



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة قاصدي مرباح - ورقلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية



مذكرة مقدمة لإستكمال متطلبات شهادة الماستر أكاديمي

الميدان: العلوم الاجتماعية

الشعبة: علم النفس

التخصص: علم النفس العيادي

من إعداد الطالبتين: زينب نعام

خديجة طالبي

بعنوان:

"مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على العملية

القيصرية"

(دراسة إستكشافية على عينة من النساء الحوامل بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل)

نوقشت علناً بتاريخ: 2020/09/23

لجنة المناقشة:

رئيساً

جامعة ورقلة

أ.د. بلحسيني وردة

مشرفاً

جامعة ورقلة

د. بن مجاهد فاطمة الزهراء

مناقشاً

جامعة ورقلة

د. نوار شهرزاد

الموسم الجامعي 2019 - 2020

شكر وتقدير

الحمد لله الذي أسبغ عليّ نعمه ظاهرة وباطنة، والشكر لله الذي أمدني بعونه وسهل لي المسير في دروب العلم، والنهل من معينه العذب الصافي الزلال، توفيق من رب العالمين وفضله أن ظهر هذا العمل إلى حيز الوجود، راجية من المولى العلي القدير أن يكمله بالفائدة والنفع للجميع.

انطلاقاً من قول الله تعالى : " لئن شكرتم لأزيدنكم" إبراهيم:7، وقوله صلى الله عليه وسلم: "ومن لم يشكر الناس لم يشكر الله" ، فإنني:

أقدم بوافر الشكر وعظيم التقدير، واعترافاً مني بالجميل إلى حضرة الأستاذة الدكتورة: "بن مجاهد فاطمة الزهراء"، الأستاذة بقسم علم النفس بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة قاصدي مرباح ورقلة، لما بذلته من جهود خلال إشرافها على هذه الدراسة، والتي لم تكن لتظهر لولا توفيق من الله ثم توجيهاتها السديدة وملاحظاتها الهادفة في انجاز هذا العمل بالشكل المطلوب.

كما أتوجه بعبارات الشكر والعرفان، والتقدير إلى السادة الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة د. نوار شهرزاد وأد. بلحسيني وردة على تكريمهم بالحضور، وتعزيز هذا البحث بمختلف الملاحظات والتعقيبات والاضاءات . كما أتوجه في هذا البحث بالشكر من كان السبب في وجودنا ومن كانوا شمعة أضاءت لنا دربنا والدينا الكريمين وإخوتنا الأعمام وكل فرد من عائلة "نعام" وعائلة "طالبلي" وعائلة "رفيس" وعائلة "دوادي" ولا يغيب عن ذهني - وأنا أسطر هذه الكلمات التي أختم بها عملي البحثي - الكثير ممن استحقوا الشكر والتقدير عرفاناً مني بما بذلوه من جهد لإتمام هذه الدراسة، ومن هؤلاء زملائي وأصدقائي على ما قدموه لي من مساعدة في إتمام هذا العمل، ولجميع أساتذتي الذين تعلمت على أيديهم في جميع مراحل دراستي الكثير والكثير. وبالخصوص ابنة خالتي الدكتورة "هتاهت مسعودة" التي قدمت لي الكثير في هذه الدراسة. ونتقدم بالشكر الجزيل لعمال المؤسسة الإستشفائية المتخصصة الأم والطفل بوخريص عمر بورقلة. ونخص بالذكر جميع النساء الحوامل التي قبلن بتطوعهن لإجراء هذا البحث والإسهام فيه.

وفي الختام أقدم بالشكر الكبير إلى كل من ساهم في انجاز هذا العمل المتواضع ولو بكلمة أو بفكرة، وكان سبباً بعد الله في انجاح دراستي هذه، فجزاهم الله عنا خير الجزاء.

لكم مني جميعاً جزيل الشكر والعرفان

زينب / خديجة

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن مستوى قلق الموت لدى عينة من النساء الحوامل المقبلات على العملية بموعد مسبق من طرف الطبيب المختص في أمراض النساء والتوليد خلال فترة مكوثهن أو زيارتهن للفحص بمستشفى الأم والطفل بورقلة، وقد حددت إشكالية الدراسة في تساؤل عام، وتساؤلات جزئية كما يلي:

التساؤل العام :

- مامستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية ؟

التساؤلات الجزئية:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية باختلاف السن (أقل من 35 سنة – أكثر من 35 سنة) ؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية باختلاف عدد الولادات (لم يسبق لهن الولادة – سبق لهن الولادة من قبل) ؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية باختلاف المستوى التعليمي (أقل من المستوى الثانوي / أكثر من المستوى الثانوي)؟

وتكونت عينة الدراسة من (100) امرأة حامل مقبلة ومبرمجة بموعد مسبق على الولادة القيصرية منها (30) امرأة حامل مقبلة على العملية القيصرية في الدراسة الإستطلاعية و(70) امرأة حامل مقبلة على العملية القيصرية في الدراسة الأساسية اختبروا بطريقة قصدية من مستشفى الأم والطفل بوخريص عمر بورقلة، أجريت الدراسة خلال السنة الدراسية 2020/2019، وللتأكد من صحة الفرضيات اعتمدنا على المنهج الوصفي الاستكشافي نظراً لملائمته لموضوع الدراسة.

كما تم الاعتماد في جمع البيانات على أداة البحث للبروفيسور " بشير معمريه " (2007) للقلق الموت والموجهة للعاملين في مجال الخدمات الإنسانية، والذي تم التأكد من خصائصه السيكموترية من خلال حساب معاملات الصدق والثبات قبل تطبيقه في الدراسة الأساسية، ثم عولجت البيانات باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS 17.0)، وانتهت الدراسة إلى النتائج الآتية:

1. مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية مرتفع.
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية باختلاف السن (أقل من 35 سنة – أكثر من 35 سنة) لصالح النساء الحوامل الأكثر من 35 سنة.
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية باختلاف عدد الولادات (لم يسبق لهن الولادة – سبق لهن الولادة من قبل) لصالح النساء الحوامل اللاتي لم يسبق لهن الولادة.
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية باختلاف المستوى التعليمي (أقل من المستوى الثانوي / أكثر من المستوى الثانوي) لصالح النساء الحوامل الأكثر من المستوى الثانوي.

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

Abstract:

The subject of our research is to learn about the death concerns of pregnant women who have received cesarean birth during their place in the Mum and Baby Hospital of Burgla by knowing and exploring the psychological state and the benefits that these pregnant women experience and give birth to this kind of abnormal birth.

The study tool, which is a measurement of death concern to Professor *Bachir MAAMRIA* after ascertaining his psychometric characteristics on the study sample, was used by a survey on a sample of the 30-carrier hospital.

The main question of the study is:

Do pregnant women who have the napatoeuve on cesarean delivery suffer from death concern?

Plus sub questions:

1. Are there statistically significant differences in the level of death anxiety among pregnant women who have had the cesarean birth at the age of 35 (over 35)?
2. Are there statistically significant differences in the level of death anxiety among pregnant women who have had the condomicum on cesarean birth by the number of births (not previously born - pre-born)?
3. Are there statistically significant differences in the level of death anxiety in pregnant women who have condomicent birth at the educational level (below secondary/higher than secondary)?

The main premise was:

- the next pregnant woman on the cesarean operation suffers from death concern

Partial hypotheses were:

1. There are statistically significant differences in the level of death anxiety among pregnant women who have had an apprenatal cesarean birth at different ages (under 35 years - over 35 years).
2. There are statistically significant differences in the level of death anxiety among pregnant women who have had the natal condomicum at the different number of births (never before - have had the birth before)?
3. There are statistically significant differences in the level of death anxiety among pregnant women who have condomicent birth at the educational level (below secondary level/above secondary level).

Finally, through the application of the study and statistical treatment tool, I have concluded. The results are that there is a high degree of death concern on the scale for women Pregnant women starter to cesarean delivery makeup at the mother and child hospital Ouargla.

It also emphasized the significance of statistical differences for the elderly and the cultural level, as well as the gender-related differences for pre-natal women compared with those who had not previously been born.

أ.....	شكر وتقدير
ب.....	ملخص الدراسة:
ز.....	فهرس المحتويات
ي.....	فهرس الجداول
ك.....	فهرس الأشكال
1.....	مقدمة

الباب الأول: الإطار النظري والمفاهيمي للدراسة

الفصل الأول: مدخل للدراسة

03.....	1- مشكلة الدراسة وتساؤلاتها
05.....	2- فرضيات الدراسة
06.....	3- أهمية الدراسة
06.....	4- أهداف الدراسة
07.....	5- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة
07.....	6- حدود الدراسة
07.....	7- أسباب إختيار الموضوع
08.....	8- صعوبات إجراء الدراسة

الفصل الثاني: قلق الموت

10.....	تمهيد:
11.....	1-1 مفهوم القلق:
12.....	2-1 انواع القلق:
14.....	3-1 أسباب القلق
15.....	4-1 أعراض القلق:
16.....	5-1 تشخيص القلق:
16.....	6-1 علاج القلق:
17.....	1-2 قلق الموت:
19.....	2-2 نبذة تاريخية عن قلق الموت:
20.....	3-2 مكونات قلق الموت:
21.....	4-2 أسباب قلق الموت:
23.....	5-2 أعراض قلق الموت:
23.....	6-2 أشكال قلق الموت:
24.....	7-2 النظريات المفسرة لقلق الموت:
24.....	8-2 علاج قلق الموت:
26.....	خلاصة الفصل:

الفصل الثالث:

الحمل والعملية القيصرية

27	تمهيد :
28	1- الحمل:
28	1-1- مفهوم الحمل:
28	2-2- الأعراض والعلامات الدالة على حدوث الحمل:
28	3-1- التغيرات النفسية الناجمة عن الحمل:
29	4-1- نفسية الأم الحامل:
30	5-1- الرعاية النفسية للمرأة الحامل:
30	2- العملية القيصرية:
30	2-1- تعريف العملية القيصرية:
31	2-2- أصل تسميتها:
31	2-3- تاريخ العملية القيصرية:
31	2-4- أشكال العملية القيصرية:
34	2-5- أسباب إجراء العملية القيصرية:
36	2-6- خطوات إجراء العملية القيصرية:
36	2-7- ردود أفعال المرأة عند إعلان القيام بالعملية القيصرية:
37	2-8- القلق عند المرأة التي تلد بالعملية القيصرية:
37	2-9- مخاطر العملية القيصرية:
39	خلاصة الفصل:

الباب الثاني: الجانب التطبيقية

الفصل الأول: إجراءات الدراسة الميدانية

40	تمهيد:
40	1- منهج البحث:
40	2- مجتمع وعينة البحث:
43	3- الدراسة الاستطلاعية:
43	4- أدوات جمع البيانات:
44	4-1- مقياس قلق الموت لبشير معمري:
49	5- إجراءات تطبيق الدراسة الميدانية الأساسية:
50	6- الأساليب الإحصائية:
52	خلاصة الفصل:

الفصل الثاني:

عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة

53	مقدمة الفصل:
53	1- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

فهرس المحتويات

58.....	2- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:
62.....	3- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:
64.....	4- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:
67.....	خلاصة الدراسة.....
70.....	قائمة المراجع.....
74.....	الملاحق.....

- جدول (01): يوضح توزيع العينة حسب المصالح الإستشفائية.....42
- جدول (02): يوضح توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب السن42
- جدول (03): يوضح توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب عدد الولادات.....42
- جدول (04): يوضح توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب المستوى التعليمي.....43
- جدول (05): يوضح نتائج حساب الصدق بطريقة الاتساق الداخلي.....45
- جدول (06): يوضح نتائج حساب الصدق بطريقة المقارنة الطرفية.....47
- جدول (07): يوضح نتائج حساب الثبات باستخدام معامل ألفا كرومباخ.....48
- جدول (08): يوضح نتائج حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية:.....49
- جدول (09): يبين نتائج أفراد الدراسة في مستوى قلق الموت.....53
- جدول (10): يبين نتائج دلالة الفروق حسب السن في مستوى قلق الموت.....58
- جدول (11): يبين نتائج دلالة الفروق حسب عدد الولادات في مستوى قلق الموت.....62
- جدول (12): يبين نتائج دلالة الفروق حسب المستوى التعليمي في مستوى قلق الموت :.....65

شكل (01): حجم العينة الإجمالية للدراسة الحالية 41

يعتبر الإنسان سواء كان أنثى أو ذكر النواة الأساسية في المجتمع فببها تبنى الحياة الأسرية والثقافية والاقتصادية... الخ، انطلاقاً من الأساس كان اهتمام كل الباحثون والدارسون وحتى الأطباء به في كل مراحل حياته من الحمل إلى الممات حيث تعتبر مرحلة الحمل مرحلة أساسية ومهمة للأم والجنين وقد تكاثفت الجهود للوصول بهما إلى بر الأمان خلال كل مراحل الحمل من رعاية نفسية وطبية واجتماعية وقد تطورت الأبحاث العلمية والطبية وأكدت الوزارة الوصية على المتابعة الطبية والسيكولوجية خلال كل مراحل الحمل ذلك لأجل الوصول إلى ولادة طبيعية آمنة وقد يلجأ الطبيب إلى ولادة قيصرية في حالة تعذر الولادة الطبيعية والتي زادت إلى نسبة 30% من اجمالي الولادات في الآونة الأخيرة.

وبما أن الصحة النفسية تتأثر وبشكل مباشر بالصحة الجسدية فقد زاد الاهتمام بالجانب السيكولوجي والمعاش النفسي لهذه الفئة ومنه جاء موضوع بحثنا حول معاناة الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية على اعتبار أن القلق من أهم الاضطرابات انتشاراً وعلى أن الإنسان يطور من قلقه في صراعه من أجل البقاء وخاصة ما ارتبط بحياته ومماته لا سيما الخوف من الموت.

وعلى ضوء هذا جاءت دراستنا الحالية لتعرف على مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية، وقد إحتوت الدراسة على جانبين حيث خصص الجانب الأول للدراسة النظرية والتي اشتملت على 3 فصول أما الجانب الثاني للدراسة الميدانية فقد اشتمل على فصلين:

الفصل الأول: تناول تقديم الدراسة من حيث عرض مشكلة الدراسة، وتحديد تساؤلاتها وفرضياتها، إلى جانب ذكر أهمية الدراسة وأهدافها المراد التوصل إليها، وكذا تحديد التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة، وتحديد الحدود الزمنية والمكانية والبشرية للدراسة وأخيراً أسباب إختيار الموضوع والصعوبات التي واجهتنا في هذه الدراسة.

الفصل الثاني: أما بالنسبة للفصل الثاني هو ما تعلق بقلق الموت موضوع الدراسة تطرقنا خلاله إلى القلق بصفة عامة من تعريفه وأنواعه والأسباب المؤدية إليه أهم أعراضه ومنه التشخيص ثم العلاج بأنواعه ومن ذلك التطرق إلى قلق الموت كنوع من أنواع القلق حيث عرجنا إلى أهم التعاريف المقدمة والمتداولة عنه وتقديم نبذة تاريخية عن ظهور هذا النوع من القلق ثم مكوناته وأهم أسبابه يليها الأعراض وأشكاله وبعدها النظريات المفسرة له وخاتمتها بأهم العلاجات المقدمة له.

الفصل الثالث: والأخير في هذا الجانب فقد خصص إلى مفهوم الحمل وأهم الأعراض والعلامات الدالة على حدوث الحمل ثم التغيرات النفسية الناجمة عن الحمل ونفسية الأم الحامل والرعاية النفسية

للمرأة الحامل، ثم تطرقنا إلى تعريف العملية القيصرية وأصل تسميتها وتاريخها وأشكالها وخطوات إجرائها وأهم أسباب إجرائها وردود أفعال المرأة عند إعلان القيام بها ثم تطرقنا كذلك إلى القلق عند المرأة التي تلد بالعملية القيصرية وأخيراً مخاطرها وعواقبها.

الفصل الرابع: فقد خصص للإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة الميدانية من تحديد للمنهج ووصف للعينة والتعريف بالأداة المستخدمة في جمع المعلومات وكذا توضيح إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية، إلى جانب ذكر الأساليب الإحصائية المعتمدة في معالجة المعلومات.

الفصل الخامس: والأخير في هذا الجانب فقد كان مخصص لعرض وتحليل وتفسير النتائج على ضوء ما جاء في الدراسات السابقة والتراث النظري، وفي الأخير ختمت الدراسة بأهم المقترحات والتوصيات المستقاة من الدراسة، وبقائمة المراجع والملاحق.

الباب الأول: الإطار النظري والمفاهيمي للدراسة

الفصل الأول: ملخص الدراسة

1- مشكلة الدراسة:

تعتبر الأمومة حلم كل امرأة وهذا ما يجعلها تسعى جاهدة خلال فترة حملها أن تحافظ على صحتها النفسية والجسدية لها ولجنينها إذ تعتبر مرحلة الحمل من أهم مراحل الحياة بالنسبة لهما فقد اهتم الباحثون والدارسون بهذه الفترة للوصول بهما إلى بر الأمان وإن كل ما تتعرض له الحامل من خبرات يؤثر عليها ومنه على جنينها حيث تطرقت الدراسات الى الصحة النفسية للمرأة الحامل نذكر منها: دراسة "Ahmad & Others, 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 عشوائياً من العيادة النسائية في مدينة الحسين الطبية بالأردن، و(50) امرأة غير حامل من نفس المدينة، كعينة ضابطة وممثلة لعينة الدراسة من حيث الخلفية الاجتماعية والسن والثقافة.

وقام الباحثون بتطبيق مقاييس متعددة منها مقياس بيك للاكتئاب ومقياس للقلق والمقابلات الشخصية، وعمل الباحثون على معالجة البيانات إحصائياً بعدة أساليب.

أشارت نتائج الدراسة إلى أن النساء الحوامل لديهن ارتفاع في مستوى القلق وبعض المفاهيم الخاطئة أكثر من النساء غير الحوامل، ودعمت هذه النتائج فكرة النظرية المعرفية بأن المفاهيم والاتجاهات الخاطئة قد ينتج عنها قلق واكتئاب، ومن تلك الدراسة أنها أجريت على عينة مشتركة من النساء الحوامل وغير الحوامل والتي استخدم فيها الباحثون المنهج التجريبي ليصلوا إلى مدى تأثير 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 أقرانهن من النساء غير الحوامل. (صالح الهمص، 2010، ص: 55)

وفي حالات القلق والخبرات الانفعالية للحامل نذكر دراسة "أبو قاسم 2013" حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر القلق في ارتفاع السكر لدى النساء الحوامل دراسة مقارنة على عينة من النساء الحوامل بمدينة طرابلس، كما هدفت إلى معرفة العلاقة بين القلق والمرض بارتفاع السكري لدى النساء الحوامل، والتعرف على الفروق في مستوى القلق بين النساء المريضات والسويات وفق متغيرات الدراسة (القلق، الجنس، الحالة الصحية)، الأولى تضم 35 امرأة حامل مريضة بارتفاع السكر وتتراوح أعمارهن ما بين (20 إلى 48 سنة)، وقد تم اختيارهن بناء على التشخيص الطبي، والمجموعة الثانية تضم النساء السويات الحوامل وبلغ عددهم 17 وتتراوح أعمارهن

من (20 إلى 45 سنة) أما المجموعة الثالثة فبلغ عدد أفرادها 18 مفحوصة تتراوح أعمارهن من (20 إلى 48 سنة) وقد تم اختيار أفراد العينة من مستشفى الجلاء للولادة بطرابلس، والمنهج المطبق في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي التحليلي، مع استخدام المقابلة الشخصية، ومقياس القلق النفسي "سيبليجر" وللإجابة على الفروض استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية T.test لإيجاد دلالة الفروق ومعاملات الارتباط بيرسون، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة أنه توجد علاقة ارتباطية بين القلق النفسي وسوء الحالة الصحية، وكلما ارتفعت درجة القلق ازداد سوء حالة المرأة، وقد بلغ معامل الارتباط 0.95، كما أظهرت النتائج وجود فروق بين مريضات السكر والغير مريضات، كما أظهرت وجود فروق في مستوى القلق وفق متغير الجنس، العمر، والحالة الصحية. (رحاب علي أبو قاسم، 2013)

ومنه يمكن القول أن تعرض الحامل لهذه الاضطرابات النفسية ومستوى صحتها النفسية قد يختلف من امرأة الى أخرى ونوع الحمل وحالتها الصحية وسيرورته الذي قد يحدد طبيعة نهاية هذه الرحلة والتي بدورها تتمايز من امرأة الى أخرى فقد تكون ولادة طبيعية في حالة ما كانت الحامل في حالة صحية جيدة ، أو ولادة قيصرية في حالة ما تعذرت الولادة الطبيعية والتي تعرف على أنها "الولادة القيصرية هي جراحة لتوليد الجنين من خلال شق يحدثه الطبيب في البطن والرحم".

هذا النوع من الولادة يعتبر عملية جراحية يقوم بها الطبيب الجراح للحامل في حالة وجود عوائق طبية تمنع الولادة العادية والتي قد تؤثر على الحالة النفسية للحامل.

وتعتبر أعراض القلق الأعراض الأكثر استجابة في الحالات المرضية فهو ملازم للإنسان منذ القدم وعبر كل مراحل حياته ومن بين أكثر وأهم الاضطرابات النفسية انتشاراً على اختلاف أنواعه ودرجاته ومن بين الدراسات نذكر ماجاء به العيسوي: "دراسة عن الحمل الأول كتأثير نفسي قوي يحمل رهبة ومخاوف استهدفت مشكلات المرأة الحامل ما بين 15- 40 سنة في منطقة بيروت كشفت أن الأعراض النفسية للقلق أكثر انتشاراً من الأعراض الأخرى". (العيسوي، 1992، ص: 272)

ومن أنواع القلق الأكثر انتشاراً نذكر قلق الموت والذي يعرفه تمبلر "بأنه خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به". (بشير معمريه، 2007، ص: 212)

وقد تعرضت العديد من الدراسات لهذا النوع من القلق على فئة من الحوامل منها: دراسة النيال 1991 "هدفت هذه الدراسة إلى فحص الفروق في كل من القلق كحالة وقلق الموت قبل إجراء العملية الجراحية القيصرية وبعدها،

وكانت الفرضية الموضوعية من قبل الباحثة أن هناك فروقاً جوهرية في هذين المتغيرين بين مرحلتين ما قبل العملية وبعدها إذ يرتفعان قبل العملية وينخفضان بعدها وتكونت عينة الدراسة من 23 امرأة حامل واستخدمت النبال مقياساً لحالة القلق ومقياساً لقلق الموت تم تطبيقها مرتين، الأول قبل العملية والثانية بعدها، وأشارت النتائج إلى وجود فروق جوهرية في مقياس القلق. (صالح الهمص، 2010، ص: 62)

وفي هذا النوع من القلق تؤكد بعض الدراسات انتشاره بين فئات كبيرة من الناس على اختلاف أعمارهم وصفاتهم وكذا على ارتباطه ارتباطاً شديداً بالصحة الجسدية للفرد حيث يزداد قلق الموت لدى الذين يعانون من أعراض جسدية فالآلام من أهم مصاحبات المرض الذي قد يؤدي عادة إلى الموت فكل إنسان يخشى الموت لكن بدرجات متفاوتة عن غيره ومنه فإن العلاقة معقدة بين الصحة الجسدية وقلق الموت. (الجسماني، 1999، ص: 89)

ووفقاً لما سبق عرضه، فإن مشكلة الدراسة الحالية تتحدر من خلال التساؤلات التالية:

2- تساؤلات الدراسة:

1.2 التساؤل العام

- ما مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية؟

2.2 التساؤلات الفرعية:

- وهل يختلف قلق الموت عند النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية باختلاف السن؟
 - وهل يختلف قلق الموت عند النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية حسب عدد الولادات؟
 - وهل يختلف قلق الموت عند النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية حسب مستواهن التعليمي؟
- ولمعالجة هذه التساؤلات تم صياغة الفرضيات الآتية

3- فرضيات الدراسة:

1.3 الفرضية العامة:

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

2.3 الفرضيات الجزئية :

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

2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية بإختلاف عدد الولادات (لم يسبق لهن الولادة - سبق لهن الولادة من قبل).
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية بإختلاف المستوى التعليمي (أقل من المستوى الثانوي - أكثر من المستوى الثانوي).

