



جامعة قاصدي مرباح ورقلة

كلية علم النفس وعلوم التربية

قسم علم النفس



رقم التسجيل: .....

رقم التسلسلي: .....

## فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من حالة القلق لدى النساء الحوامل لأول مرة

دراسة ميدانية على عينة من النساء الحوامل لأول مرة بمدينة ورقلة و ضواحيها  
مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي

تحت إشراف:  
د. ياسين محجر

من إعداد الطالبة :  
\* صحراوي فاطمة الزهراء

لجنة المناقشة :

جامعة ورقلة  
جامعة ورقلة  
جامعة ورقلة  
جامعة ورقلة

رئيسا  
مشرفا ومقررا  
مناقشة  
مناقشة

د. أبي مولود عبد الفتاح  
د. محجر ياسين  
د. خلادي يمينة  
د. محمدي فوزية

السنة الجامعية 2015/2014

# الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى والديا العزيزين، وإخوتي وأخواتي،

كما

لا أنسى جدتي الغالية وجميع أفراد عائلتي، إلى صديقاتي وزملائي، إلى  
زوجي الحبيب وأبنائي الأعزاء.

فاطمة الزهراء

# شكر و تقدير

الحمد لله الذي وفقني لإنجاز هذا العمل، وأتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ الشرفه "ياسين محجر" الذي ساهم بجهده ووقته في سبيل إتمام هذا البحث، كما لا أنسى كل من الأساتذة: محمد سليم خميس، عبد الفتاح أيي ميلود، منصور بن زاهي، وردة بلحسيني، زهية باعلي، كما لا أنسى زميليا خالد فرتوني و عبد اللطيف باعمر الذين لم يخلوا عليا بتوجيهاتهم ونصائحهم لتجاوز صعوبات البحث، وأتقدم أيضا بالشكر الجزيل إلى مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية، و كذا الدكتورين: طاليبي، وزغارة، و القابلة:فراجي الذين فتحوا لي أبواب عياداتهم و سهلوا علي المهمة.

### مقدمة :

تعتبر الأمومة حلم أي فتاة ،قد تحمله معها منذ طفولتها وعندما تحقق هذا الحلم تبدأ مجموعة من التساؤلات التي تطرأ في ذهنها و التي تجعلها في حالة نفسية مضطربة ، حيث غالبا ما يرتفع مستوى القلق لديها و خاصة أن هذا الحدث تجربة جديدة بالنسبة و يبقى أمر مجهول بالنسبة لها .

و علمية الحمل تعتبر سلسلة مهمة في حياة المرأة وذلك بسبب علمها بأنها سوف تضع كائنا حيا و ستتحول من امرأة عازبة إلى أم ،كما أن عملية الحمل تشكل عبأ جديدة على المرأة و ذلك بسبب المتطلبات والمسؤوليات المترتبة على الحمل والولادة والتربية. و المرأة الحامل ليست بكائن إنساني مريض ، و لكن يجب أن لا تقوم بعمل شاق متعب أو ما يمكن أن يؤثر على حملها و صحتها (فيصل خير الزراد ،2000 ، ص 442) .

و عندما تكون اتجاهات أم المستقبل ذات طبيعة سلبية قد تكون مضطربة من الناحية الإنفعالية ، ولقد اجريت العديد من الدراسات لإلقاء الضوء على تأثير الحالة الانفعالية للأم على الجنين بالإضافة على تركيز دراسات أخرى على تأثير عدد من العوامل كالتدخين و استخدام العقاقير و المرض على الجنين أثناء فترة الحمل (عادل عز الدين الأشول ، 1998 ،ص 188) .

و على مستوى نفسي فإن الحمل يشكل مشكلة نفسية لدى المرأة الحامل رغم أن الحمل قد يكون مرغوبا فيه ،حيث يختلط حالات الخوف والفرح ،وحالات القلق ،خاصة إذا كانت التجربة الأولى بالنسبة إلى المرأة الحامل وهذا القلق و الخوف قد يضر بصحة الجنين و يؤدي إلى ولادة قبل الأوان (الزراد ،2000، ص 443) .

