنود تصحح بـ"نعم" و(06)تصحح بـ"لا"، وقد اتضح بأن وجهة الاستجابة للموافقة تستوعب قدرا قليلا من التباين في هذا المقياس وقيست هذه الوجهة بمقياس (كوش كيستون) الذي يعتبر أفضل مقياس مختصر حيث يتكون من 15 بندا لوجهة الاستجابة بالموافقة، وقد أوضحت دراسة "تمييلر"عدم وجود ارتباط جوهري بينهما وبين مقياس وجهة الاستجابة المتعلقة بالجاذبية الاجتماعية كما تقاس بمقياس (مارلوكراون). **(قواجلية،2013، ص 68)**

ثبات الإختبار: لقد قام أحمد عبد الخالق بترجمة مقياس قلق الموت إلى العربية ، وطبقه باللغة العربية والانجليزية معا مع عينة من طلاب مصريين بقسم اللغة الانجليزية. بحيث وصل معامل الارتباط بين الصورتين العربية والانجليزية إلى0,87 بالنسب للذكور والاناث (ن=43) وهذا حسب ثبات إعادة الاختبار بالصورة العربية. عادته أسبوعا واحدا وكان الفاصل الزمني بين الاختبار واعادته. اسبوعا واحدا. في حين وصل معامل الارتباط بين الصورتين إلى 0,70 بالنسبة للذكور (ن=44)و بالنسبة للإناث (ن=56)وتعد جميع هذه المعاملات مرتفعة . **(قواجلية،2013، ص 68)**

صدق الاختبار: قام تمبلر بتقدير صدق مقياسه مستخدما عدة طرق منها مقارنة درجات المرضى في مجال"السيكياتري"(الطبنقسي) ممن قرروا أن لديهم قلق عاليا من الموت، بدرجات عينة ضابطة من المرضى"السيكياتريين" الذين قرروا أنه لا يوجد لديهم قلق الموت. وقد استخرجت فروق جوهرية بين درجات الفريقين مما يشير إلى صدق المقياس. بالإضافة إلى الارتباط الجوهري المرتفع بين مقياس تمبلر ومقياس "بوبار"للخوف من الموت، وكذا الارتباط الجوهري الموجب لكل من مقياس "تيلور" للقلق الصريح ومقياس "ولش" للقلق.(عبد الخالق،1987 :64-65)

طريقة تطبيق وتصحيح المقياس: يمكن تطبيق مقياس" تمبلر "فرديا أو جماعيا، تحتوي ك ارسة المقياس على : اسم المفحوصة (الرمز) والسن والتعليمة التي توضح طريقة الإجابة وتتمثل في:

- إذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (ص)
- إذا كانت العبارة خاطئة أو لا تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (خ)

تسجل إجابات المفحوص على الكراسة ذاتها، ويطلب من المفحوص قراءة التعليمة لإزالة الغموض أو سوء الفهم كانت العبارة خاطئة أو لا تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (خ) سوء الفهم، وعموما لا يقوم الفاحص بتحديد مدة انتهاء الاختبار مع م ارعاة أن لا تطول مدته بشكل مبالغ فيه .

يشمل هذا المقياس كما سبق الذكر 15 بندا، (09) منها تصحح "بنعم"و(06) تصحح بـ "لا" ويكون التنقيط بإعطاء:

- نقطة(01)للبنود التي تصحح بـ(ص) وأجاب عليها المفحوص بصحيح.
- نقطة(01)للبنود التي تصحح بـ(خ) وأجاب عليها المفحوص بخطأ.
- صفر(0)للبنود التي تصحح(ص)وأجاب عليها المفحوص بخطأ.
- صفر(0)للبنود التي تصحح(خ) وأجاب عليها المفحوص بصحيح.

(قواجلية ،2013،ص67)

جدول رقم 2: يوضح سلم مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر

البنود التي تصحح ب: ص	1	4	8	9	10	11	12	13	14
البنود التي تصحح ب: خ	2	3	5	6	7	15	/	/	/

يفرض هذا المقياس أن درجة (0) تعتبر أدنى الدرجات التي يمكن لأي مفحوص أن يحصل عليها، أما درجة (15) فهي أعلى درجة يمكن الحصول عليها.

يتم تقدير وجود قلق الموت أو عدمه بأسلوب الدرجة الفاصلة وهي كالتالي:

- الدرجة التي تتراوح ما بين (0-6)تشير إلى عدم وجود قلق الموت.