4- أهمية الدراسة :

- تكمن أهمية الدراسة في إلقاء الضوء على مرحلة هامة من حياة النساء، ألا وهي مرحلة الحمل، وكذلك لتبيان أهمية المجال الذي نبحث للدراسة، وهو مجال الاهتمام والرعاية بالنساء الحوامل، من أجل توافقهن نفسياً، واجتماعياً، وكون وضع النساء الحوامل من المشكلات التي تمس خطط التنمية في المجتمع وكذلك تكوين فكرة عن موضوع قلق الموت والحالة التي تكون فيها المرأة الحامل.
- وكذلك في توعية الأفراد المختصين من الأطباء وأخصائيين نفسانيين ولقت أنظارهم لمثل هذه الحالات والتكفل بها ومساعدتها على تجاوز هذه الفترة وما تحمله من اضطرابات كالتحضير النفسي للولادة القيصرية.
- توعية المرأة الحامل المقبلة على الولادة القيصرية والتعريف بمخاطر القلق ومدى تأثيره على صحتها وصحة جنينها.
- التعرف على قلق الموت كون أنه قد أصبح هاجساً لدى النساء المقبلات على الولادة القيصرية.
- لفت نظر المسؤولين إلى ضرورة توفير طاقم طبي متكامل بما فيه الأخصائيين النفسانيين، قصد المتابعة النفسية للمرأة الحامل في مختلف مراحل الحمل وحتى أثناء الولادة القيصرية وما بعدها.
- توعية وتنقيف المرأة الحامل في كل ما يخص الحمل والولادة القيصرية، للتقليل من مخاوفها وقلقها.
- لفت أنظار الباحثين إلى أهمية الموضوع وضرورة البحث فيه.
- الخروج بنتائج واقتراحات تساعد في التخفيف من شدة قلق الموت لدى الحامل المقبلة على العملية القيصرية.

5- أهداف الدراسة:

1. ترتبط قيمة البحث العلمي بقيمة الأهداف التي تسعى إلى بلوغها فالدراسة الحالية تهدف إلى:
 1. اختبار فرضيات بحثنا أي الكشف مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية.
 2. معرفة فارق السن على مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية.
 3. معرفة فارق عدد الولادات على مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية.

4. معرفة فارق المستوى التعليمي على مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية.
5. التعرف على مشاعر القلق والتوتر التي تكون عند المرأة الحامل المقبل على العملية القيصرية.
6. التعرف على العوامل الأساسية التي تؤدي إلى الشعور بالقلق لدى المرأة الحامل.
7. التدريب على تقنيات البحث العلمي.
8. توعية المرأة بدور مراجعة الإخصائي النفسي في هذه الفترة من حياتها.

6- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

القلق: هو حالة عدم الارتياح النفسي الذي تعيشه المرأة الحامل قبل إجراء العملية القيصرية نتيجة لحملها.

قلق الموت: الدرجة التي تحصل عليها المرأة المقبل على العملية القيصرية في مقياس "قلق الموت" لبشير معمرية، حيث انه كلما ارتفعت درجة الاستجابة كلما دل ذلك أن هناك قلق للموت أكثر لدى المرأة الحامل.

الحمل: على أنه مرحلة تكوينية تبدأ من لحظة الإخصاب، وذلك بإتحاد البويضة مع النطفة للحصول على بيضة ملقحة، ليصبح بعد ذلك جنين، وتمتد فترة الحمل الطبيعية تسعة أشهر، وهو فترة التغيرات النفسية والجسمية والهرمونية، وفي هذه الدراسة يمس المرأة الحامل المقبل على الولادة.

الحامل: هي المرأة التي تكون في المرحلة الأخيرة من الحمل 09 أشهر وتكون في حالة استشفاء للخضوع للعملية القيصرية، والتي تعاني من حالة قلق خلال هذه المرحلة.

العملية القيصرية: هي نوع من الولادة غير الطبيعية يقوم فيها الطبيب المختص في أمراض النساء والتوليد بشق بطن الحامل بعملية جراحية لاستخراج الجنين في حالة تعذر الولادة الطبيعية، تتم تحت تخدير عام أو جزئي.

7- حدود الدراسة:

- الحدود المكانية: أجريت الدراسة في المؤسسة الإستشفائية المتخصصة الأم والطفل بوخريص عمر بورقلة
- الحدود الزمانية: أجريت الدراسة خلال السنة الدراسية 2020/2019.
- الحدود البشرية: الحوامل المقبلات على العملية القيصرية بموعد مسبق من طرف الطبيب المختص في أمراض النساء والتوليد بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة الأم والطفل بورقلة، وفي الأشهر الأخيرة.

8 . أسباب إختيار الموضوع: هناك عدة أسباب دفعت بنا إلى اختيار هذا الموضوع ومن بينها:

- الخبرة الميدانية والاحتكاك اليومي بالنساء الحوامل والإحساس بمدى معاناتهم من قلق الموت في غياب الوعي والدعم النفسي من العائلة والطاقم الطبي.

- الضجة الإعلامية في هذه الآونة عن تزايد عدد الوفيات لدى النساء الحوامل أثناء الولادة، ومدى تأثيرها على النساء المقبلات على الولادة القيصرية.
- الرغبة في اكتشاف وتوسيع معارفنا حول الموضوع بصفتنا أخصائيات نفسانيات في الميدان من أجل تقديم أكبر قدر من المساعدة للنساء الحوامل.
- باعتبارنا نساء سبق لنا الحمل والولادة، التي تعتبر مراحل جد مهمة وصعبة في حياة المرأة، خاصة في ما يتعلق بالتعرض لقلق الموت أثناء إجراء العملية القيصرية.
- الرغبة الشخصية في دراسة موضوع قلق الموت عند الحوامل المقبلات على العملية القيصرية وإشباع الفضول العلمي من حيث تناول هذا الموضوع.
- الرغبة في تعديل صورة العملية القيصرية في المخيال الاجتماعي ومحاولة إيصال أفكار إيجابية عنها.
- مهنة إحدى الطالبتان كأخصائية نفسانية في مستشفى الأم والطفل، فبالتواصل اليومي والمباشر بالمريضات، أخذن يطرحن العديد من الأسئلة والتي تعبر عن حالة القلق والخوف من الموت لديهن، والتي لا يستطعن أن يعبرن عنها، كل هذا دفع بنا إلى خوض الغمار في إيجاد الحلول لكثير من هذه التساؤلات.
- فتح آفاق للدراسات القادمة.
- نقص الدراسات المتعلقة بقلق الموت لدى النساء الحوامل في حدود إطلاعنا وفي بيئتنا.
- الارتفاع الملحوظ في معدل إجراء العمليات القيصرية على النساء الحوامل.

9 - صعوبات إجراء الدراسة:

- إن كل دراسة وبحث علمي يحتوي على مجموعة من الصعوبات، والتي يواجهها كل باحث، ومن بين الصعوبات التي تعرضنا إليها هي كالتالي:
- ☞ تدخل بعض الحوامل في نفس الغرفة للحالة المراد تطبيق الإختبار عليها في الحديث أو سماع لما تقوله الحالة حتى يلجأ بها الأمر إلى خفض صوتها، أي لم تكن لدى بعض الحالات الحرية في الحديث.
- ☞ عدم رغبة بعض الحوامل في الإجابة على المقياس.
- ☞ صعوبة إجراء المقابلات نظرا للحالة الصحية وضيق الوقت وقصر فترة استشفاء الحالات.
- ☞ صعوبات في تطبيق الإختبار بسبب جائحة كوفيد19 ومنع توزيع أداة الإختبار خوفا من نقل العدوى.
- ☞ الإجراءات الوقائية لمكافحة كوفيد 19 كانت سببا في تحديد حجم العينة الأساسية.

- موضوع قلق الموت أخاف بعض المفحوصات.
- كسل وتهرب بعض الحالات من الإجابة، وهذا ما لحظناه على عينة بحثنا، وهذا عند رؤيتهم الإختبار بورقتين مما استدعى الأمر إلى التقليل من عدد أوراق الإختبار (تم طبعه في ورقة واحدة)، لأنهم لم يجبن على بنود الورقة الثانية للإختبار.
- صعوبة الحصول على المراجع العلمية بسبب غلق المكتبات الجامعية والعمومية.

الفصل الثاني:

قلق الموت

تمهيد:

القلق حالة انفعالية غير سارة لدى الفرد تؤثر في مستوى أدائه وعلاقاته الاجتماعية مما يؤدي إلى إحداث تغيرات داخلية يحس بها الفرد، وأخرى خارجية تظهر على ملامحه.

ويعد قلق الموت نوع من أنواع القلق العام والخوف من الموت يعتبر أمر شائع وعام لدى البشر، ورغم أن القلق حالة انفعالية غير سارة تتضمن الخوف من الموت، إلا أنه حقيقة ثابتة لا يمكن أن يرفضها العقل. في هذا الفصل سنتعرف أولاً على مفهوم القلق من خلال تقديم تعريفات بعض العلماء وكذا أهم الأسباب المؤدية للقلق وذكر أهم أعراضه وكيفية تشخيصه وأخيراً علاج القلق.

وثانياً على مفهوم قلق الموت وذلك من خلال تقديم تعريفات بعض العلماء ومواقف الفرد الميزة والمتناقضة تجاه الموت وتاريخه إضافة إلى الأسباب والأعراض والأشكال واعتمدنا على أهم النظريات التي حاولت تفسير قلق الموت وأهم العلاجات الواردة.

1.1 القلق:

لقد وردت تعريفات متعددة للقلق واختلفت باختلاف الاتجاهات النظرية للعلماء، وكلها تؤكد على ظهور الأعراض من الجانبين النفسي والجسدي، وهي تعود أصلاً كلمة (ANGUSRIA) وتعني الضيق الذي يحصل في القفص الصدري لا إرادياً وعدم مقدرة الجسم على الحصول على كمية كافية من الأكسجين. (بن علو، 2003، ص: 56)

وهو الشعور الغامض غير السار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة. (أحمد عكاشة، 2019، ص: 178)

يعرف " فيصل خير الزراد القلق بأنه "شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية ويأتي في نوبات تتكرر لدى نفس الفرد، ومن هذه الإحساسات الجسمية الشعور بفرغ في فم المعدة أو الضيق في التنفس أو الشعور بضربات القلب، والصداع والشعور بالدوار بالإعياء وكثرة الحركة أحياناً". (عبد اللطيف فرج، 2009، ص: 128)

ويعرفه فرويد بأنه "حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الفرد ويسبب له كثيراً من الكدر والضيق والألم، والفرد القلق يتوقع الشر دائماً ويبدو دائماً متشائماً في كل أمر محيط به ويخشى أن يصيبه منه ضرر". (فرويد، 1989، ص: 13)

وهناك من يرى بأن القلق ناتج عن خبرة انفعالية غير سارة لدى الفرد يشعر من خلالها بالخوف والتهديد دون معرفة الأسباب الواضحة فالقلق هنا يمثل حالة من الشعور بعدم الراحة والاضطراب والتفكير بحوادث المستقبل وترقب الشر وعدم الارتياح تجاه مشكلة ما. (القاسم عبيد، والزعبي، 2002)

وتعرف جمعية علم النفس الأمريكية (APA) القلق بأنه "خوف أو توتر أو ضيق ينبع من توقع خطر ما يكون مصدره مجهولاً إلى درجة كبيرة، ويعد مصدره كذلك غير واضح ويصاحب كلا من القلق والخوف تغيرات فسيولوجية. (عادل شكري، 2006، ص: 20)

ويعرف أيضاً بأنه "حالة انفعالية نفسية يتداخل فيها الخوف ومشاعر الرهبة والحذر والرعب والتحفز موجهة نحو المستقبل أو الظروف المحيطة. (وليد سرحان، 2008، ص: 11)

كما يرى حامد زهران "القلق بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصحبها خوف غامض وأعراض نفسية جسمية". (طه عبد العظيم، 2007، ص: 14)

يعرف المعجم العربي لتحديد المصطلحات النفسية القلق على أنه " انفعال غير سار وشعور مكرر بتهديد وهم مقيم وعدم الراحة والاستقرار، وهو إحساس بالتوتر والشدّ وخوف دائم لا مبرر له من الناحية الموضوعية، وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل، فهو استجابة مفرطة لمواقف لا تعني خطراً حقيقياً والتي قد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، لكن الفرد يستجيب لها كما لو كانت ضرورات ملحة أو مواقف تصعب مواجهتها". (علي عبد الرحيم، 2014، ص: 256)

وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (تعريف دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصاءها) القلق: "هو القلق الزائد، والهم الذي يظهر في كثير من الأيام، وليس لفترات محددة، ويستمر لأكثر من ستة أشهر، ويرى الفرد المصاب أنه من الصعب السيطرة على هذا القلق، ويتميز اضطراب القلق بأنه شديد غير واقعي وتوقعات تشاؤمية باعثة على الخوف حول اثنين أو أكثر من ظروف الحياة والذي يستمر لمدة 06 أشهر، وأحياناً لا يرتبط القلق بشيء محدد أو موقف أو حادث ولكن يبدو أنه سمة ثابتة لحياة الفرد اليومية ويستخدم لتشخيص اضطراب القلق لوصف هذا التصنيف من الخبرات المرتبطة بالقلق". (الغامدي، 2013، ص: 37)

يعرف معجم أكسفورد (Oxford) القلق على أنه: "إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل". (عبد اللطيف حسين، 2009، ص: 127)

نلاحظ من التعاريف المذكورة بأن القلق يتخذ عدة أشكال هي: التوتر، الصراع والخوف، وعلى الرغم من تعدد وجهات النظر في تفسير مفهوم القلق إلا أن هذه التعاريف تتفق في عنصر واحد وهو أن القلق حالة انفعالية غير سارة لدى الفرد تؤثر في مستوى أدائه وعلاقاته الاجتماعية مما يؤدي إلى إحداث تغييرات داخلية يحس بها الفرد، وأخرى خارجية تظهر على ملامحه.

وهو عرض عام لجميع الاضطرابات العصابية وعدم ارتياح نفسي وجسمي ويتميز بخوف منتشر غير معروف السبب وشعور بعدم الأمن وتوقع حدوث كارثة.

وأن القلق انفعال أساسي مكتسب يولد لدى الفرد مشاعر سلبية يطغى عليها الخوف وعدم الارتياح من شيء مجهول لا يستطيع تحديده.

1. 2 أنواع القلق:

أ. **القلق الطبيعي:** وهذا النوع من القلق يتصف به اغلب الأفراد فيعتبر بمثابة المحفز لمواجهة الحياة ومشاكلها، ويعتبر القلق احد المشاعر التي تساعد على بقاء الانسان وتدفعه على القيام ببعض الأعمال وتشحن هممه في المواقف الصعبة. (وليد سرحان، 2008، ص: 12)

- ب . **القلق الموضوعي**: ويسمى قلق واقعي، أو حقيقي أو قلق سوي، وسماه فرويد بأنه قلق صريح لأنه "رد فعل لخطر خارجي معروف".
- ج . **القلق العصابي**: هو مرض نفسي داخلي المصدر لا يمكن تجنبه، دافعه مكبوت نتاج صراع بين الأنا والهو، " فهو عدم ارتياح نفسي وجسمي، ويتميز بخوف منتشر بانعدام الأمن، و توقع حدوث كارثة"، ويعتبر عرضاً لاضطرابات نفسية كثيرة".
- وللقلق جانبان يتمثل كل منهما في عدة مظاهر هما:
- **الشعوري**: الخوف، الفزع، الفزع بالعجز، الإحساس بالذنب، مشاعر التهديد.
- **اللاشعوري**: نظراً لتداخل العمليات اللاشعورية وتعتقدها، وقد يعاني الفرد من مخاوف دون أن يدرك العوامل اللاشعورية التي تدفعه على هذه الحالات. (فاروق السيد، 2001، ص:20)
- د . **القلق العام**: هو بمثابة استعداد لدى الفرد يؤدي إلى معاناة من القلق الوجداني، إذا ما تعرض لخطر خارجي يدركه، ويعتبره عرض من أعراض الاضطرابات النفسية الأخرى، وهو يكون نابع لحدث سابق له من اضطرابات أخرى، وهذا النوع من القلق يتخلل جوانب عديدة ومختلفة من حياة الفرد وهو غير محدد الموضوع والمجال، ولكنه يمكن أن يكون محدداً بمجال معين. (كفافي، 1999، ص: 237)
- هـ . **قلق الموت**: هو استجابة انفعالية مكدره، ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول ما يتصل بالموت والاستحضار لدى الشخص نفسه أو نويه. (أسامة فاروق، 2011، ص:331)
- و . **القلق الخارجي المنشأ**: هو الذي يحس به الناس في الأحوال الطبيعية كرد الفعل على الضغط النفسي أو الخطر، فعندما يستطيع الإنسان أن يميز بوضع شيئاً يتهدد أمانة أو سلامته، كأن يصوب لص مسدساً إلى رأسه، فهو عندئذ يشعر بالاضطراب والارتجاف، فيجف ريقه، وتعرق يداه وجبهته وتزيد نبضات قلبه، وتحتاج معدته ويشد توتره، ويحس أغلب الناس بهذه المشاعر في أوقات الخطر، أو الضغط وكذلك إذا تعرض الفرد للهجوم عليه مرات متكررة أو للخوف في موقف معين، فانه يتعلم الإحساس بالخوف كلما واجه هذا الموقف، وتلك الاستجابة دافعية عادية، فإذا عض كلب شرس أي إنسان مرات عديدة فسرعان ما يصبح حذراً من الكلاب وخائفاً عند رؤيتها، وهذا هو القلق الذي يكون استجابة سوية للضغط من خارج الفرد.
- ز . **القلق داخلي المنشأ**: وتتكاثر الآن دلائل توحى بأن حالات القلق من هذا النوع الثاني، إنما هي حالة مرضية، ويبدو أن لدى ضحايا هذا المرض استعداد وراثي له، وهو يبدأ عادة بنوبات من القلق الدائم تدهم المصابين فجأة أو بغتة دون إنذار أو سبب ظاهر، وكثيراً ما يخطئ الأسياء من الناس فينظرون إلى أعراض

المريض على أنها مشابهة لاستجاباتهم عندما يواجهون منغصا وتهديد ومن اليسير جدا على العارفين بهذا المرض أن يهونوا من خطورة المشكلة وأن يظنوا أن الراحة والاسترخاء أو الإجازة الطبية سوف تحل المشكلة. (القمش، 2007، ص ص: 255 - 256)

1. 3 أسباب القلق:

تتعدد أسباب القلق بتعدد وجهات النظر لرواد 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 الإنسانون فيرون أن عدم تحقيق الذات من أهم أسباب القلق.

ومن جانب آخر أشارت نتائج البحوث إلى أن الأسباب وإن كانت موضوعية ومثيرات داخلية فإنها تختلف، إلا أن النظرة الشمولية توجب الأخذ في الاعتبار جميع الأسباب المحتملة، وفيما 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 أظهرت دراسة الأسر أن 15% من أبناء وإخوة مرض 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 عنه لدى الراشدين، فيكون الخوف لدى الأطفال على شكل خوف من الظلام ومن الحيوانات، أما القلق في المراهقة فيكون بشكل الشعور بعدم الأمن والخجل، وعادة تضعف أعراض القلق في مرحلة النضج لتظهر في مرحلة سن اليأس والشيخوخة، ويمثل القلق واحدا من أهم الاضطرابات النفسية المحتملة كنتائج للاضطرابات 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 مُر 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 وفقاً لغالبية نظريات علم النفس من المثير الأساسي للقلق، إذ تؤكد أهمية هذه العوامل كعوامل أساسية لإحداث القلق، ولاشك أن حصر مثل هذه الأسباب أمر مستحيل لتعددتها 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 تعامل الوالدية القاسية، وتوفر النماذج القلقة ومنها الوالدين، والفشل في الحياة ومن ذلك الفشل الدراسي. (عبد اللطيف حسين، 2009، ص ص: 151. 152)

العوامل البيولوجية:

وقد تم حصرها في العوامل التالية:

- ☞ زيادة نشاط الجهاز العصبي الذاتي ولاسيما الشق السيمثاوي.
 - ☞ زيادة اطلاق مواد الكاتيكول اميد في الدم.
 - ☞ ارتفاع نسبة نواتج أيض النور أدرينالين.
 - ☞ انخفاض الفترة الفاصلة بين بدء النوم وظهور حركة العينين السريعة أثناء النوم (نوم الأحلام) وانخفاض مدة ومرحلة النوم الرابعة (النوم العميق) كما في الاكتئاب.
 - ☞ انخفاض تركيز حامض(جاما بيوتيريك) مما يؤدي إلى زيادة نشاط الجهاز العصبي المركزي.
 - ☞ ازدياد ناقل السيروتين العصبي بسبب القلق وازدياد النشاط الدوبامين المرتبط بالقلق ظهور بؤرة نشطة في الفص الصدغي.
 - ☞ ازدياد نشاط البقعة الزرقاء الموجودة في النخاع المستطيل (حركة العصبونات النور ادرينالية).
- (محمد غانم، 2006، ص: 45)

1 . 4 أعراض القلق:

هناك أعراض عديدة للقلق يمكن تصفيها بين أعراض جسدية ونفسية.

الأعراض الجسدية: ونذكر منها:

➤ التعرق.