ولذلك كان من الضروري وضع و تصميم برنامج إرشادي يخفف من حالة القلق لدى النساء الحوامل لأول مرة ،فقد أثبتت العديد من الدراسات أن حالات القلق لدى النساء الحوامل تؤثر سلبا على صحة الأم و على صحة جنينها أو حتى على طريقة الولادة،



وعلى ضوء كل ذلك تطرقت الباحثة في هذه الدراسة إلى وضع تصميم و خطة منهجية تشمل على بايين :

حيث يشمل الباب الأول :الجانب النظري :الذي يحتوى على أربع فصول و هي كالاتي :  
الفصل الأول : عرض فيه تقديم الدراسة من تحديد المشكلة و متغيرات الدراسة و تساؤلات الدراسة وما يتبعها من فرضيات ، و بيان أهمية الدراسة و الهدف منها ،ثم حدود الدراسة و ختم هذا الفصل بالتحديد المفاهيم الاجرائية .

و الفصل الثاني : فقد تم فيه تناول القلق النفسي ، ماهيته و أهم النظريات المفسرة له ، و حالة القلق و سمة القلق النفسي ، و معرفة أسبابه و أعراضه و طريقة قياسه ، كما عرضت نسبة الإصابة و انتشاره ، بالإضافة إلى معايير تشخيصه و طرق علاجه ، كما تم الإشارة إلى المرأة و القلق ، إلى الحمل والقلق وفي الأخير التأثيرات الناتجة عن القلق.  
أما الفصل الثالث: فقد خصص للحمل والمرأة الحامل ،حيث تم التعرض لمفهوم الحمل و المرأة الحامل ،كما أنه تم تقسيمه إلى قسمين :القسم الأول خصص لفيزيولوجية الحمل : كيف يحدث ،كيفية تشخيصه و أخطاره و المؤثرات الوراثية و البيئية في المرحلة الجنينية ،وكذا رعاية الأم الحامل و حقها النفسي .

أما القسم الثاني فقد خصص لسيكولوجية الحمل :من الأسباب العصابية و الصحية للراغبة في طفل ،إلى الاتجاهات نحو الحمل ،و الارتباط النفسي بين الأم والطفل، و الطبيعة النفسية لزوج المرأة الحامل وكذا تأثيرات الحمل على العلاقة الزوجية، و الإضطرابات المرتبطة بالحمل ،ثم إجراءات خاصة خلال الحمل ،و في الأخير عملية الولادة.

وفي الفصل الرابع :فقد خصص للدراسات السابقة ،أين تناولت الدراسات التي تناولت القلق أثناء الحمل ،و الدراسات التي تناولت القلق بصورة عامة و القلق أثناء الحمل وعلاقته ببعض المتغيرات و ختم بخلاصة لخصت فيه الباحثة وجهة نظرها الخاصة و عرضت فيه أوجه الشبه والاختلاف في هذه الدراسات .

أما الباب الثاني :فقد خصص للجانب التطبيقي أين قسم إلى فصلين:  
الفصل الخامس : الذي تتم فيه الاجراءات التطبيقية للدراسة من تحديد المجال الزمني و  
المكاني للدراسة ، المنهج المتعب ،تجريب المقياس ، معرفة الخصائص السكومترية ،  
أدوات الدراسة ، مجتمع الدراسة ، بالإضافة إلى العينة : خصائصها و وصفها ،  
والأساليب الإحصائية المستعملة في البرنامج .

أما الفصل السادس: فقد تم فيه عرض و تحليل و تفسير النتائج تبعا و هذا تبعا لكل  
فرضية انطلاقا من الإطار النظري و الدراسات السابقة و في الأخير ختمت الباحثة  
بمجموعة من التوصيات فيها بعض الاقتراحات و في النهاية أرفقت الدراسة بقائمة  
المراجع التي اعتمدت عليها الباحثة و مجموعة من الملاحق لزيادة التوضيح أكثر .