- الدرجة التي تتراوح ما بين (7-8)تشير إلى وجود قلق موت متوسط.
- الدرجة التي تتراوح ما بين (9-15) تشير إلى قلق موت مرتفع. **(قواجلية،2013، ص 67)**

خلاصة الفصل

تعرضنا في هذا الفصل للإجراءات الميدانية للبحث، فقد قمنا بتحديد المنهج المعتمد عليه في بحثنا والمتمثل في المنهج العيادي، كما قمنا إلى حدود البحث الزمانية و المكانية والبشرية والفصل في الادوات المستعملة في البحث هذا والتعليم والتبرير اختيارها، بالإضافة إلى عرض كيفية تطبيق وتصحيح لمقياس قلق الموت لتمبلر، وسيتم فى الفصل الموالي عرض الحالات ومناقشتها وعرض نتائج المتحصل عليها..

الفصل الخامس:
عرض وتحليل ومناقشة النتائج

1. عرض نتائج الدراسة
2. تحليل ومناقشة نتائج الدراسة

الاستنتاج العام

تمهيد:

في هذا الفصل سنتطرق إلى عرض الحالات المدروسة، وذلك بتقديم الحالات وعرض ملخص المقابلات الخاصة بالحالات كل على حدا، كما سنقوم بتحليل ملخص هذه المقابلات العيادية، ثم نقوم بعرض نتائج مقياس قلق الموت للحالة، بالإضافة إلى تحليله، ثم نقدم التحليل العام لكل حالة نوضح فيه نتائج المقابلة والملاحظة كذا نتائج مقياس قلق الموت لدى الحالة.

في الأخير نختم الفصل بتقديم استنتاج عام وبمناقشة نتائج البحث ككل على ضوء الفرضيات.

1. عرض نتائج الدراسة

المقابلة مع الحالة الأولى:

الاسم: ر. خ

السن:28 سنة

المهنة: ربة بيت

المستوى الدراسي: السنة 01 متوسط

المستوى الاقتصادية: متوسطة

السوابق المرضية: القولون العصبي وفقر الدم

عدد الولادات: 01-2 اجهاضات

مدة الحمل :09 اشهر

نوعية الولادة المرتقبة: طبيعية

جدول رقم 03:جدول المقابلات العيادية للحالة الاولى

	المقابلة الأولى	المقابلة الثانية	المقابلة الثالثة
تاريخ اجراء المقابلة	2022/06/26	2022/06/27	2022/06/28
المكان	مكتب أخصائية	جناح الحمل ذو خطورة	مكتب أخصائية
المدة	40د	30د	45د
الهدف	التعرف على الحالة وجمع البيانات الأولية مع خلق جو من الثقة	طرح أسئلة على الحالة مع الملاحظة وجمع المعلومات	الاستمرار في جمع المعلومات من خلال الملاحظة والتصريحات الحالة، مع تطبيق مقياس قلق الموت عليها

يوضح لنا هذا الجدول تواريخ اجراء المقابلات مع الحالة الاولى، التي استمرت فى ثلاث مقابلات، اجرينا فى الجناح الخاص بالنساء ،ومكتب الأخصائية النفسانية .

ملخص المقابلات الحالة الاولى:

الحالة (خ.ر) تبلغ من العمر 28 سنة ،متزوجة وحامل لمرتها الثانية أم لطفل اجهضت مرتين ،ماكثة فى البيت، ومستواها الدراسي اولى متوسط ومستواها الاقتصادي متوسط ،من عائلة ميسورة الحال ،وهي الآن حامل فى شهرها تاسع ولادتها السابقة كانت طبيعية ومن دون أي مضاعفات .وقد اجرينا معها عدى مقابلات اثر تواجدها فى المستشفى من أجل تعرضها لمرض الانيمي والإضافة إلى كولون ،واكتشفنا من خلالها أن الحالة تعاني من تخوف كبير من الولادة إلى درجة الخوف من الموت أثناء الولادة ومعانتها الكبيرة أثناء فترة الحمل.

تحليل المقابلات للحالة الأولى:

من خلال المعطيات التى جمعناها من المقابلات التى قمنا بيها مع الحالة تبين لنا انها تعاني من تخوفها الشديد من عملية الولادة واستمرت الحالة عن خوفها من الموت أثناء الولادة وبسبب الام المخاض ومن خلال تصريحها "راني خايفة من الوجع و زيد واش يخرج روح من روح مش حاجة ساهلة" ولأنها عانت كثيرا فى المستشفي بسبب مرضها فقر الدم وقولون العصبي وكذلك كونها تعرضت لمواقف صدمه سابقة حول الموت أثناء الولادة على حد قولها "ماما ربي يرحمها ماتت قدامى وكانت الخلعة ماننسهاش" وكانت جد متأثرة لانها لا تزل تعاني الصدمة التي عاشتها فى الماضي، حيث نجد أن الحالة معظم تخوفها حول مرضها وصحة مولودها و لذلك فى قولها" أنا فيا كولو مخوفني ضيق التنفس والنهجة لازم الا ادا داونى درت ابرة باه ريح هدا مين خايفة يولى ماعنديش جهد وزيد كى نتقلق يزيد عليا " وهذا مايدل على أنها تعيش عدم استقرار كما أن تراودها بعض الأحلام المزعجة و ذلك فى تصريحها "هاذ ليام رانى نشوف منامات تخوف،نشوف بلى وليدي راح يزيد معوق ولا مشوه "حيث نجد إن افكارها السلبية عن الولادة تنعكس على شكل كوابيس ،و مما يعني أن تعدد الولادات لديها زاد من خوفها و قلقها من الموت أثناء الولادة .

عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت للحالة الأولى(ر.خ.)

الجدول رقم4: يوضح نتائج مقياس قلق الموت للحالة الأولى

1- أخاف كثيرا من الموت	ص	خ
2- نادرا تخطر لي فكرة الموت	ص	خ
3- لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت	ص	خ
4- أخاف أن تجرى لي عملية جراحية.	ص	خ
5- لا أخاف إطلاقا من الموت	ص	خ
6- لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاص	ص	خ
7-لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت	ص	خ
8- أتضايق كثيرا من مرور الوقت	ص	خ
9- اخشي أن أموت موتا مؤلما	ص	خ
10- إن موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي	ص	خ
11- اخشي فعلا أن تصيبني سكتة قلبية	ص	خ
12- كثيرا ما أفكر كم قصيرة هذه الحياة فعلا	ص	خ
13- اقشعر عندما اسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة.	ص	خ
14- يزعجني منظر جسد ميت.	ص	خ
15- أرى أن المستقبل يحمل شيئا يخيفني.	ص	خ

بعد تطبيق إختبار قلق الموت على الحالة (ر.خ) لقياس درجة حدته، اتضح أنها تحصلت على مجموع يساوي 14 درجة ،وهي تعتبر مرتفعة حيث تنحصر بين الدرجة(15_9) والتي تدل على وجود قلق الموت مرتفع لدى الحالة (ر.خ) وقد أكدت لنا نتيجة الاختبار على مالاحظناه واستنتجناه في المقابلات ،حيث تعاني الحالة من خوف شديد من الموت أثناء الولادة بسبب الأمراض التي تعاني منها ويبدو ذلك واضحا من خلال تصرفاتها وإيماءات وجهها.

التحليل العام للحالة الأولى:

إستنادا الى ماتم التوصل اليه من خلال تطبيقنا لكل من اختبار قلق الموت لدونالد تمبلر ومع ماسجلنا من ملاحظات وماجمعناه من تصريحات خلال المقابلات فقد ظهر لنا بوضوح اعراض قلق الموت على الحالة والذي ظهر من خلال افكارها واقوالها وايماءات

وجهها، التي عكست دور خبراتها المؤلمة والسلبية السابقة عن موت والدتها فحسب روجرز ينشأ قلق الموت عند إضطراب تفكير الفرد، نتيجة تواتر الخبرات المؤلمة (ضحى محمود 2005، الصفحة 361)كما عرف هولتر قلق الموت بأنه: استجابة إنفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد في التأمل أو التوقع أي مظهر من مظاهر متعلقة بالموت **(عبدالخالق ،1987،ص 98)** رغم أن الحالة تملك خبرة سابقة حول الولادة وإن ولادتها المرتقبة هي ولادة طبيعية وإن صحة الجنين على أحسن ما يرام... الا ان هذا لم ينفي ....ان الحالة تعاني قلق الموت حيث يرى سيجموند فرويد أن قلق الموت هو "رد فعل لخطر خارجي معروف يمتلكه الانسان ويسبب له الكثير من التوتر والضيق والألم والازعاج. **(عثمان،2001، ص 18)**

والحالة تعاني من عدة أمراض والتي ساهمت بشكل كبير في ظهور وتطور مجموعة من الافكار حول الموت طيلة فترة الحمل، وبالتالي تغير مجرى..... حياة المريض على الصعيد النفسي والعضوي فهاذا التأثير والضغط يولد القلق ،حيث يرى العديد من العلماء ان قلق الموت يظهر عند من يرى الموت حقيقة وكذلك العوامل الانفعالية التي تجسدت على شكل مرض سيكوسوماتي والمتمثل في القولون العصبي فالإنسان حيث يشعر بالإنفعال قلق الموت أو الخوف أو الغضب، فإن هذه التأثيرات الانفعالية تصاحبها تغيرات جسدية فيزيولوجيا قد تكون بالغة الخطورة وإذا ما تكررت هذه الانفعالات أصبحت الحالة الانفعالية مزمنة، وأن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي الى تغيرات حركية ظاهرة تصاحب الانفعال. **(عزت،1994،ص26)**

المقابلة مع الحالة الثانية:

الاسم : س –ك

السن :31

المهنة :ربت بيت

المستوى الدراسي :3 متوسط

المستوى الاقتصادي: متوسطة

السوابق المرضية: لا توجد

عدد الولادات : 01

مدة الحمل :09 أشهر

نوعية الولادة المرتقبة: قيصرية

جدول رقم (05) الجدول المقابلات العيادية للحالة الثانية

	المقابلة الأولى	المقابلة الثانية	المقابلة الثالثة
تاريخ اجراء المقابلة	2022/07/03	2022/07/04	2022/07/05
المكان	جناح الحمل ذو خطورة	جناح الحمل ذو خطورة	جناح الحمل ذو خطورة
المدة	30د	40د	45د
الهدف	التعرف على الحالة وجمع البيانات الأولية مع خلق جو من الثقة بين الطرفين	طرح أسئلة على الحالة مع الملاحظة وجمع المعلومات	الاستمرار في جمع المعلومات من خلال الملاحظة والتصريحات الحالة، مع تطبيق مقياس قلق الموت عليها

يوضح لنا جدول تواريخ أجراء المقابلات مع الحالة الثانية، التي تمثلت في ثلاث مقابلات في ثلاث أيام متتالية ،أجريت فالجناح الخاص بالحوامل المعرضات للخطر.

ملخص المقابلات للحالة الثانية:

السيدة (س–ك) متزوجة تبلغ من العمر 31 سنة ماكثة بالبيت ،ذات مستوي دراسي ثالثة متوسط من عائلة ميسورة الحال تزوجت سنة 2018 وكان عمرها 27 سنة، أنجبت ابنها الأول وفى عمرها 28سنة، ونوعية ولادتها المرتقبة لديها قيصرية، تم إجراء

المقابلات مع الحالة في غرفتها في جناح الخاص بالحمل ذو خطورة نظرا لحالتها الخاصة سمح لنا هدا بإجراء عدة مقابلات معها ،تعرف الحالة بالخوف والقلق من عملية الولادة القيصرية، والخوف من تعرضها إلى أي مكروه أو أي مضاعفات خلال الحمل وأثناء الولادة وبعدها ،رغم ان الحالة تملك خبرة مسبقة عنها ،إلا أن معاناتها في فترة الحمل السابق وأثناء الولادة خاصة ،زاد خوفها من الموت بدرجة كبيرة .

تحليل مقابلات مع الحالة الثانية:

من خلال المقابلات مع الحالة (س.ك) وملاحظاتنا لها، والتى لم تتجاوب بسهولة، تبين لنا انها تعاني كثيرا بالرغم من تجربتها السابقة حيث انها حملت فى المرة السابقة وكانت ولادة قيصرية من خلال تصريحاتها وسلوكها، وقد اكدت لنا انها متخوفة، حيث صرحت الحالة أن سبب الولادة القيصرية هى وضعية الجنين وضيق فى الحوض على حد قولها "الطفل مجاش بالراس "وهذا ما زاد فى درجة قلقها وخوفها وانها المرة السابقة نجت بأعجوبة من الموت المحقق على حسب قولها "وصلت للموت فى زيادتي لولى "و لذلك محاولاتها المتكررة للتهرب من الأسئلة وتحويلها إلى مواضيع أخرى .

كما أنها تعاني من الأحلام المزعجة كما في قولها "نشوف بلي راح نزيد زيادة صعيبة ونشوف منامات ياسر على الموتى والمقبرة" وهنا إنفعلت الحالة مبدية الحزن والخوف الشديد وذلك من خلال ملاحظتنا بتغيير إيماءات وجهها وتأثرت بمجرد حديثها عن الموت وهذه المخاوف إنعكست في أحلامها كما أنها تخاف على صحة جنينها وذلك من خلال حديثها على إصابتها بالزكام الحاد في فترة حملها ،مما أدى إلى قلقها الشديد وزاد توترها وخوفها من الموت ومبالغتها في الخوف مما أدى إلى طلب العلاج الدوائي بالإضافة إلى الأعشاب واستعمال كل النصائح المقدمة لها لتجنب المرض كما أن الحالة تعاني من أفكار سلبية حول الولادة من خلال قولها "نخاف نموت وانا نزيد ونخلي وليدي يتيم"ومن إدراك الحالة أن نوع الولادة القيصرية زادت نسبة الخوف والقلق أكثر من السابق وذلك على حد قولها "ختي ماتت وهي تزيد سيزاريان" وهذا مايؤكد لنا من زيادة قلق الموت أثناء الولادة، وأنها دائمة التخوف بسبب الأقاويل التي تسمعها ،على حد قولها"حكاولي على نسا كيما ختي كي دخلو للعملية ماتو فيها"

عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت مع الحالة الثانية:

جدول رقم (06)يوضح نتائج مقياس قلق الموت لحالة ال ثانية:

1- أخاف كثيرا من الموت	ص	خ
2- نادرا تخطر لي فكرة الموت	ص	خ
3- لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت	ص	خ
4- أخاف أن تجرى لي عملية جراحية.	ص	خ
5- لا أخاف إطلاقا من الموت	ص	خ
6- لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاص	ص	خ
7-لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت	ص	خ
8- أتضايق كثيرا من مرور الوقت	ص	خ
9- اخشي أن أموت موتا مؤلما	ص	خ
10- إن موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي	ص	خ
11- اخشي فعلا أن تصيبني سكتة قلبية	ص	خ
12- كثيرا ما أفكر كم قصيرة هذه الحياة فعلا	ص	خ
13- اقشعر عندما اسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة.	ص	خ
14- يزعجني منظر جسد ميت.	ص	خ
15- أرى أن المستقبل يحمل شيئا يخيفني.	ص	خ

بعد تطبيق اختبار قلق الموت مع الحالة (س.ك) لقياس درجة حدته ،اتضحت انها تحصلت على مجموع يساوي 13درجة. وهي تعتبر مرتفعة حيث تحصر بين الدرجة (9–15) وهي تدل على وجود قلق الموت جد مرتفع لدى الحالة (س.ك) وقد أكدت نتيجة الاختبار على ما لاحظناه واستنتجناه فى المقابلات ،حيث تعاني الحالة من الخوف الشديد والخوف من الموت .

التحليل العام للحالة الثانية:

استنادا إلى ما تم التوصل إليه من خلال المقابلة والملاحظة مع تطبيق اختبار قلق الموت لتمبلر فقد تبين لنا ،أن الحالة تعاني من الشعور بقلق الموت الذي ظهر فى درجة الاختبار وكذا خبرتها السابقة فى الولادة القيصرية حيث صرحت انها تعرضت للموت أثناء تجربتها الأولى فى الحمل ،حيث يرى العلماء أن قلق الموت يظهر عند من يرى الموت حقيقة، بالإضافة إلى موت اختها فى قولها "اختي ماتت

وهي تولد "و بالتالي أصبح الحادث وقاعة العمليات عامه والولادة القيصرية خاصة تقترن بالموت لدى الحالة، إذ يرى السلوكيون الراديكاليون أن الإنسان يتعلم القلق والخوف والسلوك المرضي كما السلوك السوي، ويركز (Watson)على أن عمليات التعلم تتم عن طريق اقتران بين المثير الشرطي والمثير الطبيعي، وبالتالي يستجيب الفرد لظاهرة الخوف أو القلق ويصبح الخوف من المؤثر الشرطي دافعا مكتسبا .**(فرج،2009 :135)**

كذا انفعال الحالة وحركاتها الزائدة والمتكررة، فالسلوكيون يعتبرون القلق بمثابة خوف من الألم أو الخطر، والقلق المزمن كقلق الموت المتواصل، قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصاحب الانفعال.**(عزت،1994 :15-26)**

وحتى الأحلام المزعجة، فمن اعراض قلق الموت فقدان السيطرة على الذات والتوتر الزائد، والأحلام المزعجة. **(شيهان،1998 :35)**

بالتالي فان تقييمنا للحالة انطلاقا من النتائج المتحصل عليها من المقابلة والملاحظات العامة ونتائج مقياس قلق الموت التي بينت ارتفاع في درجات قلق الموت، بحيث تعاني الحالة من الخوف الشديد من فقدان حياتها، والتعرض لتجربة الموت الثانية، وتعدد ولادتها كذلك، لم يمنعها من الخوف من الموت .

2. الاستنتاج العام مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

في ظل النتائج العامة للبحث ومن خلال دراستنا للحالات. اتضح لنا أن جميع الحالات والمتمثلة في حالتي حمل في الفصل الأخير من الحمل والمقبلات على الولادة يتعرضن ويعانين من قلق الموت وبدرجة مرتفعة. وهذا ما أوضحته تحاليل مقابلاتنا العيادية مع الملاحظة، والتي كشفت بوضوح عن هذه المعاناة، بالإضافة لمقياس قلق الموت لدونالد تمبلر الذي أكد لنا هذه النتيجة واستطعنا من خلاله معرفة درجة قلق الموت لديهن، والتي كانت مرتفعة لدى جميع الحالات.

وعلى هذا الأساس فقد تحققت فرضيتنا الرئيسية والتي مفادها أنه " تعاني المرأة الحامل المقبلة على الولادة من ارتفاع قلق الموت " مع جميع الحالات وبدرجة مرتفعة على مستوى مقياس قلق الموت. وسيطرة قلق الموت عليهن بسبب خوفهن الشديد من الموت أثناء عملية الولادة.