- الارتعاش.
 - صعوبة في التنفس.
 - جفاف الفم.
 - الاختناق.
 - الغثيان.
 - تتميل الأصابع.
- الأعراض النفسية : ونذكر منها:

- قلة النوم.
 - التعب.
 - الشعور بالتوتر.
 - عدم القدرة على التركيز.
 - الاكتئاب.
- الشعور بالانفصال عن الواقع. (هلا أمان الدين، 2013، ص:15)

1. 5 تشخيص القلق:

تتضمن عملية تشخيص حالة القلق خطوات متسلسلة يمكن إجمالها بما يلي:

- فحص طبي شامل: والغرض من هذا استبعاد أي أمراض طبية أو مشاكل جسمية تسبب هذه الأعراض، انه كثيرا ما يفترض المرضى أن المشكلة سيكوسوماتية أو نفسجسمية أو عصبية في الأصل، ليكتشفوا فيها بعد فقط أنها الأعراض الأولى لمرض طبي، ثم أن التسمم الدرقي، وأورام الغدد فوق الكلوية والصرع، وبعض الأمراض المعدية كمرض البروسيلا، والاضطرابات العصبية، كالتصلب المنتشر، قد تسبب أعراضا مثل أعراض القلق.
- استبعاد الحالات النفسية المرضية الأخرى التي قد تظهر بصورة مشابهة مثل الاضطرابات الذهانية لمرض الفصام، ومرض الهوس الاكتئابي.
- تشخيص حالات الفوبيا إن وجدت. (القمش، 2007، ص:268)

1. 6 علاج القلق:

أهم ما يتخذ تمهيد العلاج هو تقصي تاريخ المريض تفصيلاً وفحصه فحصاً شاملاً ثم نتقدم بعد ذلك في علاجه كما يلي:

العلاج الاجتماعي: ويتركز على تكييف حالة المنزل والعمل حتى تخفف عن كاهل المريض بعض أعبائه التي تزيد من حالته. (إبراهيم الصيخان، 2010، ص: 72)

العلاج الطبي: يستخدم في حالات القلق الشديد والمزمن، حيث يتم إعطاء المريض أدوية مهدئة ومنومة حتى يرتاح جسمياً ومن ثم يتم بدء بالعلاج النفسي، ومن الأدوية التي يمكن إعطائها للمريض في حالة التوتر الشديد، والقلق مجموعة "البنزديازين" مثل "الفاليوم" والليبريم وأتفيان وازناكس" وهي تعمل على مستقبلات لجابا مما يعطي إحساس بالهدوء والراحة والاسترخاء. (هدير الآسي، 2014، ص: 80)

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

ويلعب المرشد أو الأخصائي النفساني بمراحل العلاج دوراً كبيراً في تخفيف القلق أو مساعدة الحالة للتخلص من حالة القلق التي انتابته من خلال تخفيف حدة آثار القلق السلبية أو التأقلم والتكيف مع حالته أو مساعدته في الخروج من الحالة بسلام، وإيجاد أساليب وسلوكيات تتخلص من ضغط تلك الحاجة غير المشبعة والأسباب المؤدية للقلق. (إبراهيم الصيخان، 2010، ص: 73)

2. 1 قلق الموت:

تعددت التعاريف المقدمة لقلق الموت ويعد التعريف الذي قدمه تمبلر من أكثر التعريفات وضوحاً إذ يعرفه بأنه "حالة انفعالية غير سارة يعجل بها تأمل الفرد في وفاته".

ويعرف قلق الموت كذلك على أنه "خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذا الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه". (معمرية، 2007، ص: 212)

ويعرفه هولتر (HOLTER) 1979: "هو استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت أو توقعه".

ويعرفه بيلسكي Belsky 1999: بأنه الأفكار والمخاوف والانفعالات حول الحدث الأخير في الحياة والتي نخبرها تحت أكثر الظروف طبيعية في الحياة. (علي عودة، 2013، ص: 07)

ويعرفه كذلك بشير معمريّة (2007) "هو نوع من القلق الذي يتركز على موضوعات، تتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص أو ذويه".

ويحدث قلق الموت بسبب التفكير في الموت والخوف منه، وهذا التفكير يمكن أن يشمل موت الشخص نفسه أو موت الآخرين فيؤثر مباشر سلبي في حياة الفرد، ويدفعه إلى استخدام حيل لهروب منه، ويجعله يعيش في اضطراب وخوف وقلق، ويعزى قلق الموت لعدة أسباب من ضمنها الخوف من المعانات البدنية والآلام عند الاحتضار، والخوف من الإذلال نتيجة لألم نفسي، والخوف من العقاب الإلهي وغموض حقيقة الموت . (محمد العمر، 2016، ص: 09)

عرفه ديكستين Dickstein 1972 بأنه حالة التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة. (علي عودة، 2013، ص: 07)

ويشير (عبد، 1993) بأن الخوف هو انفعال سلبي لدى الإنسان والحيوان، وعادة يميل الإنسان إلى الخوف من المجهول والأمور الخفية وغير المتوقعة، وفي الموت يوجد جوانب كثيرة مجهولة وغامضة، والموت خبرة جديدة غير مسبوقة، لهذا فإن كل إنسان يخاف من الموت، وقد ارتبط الموت عادة بانفعالات ومشاعر سلبية تجمعت فيما بينها فيما يعرف بقلق الموت، أما في حالة المرض المزمن أو القتل، أو الأخطار المهددة للإنسان فإن هذه الحالة تسمى حالة انتظار الموت، إذ يكون القلق والخوف في هذه الحالة أقوى وأشد.

قلق الموت Death Anxiety : هو حالة من الخوف الغامض المبهم تجاه الموت وتجاه مصير الإنسان بعد الموت ويعتبر حالة انفعالية سلبية ناتجة عن الخوف عند الإنسان بكل ما يتعلق بالموت والتقدير السلبي لموقف الموت وما ينتظره بعد الموت. (محمد ربايعة، 2018، ص: 87)

وعُرف قلق الموت بأنه "شعور يهيمن على الفرد بأن الموت يتربص به حيثما كان وأينما اتجه في يقظته ومنامه في حركته وسكونه وتفكيره الأمر الذي يجعله حزينا محصورا متوجسا من مجرد العيش على نحو الطبيعي".

إن قلق الموت نوع من القلق العام، الذي يتميز بمستويات عالية وثابتة من القلق المفرط، على العديد من الظروف اليومية، التي تستمر لأكثر من أيام أو حتى شهور، وهذه المخاوف هي كبيرة بما يكفي لتسبب مشاكل في الحياة اليومية، وتكون مصحوبة باستجابات فسيولوجية مثل، سرعة خفقان القلب، توتر العضلات، الأرق، ضعف التركيز، الخوف المستمر والعصبية. (محمد ربايعة، 2018، ص: 89)

من خلال التعاريف السابقة، نتوصل إلى أنها تشترك في نقطة أساسية وهي انه يتركز حول شعورية الفرد ومرتبطة بحياة الإنسان وبالموت إذ انه يتولد لديه عدم الاستمرارية وقرب النهاية وهو شعور مقلق يقضي على سعادة الإنسان نتيجة شعوره بقرب موته.

وهو حالة توتر ناتجة عن الانشغال الفكري الزائد في حقيقة الموت وطبيعته وما سيؤول إليه الجسد بعد الموت، فضلاً عما يتضمنه هذا التفكير من تقدير سلبي ومرعب لهذه الحقيقة فهو قلق يتعلق بتفكير الفرد السلبي نحو مستقبل وجوده الشخصي.

2. 2 نبذة تاريخية عن قلق الموت:

تتبع جذور دراسة قلق الموت من فحص مسألة الموت، ولقد اهتمت الديانات السماوية جميعاً بموضوع الموت، فلموت أهمية مركزية في كل ديانة، وفي كل نسق فكري وفلسفي متماسك، ولقد أستخدم النوم على أنه شبيه طبيعي للموت، فصور قدماء اليونان النوم Hypnos على أنه أخ توأم للموت thanatos، كما أن اليهود السنين وهم يستيقظون من نومهم في الصباح يشكرون الله على أنه أعادهم للحياة مرة ثانية، كذلك صور القرآن الكريم النوم بأنه الوفاة الأولى للإنسان في الحياة ولكنها وفاة مؤقتة، ففي سورة الأنعام قوله عز وجل:

"وهو الذي يتوفاكم بالليل ويعلم ما جرحتم بالنهار ثم يبعثكم فيه ليقضي أجلا مسمى". (الآية: 06) وفي سورة الزمر قوله تعالى: " الله يتوفى الأنفس حين موتها والتي لم تمت في منامها. فيمسك التي قضى عليها الموت ويرسل الأخرى إلى اجل مسمى " (الآية:42).

إن الوعي بالموت له تاريخ طويل يسبق محاولة "سقراط" تهدئة ثورة أصدقائه وتلاميذه قبل أن يتجرع السم، وقد عرفت ملحمة "جلجاميش" للسوماريين عام 3000 ق.م، والتي يحتمل أن يرجع أصلها إلى ما قبل هذا التاريخ، وتعتبر هذه الملحمة عن كل من الرغبة العميقة في النصر على الموت والشك في أن السحر أو المكر أو الفضيلة أو القوة يمكن أن تحقق هذا الهدف ولم تكن إطالة العمر وتجديد الحياة موضوعين بارزين في "كتاب الموتى" فحسب، بل أيضا على امتداد الحضارة المصرية القديمة التي حفلت بموضوع الموت إلى حد كبير، واهتمت السيمياء Alchemy أو الكيمياء السحرية في العصور الوسطى بأمرين أساسيين هما: إطالة العمر وتحويل المعادن إلى ذهب، وفي هذا العصر الوسيط زادت بشدة معدلات الوفيات وانخفضت معدلات الأعمار، وعلى الرغم من أن تجارب الدكتور "فرانكنشتين" كانت على صفحات رواية، فإن الأشخاص الحقيقيين قد استكشفوا إمكانية إعطاء فرصة الحياة مرة أخرى للشخص الذي يبدو أنه ميت، وذلك عن طريق

التبني الجلفاني في القرن التاسع عشر، ومن هنا نشأت العلاقة بين التكنولوجيا والموت منذ وقت مبكر، وعلى الرغم من أن علم النفس قد نشأ في أحضان التقاليد الاجتماعية والفلسفة حيث كان الموت مشكلة بارزة، فإن العلم الجديد كانت لديه أولويات أخرى لبحثها، ومع ذلك ففي عام 1836 وضع " فخر " أحد مؤسسي علم النفس التجريبي كتاباً صغيراً عن "الحياة بعد الموت"، وأعجب "وليم جيمس" بهذا العمل وكتب عام 1910 عن "الخلود" على حين أجرى "ستانلي هول" عام 1915 دراسة إمبريقية مبكرة عن رهاب الموت أو مخوفة الموت *thanatophobia*.

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

(واوميجا هي آخر حروف الهجاء اليوناني وتشير هنا إلى النهاية).

وهناك أيضاً دورشان هما: مجلة علم الموت والاحتضار، ومجلة التربية المتصلة بالموت، وفي عام 1977 صدر أول مسح نقدي لسيكولوجية الموت بين دفتي دورية: "العرض السنوي لعلم النفس". كما صدرت في السنين الأخيرة بحوث متعددة عن خبرة الإقتراب من الموت أو مايسمى بعلم دراسة مشارف الموت.

ولقد ارتبط التطور في مجال دراسة قلق الموت بتطوير أدوات موضوعية للقياس، فوضع "بويار" مقياس الخوف من الموت في رسالته للدكتوراه عام 1964، وقدم "تمبلر" مقياس قلق الموت نتاجاً لرسالته التي قدمها للحصول على الدكتوراه عام 1967، ونشره عام 1970، وهو من أفضل المقاييس المتاحة. ثم زادت البحوث في قلق الموت في العقدين الأخيرين زيادة كبيرة يلمسها المطلعون على مجلة التقارير السيكولوجية بوجه خاص. (عبد الخالق، 1998، ص ص: 40.39)

2 . 3 مكونات قلق الموت:

حدد الفيلسوف "جاكشورون" مكونات ثلاثة للخوف من الموت هي:

1. الخوف من الاحتضار.

2. الخوف مما سيحدث بعد الموت.

3. الخوف من توقف الحياة.

كما ذكر "كفانو" في كتابه "مواجهة الموت" وبشكل واضح مكونات مخاوفه الشخصية بالنسبة إلى الموت، وقد

تضمنت هذه المخاوف مايلي:

(1) عملية الاحتضار.

(2) الموت الشخصي.

(3) فكرة الحياة الأخرى.

(4) النسمة السحيقة أو المطبقة التي تترقب حول المحتضر.

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

1- التحلل أو التفسخ.

2- الركود أو التوقف.

3- الانفصال.

كذلك ميز "ليستر" من وجهة نظر سيكولوجية بين أربعة جوانب للخوف من الموت في بعدين لكل منهما

قطبان كمايلي: (الموت / الاحتضار) ، (الذات / الآخرون).

ومن ثم تشتمل هذه الجوانب على مايلي:

1. الخوف من موت الذات.

2. الخوف من احتضار الذات.

3. الخوف من موت الآخرين.

4. الخوف من إحتضار الآخرين. (عبد الخالق، 1998، ص ص 46.45)

2 . 4 أسباب قلق الموت:

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

للأسباب الآتية:

- الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار.
- الخوف من الإذلال الناتجة الألم الجسمي.
- الخوف من توقف السعي نحو الأهداف، إذ تقاس الحياة دائما بما حققه الإنسان.
- الخوف من 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 انحل وبطل تركيبه فقد انحلت 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 الأهل والأحباب.
- ☞ عدم معرفة المصير بعد الموت.
- ☞ الخوف من ظلام القبر وعذابه. (عبد الخالق، 1998، ص ص 191-192)

2. 5 أعراض قلق الموت: هناك أعراض لقلق الموت منها ما هي بدنية وماهي نفسية:

الأعراض البدنية:

- التوتر الزائد.
- الأحلام المزعجة.
- سرعة النبض أثناء الراحة.
- فقد السيطرة على الذات.
- نوبات العرق.
- غثيان أو اضطراب المعدة.
- تتميلات اليدين أو الذراعين أو القدمين.

الأعراض النفسية:

- نوبة من الهلع التلقائي.
- الإكتئاب.
- الإنفعال الزائد.
- عدم القدرة على التمييز.
- إختلاط التفكير.
- زيادة الميل للعدوان.
- سهولة توقع الأشياء السلبية في الحياة.
- سرعة الغضب والهيجان وتوتر الأعصاب.
- الشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع. (دافيد شهان، 1998، ص: 35)

2 . 6 أشكال قلق الموت:

أ . القلق الإستلابي: الذي يجعل الإنسان ينشط لمكافحة هذا الخطر الذي يهدد بقاءه، فيحاول الهروب أو المواجهة، وتأخذ ردود فعله أشكالاً عقلية أو فيزيولوجية.

ب . قلق الموت الوجودي: وهو من أقوى أشكال قلق الموت، ويشمل الخوف من الفناء الشخصي النهائي، وهذا الشكل يعمل بشكل لاشعوري وينشط أفكار واسعة ومتنوعة، بالإضافة إلى سلوكيات والتي تكون مصممة بشكل لا شعوري لإنكار الموت.

ج . قلق الموت المفترس: يظهر هذا الشكل عندما يؤدي الفرد الآخرين جسدياً أو عقلياً، ويحصل رد الفعل الأساسي من هذا النوع من القلق بمجرد إحساس الفرد بالذنب بصورة شعورية أو لاشعورية، ويحفز مجموعة من القرارات العقابية لمرتكب الأذى للآخرين عادة ما تكون علة شكل إيذاء النفس أو الإنتحار. إن الإنسان بسبب وجود دافع حب البقاء لديه يسعى دائماً إلى الحفاظ على الذات لذلك يقاوم مهددات وجوده باستخدام الآليات الدفاعية المناسبة كالنكران مثلاً لرفض الواقع المؤلم أو الذي يذكر الشخص بالموت ويقود إليه. (محمد العمر، 2016، ص:4847)

2 . 7 النظريات المفسرة لقلق الموت:

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

كذلك أن الإنسان حيث يشعر بانفعال قلق الموت أو خوف فإن التأثيرات الإنفعالية تصاحبها تغيرات جسمية، قد تكون بالغة الخطورة إذا تكرر الإنفعال وأصبحت الحالة الإنفعالية من مزمنة، فقد إتضح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصعب الإنفعال فيها.

(راجع، 1994، ص:26.25)

2 . 8 علاج قلق الموت:

يعد العلاج السلوكي من أكثر طرق علاج القلق بأنواعه المختلفة شيوعاً وانتشاراً وهو كذلك من أفضلها، حيث أنه يحقق أعلى نسب للشفاء من بين كل الطرق العلاجية المتاحة، وقد أجريت دراسة حديثة على طلاب

يدرسون التمريض، بهدف التعرف إلى ناتج العلاج السلوكي (تقليل الحساسية المنظم، التدريب على الإسترخاء) مقابل عدم التدخل بأي طريقة في علاج قلق الموت المرتفع، وقد ظهرت فعالية تقليل الحساسية المنظم والإسترخاء المتدرج لدى المجموعة التي إستخدمته بالمقارنة بالمجموعة التي لم تتلق علاجاً، كما كانت لهذه الفنيات السلوكية أكثر فعالية من البرامج التعليمية أو البرامج قصيرة المدى.

(محمد العمر، 2016، ص:48)

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل القينا أولاً الضوء على مفهوم القلق من خلال تقديم تعريفات بعض العلماء وكذا أهم الأسباب المؤدية للقلق وذكر أهم أعراضه وكيفية تشخيصه وأخيراً علاج القلق. ثانياً تناولنا مفهوم قلق الموت وذلك من خلال تقديم تعريفات بعض العلماء ومواقف الفرد الميزة والمتناقضة تجاه الموت وتاريخه إضافة إلى الأسباب والأعراض والأشكال واعتمدنا على أهم النظريات التي حاولت تفسير قلق الموت وأهم العلاجات الواردة.

الفصل الثالث:

الحمل والعملية القيصريّة

تمهيد:

عندما نتحدث عن العملية القيصرية فلا بد من الحديث أولاً عن الحمل وعن الأعراض والعلامات الدالة على حدوثه والتغيرات النفسية الناجمة عن الحمل ثم نفسية الأم الحامل وكيفية الرعاية النفسية للمرأة الحامل.

وبعد ذلك نتعرف على العملية القيصرية وأصل تسميتها وتاريخها وأشكالها وأسباب إجرائها وأخيراً نتطرق إلى مخاطر العملية القيصرية.

1. الحمل

1. مفهوم الحمل:

الحمل ظاهرة فيزيولوجية طبيعية تمر بها المرأة بفترات من التغيرات النفسية والجسمية منذ لحظة الإخصاب حتى الميلاد، وتفيد الإحصائيات أن فترة الحمل تقريبا 280 يوما، وأن أغلب الولادات تتم ما بين 40 إلى 42 أسبوع من مدة انقطاع الطمث. (Huton et all, 2003,p:96)

الحمل هو فترة حساسة بالنسبة للمرأة والرجل أيضا تصحبها مشاكل نفسية عاطفية وتلحق بالمحيط مستقبلا الزوج، الأطفال، الأم، الأب. (فؤاد مرعي، 2003، ص:64)

يتضح لنا من خلال ذلك أن الحمل هو الفترة الزمنية التي تمر بها المرأة، وتعتبر مرحلة هامة جدا لكل امرأة، ويتميز بمظاهر نفسية وجسمية ويتكون من التغيرات الناجمة عن حدوثه والمراحل التي يمر عليها.

2. الأعراض والعلامات الدالة على حدوث الحمل:

نجد مجموعة من العلامات الدالة على وقوع الحمل أهمها:

- انقطاع الطمث أو الدورة الشهرية حتى الولادة.
- الشعور بالغثيان و حدوث القيء في الفترة الصباحية وهذا خلال الشهر الأول إلى غاية الشهر الثالث.
- كثرة التبول، ولكن بكميات قليلة وكذلك بسبب ضغط الرحم على المثانة.
- ازدياد الوزن، وتضخم الثدي.
- الومح أي اشتها بعض المأكولات من غير موعدها.
- أما الفحص البيولوجي فإنه يعمل على تأكيد الحمل عن طريق فحص البول الحامل، حيث بعد 10 أيام أو أكثر من انقطاع الطمث يظهر في بول المرأة مواد كيميائية معينة وهرمون المشيمة أي هرمون الحمل، وإذا تعذر ذلك يمكننا فحص الدم لها لإكتشاف هرمون الحمل في الدم (BHCG) لإثبات صحة الحمل أو عدمه. (Huton et all, 2003,p:109)

3. التغيرات النفسية الناجمة عن الحمل:

إن التغيرات النفسية تختلف من امرأة لأخرى وتظهر عموما في أن المرأة التي ترغب في الحمل وطالما انتظرت ولادة طفل جديد أكيد أنها ستشعر بالسعادة والفرح لأنها ستثبت أنوثتها وأنها ستعطي الحياة لمخلوق جديد وتكتمل سعادتها إذا تلقت حميما ومساندا لها.

لكن المرأة التي لا ترغب في حملها سوف تظهر عليها علامات القلق والكآبة والحزن والبكاء وهذا راجع ربما لخوفها من الولادة خصوصا إذا قرأت وسمعت بعسر الولادة أو موت الحامل أثناءها، وهناك من يعتقد أن الحمل سيقضي على جمالهن ورشاقتهن كما أن هناك البعض الآخر تخاف من ولادة طفل مشوه أو معوق خصوصا إذا كانت تعاني من مرض ما، وعليه نستخلص أن التغيرات النفسية لدى الحامل تتراوح بين الحزن والكآبة والقلق لدى بعض وبين السعادة والحماس لدى الأخريات، وهذا نظرا وتبعاً للظروف التي تعيشها الحامل وما تخلص من آثار نفسية عليها سواء بالإيجابي أو السلبي. (أمل مخزومي، 2004، ص ص: 57.56)

4. نفسية الأم الحامل:

عند معظم الأزواج نرى أن القلق يكون بصورة كبيرة أثناء الحمل، فهم يتصورون أن هناك خوف من المجهول ومخاوف على صحة الجنين وعلى ولادته بصورة طبيعية، بالإضافة إلى مخاوف أخرى تتعلق بالألم المصاحب لعملية الولادة، ومع تقدم الحمل يكون هناك شعور متزايد من الزوجين تجاه الجنين وحركته، وتكون هذه الحركة هي وسيلة التواصل مع الأم خلال الحمل، وتكون رؤية الجنين مثل صورة التلفزيون لها تأثير أكبر على الزوجين. وقد يحدث عدم تكيف بسبب الشخصية المضطربة لأحد الزوجين، أو عدم التقبل للحمل، أو قلة الدعم أو عدد كبير وغير مألوف من العوامل الضاغطة، ويجب أن يكون التركيز من قبل المعالجين على هذه المخاوف والمشاكل منذ البداية، ومعرفة الدينامية النفسية للحمل وخطوات العلاج قد تساعد الزوجين كثيراً.