# الباب الأول الجانب النظري

# الفصل الأول

## تقديم موضوع الدراسة

- مقدمة
- تحديد مشكلة الدراسة
- تساؤلات الدراسة
- الفرضيات
- أهمية الدراسة
- أهداف الدراسة
- حدود الدراسة
- الأدوات المستخدمة في الدراسة
- المفاهيم الإجرائية

### مقدمة:

كنت أعمل سابقا أخصائية نفسانية في وحدة الكشف والمتابعة بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية، ولاحظت أن أغلب حالات الأطفال الذين كانوا يعانون من مشاكل نفسية كالإفراط الحركي، العدوان، التخلف العقلي، التوحد، التأخر الدراسي ....، و حتى المشاكل الصحية كالسكري والصرع، اضطرابات الأكل (النحافة، السمنة) و اضطرابات النوم .كانت الأم تشير في أغلب المقابلات أنها مرت بحالة نفسية مضطربة سببها القلق أثناء الحمل(كنت مقلقة بزاف...).

ولذلك كان لازما التعرض لهذه الظاهرة (قلق المرأة أثناء الحمل)،و التخفيف منها للحصول على أطفال أسوياء قدر الإمكان.

### تحديد مشكلة الدراسة :

يعتبر القلق من أهم الموضوعات التي أخذت حضا وافر من الدراسة في ميدان علم النفس وفي شتى فروعه، باعتباره العرض المشترك في جميع الأمراض النفسية والعقلية . لذلك كان ولازال الموضوع الذي يستهوي علماء النفس والمنظرين فيه، ويعتبرونه المتغير الأساسي في الكثير من النظريات الشخصية .ومع التطور السريع الحاصل في المجتمع زادت من انتشار ظاهرة القلق بين أفراد المجتمع، وذلك نتيجة للضغوط البيئية التي يتعرضون لها.فكانت سببا لظهور مشكلات سلوكية أو أمراض عضوية كثيرة .

فبعدها كان العديد من الأمراض كالجلطة والذبحة الصدرية وانفجار في المخ والقرحة المعدية والقولون العصبي من الأمراض التي تصيب الكبار بعد الستين .إلا أن نسبة عالية من الشباب أصبحوا يعانون من هذه الأمراض والسبب في ذلك هو زيادة الضغوط الحياتية والقلق الدائم ونوعية الحياة التي تجعل الكثير عرضة لهذه الأمراض .

"القلق هو حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له كثيرا من الكدر والضيق والألم، والقلق يعني الإنزعاج، والشخص القلق يتوقع الشر دائما. ويبدو متشائما ومتوتر الأعصاب ومضطربا. كما أن الشخص القلق يفقد الثقة بنفسه، ويبدو مترددا عاجزا عن البث في الأمور، ويفقد القدرة على التركيز". (فاروق السيد عثمان 2001- ص18).

والقلق هو "خبرة وجدانية غير سارة يمكن وصفها بأنها حالة من التوتر والاضطراب وعدم الإستقرار والخوف وتوقع الخطر. وينشأ عن منبه يكون بمثابة نذير بفقدان التوازن بين الفرد والبيئة، ويؤدي إلى سلوك يهدف إلى إعادة التوازن". (سهير أحمد 1991- ص387).

ومع ذلك فإن القلق له جوانب إيجابية (القلق السوي) حيث يساعد على البناء والإنجاز والنجاح، أما الجوانب الأخرى السلبية فهي التي تؤدي إلى الفشل والتوتر وسوء التكيف منها رهاب القلق، قلق الإمتحان، قلق الموت، القلق الإجتماعي، قلق التصور المعرفي....

وتعود أهمية هذه الدراسة إلى معرفة مدى تأثيرات القلق الكبيرة على الفرد، خاصة على المرأة حيث أكدت الدراسات أن نسبة تعرض المرأة لاضطراب القلق هي أكبر بمرتين من نسبة تعرض الرجال لهذه المشكلة، رغم أن أسباب هذا الاختلاف بين الجنسين ليست كلها واضحة. وهذا يعود إلى أسباب أخرى، والذي يجعل النساء أكثر عرضة لاضطراب القلق هو أنه بالرغم أننا لا نملك كافة الأجوبة على مسألة تعرض النساء بنسبة أكبر من الرجال لخطر تطوير اضطراب القلق. إلا أن اختلافات كثيرة معروفة تميز المرأة عن الرجل تساعدنا في تفسير هذه الظاهرة، ومن هذه الاختلافات، الفروقات على طريقة تربية الصبيان والفتيات. وميل المرأة الطبيعي لإظهار مشاعر عاطفية أقوى من مشاعر الرجل، فضلا عن الفروقات البيولوجية المتعلقة بكيفية تعامل كل من الرجل

والمرأة مع الإجهاد. (هولي هازليت ستيفنس، ترجمة ساندراس الشاعر 2008 - ص 12-13).