بالنسبة للفرضية الجزئية الأولى التي مفادها: "طبيعة ولادة المرأة تعرضها لقلق الموت ". فلم تتحقق كذلك، فجميع الحالات يتعرضن لقلق الموت بسبب الولادة بصفة عامة ومن بداية الحمل حتى وان لم تعرفن طبيعة ولادتهن ويزداد هذا الخوف مع اقتراب موعدها، بحيث أن نوعية الولادة سواء كانت طبيعية أو قيصرية تسبب قلقا لديهن. وهذا كان خلافا لنتائج معرفة تأثير كل من القلق والاكتئاب أثناء الحمل على حدوث مضاعفات أثناء عملية الولادة .

أما القلق والاكتئاب خلال فترة الحمل، في حين أنه غير مرغوب فيهما بحد ذاتهما، فليست لها أهمية في تطور مضاعفات الولادة. **(Perkin and Others، 1992)**

أما الفرضية الجزئية الثانية والتي تقول: "تعدد ولاداتها يزيد من تعرضها لقلق الموت." فقد تحققت بالنسبة للحالات التي عرفت تجارب سابقة في الولادة، والمتعلقة بالحالة الأولى والثانية. إذ أبدت الحالات قلقا كبيرا رغم تعدد ولادتهن وصاحبات تجارب في عملية الحمل والولادة، إلا أن هذه التجارب حسب ما أظهرت نتائج بحثنا أنها تزيد من تعرض وارتفاع قلق الموت لدى هؤلاء الحوامل، كون أنها تعتبرن هذه التجارب مؤلمة وأنهن عرفن تجربة ألم المخاض أو لحظة الدخول إلى قاعة العمليات الجراحية التي تعكس لهن صورة الموت. وبالنظر إلى الحالتين فانه يؤكد لنا تحقق فرضيتنا هذه. التي لم تتفق في مع دراسة وينغ شوينغ wing chang التي اقتصرت عينتها على الحوامل لأول مرة تحت عنوان "العلاقة بين مستوى قلق الأم ومشاعر السيطرة خلال عملية الولادة للنساء"، العينات في هونج كونج الحوامل لأول مرة .حيث هدفت إلى قياس مشاعر السيطرة أثناء الفصل الثالث تستخدم قلق الموت للقياس الذاتي للمرأة وتحديد مستوى القلق، أثناء الولادة. وأظهرت الدراسة علاقة سلبية كبيرة بين مشاعر القلق والألم أثناء المخاض خلال عملية الولادة.

أما نتائج بحثنا نحن فقد أسفرت عن ارتفاع وزيادة قلق الموت لدى الحامل كلما تعددت ولاداتها ولا يقتصر فقط على الولادة الأولى، وفي دراسة وينغ شوينغ يؤكدون على ضرورة حضور دروس الأم الحامل لتوصيات القابلات ما قبل الولادة والسيطرة على المشاعر السلبية

من أجل تعزيز قدرتهن على التحكم في أثناء المخاض والولادة. وهذا ما يفسر نتيجة بحثنا التي أظهرت العكس في نقص التوعية وهذه التوصيات للحوامل مما أدى إلى استمرار وزيادة هذه المشاعر السلبية كما وسبق وأن أشرنا.

في الأخير نستنتج من خلال بحثنا هذا، أن المرأة المقبلة على الولادة معرضة للإصابة بقلق الموت وبدرجة مرتفعة، ولا يلعب تعدد ولا طبيعة الولادة أي دور في ذلك، بحيث مهما كانت طبيعة الولادة فهي تتعرض وتعاني من قلق الموت. وكلما تعددت ولاداتها زاد قلق الموت لديها.

أستنتج مما سبق مجموعة من النتائج المتحصل عليها التي كانت عبارة عن إجابات على تساؤلات الدراسة وهي كالاتي:

– وجدو درجة عالية من قلق الموت لدى النساء المقبلات على الولادة وذلك راجع إلى المتغيرات المذكورة سابقا يتضح أيضا من النتائج المتحصل عليها أنهن يعانين من ضغط نفسي وتوتر عاليين وهذا ما يدل على وجود قلق موت بدرجة كبيرة لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة.

– كما توضح النتائج التي اردت تحقيقها جاءت حسب توقعي.

– كما أستخلص من الدراسة الحالية أنه يوجد دور كبير للمتغيرات سالفة الذكر في إدارة الانفعالات وتوليد قلق موت شديد.