المشاكل والاضطرابات النفسية تكون أكثر شيوعاً لدى الأم خلال الحمل والنفاس ويرجع ذلك إلى التزاوج ما بين العوامل البيولوجية والكيميائية لهرمونات الحمل والضغطات النفسية، وتتراوح هذه الاضطرابات ما بين اضطراب خفيف مثل القلق أو اكتئاب ما بعد الولادة إلى اضطراب شديد يصل لحد الاضطرابات الذهانية مثل انفصام الشخصية. (Beischer and others, 1997, p:311)

إن نفسية الأم الحامل وسلوكها مرآة تعكس ما بداخلها من اضطرابات هرمونية لوجود كائن جديد في أحشائها، فالاضطرابات الهضمية كالغثيان القيء والاضطرابات النفسية كتبدل المزاج والشهية، وأحاديث النساء حولها من الأقارب والأباعد، وضجر الزوج أحيانا من العناية المؤقتة التي تصيبها خوفاً على حملها من الإسقاط، وتبدل نفسياتها نحو زوجها، ويضطراب سلوكها، كل ذلك يجعل من الحامل إنسانة رقيقة المشاعر مرهفة الحس، لذا يجب التعامل معها ومعاشرتها بهدوء وصبر خلال فترة حملها، وخاصة إن كانت حاملاً بالولد الأول، وكان الوحم شديداً.

كذلك يجب العناية بحالتها النفسية خلال الشهرين الأخيرين من الحمل لخوفها من الولادة المبكرة أو تعسر الولادة، وخاصة عند سماعها الأحاديث الجانبية التي تعقد حالتها النفسية.

والجدير بالملاحظة انه يجب على أهل الحامل ومن حولها إبعادها عن المناظر والأحاديث التي تضر بأعصابها كمناظر المشوهين والمعتوهين، وأفلام الرعب، والأحاديث عن بعض النساء اللواتي تعرضن لاختلاطات في الحمل كالقيصرية البطنية والمجيبات المعترضة والنزوف وحالات ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل، على الرغم من أن كل هذه الأمور لا تشكل أكثر من 5 % من الحالات إلا أنها ذات تأثير سلبي على نفسية الحامل. (العلبي، 1987، ص:242)

5. الرعاية النفسية للمرأة الحامل:

في الأول نبدأ الرعاية النفسية قبل حدوث الحمل، حيث تتم مقابلة المرأة ويناقش معها موقفها منه وتصوراتها عنه، وظروف حياتها، ثم إمدادها بمعلومات وافية عن الحمل ومتطلباته، وتأثير الأدوية والحالة النفسية على الحمل وتأثير المنبهات من شاي وقهوة، وكذا الكحوليات والتدخين وفوائد الرياضة البدنية والغذاء المتوازن. وبمجرد حدوث الحمل يبدأ تقييم المرأة الحامل من حيث موقفها منه وكل ذلك حدث بترتيب معين أم كان مفاجئاً لها، وهل هي متقبلة أم رافضة لحملها، وما تأثير ذلك على الجنين، وما هو موقف الزوج منه، وما هو تأثير ذلك الحمل على اقتصاديات الأسرة وعلى علاقتها الاجتماعية، وما هي متطلباته، وكيف توازن المرأة الحامل بين احتياجات الحمل واحتياجات الزوج، ومسؤوليات العمل، ويوضح لها تأثير القلق على صحة الجنين، وأن القلق الزائد يمكنه أن يسبب إجهاضاً متكرراً دون سبب واضح أو قد يسبب ولادة قبل الأوان أو عسر الولادة أو مضاعفات أخرى في الحمل والولادة، فتقييم الحالة النفسية للحامل يعطي فرصة لمتابعتها بعد الولادة حتى لا تتفاجأ بإضطرابات نفسية شديدة بعد الولادة، ربما تهدد سلامة الأم والطفل. (المهدي، 2004، ص:75)

II. العملية القيصرية "césarien opération"

1. تعريف العملية القيصرية:

عرفت العملية القيصرية بأنها العملية التي يستخرج بها الجنين الذي تجاوز سن حمله 28 اسبوعاً، عبر شق في جدار البطن وجدار الرحم. (مرهف عيسى، 1991، ص:03)

وتعرف أيضاً بأنها عملية إستخراج الجنين من جوف الرحم في حالات تمزق الرحم والحمل البطني، كما تعرف الحامل مع سوابق القيصرية بأنها الحامل التي انتهت أحد حملها السابقة على الأقل عن طريق البطن، ويستثنى

من هذا التعريف اللواتي أجريت لهن أعمالاً جراحية على الرحم غير الحامل مثل: إستئصال الزوائد والألياف الرحمية. (Hofmeyr,2009,p:201)

2. أصل التسمية: هناك تفسيران:

التفسير الأول: أن يوليوس قيصر ولد بهذه الطريقة وهو أمر غير صحيح، إذ أن أمه كانت على قيد الحياة عندما قام هذا الإمبراطور بغزواته الشهيرة، وهذا ضرب من المستحيل إذ لم تكن تتجو أية امرأة ولدت بهذه العملية قبل نهاية القرن الثامن عشر.

التفسير الثاني: وهو قانون ملكي صدر عن أباطرة روما في العام 715 ق.م منع فيه دفن أية امرأة حامل أو ماخض تموت إلا بعد أن يخرج جنينها من بطنها ليدفن كل علا حداً، وسمي هذا القانون بالقانون القيصري نسبة لقيصرة روما ومنه إشتق الإسم علا الأغلب. (مرهف عيسى، 1991، ص:04)

3. تاريخ العملية القيصرية: القيصرية معروفة لدى أقدم الشعوب وكانت تجرى فقط بعد موت الأم لإنقاذ الجنين حيث ذكرت في تاريخ الرومان في القرن الثامن بعد الميلاد كما ذكرها البيروني وقام العرب بإجرائها. إن أول قيصرية مسجلة لسيدة على قيد الحياة كانت بعد 1500م بسويتزلاند ولكن هذه السيدة توفيت بعد 25 يوم من الجراحة مثلها مثل كل القيصرات التي تلتها إذ أن الشق الرحمي كان يترك دون خياطة بينما يخاط جدار البطن فقط، فضلاً عن العقبات الكبرى (النزف والإنتان) تجعل من حياة الأم أمراً شبه مستحيل. وبعدها كثر الحديث عن القيصرات خلال القرن السابع عشر من طرف العلماء ومع إكتشاف البنسلين عام 1928م من قبل الكسندر قلت نسبة الإنتانات والوفيات ومع مر الزمان حدثت زيادة في نسبة القيصرات إذ بلغت حوالي 40% سنة 2000م. (Rahbari,2009,p:9)

4. أشكال العملية القيصرية:

4.1 القيصرية السفلية: يعتبر هذا الشكل للقيصرية من أهم وأحدث أشكال العملية القيصرية وتتم بإجراء شق مستعرض فوق القطعة السفلية للرحم، وتعود أصول هذا النمط من القيصرية إلى الجراح "Osiander" الذي قام بتوليد الجنين عن طريق إجراء شق على القطعة السفلية، وعلى الرغم من أن العمليتين انتهتا بوفاة الأم إلا أن "Osiander" بين أن الشق على القطعة السفلية يخفف من خطر النزف والإنتان، وكان ذلك عام 1850. وفي عام 1881 قام الجراح "Kehrer" بإجراء أول شق عرضاني على القطعة السفلية وهذا الإجراء أهمل ورفض بشدة في الفترة التي عاش فيها.

وفي عام 1912 أشار "kronig" إلى أن النتائج الجيدة التي تم الحصول عليها بإجراء القيصرية خارج الصفاق تعود إلى أن الشق المجرى على الرحم هو على القطعة السفلية وليس بسبب وصولنا للرحم عن طريق خارج صفاقي ونصح وقتها بإجراء شق عمودي على القطعة السفلية بعد تسليخ المثانة، وهذا الشق له ميزة إمكانية توسيعه ليصل إلى جسم الرحم عندما يتطلب الأمر شق رحمي واسع، وبشكل عام لا يفضل اللجوء إليه لأنه قد يمتد للأسفل ويصيب العنق، المهبل أو المثانة. (رحاب حبيب، 2016، ص: 05)

أما امتداده إلى جسم الرحم فهذا يعني صعوبة إغلاق البريتوان الرحمي وبالتالي فقدان الكثير من مزايا القيصرية السفلية.

وكانت القيصرية الشائعة في سوريا حتى عام 1930 هي القيصرية العلوية ثم أدخلت القيصرية السفلية وأصبحت هي الشائعة.

كانت نسبة إجراء القيصرية الجسمية بين أعوام 1937 . 1944 مماثلة لنسبة إجراء القيصرية السفلية، وفي عام 1963 أصبحت نسبة القيصرية السفلية 69% وحاليا "النسبة العالمية للقيصرية السفلية 98.7%".
مزايا هذا النمط من القيصرية:

1. الندبة قوية ويشفى الجرح بسرعة لتوضعه في منطقة لا تتعرض للتمصات الرحمية بعد الولادة.
 2. سهل الترميم والإصلاح.
 3. أقل ضياعا للدم لأن المشيمة غالباً ما تكون بعيدة عنه.
 4. الالتصاقات بين الأمعاء والرحم تكون نادرة.
 5. مخاطر حدوث التهاب الصفاق العام أقل لأن توضع المثانة وحواف الصفاق فوق الجوف الرحمي يمنع انتقال المفرزات القيحية من الرحم عند حدوث إنتان فيه إلى التجويف الصفاقي وتجدر الإشارة إلى أن القيصرية السفلية تتطلب وقتاً أطول لإنجازها وخاصة في القيصرية قبل بدء المخاض حيث لم يكتمل تشكل القطعة السفلية بعد مما يزيد من صعوبة هذا النمط من القيصرية.
- 4 . 2 القيصرية الجسمية: كان هذا الشكل من القيصرية شائعاً في أوائل هذا القرن ثم ظهرت الأشكال الأخرى في محاولة لتقليل التهاب الصفاق العام الذي كان سبباً هاماً لوفيات الأمهات من القيصرية قبل اكتشاف الصادات الحيوية.

يجرى في هذا النمط من القيصرية شق طولاني على الوجه الأمامي للرحم وعلى الخط المتوسط، وفي أيامنا هذه قليلاً ما يلجأ إليها، وأهم استطبباتها:

1. وجود الجنين بوضعية معترضة.

2. إذا كان من الصعب المداخلة على القطعة السفلية كما هو الحال في التصاق المثانة بسبب عمل جراحي سابق.

3. في بعض حالات المشيمة المنزاحة المركزية والمتوضعة خاصة على الوجه الأمامي.

أما مساوئها فهي:

- إمكانية تمزق الرحم العفوي سواء أثناء الحمل أو المخاض في الحمل التالية لهذه العملية، لأن ندبتها ضعيفة وناقصة الالتئام وذلك بسبب تباعد حواف الجرح وعدم التئامه نظرا لتعرضه للشد والارتخاء نتيجة التقلصات الرحمية النشيطة في عواقب الولادة وإذا ارتكزت المشيمة على هذه الندبة يؤدي لزيادة ضعفها، كما تكون حواف الجرح هشة وشديدة التوعية بسبب هذا الارتكاز مما يتسبب في تشكل أورام دموية تعيق الاندماج الجيد.
 - الالتصاقات بعد العمل الجراحي واحتمال انسداد الأمعاء وارد.
 - مخاطر النزف أكثر مما هي عليه في القيصرية السفلية.
 - مخاطر التهاب الصفاق العام وخاصة عند وجود إنتان رحمي.
- ومن مزايا هذا الشكل أنه أسهل أنواع القيصريات من ناحية تقنية العمل الجراحي لذا يمكن إجراؤه في الحالات التي تتطلب السرعة سواء بالنسبة للأم أو الجنين.

4. 3 القيصرية الباترة: يتم هذا النمط من القيصرية باستئصال الرحم بعد توليد الجنين سواء بشق طولاني أو

عرضاني وقد أنجزها لأول مرة الجراح الأمريكي "porro" عام 1976 في محاولة لتخفيض نسبة الوفيات العالية بعد القيصرية بسبب الإنتان، وحاليا في الدراسات الحديثة أصبحت النسبة العالمية 0.04% واستطاباتها مقتصرة على النزف الرحمي الذي لا يمكن السيطرة عليه وسرطان عنق الرحم.

4. 4 القيصرية خارج الصفاق: اقترحها "Frank" عام 1907 في محاولة للوقاية من التهاب الصفاق العام

وتتلخص بالخطوات التالية:

1. إجراء شق طولاني لجدار البطن أيسر الخط المتوسط ويمتد من تحت السرة حتى الحافة العلوية للعانة.
2. شق صفاق العظمة البطنية المعترضة فوق القسم الجانبي الأيسر للمثانة ثم توسيع هذا الشق بأصابع اليد ويدعى هذا الصفاق بالصفاق المغطى للمثانة.
3. شق الصفاق الحوضي الداخلي المتوضع خلف المثانة ويسلخ على القطعة السفلية للرحم.
4. تفرغ المثانة وتبعد للأيمن بواسطة مبعد خاص.

5. إجراء شق طولاني على القطعة السفلية ثم توليد الجنين بواسطة الملقط أو بجر القدم وتخلص المشيمة ثم تخاط العضلة الرحمية على طبقتين ثم يعاد إملء المثانة ثانيةً لتعود وتتوضع بمكانها الطبيعي.

6. خياطة طبقات البطن كالمعتاد.

7. وحالياً أصبح هذا النمط من القيصرية نادراً جداً. (رحاب حبيب، 2016، ص: 07)

هناك أنواع أخرى للعمليات القيصرية تبعاً لضرورة سرعة التدخل:

4. 5 قيصرية إسعافية: وذلك عند وجود أمر ما يهدد حياة الأم والجنين.

4. 6 قيصرية إنتخابية: مثل وجود سوابق قيصريتين أو أكثر، أو سوابق قيصرية علوية وتجري عند بلوغ الأسبوع الحلمي الثامن والثلاثين. (Holmgren, 1999, p:615)

5. أسباب إجراء العملية القيصرية:

يتم اللجوء إلى إجراء العملية القيصرية حينما تكون الولادة الطبيعية متعذرة حيث تحمل مخاطرة للأم أو الطفل، لكن ليست كل الحالات التالية تتطلب إجراء العملية القيصرية بشكل إجباري بل يظل قرار إجرائها في العديد من الحالات بيد الطبيب.

من أهم الدوافع والأوضاع الموجبة لإجراء العملية القيصرية هي:

1. مضاعفات المخاض والعوامل التي تعيق الولادة الطبيعية عبر المهبل مثل:

- طول مدة المخاض.
- تمزق جدار الرحم أو زيادة في ضغط دم لدى الأم أو الطفل بعد تمزق الغشاء السلوي أو زيادة في معدل ضربات القلب لدى الأم أو الطفل.
- مشاكل في المشيمة مثل (المشيمة المنزاحة، أو المشيمة الملتصقة).
- عدم فعالية طلق الولادة بعد مرور عدة ساعات على بدئها.
- مجيء الجنين بالعرض وتعذر الولادة بشكل طبيعي.
- تعسر الولادة بسبب كبر حجم الجنين وزيادة وزنه (أكثر من 4 كغ) وضيق حوض الأم.
- مشاكل في الحبل السري كالأوعية المتقدمة، والمشيمة المتعددة الفصوص والتي تتضمن المشيمة ذات الفصين والمشيمة ذات الفص الإضافي والمغرز الغلافي.
- تدلي الحبل السري.
- فشل الولادة بالأدوات (باستخدام الملقط أو المحجم) تتحول الحالة إلى العملية القيصرية.

2. مضاعفات أخرى للحمل أو أمراض تعاني منها الأم مثل:

- حدوث مقدمات الارتعاج للمرأة الحامل.
- تعدد المواليد (حمل السيدة لأكثر من جنين داخل الرحم).
- إصابة الأم بالإيدز.
- إصابة الأم بأحد الأمراض الجنسية كالهريس والتي قد تنتقل إلى الجنين خلال الولادة الطبيعية عبر المهبل.
- تمزق سابق لجدار الرحم.
- عملية قيصرية كلاسيكية سابقة (طولية).
- مشاكل سابقة في العجان بسبب ولادة سابقة أو مرض كرونز.
- تمزق سابق لجدار الرحم.
- رحم ذو قرنين.
- حالات نادرة من الولادة بعد موت الأم.

3. دواعي أخرى مثل:

- عدم وجود مهارة التوليد حيث أن أخصائي التوليد ليسوا بمهارة لتأدية الولادات المقعدية أو بسبب تعدد الولادات... الخ (في معظم الحالات تستطيع النسوة أن يلدن مهلبياً تحت هذه الظروف، إلا أن الجراحة القيصرية المخطط لها تحمل مخاطر أقل لموت الطفل لولادات المقعد مقارنة بالولادة المهبلية)
- الاستخدام الغير الجيد للتكنولوجيا (التتبع الكهربائي الجنيني).
- أطباء التوليد ليسوا دوماً مدربين للعمليات الجيدة لمثل أنواع هذه الولادات مما يزيد من خطورة هذه الولادات.
- حدوث نزف دموي صاعق يهدد حياة المرأة خلال الولادة بسبب تمزق المشيمة أو أطراف المشيمة.
- تسمم الحمل، ارتفاع ضغط الدم إلى درجات عالية تشكل خطراً على صحة الأم الحامل.
- تخطي عمر الجنين أربعين أسبوعاً وعدم بدء الولادة.
- عندما يهدد حياة الجنين خطر مما يستدعي ولادته قبل أن يموت في بطن أمه الحامل.
- كسل الرحم وتوقف الطلق.
- تعب المرأة وتوقفها عن الاشتراك الفعال في عملية الولادة.
- إذا كانت المرأة بكرية وتعدت سن الخامسة والثلاثين.
- في حال كانت المرأة قد تعرضت لعمليات قيصرية من قبل.

• السكري

• القيصرية التي تجرى بشكل إسعافي على أم تلفظ أنفاسها الأخيرة لإنقاذ جنينها أو قيصرية بعد الوفاة والجنين لازال حياً. (Anderson,2008,p:11.12)

6. خطوات إجراء العملية القيصرية:

أثناء العملية القيصرية يجب أن يكون جراح طبيب النساء والتوليد ومساعداه أخصائي التخدير وممرضتان أو قابلتان.

☞ يقوم أخصائي التخدير بتخدير الأم عن طريق إبرة توضع لها أسفل الظهر.

☞ يتم عمل فتحة في الجزء السفلي من البطن بحوالي 20 سم تقريبا.

☞ عند الوصول إلى الرحم يتم عمل فتحة أخرى في جدار الرحم.

☞ إخراج الطفل.

☞ إخراج المشيمة.

☞ يقوم الجراح بإقفال الفتحات وخطاؤها.

☞ يوضع للأم ميل في المثانة ومصل في أحد أوردة اليد. (صباحي عمران، ص:309)

7. ردود أفعال المرأة عند إعلان القيام بالعملية القيصرية:

بعد التشخيص الطبي وإجراء الفحوصات وصورة الأشعة للحامل تؤكد بأن ولادتها لا تتم بصورة طبيعية نظراً لوجود أسباب تمنع ذلك، وهذه الحالة تدفع الطبيب المولد للجوء إلى القيام بالعملية القيصرية حسب الحالات نظراً لتعسر الولادة.

وعند الإعلان النهائي لتشخيص، يعلن الطبيب المولد المرأة المقبلة على هذا الوضع، مما يجعلها تعيش حالة من التوتر والقلق على حالتها الصحية بالإضافة إلى أفكارها المسبقة على العملية القيصرية أو جهلها بذلك، وهذا ما يزيد من تفاقم توترها مما يجعل تفكيرها و نفسيتها مضطربة، ويمكن أن تعبر عن ذلك بثلاثة مراحل هي:

أ. مرحلة عدم التصديق: إن نبأ القيام بالعملية القيصرية، يؤدي إلى تفجير نرجسيتها نتيجة شعورها بعدم قدرتها على الولادة الطبيعية على خلاف النساء الأخريات خاصة إذا كانت ولادتها الأولى، نظراً لتفكير المجتمع الجزائري بذلك، هذا يسبب لها عدم تصديقها، كما هناك عدة ولادات عسيرة انتهت في آخر المطاف بولادة عادية دون تدخل أي عامل مما يجعلها تعتقد بإمكانها أن تلد بطريقة تلقائية لولا إهمال الأطباء.

ب . مرحلة الهستيريا: تظهر الهستيريا كواحد من أقوى الآليات الدفاعية النفسية و يعتبرها السيكوسوماتيون من علائم الحياة والأكثر استعمال للمرأة المقبلة على هذا الوضع هي البكاء نظراً لخوفها على صحتها وصحة طفلها.
ج . المرحلة الواقعية: في هذه المرحلة تقنع المرأة بأن حلها الوحيد لإنقاذ حياتها وحياة جنينها إلا بفضل هذا النوع من الولادات.

بعض النساء تتميز ردود أفعالهم بالهدوء والتريث نظراً لخصائصهم النفسية ووضعتهم الاجتماعية والمعرفة أو الأفكار المأخوذة من التجارب والمحيط الخارجي. (خطاب غنام، 2003، ص: 29)

8 . القلق عند المرأة التي تلد بالعملية القيصرية:

القلق هو نواة الاضطرابات النفسية التي تظهر عند المرأة المقبلة على هذا النوع من الولادات، خاصة ما يقال عنها وعن خطورتها وأما المرأة التي سبق لها الولادة بهذه الطريقة تكون قلقة عن الآلام الشديدة المصاحبة للعملية والآثار التي يخلقها في جسدها ونظراً لما تسببه العملية من الصعوبة في الجلوس والإرضاع بإضافة إلى اضطرابها للبقاء في المستشفى لمدة طويلة عن الولادة العادية وذلك بسبب حالتها الصحية وابتعادها عن ابنها حديث الولادة وهذا كله يؤثر سلباً عليها، وعند عدم توفر الدعم النفسي يمكن أن تتطور حالتها إلى ظهور أمراض سيكوسوماتية. (خطاب غنام ، 2003، ص: 24)

9 . مخاطر العملية القيصرية:

بما أن العملية القيصرية اختصاص معقد وصعب ومرتبطة بحياة إنسان فلا شك أنها لا تخلو من مخاطر جمة ومن بين هذه المخاطر ما يلي:

- مشاكل في التخدير مثل الدخول في غيبوبة أو حساسية المريض من المواد المخدرة وعدم تحمله لها.
- مشاكل في التنفس.
- حدوث نزيف أثناء أو بعد العملية وقد يحتاج إلى نقل الدم.
- حدوث تلوث أو التهابات على مستوى الجرح.
- توقف مؤقت مفاجئ لنشاط الأمعاء.
- حدوث جلطة دماغية أو قلبية أو وريدية.
- ارتفاع في ضغط الدم بسبب المواد المخدرة. (عبد الرحمان النقيب، 1984، ص: 178)
- إنتان باطن الرحم والنسيج الخلوي الحوضي (ماحول الرحم).
- إلتهاب الأوردة الحوضية الألتاني.

- إنتان الدم.
 - إنتان الجرح.
 - الإنتان البولي التناسلي.
 - إنتانات أخرى مثل إتهاب الثدي النفاسي.
- (رضوان سعيد، 1993، ص:17)

خلاصة الفصل

ما يمكن استخلاصه هو أنه بالرغم من أن الحمل يحتل مصدر سعادة الأم إلا أنه قد يصبح مصدر قلق وخوف، فالحامل المبرمجة للعملية القيصرية ينتابها مجموعة من الصراعات كقلق الموت والوسواس والخوف على سلامتها وسلامة طفلها أو فقدانها للحياة، وتختلف درجة وشدة ذلك من حامل لأخرى، فبعض الحوامل لا يتأثرن بمثل هذه التجارب ويتجاوزن الألم النفسي والجسدي الذي تسببه مثل هذه الولادات العسيرة، في حين أن هناك بعض الحوامل تترك فيهن مثل هذه التجارب والخبرات آثار سلبية تخل بتوازنهن النفسي وحياتهن الاجتماعية بصفة عامة.