فأكثر حالة يظهر فيها قلق المرأة هي في مرحلة الحمل خاصة إذا كان الحمل لأول مرة، فرغما فرحها بهذا الحمل إلا أنها ينتابها القلق حول سلامة الطفل حول الولادة، كيفية تنشئة هذا الطفل واعتبارات أخرى كثيرة. كما أنها تعيش قلق كبير إذا كان الحمل غير مرغوب فيه أو أنه لم يخطط له، أو أنها مرت بإجهادات سابقة، كما يكون للمشاكل الأسرية دورا كبيرا في ظهوره.

فبذلك كان من المهم الإهتمام بدراسة هذا الموضوع رغم إمكانية التعرض لدراسة هذا الموضوع سابقا، إلا أنه من المهم أن نسلط الضوء على الموضوع. حيث لاحظنا وجود الكثير من الأطفال الذين يعانون من بعض الاضطرابات النفسية (اضرابات في السلوك، اضطرابات في النطق والكلام،....)، وحتى إصابتهم ببعض الأمراض الجسمية، وذلك نتيجة لمرور الأم بحالة قلق وتوتر أثناء فترة الحمل بهذا الطفل، إما لوجود مشاكل أسرية، أو نفسية و اجتماعية.

فكلما قمنا بتخفيف هذا القلق أثناء الحمل، كلما كانت احتمالية الحصول على طفل سليم معافى من الأمراض الجسمية والنفسية، وكذا سلامة الأم من الأمراض الناتجة عن الحمل والولادة، فكلما كانت مرتاحة هادئة سعيدة سيقوى جهازها المناعي وتكون في صحة جسمية جيدة هي وطفلها معا، وكلما كانت في قلق واضطراب زادت احتمالية سوء صحتها وصحة طفلها، لأن النفس والجسد وجهان لعملة واحدة، كل في تأثير وتأثر .

وعدم الاهتمام بهذا الموضوع ينتج مشاكل كثيرة منها ما سبق ذكره وكذا ارتفاع نسبة الطلاق أثناء فترة حمل المرأة، وكثرة المشاكل الزوجية والأسرية في هذه الفترة بالخصوص.

فقد أثبتت بعض الإحصائيات أن الحالة النفسية تلعب دوراً مهماً في حالة الجنين وتكوينه، كما يؤدي الإستقرار النفسي للحامل إلى انتظام وظائف أعضائها كالقلب، الكبد، الكليتين، وانتظام الهرمونات وغير ذلك. الأمر الذي يساعد الجسم على القيام بواجبه نحو الجنين، ويورد له المواد الغذائية والأكسجين عبر المشيمة، أما إذا اضطربت نفسية الحامل فقد يؤدي ذلك إلى اضطراب أعضاء الجسم ووظائفه الأمر الذي يعود على الجنين بالضرر، كما أن الأطباء يحذرون من الانفعالات النفسية الشديدة التي يمكن أن تسبب انفكاك المشيمة قبل أوانها في الأشهر الأخيرة .

ومن خلال استطلاعات جريدة (الوطن) لبعض آراء مجموعة من الزوجات عن أحوالهن في فترة الحمل وآراء مجموعة من الأزواج عن فترة حمل زوجاتهم، فوجدت اختلاف في آرائهن، بما أن الحمل حدث فسيولوجي طبيعي تمر به النساء، فهو يحمل للمرأة العديد من الدلالات النفسية والاجتماعية ويختلف من امرأة إلى أخرى حسب مدى تقبلها للحمل، وبالتالي لزوجها. (<http://Foum.sedty.com/t202876htn>).