الخاتمة

لقد تطرقنا من خلال هذه الدراسة الى التعرف ومعالجة موضوع جد مهم في منظومة علم النفس العيادي وهي دراسة قلق الموت لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة وتم الكشف على التأثير الكبير الذي يولده القلق لدى المرأة الحامل وكان الهدف الرئيسي من الدراسة هو الكشف عن طبيعة القلق لدى المرأة الحامل والاثر الذي يتركه على الحالة وبعد التوصل الى مناقشة وتحليل متغيرات الدراسة نظريا والتي من خلالها تم تطبيق مقياس تايلور للقلق الصريح على عينة الدراسة المكونة من حالتين وتم معالجة البيانات وتفسيرها إحصائيا وانتهت الدراسة بالكشف على أن هناك اثر كبير للمتغيرات على توليد القلق لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة. اما الحمل لديهن فيمثل منعرج جد حساس في هذه الفترة فيشعرن بنوع من التوتر والصداع والقلق واضطراب الحالة الانفعالية وهذا ما تم التوصل اليه من خلال البحث بصفة عامة والحالات المدروسة بصفة خاصة.

إقتراحات وتوصيات:

- وضع برامج إرشادية للأمهات الحوامل المقبلات على الولادة للعمل على تخفيف من حدة قلق الولادة.
- ضرورة تقديم الرعاية والأمان للمرأة الحامل المقبلة على الولادة.
- توفير كل الوسائل اللازمة في المستشفى ومساعدة المريضة في التغلب على مخاوفها من عملية الولادة .
- توعية النساء والتعريف بمخاطر قلق الولادة ومدى تأثيرها على صحتها وصحة جنينها .
- تطوير مراكز الرعاية التي تعنى بالأمهات الحوامل وذلك بالتركيز على الأبعاد النفسية لعملية الولادة .

برامج تخفيض قلق الموت عند المرأة حامل .

قائمة المراجع

أولا: المراجع باللغة العربية

1.ابو نصرى جميل (2002)، موسوعة اسرتنا السعيدة ،دار الراتب الجامعية بيروت، لبنان.

2.احمد محمد الزغبي (2001)، علم النفس النمو الطفولة والمراهقة والاسس النظرية ،المشكلات وسبل ومعالجتها ،ط1،دار الطبع عمان .

3.البيلاوي إيهاب، (2001)، قلق الكفيف تشخيصه وعلاجه، ط2، مكتبة الزهراء، الشرق، مصر.

4.بدر ابراهيم الشيباني (2000) سيكولوجية النمو (تطور النمو من الاخصاب حتى المراهقة) مركز المحفوظات والتراث والوثائق ،دار الواراقين للنشر والتوزيع، الكويت .

5.بدر احمد (1996) أصول البحث العلمي ومناهجه ،ط9،المكتبة الأكاديمية، مصر

6.حامد عبد السلام زهران (2005) الصحة النفسية والعلاج النفسي ،ط4، عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة ،القاهرة

7.دافيد شيهان، (1988)، مرضى القلب (عزت شعلان، مترجم) ،عالم المعرفة، الكويت.

8.راجح احمد عزت، (1994)، أصول علم النفس، ط1، المكتب المصري الحديث، الاسكندريه، مصر.

9.رفعت محمد (1988)، الحمل والولادة والرقم عند الجنين ،ط4،دار المعرفة للطباعة والنشر، بيروت .

10. سامر جميل رضوان (2002) الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.

11. السبيعي عدنان (1980) سيكولوجية الأمومة الجزء الأول ،الشركة المتحدة لتوزيع ،بيروت .

12. سري إجلال محمد، (1990)، علم النفس العلاجي، ط1، عالم الكتب، مصر.

13. سماح نجيب خورى (1990) دليل المرأة فى حملها و أعراضها، ط1،دار آفاق للنشر والتوزيع، بيروت .

14. صالح حسن الداهري (2005) مبادئ الصحة النفسية ،ط1 ،دار وائل للنشر والتوزيع، الاردن

15. صره محمد علي، أشرف محمد عبد الغني شريت، (2004)، الصحة النفسية والتوافق النفسي، دار المعرفة الجامعية، الازاريطة، السويس.
16. طارق كمال (2005)الصحة النفسية للأسرة، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية .
17. طه عبد العظيم حسين(2007)، العلاج النفسي المعرفي (المفاهيم والتطبيقات) ط1، دار الوفاء للطباعة والنشر، مصر.
18. عبد الخالق، أحمد محمد (1987)، قلق الموت والضغوط النفسية، ط1 ،دار الفكر العربي، القاهرة
19. عبد الرحمان العيسوى (1997) مناهج البحث العلمي في الفكر الاسلامى والفكر الحديث، دار الراتب الجامعية، بيروت.
20. عبد الغفار، عبد السلام، (1990)، مقدمة في الصحة النفسية، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر.
21. عبد اللطيف،حسن فرح، (2009)، الاضطرابات النفسية (الخوف، القلق، التوتر، الانفصام، الامراض للأطفال)، ط1، دار جاهد للنشر والتوزيع، مكة المكرمة.
22. عثمان فاروق السيد (2001) ،القلق والضغوط النفسية، ط1 ،دار الفكر العربي ،القاهرة.
23. فافي علاء، (1989)، الكف والحرص والقلق. (محمد عثمان نجاتي، مترجم)، ط4: دار الشروق القاهرة، القاهرة.
24. فايد حسين (2008)،كيف يتغلب على القلق ،ط2،مؤسسة الطبية للنشر والتوزيع،القاهرة.
25. فرويد سيغموند(1989)،الكف والعرض والقلق.(محمد عثمان نجاتي،مترجم)،ط4،دار الشروق ،القاهرة
26. فيصل عباس ،(1996) تحليل النفسي والاتجاهات الفردية الجديدة المقاربة العيادية ،ط1، دار الفكر ،بيروت .
27. مجدي احمد، محمد عبد الله (2000)،علم النفس المرضي الدراسة في الشخصية ما بين السواء والاضطراب،بدون طبعة ، دار المعرفة الجامعية.