الباب الثاني: الجانب التطبيقي

الفصل الأول: إجراءات الدراسة الميدانية

. تمهيد

في الجانب النظري للدراسة تم عرض إشكالية الدراسة والمفهوم المتعلق بها وهو قلق الموت، ثم يأتي هذا الفصل لنتطرق فيه للإجراءات المنهجية للدراسة والمتضمنة على المنهج المتبع، وعينة الدراسة ومواصفاتها، وعلى اختبار مدى كفاءة أداة القياس عن طريق الدراسة الاستطلاعية، بالإضافة إلى وصف لطريقة وإجراءات التطبيق والتقنيات الإحصائية المستخدمة.

1 . منهج البحث:

إن اختيار المنهج المتبع يخضع لطبيعة المشكلة محل الدراسة فهي التي تفرض على الباحث ذلك، وبما أن موضوع بحثنا يهدف إلى الكشف عن مستوى قلق الموت لدى الحوامل المقبلات على العملية القيصرية، وعن اختلاف هذا الانتشار باختلاف السن وعدد الولادات والمستوى التعليمي، فإننا اتبعنا المنهج الوصفي الذي " يتعلق ببحث ماهو كائن، ولا يحكم على الواقع حكما قيميا كونه جيدا أو رديئا".
(فوقية رضوان، 2008، ص:46)

فالمنهج الوصفي يهتم بالتعرف على معالم الظاهرة أو المشكلة وتحديد أسباب وجودها على صورتها القائمة بالفعل، ويشمل تحليل البيانات وقياسها وتفسيرها، والتوصل إلى وصف دقيق للظاهرة أو المشكلة ونتائجها. (أحمد اللحج ، مصطفى أبو بكر، 2002، ص ص:51-52)

الإحصاء الوصفي (الاستكشافي) " **Descriptive Statistise**": ويعني به جمع المعطيات وتحليلها ووصفها وإظهارها بصيغة مفهومة وذات مدلول والتعامل مع المعطيات الإحصائية من دون تعميم.
(نبيل جمعة، 2007، ص: 18)

ويشمل الطرق الخاصة بتنظيم البيانات وتلخيصها وعرضها في صورة جداول إحصائية أو رسوم بيانية أو أشكال هندسية أو بطرق أخرى. (محمد النعيمي، عبد الرحمن العودة، 2007، ص:15)

2 . مجتمع وعينة البحث:

1.2 . مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة (دراسة استطلاعية، دراسة أساسية) من الحوامل المقبلات على العملية القيصرية بموعد مسبق من طرف الطبيب المختص في أمراض النساء والتوليد بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة الأم والطفل بورقلة، وقد بلغ عددهم (100 حامل) محددة كما يلي:

- 30 امرأة حامل في الدراسة الاستطلاعية.
 - 70 امرأة حامل في الدراسة الأساسية.
- وللمزيد من التوضيح سنعرض الشكل الآتي:



الشكل رقم (01): يوضح حجم العينة الإجمالية للدراسة الحالية

2.2 . العينة " Sample " :

من الصعوبة إجراء دراسة على كل وحدات المجتمع الأصلي لذلك يتم تحديد العينة وهي اختيار عدد من الأفراد من المجتمع الأصلي وتطبق عليهم الدراسة ثم تعمم النتائج على المجتمع " ويشترط في العينة أن تكون ممثلة للمجتمع الأصلي في جميع الخصائص وأن تكون لجميع أفراد المجتمع الأصلي فرص متساوية في الاختيار". (محمد داودي . محمد بوفاتح، 2007، ص:60)

. كيفية اختيار العينة:

تم اختيار العينة بطريقة عمدية أو مقصودة أو غرضية حيث يعتمد الباحث إلى استخدامها في بعض الدراسات دون أن يكون له حرية الاختيار. (محمد النعيمي، عبد الرحمن العودة، 2007، ص:18)

ويتم سحبها بطريقة غير عشوائية وحسب غرض الباحث وتستخدم في الحالات التي يراد منها الحصول على تقديرات تقريبية لتكوين فكرة سريعة عن مشكلة معينة أو لإختبار الاستمارة الإحصائية للتأكد من صلاحيتها. (عزام صبري، 2006، ص:28)

3.2 . خصائص العينة:

* توزيع العينة حسب المصالح الإستشفائية :

الجدول رقم (01): يوضح توزيع العينة حسب المصالح الإستشفائية .

الرقم	01	02	المجموع
المصلحة	حمل عالي الخطورة (GHR)	الاستعجالات	02
عدد الحوامل	43	57	100

* خصائص العينة حسب السن:

الجدول رقم (02): يوضح توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب السن

من حيث السن	التكرار	النسبة
أقل من 35 سنة	32	45.71 %
أكثر من 35 سنة	38	54.28 %
المجموع	70	100 %

من خلال الجدول نلاحظ أن عدد النساء الحوامل الأكثر من 35 سنة يفوق عدد النساء الحوامل الأقل من 35 سنة إذ يقدر عدد النساء الحوامل الأكثر من 35 سنة بـ 38 حامل أي ما نسبته 54.28 %، أما عدد النساء الحوامل الأقل من 35 سنة يقدر بـ 32 حامل أي ما نسبته 45.71 %.

* خصائص العينة حسب عدد الولادات:

الجدول رقم (03): يوضح توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب عدد الولادات

من حيث عدد الولادات	التكرار	النسبة
لم يسبق لها الولادة من قبل	37	52.86 %
سبق لها الولادة من قبل	33	47.14 %
المجموع	70	100 %

نلاحظ من خلال الجدول أن عدد النساء الحوامل اللاتي لم يسبق لهن الولادة من قبل تقدر بـ 37 حامل أي ما نسبته 52.86 %، أما عدد النساء الحوامل اللاتي سبق لهن الولادة من قبل فقدروا بـ 33 حاملاً أي ما نسبته 47.14 %.

* خصائص العينة حسب المستوى التعليمي:

الجدول رقم (04): يوضح توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب المستوى التعليمي

النسبة	التكرار	من حيث المستوى التعليمي
45.71 %	32	أقل من المستوى الثانوي
54.28 %	38	أكثر من المستوى الثانوي
100 %	70	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن عدد النساء الحوامل ذو مستوى الأقل من الثانوي يقدر بـ 32 حامل أي ما نسبته 45.71 %، أما عدد النساء الحوامل ذو مستوى الأكثر من الثانوي فقدروا بـ 38 حاملاً أي ما نسبته 54.28 %.

3 . الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة أثناء البحث العلمي ونقطة البداية فيه لما لها من افتراضات تمهيدية وأهداف تتضح أكثر ميدانياً وبناءً عليه فمن بإجراء دراسة استطلاعية على عينة من النساء المقبلات على الولادة القيصرية الماكثات والزائرات للفحص الدوري بمستشفى الأم والطفل بورقلة خلال الفترة 20 جانفي 2020 الى غاية 16 فيفري 2020.

3.1 أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- قبل البدء في إجراءات الدراسة الأساسية قمنا بدراسة استطلاعية، وهذا من أجل الاطلاع على البيئة المراد إجراء الدراسة فيها ميدانياً والتقرب من العينة والتعرف أكثر على خصائصها البيوسيكولوجية.
- التحقق من مدى ملائمة أداة الدراسة "قلق الموت" لمستوى النساء الحوامل عينة البحث وتحديد مدى فهمهم للفقرات الواردة فيه واكتشاف بعض جوانب النقص والتأكد من خصائصه السيكمترية.
- تطبيق أداة الدراسة على العينة الاستطلاعية ومعرفة الصعوبات التي قد تواجهنا مع هذه الفئة.
- استكشاف المشاكل أو الصعوبات التي يمكن أن تعيق مسارنا أثناء البحث أو التطبيق لعينة الدراسة.

3.1.1.3 عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (30) امرأة حامل مقبلة على العملية القيصرية بموعد مسبق من طرف الطبيب المختص في أمراض النساء والتوليد بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة الأم والطفل بورقلة، وتم اختيار هذه العينة بطريقة قصدية.

4 . الخصائص السيكومترية للمقياس: بناءً على ما تقتضيه أهداف الدراسة تم الاعتماد على أداة لجمع المعلومات والبيانات وتتمثل هذه الأداة في مقياس قلق الموت للبروفيسور بشير معمريّة.

4 . 1 وصف أداة قلق الموت:

مقياس قلق الموت لبشير معمريّة:

يتكون الاختبار في نسخته النهائية من 34 بنداً، تمت صياغتها بأسلوب التقرير الذاتي، ويجب عنها ضمن أربعة بدائل أساسية هي: لا، نادراً، أحياناً، غالباً، ولإعداده مر بالخطوات التالية:
الخطوة الأولى: قام مصمم الاختبار بالاطلاع على عدد من الدراسات، والاستبيانات في المراجع التي تناولت قلق الموت، وبعدها قام بإعداد 53 بنداً، لقياس قلق الموت.

الخطوة الثانية: قام مصمم الاختبار بعرض البنود على 157 طالباً وطالبة، من قسم علم النفس بجامعة باتنة، من أجل التعرف على مدى وضوح التعليمات، والبنود من الناحية اللغوية، فقام وفقاً لذلك بأخذ ملاحظات الطلبة، التي زودته بتغذية راجعة مفيدة، فقام بالتعديل في التعليمات، وفي بعض البنود التي أبدوا عدم فهمهم لمضمونها، وإدماج بعض البنود، فأسفرت العملية عن ذهاب 04 بنود فصار الاختبار يتكون من 49 بنداً.
الخطوة الثالثة: قام بعرض بنود الاختبار على عدد من الأساتذة والباحثين، في علم النفس بالجامعات الجزائرية، وناقش معهم البنود ومضامينها وصياغتها، ومدى قدرتها على قياس قلق الموت، وطريقة الإجابة عنها، فأسفرت هذه العملية عن إعادة صياغة بعض البنود، وحذف 9 بنود منها، إما لأنها لا تقيس قلق الموت، أو لأنها مكررة، فأصبح الاختبار يتكون من 40 بنداً.

وللتحقق أكثر من صلاحية الاختبار تم التأكد من الخصائص السيكومترية له من خلال التطرق إلى صدق وثباته (ما سنتطرق له لاحقاً) والذي أسفر عنه عدم دلالة بعض البنود والبالغ عددها 6 وبالتالي حذفها ونتج عن كل هذه الخطوات المقياس في صورته النهائية بعدد بنود تقدر بـ 34 بنداً.

تصحيح المقياس:

يمنح المفحوص عند التصحيح درجة الصفر (0) إذا كانت الإجابة ب (لا) ودرجة (1) إذا أجاب المفحوص ب (نادراً)، ودرجة (2) إذا كانت الإجابة ب (أحياناً)، ودرجة (3) عند الإجابة ب (غالباً)، تتراوح الدرجة النهائية التي يحصل عليها الفرد في الاختبار من 0 إلى 102، إذ يشير ارتفاع الدرجة إلى ارتفاع مشاعر قلق الموت وانخفاض الدرجة إلى انخفاض مستوى قلق الموت. (معمريّة، 2007، ص: 220 . 224)

مفتاح التصحيح: لضبط درجات قلق الموت لتحديد مستواه بدقة كالآتي:

- إذا كان مجموع درجات قلق الموت يتراوح بين (0 - 34) ، فهذا يدل على انخفاض مستواه.
 - إذا كان مجموع درجات قلق الموت يتراوح بين (35 - 68) ، فهذا يشير إلى مستوى متوسط.
 - إذا كان مجموع درجات قلق الموت يتراوح بين (69 - 102) ، فهذا يشير إلى مستوى مرتفع.
- (بشير معمرية، 2007، ص:222)

وللتحقق من صلاحية وجودة المقياس المستخدم في الدراسة الحالية تم قياس صدقه وثباته على النحو التالي:
أولاً . الصدق:

يعتبر الصدق أحد أهم الشروط الواجب توفرها في أداة الدراسة للاطمئنان على صلاحيتها ويقصد به:
"أن تقيس الأداة ما وضعت لقياسه ، وتختلف الاختبارات في مستويات صدقها تبعاً لاقترابها أو إبتعادها عن تقدير تلك الصفة التي تهدف لقياسها". (فؤاد السيد، 2006، ص:40)

ويتحدد صدق الأداة في ثلاثة مفاهيم أساسية وهي:

1. أن تكون الأداة قادرة على قياس ما وضعت لقياسه.
 2. أن تكون الأداة قادرة على قياس ما وضعت لقياسه فقط.
 3. أن تكون الأداة قادرة على التمييز بين طرفي الخاصية التي تقيسها. (معمرية، 2007، ص:130)
- وللتأكد من صدق المقياس المستعمل في الدراسة الحالية تم حساب صدقه بطريقة الاتساق الداخلي، وطريقة المقارنة الطرفية، وفيما يلي سنتطرق لهاتين الطريقتين.

أ . حساب الصدق بطريقة الاتساق الداخلي:

وتعتمد على حساب معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للاختبار، وإذا كانت معاملات الارتباط دالة إحصائياً فهذا يشير إلى أن بنود الاختبار متماسكة ومترابطة ومتسقة فيما بينها وبالتالي فكلها تقيس متغيراً واحداً. (المرجع السابق، 2007، ص: 138)

تم التأكد من صدق المقياس بهذه الطريقة بحساب معامل الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للأداة والنتائج موضحة في الجدول رقم (05).

الجدول رقم (05) يوضح نتائج حساب الصدق بطريقة الاتساق الداخلي:

الرقم	العبارة	قيمة "ر"
01	أقلق من الموت	0.710**
02	أقلق حين يتحدث الناس عن الموت	0.396*

0.403*	يفزعني أنه مهما طال عمري أني سوف أموت	03
0.516**	أشعر بالقلق عند موت أحد أقاربي	04
0.012-	يقلقني أن أموت في حادث	05
0.536**	يقلقني ما ينتظرنني بعد الموت	06
0.602**	يقلقني أن أموت فجأة	07
0.334-	أخشى أن أموت بطريقة مأساوية	08
0.370*	يقلقني أن أموت عندما يحين أجلي	09
0.651**	أخاف أن تجرى لي عملية جراحية فأموت بسببها	10
0.406*	يقلقني أن أموت في كارثة طبيعية (زلازل، فيضان)	11
0.492**	أتجنب زيارة مريض بمرض خطير	12
0.378*	يفزعني أن يقتلني شخص ما	13
0.211-	أصاب بالقلق عندما أجد نفسي أمام شخص يحتضر	14
0.458*	أخشى أن أموت مقتولا	15
0.381*	أتجنب القيام بالأعمال الصعبة تجنباً لخطر الموت	16
0.531**	أخاف أن أموت بسكتة قلبية	17
0.493**	عندما أصاب بمرض أخشى أن أموت بسببه	18
0.459*	أشعر بالقلق عندما أتذكر الموت	19
0.483**	أتجنب السفر خوفاً من الموت في حادث	20
0.570**	أشعر بالقلق عند موت أحد جيراني	21
0.401*	أخاف أن أموت بمرض خطير كالسيديا	22
0.022-	أخشى أن تقوم حرب مدمرة فأموت فيها	23
0.478**	أقلق من سماعي خبر موت شخص	24
0.592**	يفزعني أن تنتقل لي عدوى مرض قاتل	25
0.376*	أتجنب التواجد وحدي في غرفة مات فيها شخص	26
0.412*	أخشى أن أموت أثناء النوم	27

0.598**	يقلقني أنني سأموت في أي وقت	28
0.574**	أخشى أن أموت بسكتة قلبية	29
0.601**	يفزعني أن أموت حرقاً بالنار	30
0.667**	أتجنب زيارة القبور	31
0.719**	أصاب بالرعب عندما أشاهد شخصا ميتا	32
0.597**	أقلق عندما أشاهد صور الموتى في صفحات الجرائد	33
0.649**	أخشى أن أموت بتسمم غذائي	34

"ر" : معامل ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية للأداة / **P<0.01 / *P<0.05

من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (05) نجد أن معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للمقياس، تراوحت بين (0.370 - 0.719) وكلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة بين 0.05 و 0.01 مما يدل على أن المقياس يتمتع باتساق داخلي وعليه يمكن الاطمئنان على صدق المقياس، ماعدا البنود رقم 05 و 08 و 14 و 23 تم حذفهم لأنهم غير دالين عند مستوى الدلالة 0,01.

ب . حساب الصدق بطريقة المقارنة الطرفية:

تسمح لنا هذه الطريقة من التحقق من مدى قدرة الأداة على التمييز بين طرفي الخاصية التي تقيسها.

(بشير معمريه، 2007، ص:158)

حيث تقوم هذه الطريقة على حساب الفروق بين متوسطي درجات الثلث الأعلى والمحدد في الدراسة بنسبة (33%) ودرجات الثلث الأدنى والمحدد كذلك بنسبة (33%)، وبتطبيق اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين (العليا والدنيا) بالنسبة لكل فقرة من الفقرات (34) المكونة لمقياس قلق الموت، تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول رقم (06):

جدول رقم (06) يوضح نتائج حساب الصدق بطريقة المقارنة الطرفية

البيانات الإحصائية	ن	م	ع	ت المحسوبة	مستوى الدلالة
33 % القيم العليا	10	44.3	11.12	8.81	دالة عند 0,01
33 % القيم الدنيا	10	81.8	7.56		

من خلال الجدول رقم (06) يتضح أن قيمة ت المحسوبة والمقدرة بـ (8,06) دالة عند مستوى دلالة 0,01.

ج . حساب الصدق بطريقة الصدق الذاتي:

الصدق الذاتي هو أحد أنواع الصدق الإحصائي حيث يساوي الجذر التربيعي لمعامل الثبات.

$$\text{الصدق الذاتي} = \sqrt{\text{ثبات الاختبار}}$$

(بشير معمريّة، 2007، ص: 164)

$$0,92 = \sqrt{0,86} = \text{الصدق الذاتي}$$

ونلاحظ أن القيمة المتحصل عليها مرتفعة إذن فهو صادق.

وعليه فإن فقرات المقياس والمقياس ككل قادر على التمييز بين استجابات الحوامل الذين لديهم مستوى قلق الموت مرتفع، ونظائرهم ممن لديهم مستوى قلق الموت منخفض.

ومن خلال النتائج السابقة يمكن الاطمئنان على صدق المقياس في قياسه للخاصية التي صُمم من أجلها.

ثانياً . الثبات:

" يقصد بهذا المفهوم مدى دقة أو اتساق أو استقرار نتائج الاختبار فيما لو طبق على عينة من الأفراد في مناسبتين مختلفتين". (مقدم عبد الحفيظ، 2003، ص: 152)

وللتأكد من ثبات المقياس اعتمدنا على حساب معامل الثبات (ألفا كرومباخ)، وطريقة التجزئة النصفية.

أ . حساب الثبات باستخدام معامل (ألفا كرومباخ):

يعد معامل ألفا كرومباخ أحد أهم مقاييس الاتساق الداخلي الذي تعتمد فكرته على مدى ارتباط الوحدات أو البنود مع بعضها البعض داخل الاختبار وكذلك ارتباط كل وحدة أو بند مع الاختبار ككل، وكلما كانت البنود متجانسة فيما تقيس كان الاتساق عاليا فيما بينها والعكس صحيح. (سعد عبد الرحمان، 2003، ص: 174)

والجدول رقم (07) يوضح حساب الثبات باستخدام معامل ألفا كرومباخ:

الجدول رقم (07) يوضح نتائج حساب الثبات باستخدام معامل ألفا كرومباخ

المؤشرات	معامل ألفا كرومباخ	مستوى الدلالة
الأداة	0.93	دالة عند 0,01
أداة قلق الموت		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (07) أن نتيجة حساب الثبات باستخدام معامل "ألفا كرومباخ" كانت (0.93) وهي دالة على ثبات الأداة، وهذا يطمئن على ثبات نتائج المقياس إذا ما أعيد استخدامه في الدراسة الأساسية. ب . حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

تم تقسيم مقياس قلق الموت إلى نصفين متساويين أحدهما للفقرات الفردية وآخر للفقرات الزوجية، ثم تم حساب معامل الارتباط بين الفقرات الزوجية والفقرات الفردية باستخدام معامل الارتباط "بيرسون Person" والذي يمثل معامل الثبات لنصف المقياس، تم حساب معامل الارتباط بينهما وتعديله باستخدام "سبيرمان - براون Spearman-Brown"، والنتائج موضحة في الجدول رقم (08):

الجدول رقم (08) يوضح نتائج حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

المؤشرات الأداة	قبل التعديل	بعد التعديل	مستوى الدلالة
أداة قلق الموت	0.75	0.86	دال عند 0,01

نلاحظ من خلال الجدول رقم (08) أن نتيجة حساب معامل الثبات بتطبيق التجزئة النصفية كانت (0.75)، وبعد تصحيحها باستخدام معادلة (سبيرمان - براون) بلغت قيمة معامل الثبات الإجمالي للمقياس (0.86) وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا يطمئن مرة ثانية على ثبات نتائج المقياس إذا ما أعيد استخدامه في الدراسة الأساسية.

يظهر من خلال النتائج المحصل عليها في حساب معامل الثبات بتطبيق معامل "ألفا كرومباخ" والتجزئة النصفية أنها كلها تطمئن على استقرار درجات مقياس قلق الموت، ومنه تنبئ على صدقه نظرياً.

5. إجراءات تطبيق الدراسة الميدانية الأساسية:

أجريت الدراسة الأساسية في الفترة الممتدة ما بين 18 مارس إلى 15 أبريل من السنة الجامعية 2020/2019 حيث تم تطبيق أداة البحث وهي مقياس قلق الموت للبروفيسور بشير معمريه (انظر الملحق 01) على عينة تم اختيارها بطريقة قصدية من النساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية بموعد مسبق من طرف الطبيب المختص في أمراض النساء والتوليد بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة الأم والطفل بورقلة. أجري التطبيق بشكل فردي في غرف المستشفى أثناء فترة مكوث الحوامل في مصلحة حمل عالي الخطورة، وفي مصلحة الاستجالات أثناء الزيارة الدورية للفحص عند الطبيبة وهذا في مكتب الأخصائية النفسانية بعدما

تم ترتيب كل إجراءات بدءاً بالحصول على الموافقة بالتطبيق من طرف مدير المستشفى ورؤساء المصالح الاستشفائية والأطباء، بموافقة النساء الحوامل وتحفيزهم للمشاركة قبل أن توزع عليهم أداة الدراسة. كما تم الحرص على إتباع مجموعة من التوجيهات والتعليمات للمستجوبين من أجل التحكم في سير تطبيق الدراسة الميدانية، ومن هذه الإجراءات:

- تقديم الطالبتان لنفسيهما والغرض العلمي للبحث.
 - تقديم الأداة والتعريف بها والغرض منها.
 - شرح طريقة الإجابة على الأداة والتأكد من فهم النساء الحوامل لها.
 - التأكد من أنهم لم ينسوا فقرة لم يجيبوا عنها قبل تسليم أداة الدراسة.
 - التأكد من تسجيل جميع البيانات: الخاصة بالسن وعدد الولادات، والمستوى التعليمي.
 - شكر النساء الحوامل على مشاركتهن الفعالة في إعداد الدراسة والدعاء لهم بولادة سهلة وبالشفاء.
- وقد كان الهدف من هذه الطريقة في التطبيق هو:
- توفير الجو الملائم للمرأة الحامل لتكون إجابتها أكثر صدقا.
 - التحكم الجيد في توضيح تعليمات أداة الدراسة.
 - التأكد من الإجابة على جميع الفقرات.

وقد بلغ متوسط الإجابة على كل مقياس 05 دقائق، وقد لوحظ تجاوب كبير وحماسة عالية عند النساء الحوامل للإجابة، بالإضافة إلى الاهتمام الكبير الذي أظهرته ظهر في استقدمات واستفسارات مختلفة ومتنوعة حول موضوع البحث بشكل خاص وعلم النفس بشكل عام.

6. الأساليب الإحصائية:

استخدمت الدراسة في معالجة البيانات إحصائياً الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS 19.0)، وذلك في شقي الدراسة الاستطلاعي منها والأساسي، ووفقاً لفرضيات الدراسة فقد استخدمت الأساليب الإحصائية التالية: طريقة التكرار والنسب المئوية، اختبار "ت" لدراسة الفرق بين المتوسطين.

يعتبر البرنامج SPSS من أكثر البرامج استخداماً في التطبيقات الإحصائية وكثيرة الاستخدام في مجال البحث العلمي الذي يحتاجه الباحث والطالب في إيجاد نتائج التحليل الإحصائي للبيانات التي يستخدمها الباحث، وبرنامج SPSS هو مختصر للكلمات التالية: (Statistical Package for Social Sciences) أي البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية وخصص للعلوم الاجتماعية لانتشار تطبيقاته الواسعة في مجالات

الحياة الواسعة. ويخدم هذا البرنامج مستخدميه بالعديد من الخيارات مثل تبويب البيانات بعد إدخالها وعرضها ورسمها بعدة طرق مع استخدام الإحصاء الوصفي لإيجاد أهم المؤشرات مثل مقاييس النزعة المركزية ومقاييس التشتت ، والعلاقات الارتباطية في مجال الإحصاء الاستدلالي أيضاً.

(محمد النعيمي، عبد الرحمن العودة، 2007، ص: 23)

. خلاصة الفصل:

تناول هذا الفصل الإجراءات المنهجية للدراسة من خلال التطرق إلى المنهج الملائم للدراسة، ثم إلى العينة وخصائصها، بعد ذلك تم وصف أداة جمع البيانات وهي مقياس قلق الموت للبروفيسور بشير معمريه (2007)، ثم بعد ذلك تم التأكد من خصائصه السيكمترية من خلال حساب معاملات الصدق والثبات باستخدام طرائق مختلفة، والتي انتهت إلى الاطمئنان عليه أثناء التطبيق في الدراسة الأساسية، ثم تم التعرض إلى إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية وإلى الأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة البيانات والنتائج معروضة في الفصل الآتي.

الفصل الثاني:

عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة

مقدمة الفصل:

بعدما تم التطرق في الفصل السابق إلى الإجراءات المنهجية للدراسة، سيتضمن هذا الفصل عرض نتائج الدراسة والمعالجة الإحصائية لفرضياتها، كما يتضمن تفسير النتائج ومناقشتها في ضوء الدراسات السابقة والتراث النظري.

1- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

نص الفرضية: مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية مرتفع.

وللتأكد من صحة الفرضية تم استخدام طريقة التكرار واستخراج النسب المئوية لأفراد العينة من خلال استجاباتهم على فقرات قلق الموت بعد حذف البنود رقم 05 و08 و14 و23، أصبحت الدرجة النهائية التي يحصل عليها الفرد في أداة البحث تتراوح من 0 إلى 90.

تم تحديد المستويات النظرية المقترحة في الدراسة وهي: مستوى منخفض، مستوى معتدل، مستوى مرتفع، وهذا بالاعتماد على تحديد نسبة (33 %) لكل مستوى، تم الاعتماد على تحديد النسبة المئوية، والتي تحسب عن

طريق قسمة العدد على الدرجة الكلية للأداة ثم ضرب الحاصل في مئة (100)

$$\text{النسبة المئوية} = \frac{\text{العدد} \times 100}{\text{الدرجة الكلية (المجموع)}}$$

والنتائج المحصل عليها مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (09) : يبين نتائج أفراد الدراسة في مستوى قلق الموت

مستوى قلق الموت	العدد	النسبة المئوية
منخفض	03	03.33 %
متوسط	38	42.22 %
مرتفع	49	54.45 %
المجموع	90	100 %

نلاحظ من خلال الجدول رقم (09) أن عدد النساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية لديهم مستوى قلق الموت مرتفع إذ يبلغ العدد 49 من أصل 90 من مجموع إجابات النساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية أي بنسبة قدرها 54.45 %، وهي نسبة عالية تثبت المستوى المرتفع لهؤلاء الحوامل في قلق الموت، وهذا يعني تحقيق الفرضية العامة.

الجانب التطبيقي الفصل الثاني: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة

أما عدد النساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية ذو مستوى قلق الموت متوسط عددهم 38 حامل أي بنسبة قدرها 42.22 % وهي نسبة منخفضة، أما عدد النساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية ذو مستوى قلق الموت منخفض عددهم 03 حوامل أي بنسبة قدرها 03.33 % وهي نسبة منخفضة جداً. قد كانت نتائج هذه الفرضية ايجابية وذلك بارتفاع نسبة الاستجابة على مقياس قلق الموت وهذا ما يفسر أو نرجعه لتأثير عوامل داخلية سواء كانت نفسية أو جسدية (منها شخصية المرأة، مستوى الأمن النفسي، الأفكار والمعتقدات المعرفية والخلفية النظرية المعرفية والمفاهيم والاتجاهات الخاطئة التي تحملها المرأة، الوازع الديني....) حيث أكدت العديد من الدراسات على تأثير مثل هذه العوامل على مستوى قلق الموت فمن الجانب الجسدي والأمراض العضوية أعطت دراسات سابقة نفس النتائج بوجود مؤشر قوي بين الحالة الجسدية وارتفاع في قلق الموت منها دراسة "باول" (Paul) سنة 1983 التي أسفرت على وجود علاقة دالة موجبة بين قلق الموت وكل من مرض السكر، ومرض التهاب المفاصل وكذلك دراسة "جيزيل" (Gisele) 1982 التي أوضحت وجود علاقة دالة موجبة بين قلق الموت ومرض ارتفاع ضغط الدم، إضافة الى دراسة "كسير" (Cesar) سنة 1989 التي توصل إلى علاقة موجبة بين قلق الموت ومرض الربو.

وفي دراسة "ماجدة خميس" سنة 1994 أوضحت النتائج حصول جميع عينات مرض السكر والسرطان وضغط الدم والربو والتهاب المفاصل على درجات أعلى بشكل دال إحصائياً من العينة الضابطة".
(عبد الوهاب، وفاء مسعود، 2000، ص: 83)

وهذا ما أشارت إليه كذلك دراسة إبراهيم (1995): "والتي هدفت إلى معرفة العلاقة بين قلق الموت والإصابة ببعض الأمراض العضوية الأخرى (كالسكري، والسرطان، ضغط الدم المفاصل، الربو)، على عينة اشتملت على مجموعات سوية (كعينات ضبط) وأخرى مرضية (تجريبية) وتكونت العينة التجريبية من (102) ذكور (98) إناث، من مرضى الأمراض العضوية، وتكونت المجموعة الضابطة من (21) ذكور و (19) إناث. قام الباحث بتطبيق مقياس تمبلر لقلق الموت، والمترجم إلى اللغة العربية من قبل الباحث أحمد عبد الخالق، وقد أشارت النتائج إلى أن العينة التجريبية قد حصلت على متوسطات أعلى، من العينة الضابطة في قلق الموت. (فقيري، 2005، ص: 103)

وفي نتائج مشابهة نجد دراسة أبو قاسم (2013): حيث هدفت إلى معرفة أثر القلق في ارتفاع السكر لدى النساء الحوامل دراسة مقارنة على عينة من النساء الحوامل بمدينة طرابلس، كما هدفت إلى معرفة العلاقة بين القلق ومرض ارتفاع السكري لدى النساء الحوامل، والتعرف على الفروق في مستوى القلق بين النساء المرضيات والسويات وفق متغيرات الدراسة (القلق، الجنس، الحالة الصحية)، الأولى تضم 35 امرأة حامل مريضة بارتفاع

الجانب التطبيقي الفصل الثاني: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة

السكر وتتراوح الأعمار ما بين (20 إلى 48 سنة)، وقد تم اختيارهن بناء على التشخيص الطبي، والمجموعة الثانية تضم النساء السويات الحوامل وبلغ عددهم 17 وتتراوح أعمارهن من (20 إلى 45 سنة) أما المجموعة الثالثة فبلغ عدد أفرادها 18 مفحوصة تتراوح أعمارهن من (20 إلى 48 سنة) وقد تم اختيار أفراد العينة من مستشفى الجلاء للولادة بطرابلس، والمنهج المطبق في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي التحليلي، مع استخدام المقابلة الشخصية، ومقياس القلق النفسي سيبليبرجر وللإجابة على الفروض استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية T.test لإيجاد دلالة الفروق ومعاملات الارتباط بيرسون، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة أنه توجد علاقة ارتباطية بين القلق النفسي وسوء الحالة الصحية، كلما ارتفعت درجة القلق ازدادت سوء حالة المرأة وقد بلغ معامل الارتباط 0.95 كما أظهرت النتائج وجود فروق بين مريضات السكر والغير مريضات، كما أظهرت وجود فروق في مستوى القلق وفق متغير الجنس، العمر، والحالة الصحية. (رحاب أبو قاسم، 2013)

ويلاحظ أن الدراسات التي تناولت علاقة الموت بالأمراض العضوية أجمعت على وجود علاقة دالة موجبة مما يشير إلى أن قلق الموت يزداد لدى من يعانون من أمراض جسمية بالإضافة إلى الحالة النفسية للحامل التي تكون عرضة للعديد من الاضطرابات النفسية نذكر من بين هذه الدراسات دراسة (Ahmad & Others, 1994) التي هدفت الدراسة إلى التعرف على وجود أعراض القلق والاكتئاب لدى النساء الحوامل ومدى تأثير المفاهيم الخاطئة على ذلك، ومقارنة النساء الحوامل بغير الحوامل وقد كانت الدراسة على عينة من (50) امرأة حامل بالأردن، و(50) امرأة غير حامل كعينة ضابطة تمثل الفئة من باقي المجتمع من حيث الخلفية الاجتماعية والسن، والثقافة حيث تم تطبيق مقاييس متعددة منها مقياس بيك للاكتئاب ومقياس للقلق والمقابلات الشخصية، أسفرت نتائج هذه الدراسة إلى أن النساء الحوامل لديهن ارتفاع في مستوى القلق وبعض المفاهيم الخاطئة أكثر من النساء غير الحوامل، ودعمت هذه النتائج فكرة النظرية المعرفية بأن المفاهيم والاتجاهات الخاطئة قد ينتج عنها قلق واكتئاب، وهذه الدراسة أجريت على عينة مشتركة من النساء الحوامل وغير الحوامل والتي استخدم فيها الباحثون المنهج التجريبي ليصلوا إلى مدى تأثير 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". (المهمص، 2010، ص: 55)

أما عن الحوامل المقبلات على العملية القيصرية فنلاحظ قلة في الدراسات ونذكر دراسة دلالة (2015): إذ تنص على "معرفة العلاقة بين القلق والضغط النفسية لدى المرأة الحامل المقبلة على العملية القيصرية، ومعرفة الفروق التي حسب السن ونشاط المرأة، حيث طبقت هذه الدراسة على عينة قوامها 70 امرأة حامل، وذلك طبق

بها مقياس القلق لتايور، واستبيان الضغط النفسي وقد أسفرت النتائج إلى أن هناك علاقة ارتباطية بين القلق والضغط النفسي لدى المرأة الحامل المقبلة على العملية القيصرية، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة القلق تعزى لمتغير نشاط المرأة، كما توجد فروق دالة إحصائية في درجة الضغط النفسي تعزى لمتغير السن". (سارة ثامر، 2017، ص: 17)

وفي نتائج مشابهة قدمت "النيال 1991" دراسة هدفت إلى فحص الفروق في كل من القلق كحالة وقلق الموت قبل إجراء العملية الجراحية وبعدها وأشارت النتائج إلى وجود فروق جوهرية في مقياس حالة القلق وقلق الموت بين حالتي ما قبل الجراحة وبعدها وكانت الفروق جوهرية في حالة القلق وقلق الموت قبل وبعد العملية وذلك لصالح قبل العملية في ارتفاع مستوى القلق. (صالح الهمص، 2010، ص: 54)

بالإضافة إلى عوامل أخرى مثل الوازع الديني الذي أكدت العديد من الدراسات على ارتباطه بقلق الموت مثل دراسة الشويعر (1989): "هدفت إلى معرفة العلاقة بين الالتزام الديني وقلق الموت، أسفرت نتائج الدراسة إلى أن هناك علاقة سالبة بين الالتزام الديني في الإسلام وقلق الموت لدى عينة الذكور، أي أنه كلما ارتفع مستوى الالتزام الديني عند الفرد انخفض قلق الموت لديه".

وكذلك العوامل الخارجية لها تأثير البالغ على مستوى القلق العام أو قلق الموت بصفة خاصة مثل الظروف الاستشفائية والاجتماعية وأحداث أخرى مثل سماع أخبار وفاة شخص قريب وهذا ما أكدت عليه دراسة صديق 2014، ودراسة نظمي 1996 وذلك على ارتفاع قلق الموت لدى الأفراد من الشباب وغيرهم عند سماع خبر وفاة احد أقاربهم أو أقرانهم أو من أسرهم أو نتيجة الحروب والأزمات. (محمد العمر، 2016، ص: 42)

ويرى الكثير من العلماء أن القلق من الموت لا نجده إلا عند من يرى الموت حقيقة، إذ أن القلق من الموت من أهم الهواجس التي يمكن أن تتعرض لها المرأة الحامل هذا الشعور ينشأ ويتزعزع عند المرأة منذ الأيام الأولى للحمل، وتزداد حدته مع اقتراب عملية الولادة، وهذا بسبب تداخل ما بين العوامل البيولوجية والهرمونية والضغطات النفسية للمرأة الحامل، وتعد عاملا مهما في نشوءه وقد يتطور هذا الشعور مؤديا إلى ظهور عدة اضطرابات نفسية منها قلق الموت خاصة مع اقتراب موعد العملية القيصرية.

وقد أشارت دراسة "زهرا" أن مرحلة الحمل ليست كباقي المراحل التي تعيشها المرأة، إذ تحدث فيها عدة تغيرات نفسية جسدية وهرمونية، تتسم بدرجة كبيرة في تغيير سلوك تلك المرأة، وتصرفاتها، وطريقة تعاملها، فيظهر الاختلاف في نمط حياتها، كما كانت عليه سابقا، وقد تأكد هذا في معظم البحوث الطبية والنفسية، إذ أن المرأة تكون مختلفة فيزيولوجيا ونفسيا عن حالتها قبل الحمل، وبعده، ويرجع ذلك إلى التغيرات الهرمونية الحاصلة من

الجانب التطبيقي الفصل الثاني: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة

جراء الحمل، كذلك فإن الحمل تتخلله تغيرات انفعالية منها التوتر، الاكتئاب، القلق، الأرق، وحتى التقلبات الميزاجية. (زهران، 2005)

وأوضح الباحثون كذلك من الناحية البيولوجية تحدث تغيرات كثيرة ومتسارعة للمرأة الحامل ومن بينها التغيرات الهرمونية والزيادة الكبيرة في هرمون البروجستيرون التي له دور كبير في تغير الحالة المزاجية للمرأة الحامل إذ يتسبب في التأثير على حالتها النفسية وإصابتها بالأرق وخلل أثناء النوم مما يزيد من درجة قلقها وتوترها من حالتها وبالتالي زيادة نسبة الهرمونات المسؤولة عن القلق (هرمون الأدرينالين).

أما مريم سليم فتري أنه خلال الفترة الممتدة بين الشهر السابع إلى الشهر التاسع من الحمل تتعرض المرأة للإجهاد النفسي، وهي أقل انتباهاً، وأقل قدرة على التذكر، والتركيز وهي كثيرة الأحلام، وقد يتحول البعض منها إلى كوابيس مما يسبب حالة من القلق والإكتئاب. (سليم مريم، 2002)

ويمكن تفسير نتائج الدراسة الحالية من خلال الخبرة الميدانية والعملية في مجال الصحة العمومية بأن إرتفاع قلق الموت عند النساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية سببه عدة عوامل فالمرأة الحامل المبرمجة بإجراء العملية القيصرية تعيش حالة من القلق والخوف من الحمل نتيجة الألم العضوي الناتج عن هذا النوع من الولادات العسيرة الأمر الذي ولد لها صراع نفسي بين الحياة والموت.

كذلك ينتابها مجموعة من الصراعات كالوسواس والخوف والقلق على سلامتها وسلامة طفلها أو فقدانها للحياة وهذا النوع يتم عن طريق تمزيق جزئي للبطن وبالتالي تشويه صورة للجسم، مما يشكل للمرأة صدمة تنتج عنها قلق مختلف الشدة والدرجة، حيث تزول ثقتها بنفسها، مما يؤدي إلى اللجوء إلى ردود أفعال مختلفة.

كذلك تنتاب عند بعض النساء الحوامل بعض المشاعر والتقلبات الانفعالية والإحساس بالضيق وسرعة الاستنزاف، وصعوبات الاستقرار، ويعتبر هذا الشيء طبيعياً بالنظر إلى حالة المرأة النفسية التي تتغير كثيراً أثناء الحمل، كذلك تعيش تنتابها فترات من الاكتئاب فهي تشعر برغبة في البكاء وتشعر بالاحتقار اتجاه نفسها والآخرين، ومع ازدياد ثقل الحمل وقرب الولادة يشتد القلق.

ويمكن تفسير ذلك أيضاً إلى الأحداث التي نعيشها من الخوف من الوباء واحتمالية الإصابة بالعدوى في الفترة الإستشفائية أو أثناء إجراء العملية القيصرية أو سماع خبر وفاة بعض النساء الحوامل أجريين عمليات قيصرية مما أدى إلى ارتفاع درجة الاستجابة في قلق الموت.

كذلك سوء لغة الحوار بين الطاقم الطبي والمرأة الحامل وعدم شرح لها حالتها الصحية وسبب برمجتهم لها للعملية القيصرية يجعلها في دوامة وخوف وقلق.

الجانب التطبيقي الفصل الثاني: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة

نجد كذلك السبب في بعض الأحيان من طرف بعض الحوامل وهذا بإهمال صحتهن الجسدية والنفسية وعدم إنتظام مواعيد الزيارة الطبية وزيارتهم للمستشفى إلا عندما تتأزم حالتهم، وعدم الذهاب للأطباء المختصين في الحمل والولادة والإكتفاء بزيارة القابلات للفحص ولا يهتمن كذلك بالتحاليل الطبية والأدوية ولا حتى بالدفتر الصحي للمولود إذ نجد بعض الحوامل لا يملكن الدفتر الصحي في زيارتهم للمستشفى وهن في الشهر التاسع من الحمل، إذ يصطدمن بقرار الطبيب المختص عند سماع برمجتهن لإجراء العملية القيصرية الغير متوقعة منهن. إنتمسنا كذلك خلال هذه الدراسة بعض المخاوف قد تكون سبب في حدوث قلق الموت مما يصعب على الحامل التأقلم والتوافق مع الوضع الجديد، وقد تعبر المرأة الحامل عن مجموعة من المخاوف حسب حالتها رغم الفروق الشخصية بالطبع بين كل حامل وأخرى، فإن هذه المشاعر تتعكس بالسلب على الحامل:

- ☞ الخوف من ميلاد طفل مشوه جسميا.
- ☞ الخوف من ميلاد طفل متخلف عقليا.
- ☞ الخوف من الموت أثناء العملية.
- ☞ الخوف من رد فعل الزوج اتجاه الحمل.
- ☞ الخوف من التخدير

2- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

نص الفرضية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية باختلاف السن (أقل من 35 سنة - أكثر من 35 سنة).

للكشف عن الفروق في مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية باختلاف السن قمنا بحساب الفرق بين متوسطي درجات قلق الموت لعينتي الحوامل الأقل من 35 سنة والحوامل الأكثر من 35 سنة، وباستخدام اختبار (ت) تحصلنا على القيمة التالية:

الجدول رقم (10): يبين نتائج دلالة الفروق حسب السن في مستوى قلق الموت

المؤشرات المتغير	ن	م	ع	ت المحسوبة	الدلالة الإحصائية
أقل من 35 سنة	32	46.781	12.246	-7.666	دالة عند 0.01
أكثر من 35 سنة	38	68.368	11.29		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) أن عدد النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية الأكبر من 35 سنة الذي يبلغ عددهم 38 حامل أكبر من عدد النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية الأقل من 35 سنة والذي يبلغ عددهم 32 حامل، ونلاحظ أن قيمة المتوسط الحسابي للنساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية والأكبر من 35 سنة والمساوية لـ 68.368 أكبر من قيمة المتوسط الحسابي للنساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية الأقل من 35 سنة والمساوية لـ 46.781 ، ونلاحظ كذلك أن قيمة الانحراف المعياري للنساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية الأكبر من 35 سنة والمساوية لـ 11.29 أقل من قيمة الانحراف المعياري للنساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية الأقل من 35 سنة والمساوية لـ 12.246، ونلاحظ أن قيمة (ت) المحسوبة والمساوية لـ -7.666 فهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية حسب السن في مستوى قلق الموت لصالح النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية الأكبر من 35 سنة وهذا يدل على تحقق الفرضية، ومنه نقبل فرضية الدراسة (البديلة) ونرفض الفرضية الصفرية.