28. مريم سليم ،(2002)،علم النفس النمو ،ط1، دار النهضة العربية ،بيروت – لبنان.
29. مصطفى النوري القمش، خليل عبد الرحمان المعايطة (2007) الاضطرابات السلوكية و الانفعالية ،ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ،عمان
30. مكنزي كوام، (2013)، القلق ونوبات الذعر، ط1، (اهلا أمان الدين مترجمة)، مكتبة الملك فهد، الرياض، السعودية.
31. منى عبد الحليم (2009) مدخل الصحة النفسية فى المجال الرياضي، مفاهيم التطبيقات ،ط1 ،دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر ،الإسكندرية .
32. المهدي محمد (2002) سيكولوجية المرأة ،ط1، دار النشر نونالبس، بيروت.
33. هيلين دوتش (2004) علم النفس المرأة والامومة ،ترجمة إسكندر جرحي مصعب ،ط1، مجد المؤسسات الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع ،بيروت .

ثانيا: قواميس

34. المنجد في اللغة العربية المعاصرة، دار الشروق، لبنان، 2000.
35. عبد المنعم حنفي، موسوعة الطب النفسي، ط1، مكتبة مدبولي، القاهرة،1992

ثالثا: مذكرات

36. فقيري تونس، (2015)، علاقة سلوك النمط "أ" لقلق الموت لدى عينة من النساء المجهضات، مذكرة لنيل شهادة الماجستير جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
37. تكوك سليمان (2014) التكفل النفسي بالمرأة الحامل المهددة بالاجهاض العفوي ،مذكرة تخرج شهادة الماجستير جامعة، وهران.
38. عبدالله الهمص ،صالح اسماعيل (2010) قلق الولادة لدى الأمهات فى المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة ،مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعه الإسلامية، غزة .
39. قواجلية آية (2013) قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان، مذكرة لنيل شهادة ماستر فى علم النفس العيادي جامعه خيضر محمد ،بسكرة الجزائر.

رابعا: مجلة

40. دافيد روفيك : الاضطرابات النفسية، مكتبة الانجلو المصرية،ط2، القاهرة ،دت .
41. طارق عبد الوهاب ووفاء ،مسعود محمد (2000) قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى طلاب الجامعه ،مجلة علم نفس ،مصر ،العدد 54.
42. عائشة سوالمة (2012) فعالية العلاج الواقعي الجسمي فى تخفيف الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى الحامل ،مجلد 8،عدد4،الاردن ،مجلة العلوم تربية .

ثانيا: مراجع باللغة الاجنبية

43. Domart: boumonf (2000) petition la Rousse de medicine. france, librarie LA Rousseau. Paris.
44. Fontaine, (1984), chimique et thérapie comportementaux, Ed marlayat, Belgique.
45. Kenneth, niswander,1981,Manuel d'obstetrique, surveillance, complication traitement ,alger: office des publications universitarires.
46. Marie Claude,depression de l'edulte, edmaghreb, 2003,delahaye.
47. Spellger (1983) ،contenparrny behavior therapy my publishing company.

الملاحق

مقياس قلق الموت

1- أخاف كثيرا من الموت		
2- نادرا تخطر لي فكرة الموت		
3- لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت		
4- أخاف أن تجرى لي عملية جراحية.		
5- لا أخاف إطلاقا من الموت		
6- لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاص		
7-لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت		
8- أتضايق كثيرا من مرور الوقت		
9- اخشي أن أموت موتا مؤلما		
10- إن موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي		
11- اخشي فعلا أن تصيبني سكتة قلبية		
12- كثيرا ما أفكر كم قصيرة هذه الحياة فعلا		
13- اقشعر عندما اسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة.		
14- يزعجني منظر جسد ميت.		
15- أرى أن المستقبل يحمل شيئا يخيفني.		