وهذه النتيجة تتفق مع النتائج التي توصلت إليها بعض الدراسات منها نتائج دراسة دلالة (2015): هدفت إلى معرفة العلاقة بين القلق والضغط النفسية لدى المرأة الحامل المقبلة على العملية القيصرية، ومعرفة الفروق التي تعزى لمتغيري السن ونشاط المرأة، على عينة من 70 امرأة حامل وقد أسفرت النتائج إلى أن هناك علاقة ارتباطية بين القلق والضغط النفسي لدى المرأة الحامل المقبلة على العملية القيصرية، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة القلق تعزى لمتغير نشاط المرأة، كما توجد فروق دالة إحصائية في درجة الضغط النفسي تعزى لمتغير السن. (سارة ثامر، 2017، ص: 17)

وهذا ما أسفرت عليه كذلك نتائج دراسة الريماوي (2012) التي هدفت إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية لدى الأم الحامل في منطقة رام الله بفلسطين ومعرفة الفروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية لدى الأم الحامل تعزى لمتغير كل من المستوى التعليمي، ومتغير العمر، ومتغير عدد مرات الحمل، عينة قوامها 186 امرأة حامل، وقد أسفرت النتائج إلى أن النساء يعانين من ضغوط نفسية ، نتيجة الحمل بدرجة عالية، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية لدى الأم الحامل تعزى لمتغير المستوى التعليمي، كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية تعزى لمتغير عدد مرات الحمل، لكن توجد فروق في درجة الضغوط النفسية تعزى لمتغير العمر. (سارة ثامر، 2017، ص: 19)

وقد إتفقت نتائج الدراسة كذلك مع نتائج دراسة تانج وآخرين (2002). Tang et al.: حيث سعت إلى استكشاف العوامل النفسية والاجتماعية التي ترتبط بحدوث أفعال طلاب الجامعة الصينيين تجاه الموت والاحتضار،

تبنّت الدراسة المنهج التجريبي، تكونت عينة الدراسة من (282) من طلاب الجامعة الصينيين تم تطبيق مقياس قلق الموت، ومقياس قلق الاحتضار دلت نتائج الدراسة على أن الأفراد الأصغر سناً كانوا أقل شعوراً بقلق الموت من الأكبر سناً.

ومع دراسة سهيل وأكرم (Suhail, Akram (2002 حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة تأثير بعض الجوانب كالجنس (ذكور وإناث) والعمر ونوع الديانة على قلق الموت.

حيث تبنّت الدراسة المنهج التجريبي تكونت عينة الدراسة من (123) شخص تم تطبيق مقياس قلق الموت لتمبلر، ومقياس الخوف من الموت لكوليت وليستر.

دلت نتائج الدراسة على أن الخوف من الموت ارتفع لدى الإناث عن الذكور، وارتفع الخوف من الموت كذلك لدى منخفضي التدخين ومرتفعي العمر (كبار السن) أكثر من صغار السن، وعلى أي الأحوال فالفرق بين الجنسين ظهرت واضحة في مقياس الخوف من الموت لكوليت وليستر، حيث كانت الإناث ومتقدمي السن ومنخفضي التدخين أكثر شعوراً بالخوف من الموت.

فيما لم تتفق نتائج الدراسة الحالية مع النتائج التي توصلت إليها دراسة الهمص (2010): التي هدفت لمعرفة العلاقة بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة، وهدفت أيضاً إلى معرفة الفروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة تعزى لمتغير كل من عمر الأم، وعدد الولادات ونوع الأسرة وعمل الأم، عدد أفراد العينة 203 من الأمهات بغزة، وقد أسفرت النتائج بوجود علاقة ارتباطية بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية، وأيضاً توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة تعزى لمتغير نوع الأسرة ونجد أيضاً بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة تعزى لمتغير عمل الأم، كما لا توجد فروق في قلق الولادة تعزى لمتغير عمر الأم.

حيث أوضحت أن عامل السن لم يكن له التأثير أو الدلالة في الفروق في هذه الضغوط النفسية، مع قلة الدراسات المعمقة عن هذه العينة (الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية) للإيضاح أكثر عن بعض الجوانب. ويمكن تفسير نتيجة الدراسة الحالية في ضوء الإطار النظري وأراء بعض العلماء منهم الدكتور "عبد اللطيف" إختصاصي في طب النساء والتوليد بالمغرب إذ يرى: (أن المرأة تعرض نفسها لمشاكل في صحتها بسبب مضاعفات الحمل بعد السن الأربعين، لأن جسمها لا يسمح بذلك بسبب ضعف خصوبتها، أولها التعب الشديد والقلق النفسي لأن الأم لا تتحمل متاعب الحمل من جهة وتخشى على الجنين من أن يتأثر من حالتها بالإضافة إلى إصابتها بارتفاع ضغط الدم وسكري الحمل وفي حالات كثيرة حدوث تشوهات خلقية للجنين أشهرها متلازمة داون، عكس ما تتمتع به المرأة صغيرة السن من قدرة على استقبال الجنين ونموه نمواً طبيعياً داخل الرحم، كذلك

الجانب التطبيقي الفصل الثاني: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة

قد تعرض المرأة نفسها لمشاكل أخرى كالولادة قبل الأوان أو تعسر الولادة أو وقوع نزيف أثناء الوضع وغيرها من الصعوبات التي تجعل رقم العمليات القيصرية يرتفع عند النساء بعد السن الأربعين كما أن المرأة تكون أكثر عرضة للالتهابات).

يمكن أن نفسر ذلك إلى من خلال الخبرة الميدانية والعملية في مجال الصحة العمومية أن النساء الحوامل الأقل من 35 سنة لا تكون لديهن الخبرة الاجتماعية الكافية التي تؤهلن للتعامل مع أحداث مهمة في الحياة سواء كان هذا الأمر يتعلق بالزواج أو الإنجاب مما جعل نسبة قلق الإنجاب لديهن أقل من بقية الفئات الأخرى، ومع ذلك أنه كلما تقدمت السيدة في العمر كلما زادت درجة القلق لديها بعملية الحمل والولادة مما يخفف نسبة القلق وهذا الأمر يتماشى مع فرضية الدراسة.

المرأة الحامل الأكثر من 35 سنة يكون قلق الموت لديها أكثر من المرأة الحامل الأقل من 35 سنة نظراً لسنها واعتقادها إن كبر سنها له علاقة بإجراء العملية القيصرية وأنها لا تقدر على الولادة الطبيعية بسبب ضيق في حوضها وخشونة في عنق الرحم مما يجعلها في خوف وقلق من إجرائها وهذا ما يجعلها تفقد الأمل في نجاحها مما يزيد من درجة قلق الموت لديها، في حين أن المرأة الحامل الأقل من 35 سنة لها نظرة أخرى بأن جسمها مزال فتي وقوي يتحمل وتتمتع بمناعة جسدية قوية.

البعض من النساء الحوامل الأكثر من 35 سنة لديهم أمراض مزمنة أو مصاحبة للحمل كالسكري وضغط الدم المرتفع والبروتين المرتفع كذلك إلخ، مما يجعلهم في قلق وخوف من إجراء العملية القيصرية وتكون درجة قلق الموت مرتفعة مقارنة بالأسوياء وهذا خوفاً من المضاعفات الناجمة عن العملية القيصرية وحالتهم الصحية، أما بالنسبة للأمهات الحوامل اللاتي لا يعانين من الأمراض المصاحبة للحمل فقد يكون عندهن القلق أقل من اللاتي يعانين من المرض باعتبار أنهم يتمتعن بصحة جيدة مما يسبب الاطمئنان وتكون درجة القلق لديهن منخفضة.

وهذا ما جاء في دراسة (صلاح الدين ونجيب، 2001) حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير ارتفاع ضغط الدم المصاحب للحمل وسكر الحمل، وكانت النتائج انه كثيراً ما يتسبب في أمراض أو يقضي على حياة الأم أو الجنين، حيث يعتبر ارتفاع ضغط الدم وسكر الحمل من المخاطر المحتملة والمؤثرة بعملية الحمل والولادة. (صالح الهمص، 2010، ص: 56)

كذلك نجد بعض الحوامل في صراع مع الطاقم الطبي في المستشفى وهذا بسبب إتهامهم بأنهم تسرعوا في اخذ القرار ببرمجتهم أو إجرائهم للعملية القيصرية لهم وأنهم لم يحاولوا معهم بالولادة الطبيعية مما يسبب لهم قلقاً شديداً لأن حالتهم الصحية لاتسمح لهم لمثل هذه الصراعات.

الجانب التطبيقي الفصل الثاني: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة

وما يزيد الأمر خطورة هو الحالة الإنفعالية السلبية التي سببها قرار الطبيب الغير مرغوب والمشاكل الصحية من أمراض مزمنة وأمراض مرافقة للحمل، وكذا سن الحامل، وما يسمح بمرور الحمل بصفة طبيعية أم لا، وكذا البنية المورفولوجية لها، هذا من جهة، والمشاكل العائلية والأسرية وعلاقتها مع زوجها من جهة أخرى، وهل الحمل مرغوب فيه أو لا؟ كل هذا يؤدي إلى مضاعفة القلق لدى المرأة الحامل.

وهذا ما جاءت به "مرهف عيسى ندور (1991)" "أنه عند إعلان الطبيب المولد المرأة المقبلة على هذا الوضع، مما يجعلها تعيش حالة من التوتر والقلق على حالتها الصحية بالإضافة إلى أفكارها المسبقة على العملية القيصرية أو جهلها بذلك، وهذا ما يزيد من تقاوم توترها مما يجعل تفكيرها ونفسيته مضطربة."

ويؤكد العلي احمد (1987): أنه يجب العناية بحالة الأم الحامل النفسية خلال الشهرين الأخيرين من الحمل للخوف من الولادة المبكرة أو تعسر الولادة، وعدم إسماعها الأحاديث الجانبية التي تعقد حالتها النفسية، ويجب على أهل الحامل ومن حولها إبعاد الحامل عن المناظر والأحاديث التي تضر بأعصابها كمناظر المشوهين والمعتوهين، وأفلام الرعب، والأحاديث عن بعض النساء اللواتي تعرضن لاختلاطات ومشاكل في الحمل كالقيصرية البطنية والمجبيئات المعترضة والنزوف وحالات ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل والسكري، على الرغم من أن كل هذه الأمور لا تشكل أكثر من 5% من الحالات إلا أنها ذات تأثير سلبي على نفسية الحامل. (العلي، 1987، ص: 242)

3- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

نص الفرضية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية بإختلاف عدد الولادات (لم يسبق لهن الولادة - سبق لهن الولادة من قبل).

وللتأكد من صحة الفرضية تم استخدام اختبار (ت) لدراسة الفرق بين المتوسطين، والنتائج المحصل عليها مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (11): يبين نتائج دلالة الفروق حسب عدد الولادات في مستوى قلق الموت

المؤشرات المتغير	ن	م	ع	ت المحسوبة	الدلالة الإحصائية
لم يسبق لهن الولادة	37	66.162	12.028	4.937	دالة عند 0.01
سبق لهن الولادة من قبل	33	49.909	15.456		

الجانب التطبيقي الفصل الثاني: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة

نلاحظ من خلال الجدول رقم (11) أن عدد النساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية اللاتي لم يسبق لهن الولادة من قبل الذي يبلغ عددهم 37 حامل أكبر من عدد النساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية اللاتي سبق لهن الولادة من قبل الذي يبلغ عددهم 33 حامل، ونلاحظ أن قيمة المتوسط الحسابي للنساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية اللاتي لم يسبق لهن الولادة من قبل والمساوية لـ 66.162 أكبر من قيمة المتوسط الحسابي للنساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية اللاتي سبق لهن الولادة من قبل والمساوية لـ 49.909، ونلاحظ كذلك أن قيمة الانحراف المعياري للنساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية اللاتي سبق لهن الولادة من قبل والمساوية لـ 15.456 أكبر من قيمة الانحراف المعياري للنساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية اللاتي لم يسبق لهن الولادة من قبل والمساوية لـ 12.028، ونلاحظ أن قيمة (ت) المحسوبة والمساوية لـ 4.937، فهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية حسب عدد الولادات في مستوى قلق الموت، وهذا يدل على تحقق الفرضية، وعليه نقبل الفرضية البديلة ونرفض الفرضية الصفرية.

وهذه النتيجة تتفق مع النتائج التي توصلت إليها بعض الدراسات، حيث يؤكد "العيسوي" على أن الحمل الأول له تأثير نفسي قوي يحمل رهبة ومخاوف فالحوامل ما بين سن 15 و40 سنة كشفت عن أعراض القلق أكثر من غيرهن. (العيسوي، 1992، ص: 272)

وقد أسفرت نتائج الدراسة على وجود فروق في مستوى قلق الموت تعزى الى متغير عدد الولادات فالحوامل المقبلات على الولادة للمرة الأولى عانينا من مستوى قلق مرتفع عن غيرهن اللواتي سبق لهن الولادة وقد نرجع ذلك لعدة عوامل من بينها خبرة المرأة في الولادة وأنها عايشة مثل هذه الخبرات من قبل على عكس التي لم يسبق لها الولادة من قبل حيث تكون أمام أول تجربة من هذا النوع ومنه يكثر عندها أنواع القلق وتأويلاته. وقد أكدت دراسة أيلول أمال 2011: على هذا العامل (عدد الولادات) من خلال التعرف على الضغط النفسي لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة للمرة الأولى، وكانت على عينة تكونت من 5 حالات من النساء الحوامل المتواجدين بمستشفى إمشدالة البويرة وقد تم الاعتماد على الأدوات المتمثلة في المقابلة العيادية النصف موجهة، ومقياس ليفستين باعتبار أن هذه الأدوات هي الوسائل الأنجع لتقييم المرأة الحامل، وقد أسفرت النتائج على أن النساء الحوامل المقبلات على الولادة للمرة الأولى تعانين من الضغط النفسي.

وعزز هذا الأمر أيضا دراسة (Wing Cheung and Others 2006) والتي كانت بعنوان: الأم

ومشاعر القلق من خلال التحكم في العمل، دراسة على النساء الصينيات الحوامل للمرة الأولى.

حيث هدفت الدراسة إلى استكشاف ودراسة العلاقة بين مستوى قلق الأم ومشاعر السيطرة خلال عملية الولادة للنساء الصينيات في هونج كونج الحوامل لأول مرة، عينة الدراسة تتألف من 90 أم من هونج كونج الصينية حوامل لأول مرة، وقد جمعت المعلومات في ثلاث مناسبات الأولى في المرحلة الأولى من الولادة والثانية أثناء عملية الولادة والثالثة بعد 24 سا إلى 48 سا من الولادة، وبينت نتائج الدراسة اختبار معامل الارتباط بيرسون حيث دل على وجود علاقة سلبية كبيرة بين مشاعر القلق والألم أثناء المخاض، ولا علاقات الإحصائية تم الكشف عنها عن العلاقات بين المرأة قبل الولادة وحضور الدروس المتعلقة برعاية الأم الحامل وما بين السيطرة على مشاعرها أثناء الولادة. (الهمص، 2010، ص: 65)

إلا أن دراسة الريموي 2012 أعطت عكس ذلك حيث أنها خلصت بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية تعزى لمتغير عدد مرات الحمل على عينة من نساء فلسطين وهذا على اختلاف العينة والظروف مع العينة الحالية ومنه يمكن القول بأن خبرات المرأة وتجاربها يلعب دورا مهما في زيادة مخاوفها ومنه ظهور الاستجابة للقلق ولاسيما في الحمل الأول المنتظر.

ويؤكد "زهران 2005" أن المرأة تشعر بالقلق خيال التغيرات التي تحصل لها من جراء الحمل، وذلك لعدم مرورها بتجربة مسبقه كون ذلك حملها الأول، وتتأثر حياة المرأة خلال فترة حملها بمختلف التوترات النفسية والجسمية والانفعالية، فيسبب ذلك في ظهور الاضطرابات النفسية، القلق، التوتر، العدوانية، وهي تنصب مجملها داخل التأثيرات الجانبية، فيما بعد الحمل وقد تصعب عملية الولادة. (زهران ، 2005)

ويمكن تفسير هذه النتيجة أن الأم الحامل تتلقي الكثير من المعلومات الخاطئة التي تؤثر عليها، من طرف بعض الأمهات التي تنقل تجربتها المرعبة في الحمل للأم التي ستلد لأول مرة، مع العلم أن الأم صاحبة التجارب الأكثر في عملية الحمل والولادة تكون أقل قلق بالنسبة للحوامل الجدد هذا ويمكن الاستفادة من الأمهات صاحبات الخبرة للتقليل من هذا القلق باعتبار أنهم مررن بهذه التجربة من قبل واكتسبن الخبرة ، باعتبار أنهم مررن بتجربة الحمل والإنجاب أكثر من مرة.

4- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

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

الجانب التطبيقي الفصل الثاني: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة

وللتأكد من صحة الفرضية تم استخدام اختبار (ت) لدراسة الفرق بين المتوسطين، والنتائج المحصل عليها مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (12) يبين نتائج دلالة الفروق حسب المستوى التعليمي في مستوى قلق الموت

الدالة الإحصائية	ت المحسوبة	ع	م	ن	المؤشرات المتغير
دالة عند 0.01	-4.243	14.535	50.625	32	أقل من المستوى الثانوي
		14.004	65.131	38	أكثر من المستوى الثانوي

نلاحظ من خلال الجدول رقم (12) أن عدد النساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية ذو مستوى أقل من الثانوي الذي يبلغ عددهم 32 حاملاً أقل من عدد النساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية ذو مستوى الأكثر من الثانوي الذي يبلغ عددهم 38 حاملاً، ونلاحظ أن قيمة المتوسط الحسابي للنساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية ذو مستوى تعليمي أكثر من الثانوي والمساوية لـ 65.131 أكبر من قيمة المتوسط الحسابي للنساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية ذو مستوى تعليمي أقل من الثانوي والمساوية لـ 50.625، ونلاحظ كذلك أن قيمة الانحراف المعياري للنساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية ذو مستوى تعليمي أقل من الثانوي والمساوية لـ 14.535 أكبر بقليل من قيمة الانحراف المعياري للنساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية ذو مستوى تعليمي أكثر من الثانوي والمساوية لـ 14.004، ونلاحظ أن قيمة (ت) المحسوبة والمساوية لـ -4.243 فهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية حسب المستوى التعليمي في مستوى قلق الموت وهذا يدل على تحقق الفرضية، وعليه نقبل الفرضية البديلة ونرفض الفرضية الصفرية.

وهذه النتيجة المتوصل إليها في دراستنا لم تتفق مع النتائج التي توصلت إليها بعض الدراسات منها دراسة الريموي (2012): حيث أعطت نتائج عكس ذلك، كانت تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية لدى الأم الحامل في منطقة رام الله بفلسطين ومعرفة الفروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية لدى الأم الحامل تعزى لمتغير كل من المستوى التعليمي، و متغير العمر، و متغير عدد مرات الحمل، بإعداد استبيان للضغط النفسي مطبق على عينة قوامها 186 امرأة حامل، وقد أسفرت النتائج إلى أن النساء الحوامل يعانين من ضغوط نفسية، نتيجة الحمل بدرجة عالية، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية لدى الأم الحامل تعزى لمتغير المستوى التعليمي، كما لا توجد فروق ذات دلالة

الجانب التطبيقي - الفصل الثاني: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة

إحصائية في درجة الضغوط النفسية تعزى لمتغير عدد مرات الحمل، لكن توجد فروق في درجة الضغوط النفسية تعزى لمتغير العمر لدى النساء الحوامل. (سارة ثامر، 2017، ص: 19)

وهذا على اختلاف العينة والبيئة لدراستنا هذه التي أسفرت على وجود الفروق في مستوى قلق الموت نظراً لاعتبارات اجتماعية وثقافية مختلفة للعينة.

إذ يعتبر المستوى التعليمي والثقافي عامل مهم في حياة الأفراد وما يعيشونه ومستوى ادراكاتهم واستجاباته لمواقف الحياة هذا ما نفسره أن المرأة الحامل التي تتمتع بمستوى تعليمي مرتفع تكون أكثر دراية بالأمور العلمية والطبية وأكثر قدرة على تحليل وتفسير المواقف وربطها مع بعضها البعض أكثر علمية وعقلانية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة حسب الباحثان: انه من خلال النتائج التي حصلنا عليها في أداة البحث أن أكثر الفئات قلقاً من العملية القيصرية هن النساء الحوامل أصحاب المستوى التعليمي الأكثر من الثانوي، حيث التمسنا ذلك من خلال طريقة إجاباتهم على أداة البحث وكثرة أسئلتهم حول عواقب العملية القيصرية.

كذلك ذات المستوى التعليمي الأكثر من الثانوي نجدها في اغلب الأحيان تسأل تتطلع تترقب وتجيد لغة الحوار مع الأطباء وخاصة الأجانب ولديها معلومات ومصطلحات علمية عن حالتها وعن مزايا وعواقب العمليات القيصرية، تجيد اللغات الأجنبية مما يجعلها تستمع وتفك الرموز الطبية لما يقوله الأطباء فيما بينهم عن حالتها، وتتطلع على الملف الطبي الخاص بها مما يزيد من قلقها.

قد تكون اطلعت على مواضيع خاصة بالعمليات القيصرية وأثارها عند برمجتها لإجراء العملية القيصرية والبحث أكثر عن عواقبها أكثر من مزاياها مما يزيد من شكوكها في نجاحها وبالتالي زيادة في درجة قلقها من الموت وهذا ما التمسناه خلال تطبيق أداة البحث والممارسة المهنية في المصلحة، لأن الاطلاع في هذا الأمر يجعل الأم أكثر عرضة لهواجس القلق المتعلقة بالعملية القيصرية.

ذات المستوى التعليمي الأكثر من الثانوي على دراية بالآثار الجانبية للتخدير والمضاعفات الناتجة عنه في حين أن ذات المستوى التعليمي الأقل من الثانوي قد تكون قليلة المعلومات في هذا الجانب.

ذات المستوى التعليمي الأكثر من الثانوي لديهم حماس ورغبة في الفهم مقارنة من النساء الحوامل ذات المستوى التعليمي الأقل من الثانوي.

سعت الدراسة الحالية إلى التحقق من الأهداف المتمثلة في الكشف عن مستوى قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة القيصرية، ومدى اختلاف ذلك باختلاف السن (أقل من 35 سنة - أكثر من 35 سنة) ، وعدد الولادات (لم يسبق لهن الولادة - سبق لهن الولادة من قبل) ، والمستوى التعليمي (أقل من المستوى الثانوي / أكثر من المستوى الثانوي) لديهن.

وقد أظهرت نتائج المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة مايلي:

- أن نسبة 54.45 % من النساء الحوامل يعانون من قلق الموت بدرجة مرتفعة.
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين النساء الحوامل في مستوى قلق الموت يعزى فيها الاختلاف إلى السن (أقل من 35 سنة - أكثر من 35 سنة) ، وهو لصالح النساء الحوامل الأكثر من 35 سنة.
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين النساء الحوامل في مستوى قلق الموت يعزى فيها الاختلاف إلى عدد الولادات (لم يسبق لهن الولادة - سبق لهن الولادة من قبل) ، وهو لصالح النساء الحوامل اللاتي لم يسبق لهن الولادة من قبل.
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين النساء الحوامل في مستوى قلق الموت يعزى فيها الاختلاف إلى المستوى التعليمي (أقل من المستوى الثانوي / أكثر من المستوى الثانوي) ، وهو لصالح النساء الحوامل اللاتي لديهن أكثر من المستوى الثانوي.

يتبين من النتيجة المتوصل إليها في هذه الدراسة أن النساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية لديهم درجة مرتفعة في مستوى قلق الموت، وأنه توجد فروق في قلق الموت لديهم يعزى فيها الاختلاف إلى السن الذي كان لصالح النساء الحوامل الأكثر من 35 سنة، كذلك توجد فروق حسب عدد الولادات (لم يسبق لهن الولادة - سبق لهن الولادة من قبل) والمستوى التعليمي (أقل من المستوى الثانوي / أكثر من المستوى الثانوي) لدى النساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية.

من خلال النتائج التي تحصلنا عليها يمكن القول بأن الحامل مهما كانت قوية الشخصية وسليمة البنية النفسية، ومهما كانت الظروف الاجتماعية ملائمة فإن القلق الذي تعيشه المرأة خلال هذه الفترة يعد من أصعب المراحل التي تمر بها خاصة قبل إجراء العملية القيصرية، إذ أنها لا تعرف ما ينتظرها وما هو مصير طفلها.

فالمراة الحامل المبرمجة بإجراء العملية القيصرية تعيش حالة من القلق والخوف من الحمل نتيجة الألم العضوي الناتج عن هذا النوع من الولادات العسيرة الأمر الذي ولد لها صراع النفسي بين الحياة والموت.

وعليه لا بد على المحيط الأسري أن يعمل على مساعدة المرأة الحامل خاصة المقبلة على العملية القيصرية على التكيف مع حملها بالتخفيف من حدة قلقها وعدم التسبب في زيادته. ويجب الاهتمام بالجانب النفسي للمرأة الحامل وتقديم النصائح والإرشادات من طرف الطبيب، الأسرة، الأخصائي النفسي، فهو عامل مهم في مساعدة المرأة الحامل على إزالة بعض الضغوطات وتوضيح كل الأمور التي تحصل لها في هذه الفترة حتى يتوفر لها الاطمئنان النفسي ولو بنسبة قليلة، وكذلك العناية الكافية من طرف الزوج حتى يرفع من معنوياتها ويقويها أثناء هذه المرحلة.

وهذا ما أشارت إليه بيرك (2001) في دراستها : إذ أشارت "بأن مخاطر الضغوط الانفعالية تنخفض بشكل كبير عندما يكون إلى جانب المرأة الحامل الزوج أو أحد أفراد العائلة الذين يقدمون الدعم الاجتماعي وعليه فلا يجوز حرمان المرأة أو الرجل من معايشة هذا الحدث الهام. (هارون الرشدي، 1999، ص:12) وعليه فالدعم النفسي للمرأة الحامل التي تلد بالعملية القيصرية يساعدها على تجاوز وضعيتها وإن أهم ما تحتاج إليه المرأة المقبلة على الولادة بالعملية القيصرية هو الدعم النفسي الذي سيساعدها على التفريغ والتنفيس كما أن للمحيط الاجتماعي (الزوج والأسرة) دور مهم في مسانبتها والتخفيف من معاناتها. في الأخير نستخلص من خلال بحثنا هذا، أن المرأة المقبلة على العملية القيصرية معرضة للإصابة بقلق الموت وبدرجة مرتفعة، ويلعب السن وعدد الولادات والمستوى التعليمي دور في ذلك، بحيث كلما زاد سنها ومستواها التعليمي زاد قلق الموت لديها، وكلما زادت الولادات قل قلق الموت لديها فهي تتعرض وتعاني من قلق الموت.

وعلى ضوء هذه الدراسة، ونتائج الدراسات السابقة نضع بعض الاقتراحات والتوصيات التي نتمنى أن تجد صدق في الواقع وهي كالتالي:

1. نقترح دراسة موضوع قلق المستقبل عند أمهات الأطفال متلازمة داون.
2. دراسة تأثير العنف الأسري على المرأة الحامل.
3. دراسة دور المساندة العائلية في تخفيض من مستوى قلق الموت للمرأة الحامل.
4. تصميم برامج إرشادية للأمهات الحوامل والمقبلات على عملية الولادة للعمل على التخفيف من الضغوطات النفسية لديهن بما فيها الخوف من الموت أثناء الولادة.
5. توعية الأمهات للتعرف بمخاطر قلق الموت ومدى تأثيرها على صحة الأم.

6. العمل على زيادة الوعي الصحي لدى القائمين على مصلحة الولادة وتعريفهم بمختلف المشاكل النفسية التي تعترض المرأة الحامل خاصة مع اقتراب عملية الولادة، وضرورة الاهتمام بها حتى لا تتعرض لمضاعفات أثناء الولادة.
7. عمل برامج إعلامية وتثقيفية تعنى بمشاكل الحمل والولادة، والتي من شأنها أن تساعد على التثقيف والتوعية النفسية للنساء الحوامل.
8. العمل على تفعيل دور الأسرة والمحيطين بالمرأة الحامل، والتي لها الأثر الكبير في التغلب على عقبات ومشاكل عمليتي الحمل والولادة.
كما تقترح الطالبتان إجراء البحوث التالية:
 1. تصميم برامج إرشادية وعلاجية من أجل التخفيف من الضغوط النفسية للنساء المقبلات على الولادة.
 2. إجراء دراسات للكشف عن البناء النفسي للأم الحامل، وأهم الخصائص النفسية والاجتماعية والديموغرافية للأمهات المقبلات على عملية الولادة.
 3. تكثيف البحوث وتبسيط الضوء على هذا الموضوع الحساس من طرف المتخصصين في الميدان.
 4. إجراء بحوث حول قلق الموت عند المرأة الحامل مع قلقها من فقدان وموت جنينها.

المراجع العربية:

الكتب:

1.القران الكريم

2.إبراهيم سالم الصيخان(2010): الاضطرابات النفسية والعقلية، ط1، لبنان، دار الصفاء للنشر والتوزيع.

3.أحمد محمد عبد الخالق(1998): قلق الموت، ب ط، الكويت، عالم المعرفة.

4.احمد عبد الله اللحج، مصطفى محمود أبو بكر(2002): البحث العلمي، تاريخه، خطواته، مناهجه، مفاهيمه، ب ط، الإسكندرية، الدار الجامعية.

5.أسامة فاروق مصطفى(2011): مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، ط1، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.

6.العلي احمد(1987) : مشاكل الحمل، ب ط ، القاهرة، دار المعارف.

7.القاسم جمال، عبيد ماجدة، الزعبي صالح (2002): الاضطرابات السلوكية، ط1، عمان ، دار صفاء.

8.أمل مخزومي(2004) : دليل العائلة النفسي، ط1، دار العلم مؤسسة الثقافة للتأليف والترجمة والنشر.

9.بشير معمريه (2007): القياس النفسي وتصميم أدواته للطلاب والباحثين في علم النفس والتربية، ط2 ،الجزائر، منشورات الحبر.

10.بشير معمريه(2007): بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، الجزء الرابع، الجزائر، منشورات الحبر.

11.بن علو الأزرق (2003): كيف تتغلب على القلق وتنعم بالحياة، ب ط، القاهرة، دار قباء.

12.حامد بن أحمد ضيف الله الغامدي(2013): فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق، ط1، الإسكندرية، دار الوفاء للطباعة والنشر.

13.دافيد شيهان، ترجمة عزت، شعلان(1998): مرض القلق، ب ط، الكويت عالم المعرفة.

14.راجح أحمد عزت (1994): أصول علم النفس،ب ط، الإسكندرية، المكتب المصري الحديث.

15.سعد عبد الرحمن (2003): القياس النفسي بين النظرية والتطبيق، ط4، القاهرة، دار الفكر العربي.

16.سليم مريم (2002): علم النفس النمو، ط1، دار النهضة العربية.

17.سيجموند فرويد(1989): الكف والعرض والقلق (ترجمة محمد عثمان وآخرين) ، ط2 ، القاهرة، مصر، دار الشروق.

18.صبحي عمران شلس، أسس إجراءات العملية الجراحية، ب ط ، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائرية.

19.طارق عكاشة ، احمد عكاشة (2019): الطب النفسي المعاصر، ط17 منقحة، مكتبة الانجلو المصرية.

20.طه عبد العظيم حسين(2007): العلاج النفسي المعرفي (مفاهيم وتطبيقات)، ط1 ، مصر، دار الوفاء للطباعة والنشر.

21.عادل شكري محمد كريم (2006): سلوك النمط (أ) دراسة في علم النفس الصحة، ب ط، دار المعرفة الجامعية ،الإسكندرية، مصر.

22.عبد الحفيظ مقدم (2003): الإحصاء والقياس النفسي والتربوي، ط2، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.

23.عبد السلام زهران(2005) :علم النفس النمو الطفولة والمراهقة، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع.

24. عبد الرحمان العيسوي (1992): علم النفس علم وفن، ط 1، دار النهضة العربية للطباعة والنشر .
25. عبد الرحمان النقيب (1984): الإعداد التربوي والمهني للطبيب عند المسلمين، ب ط، القاهرة، دار الفكر العربي.
26. عبد العالي الجسماني(1999): الأمراض النفسية " تاريخها، أنواعها، أعراضها، علاجها"، ط7، بيروت، لبنان.
27. عبد اللطيف حسين فرج (2009): الاضطرابات النفسية (الخوف، القلق، التوتر، الانفصام، الأمراض النفسية للأطفال)، ط1، مكة المكرمة، دار حامد للنشر والتوزيع.
28. عزام عبد الرحمن صبري (2006): الإحصاء في التربية ونظام spss، ط1، عمان، الأردن، جدارا للكتاب العالمي، عالم الكتب الحديث.
29. علي عبد الرحيم صالح (2014): المعجم العربي لتحديد المصطلحات النفسية، ط1، عمان، الأردن، دار الحامد للنشر والتوزيع.
30. فاروق السيد عثمان (2001): القلق وإدارة الضغوط النفسية، ط1، القاهرة، دار الفكر العربي.
31. فؤاد مرعي (2003): الحمل والولادة، ط 2، دار الحكايات.
32. فؤاد البهي السيد (2006): علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري، ط3، مصر، دار الفكر العربي.
33. فوقية حسن رضوان (2008): منهجية البحث العلمي وتنظيمه، ب ط، القاهرة، دار الكتاب.
34. كفافي علاء الدين(1999): الإرشاد والعلاج النفسي الأسري، ط 1، القاهرة، دار الفكر العربي.
35. محمد داودي، محمد بوفاتح (2007): منهجية كتابة البحوث العلمية والرسائل الجامعية، ط1، الجلفة، المكتبة الاوراسية.
36. محمد عبد العال النعيمي، عبد الرحمن العودة (2007): مقدمة في الإحصاء مع تطبيقات على برنامج(spss)، ط1، عمان، مؤسسة الوراق.
37. محمد عبد الفتاح المهدي (2004) سلسلة الدراسات النفسية للصحة النفسية للمرأة، ط1، التيطاش للنشر .
38. محمد حسن غانم (2006): الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، ط 1، القاهرة، مكتبة أنجلو المصرية.
39. مصطفى نوري القمش (2007): الاضطرابات السلوكية والإنفعالية، ط 1، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
40. نبيل جمعة صالح النجار(2007): الإحصاء في التربية والعلوم الإنسانية مع تطبيقات برمجية spss، ب ط، عمان، الأردن، دار الحامد.
41. هارون توفيق الراشدي(1999) : الضغوط النفسية طبيعتها، مفهومها، نظريتها، ط1، مكتبة الأنجلو مصرية.
42. هلا أمال الدين (2013): القلق ونوبات الذعر، ط1، الرياض، دار المؤلف.
43. هدير عز الدين صالح الآسي (2014): العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق العام، دراسة اكلينيكية، ب ط، غزة، الجامعة الإسلامية.
44. وليد سرحان، عدنان التكريتي محمد حياشة (2008):القلق ، ط2، عمان، الأردن، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

الرسائل الجامعية:

45. خيرة خطاب، غنام بو عبد الله (2003/2002): الصورة الجسدية عند المرأة مستأصلة الرحم، دراسة عيادية لأربع حالات، مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس، جامعة مستغانم.
46. د.رحاب حبيب مرسل (2016): اختلاطات العملية القيصرية في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية، بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا (الماجستير) في التوليد وأمراض النساء، وزارة التعليم العالي جامعة تشرين كلية الطب البشري قسم التوليد وأمراض النساء.
47. رضوان سعيد محمد (1993): العملية القيصرية والصادات، بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا (الماجستير) في التوليد وأمراض النساء، جامعة دمشق، كلية الطب، مكتبة اليازجي.
48. سارة ثامر (2017): قلق الولادة وعلاقته بجودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في أمراض النساء والتوليد سليمان عميرات بالمسيلة، جامعة محمد بوضياف، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، المسيلة.
49. صالح إسماعيل عبد الله الهمص (2010): قلق الولادة لدى الامهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة، رسالة مقدمة لقسم علم النفس بكلية التربية بالجامعة الإسلامية كمتطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير في علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة.
50. علي عودة محمد، 2013، دراسة مقارنة في القلق من الموت وفقا لصورة الذات لدى المسنين، الجامعة المستنصرية، كلية الآداب، قسم علم النفس، بغداد، العراق.
51. فقيري تونس (2015): علاقة سلوك النمط (أ) بقلق الموت لدى عينة من النساء المجهضات، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير (غير منشورة)، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
52. مرهف عيسى ندور (1991): عواقب العملية القيصرية، بحث علمي لنيل شهادة الدراسات العليا (الماجستير) في التوليد وأمراض النساء، جامعة دمشق، كلية الطب، مكتب اليازجي
- ### المجلات العلمية:
53. رحاب علي أبو قاسم (2013): أثر القلق في ارتفاع مرض السكر لدى النساء الحوامل، دراسة مقارنة على عينة من النساء الحوامل بمدينة طرابلس، قسم التربية وعلم النفس، جامعة الجبل الغربي، المجلة الجامعية، العدد الخامس، المجلد الثاني.
54. طارق عبد الوهاب، وفاء مسعود محمد (2000): قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية، لدى طلاب الجامعة، مجلة علم النفس، مصر، العدد، 54
55. محمد محمد صابر العمر (2016): قلق الموت وعلاقته بالأمن النفسي (دراسة ميدانية لدى عينة من طلبة كلية التربية في جامعة دمشق، مجلة جامعة البعث - المجلد 38 العدد 38.
56. د. محمد توفيق محمود ربابعة (2018): قلق الموت لدى طلبة مدارس الأقصى الشرعية ومدارس رياض الأقصى كما يراه الطلبة أنفسهم، جامعة القدس المفتوحة، فلسطين، مجلة الفتح، العدد 76، كانون الأول.

57. Anderson ER,GatesS.Techniques and mataterials for closure of the abdominal wall in ceaserean section. Int J Gynaecol Obstet 2008
58. Beischer,Na.&others (1997) : Obstetric & The Newborn ,3rd edition ,London .W.B.Sauders CompanyLtd.
59. Dominique hiton et call, 2003 , gynecologie d'abterique
60. Kennth R. Niswander MD MANUEL DOBSTETRIQUE office des publications universitaires algerer 1981
61. Holmgren G, Sjöholm L, Stark M. ThMisgavLadach method for cesarean section: method description.ActaObstet Gynecol Scand 1999
62. Hofmeyr GJ NovikovaN,Mathi M ,Shah A. T echniques for caesarean section.AM J ObstetGynecol 2009
63. Rahbari NN, Knebel P DienerMK,et al. Current practice of abdominal wall closur in elective surgurey – Is there any consure ? BMC Surg 2009

ملحق رقم (01) : مقياس قلق الموت لبشير معمرية



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة قاصدي مرباح ورقلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية

استبيان قلق الموت

تعليمات : فيما يلي مجموعة من العبارات، اقرأ كل عبارة على حدا، ثم أجب بضع علامة x أمامها، وتحت كلمة: لا، أو نادرا، أو أحيانا أو غالبا، أجب على كل العبارات، لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، فالإجابة الصحيحة هي التي تنطبق عليك.

البيانات المطلوبة:

العمر: عدد الولادات:

المستوى التعليمي:

الرقم	العبارة	لا	نادرا	أحيانا	غالبا
01	أقلق من الموت				
02	أقلق حين يتحدث الناس عن الموت				
03	يفزعني أنه مهما طال عمري أني سوف أموت				
04	أشعر بالقلق عند موت أحد أقاربي				
05	يفلقتني أن أموت في حادث				
06	يفلقتني ما ينتظرني بعد الموت				
07	يفلقتني أن أموت فجأة				
08	أخشى أن أموت بطريقة مأساوية				
09	يفلقتني أن أموت عندما يحين أجلي				
10	أخاف أن تجرى لي عملية جراحية فأموت بسببها				

				يقلقني أن أموت في كارثة طبيعية (زلزال، فيضان)	11
				أتجنب زيارة مريض بمرض خطير	12
				يفزعني أن يقتلني شخص ما	13
				أصاب بالقلق عندما أجد نفسي أمام شخص يحتضر	14
				أخشى أن أموت مقتولا	15
				أتجنب القيام بالأعمال الصعبة تجنباً لخطر الموت	16
				أخاف أن أموت بسكتة قلبية	17
				عندما أصاب بمرض أخشى أن أموت بسببه	18
				أشعر بالقلق عندما أتذكر الموت	19
				أتجنب السفر خوفاً من الموت في حادث	20
				أشعر بالقلق عند موت أحد جيراني	21
				أخاف أن أموت بمرض خطير كالسيديا	22
				أخشى أن تقوم حرب مدمرة فأموت فيها	23
				أقلق من سماعي خبر موت شخص	24
				يفزعني أن تنتقل لي عدوى مرض قاتل	25
				أتجنب التواجد وحدي في غرفة مات فيها شخص	26
				أخشى أن أموت أثناء النوم	27
				يقلقني أنني سأموت في أي وقت	28
				أخشى أن أموت بسكتة قلبية	29
				يفزعني أن أموت حرقاً بالنار	30
				أتجنب زيارة القبور	31
				أصاب بالرعب عندما أشاهد شخصا ميتا	32
				أقلق عندما أشاهد صور الموتى في صفحات الجرائد	33
				أخشى أن أموت بتسمم غذائي	34

ملحق (ب)

```

RELIABILITY
/VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 VAR00004 VAR00005 VAR00006 VAR00007
VAR00008 VAR00009 VAR00010 VAR00011 VAR00012 VAR00013 VAR00014 VAR00015 VAR00016
VAR00017 VAR00018 VAR00019 VAR00020 VAR00021 VAR00022 VAR00023 VAR00024 VAR00025
VAR00026 VAR00027
VAR00028 VAR00029 VAR00030 VAR00031 VAR00032 VAR00033 VAR00034
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.
    
```

Reliability

Notes

Output Created	WAT 11:45:05 2020-12-مار	
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in	30
	Working Data File	
	Matrix Input	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
	Syntax	RELIABILITY /VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 VAR00004 VAR00005 VAR00006 VAR00007 VAR00008 VAR00009 VAR00010 VAR00011 VAR00012 VAR00013 VAR00014 VAR00015 VAR00016 VAR00017 VAR00018 VAR00019 VAR00020 VAR00021 VAR00022 VAR00023 VAR00024 VAR00025 VAR00026 VAR00027 VAR00028 VAR00029 VAR00030 VAR00031 VAR00032 VAR00033 VAR00034 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.
Resources	Processor Time	00 00:00:00.046
	Elapsed Time	00 00:00:00.046

[DataSet0]

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.930	34

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	0.887
		N of Items	17 ^a
	Part 2	Value	0.874
		N of Items	17 ^b
		Total N of Items	34
		Correlation Between Forms	0.757
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		0.862
	Unequal Length		0.862
		Guttman Split-Half Coefficient	0.861

a. The items are: VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006, VAR00007, VAR00008, VAR00009, VAR00010, VAR00011, VAR00012, VAR00013, VAR00014, VAR00015, VAR00016, VAR00017.

b. The items are: VAR00018, VAR00019, VAR00020, VAR00021, VAR00022, VAR00023, VAR00024, VAR00025, VAR00026, VAR00027, VAR00028, VAR00029, VAR00030, VAR00031, VAR00032, VAR00033, VAR00034.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100
	Excluded ^a	0	0
	Total	30	100

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

```
T-TEST GROUPS=VAR00037(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=VAR00036
/CRITERIA=CI(.95).
```

T-Test

Notes

Output Created	-MAR-2020 11:42:5112
Comments	
Active Dataset	Ensemble_de_données0
Filter	<none>
Weight	<none>
Split File	<none>
N of Rows in Working Data File	20
Missing Value Handling	Definition of Missing User defined missing values are treated as missing.

	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
	Syntax	T-TEST GROUPS=VAR00037(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=VAR00036 /CRITERIA=CI(.95).
Resources	Processor Time	00:00:00.02
	Elapsed Time	00:00:00.03

[Ensemble_de_données0]

Group Statistics

	VAR00037	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00036	1.00	10	44.3000	11.12605	3.51836
	2.00	10	81.8000	7.56894	2.39351

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
VAR00036	1.093	.310	-8.812-	18	.000	-37.50000-	4.25532	-46.44010-	-28.55990-
			-8.812-	15.861	.000	-37.50000-	4.25532	-46.52732-	-28.47268-

NEW FILE.
DATASET NAME Ensemble_de_données1 WINDOW=FRONT.
DATASET ACTIVATE Ensemble_de_données0.

ملحق (ج) :

Notes

	Output Created	15-MAY-2020 04:07:22
	Comments	
	Active Dataset	Ensemble_de_données0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
Input	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	70
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
	Syntax	T-TEST GROUPS=VAR00003(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=VAR00002 /CRITERIA=CI(.95).
Resources	Processor Time	00:00:00.02
	Elapsed Time	00:00:00.08

Group Statistics

	VAR00003	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00002	1.00	37	66.1622	12.02893	1.97754
	2.00	33	49.9091	15.45632	2.69060

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
VAR00002	Equal variances assumed	1.541	.219	4.937	68	.000	16.25307	3.29194	9.68411	22.82203
	Equal variances not assumed			4.867	60.276	.000	16.25307	3.33916	9.57438	22.93176

Group Statistics

	VAR00004	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00002	1.00	32	50.6250	14.53527	2.56950
	2.00	38	65.1316	14.00419	2.27178

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
VAR0002 Equal variances assumed	.562	.456	-4.243-	68	.000	-14.50658-	3.41869	-21.32846-	-7.68470-
VAR0002 Equal variances not assumed			-4.230-	65.086	.000	-14.50658-	3.42977	-21.35612-	-7.65703-

Group Statistics

	VAR00005	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00002	1.00	32	46.7813	12.24675	2.16494
	2.00	38	68.3684	11.29080	1.83161

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
VAR00002 Equal variances assumed	.398	.530	-7.666-	68	.000	-21.58717-	2.81587	-27.20615-	-15.96820-
VAR00002 Equal variances not assumed			-7.612-	63.852	.000	-21.58717-	2.83580	-27.25259-	-15.92176-

Statistics

VAR00002

N	Valid	70
	Missing	0
	Mean	58.5000
	Median	59.0000