و أشارت الأخصائية النفسية والمتخصصة في تعديل السلوك "حنان مصطفى" إلى أن الحالة النفسية للزوجة الحامل يمكن تحديد مدى إيجابياتها أو سلبياتها حسب نظرتها لحدث الحمل نفسه، فبعض السيدات يتعاملن مع الحمل على أنه حدث فسيولوجي طبيعي، ويتفاعلن معه ببساطة، ويعشن جميع مراحلها بمنتهى السعادة، والبعض الآخر من الزوجات تؤمن ببعض المعتقدات والمخاوف الخاطئة التي ترتبط بفترة الحمل، مما يجعلها تعيش هذه المرحلة بالكثير من الخوف والتوتر والرعب، مما يؤثر عليها وعلى الجنين وبالتالي على الزوج.(نفس المرجع)

مع الحمل تعاني معظم السيدات من الضغوط العصبية والقلق النفسي بدرجات متفاوتة، حتى أن علماء النفس يعتبرون الحمل واحد من عشر أحداث التي تؤثر على



نفسية الإنسان وتترك آثارها عليه لفترات طويلة من حياته، وللضغوط النفسية والقلق العصبي آثار خطيرة على صحة الجنين، حيث أوضح بحث حديث أجري في بريطانيا أن النساء اللواتي يعانين من القلق والتوتر أثناء الحمل يتعرضن لخطر ولادة مواليد صغار الحجم وغير مكتملي النمو وقد تظهر على هؤلاء المواليد علامات القلق، فيكون باستمرار ولا يأكلون أو ينامون بشكل غير طبيعي واحتمالات أن يكونوا كثيري الحركة واردة بنسبة كبيرة. (<http://www.alriyadh.com/2009/07/01/article441354.shtml>)

وترى "جلوفر" عالمة النفس وباحثة في مستشفى كوين شارلوت وتشلسي: أن التأثير النفسي على الجنين أصعب من أن يوصف. فقد اتضح أن الاستجابة العصبية للضغوط تبدأ منذ أن يكون الإنسان في الرحم، لهذا فإذا كانت الأم عصبية أثناء الحمل سيتأثر جهاز طفلها واستجاباته العصبية طوال حياته. وفي جامعة كاليفورنيا في أمريكا أجريت تجربة على القروود لقياس أثر التوتر النفسي على الجنين، حيث جرى تعريض إناث القروود إلى أصوات عالية بشكل مفاجئ أثناء الحمل مما سبب لها توترا عصبيا، وبعد الولادة ظهرت على الصغار أعراض كثرة الحركة، واستمرت مراقبتهم 4 سنوات فاتضح معاناتهم من قلة الانتباه والتركيز وصعوبة السيطرة على تصرفاتهم. (نفس المرجع)

كما أجرى باحثون في جامعات بترسبرغ وبنسيفينيا وكاليفورنيا في لوس أنجلس دراسة على عينة من النساء الأمريكيات من أصل إفريقي وعلى نساء أخريات من الأقليات ذوات المداخل المنخفضة، وتوصل الباحثون إلى هذه النتيجة بعد الإستعانة بمؤشر قياس القلق الشخصي "سبيلبيرغس ستايت - ترايت إنفتوتري" الذي يركز على تأثير ضغط الحياة على المرأة، وعلاقة ذلك بالكآبة من أجل معرفة تأثير القلق على الأمهات في الشهرين الرابع والسابع من الحمل وقبل الولادة. ووجدت الدراسة التي نشرت في دورية طب الأطفال وعلم أمراض الولادة أن القلق خلال الحمل يؤثر على وزن الطفل أكثر من عوامل أخرى لها علاقة بتناول الأدوية أو الوضع التعليمي للمرأة أو

العرق الذي تنتمي إليه، وخلص الباحثون إلى أن المرأة التي تشعر بالقلق خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل تلد أطفالاً صغار الحجم وأن ذلك يظهر بشكل واضح إذا كانت الأم تشعر بالقلق الحاد خلال الشهر الأول أو الثاني من الحمل. ([http://www.alarab.net /article20117](http://www.alarab.net/article20117))

لهذا كان من الضروري وضع برنامج إرشادي قصد التخفيف من القلق لدى النساء الحوامل، حيث تكمن أهمية إعداد مثل هذه البرامج في الوقاية والعلاج.

و الإطار النظري الذي اتبع في هذه الدراسة هو الإطار المعرفي السلوكي.

حيث يشمل هذا البحث على المتغيرات الآتية:

— البرنامج الإرشادي كمتغير مستقل ، و حالة القلق أثناء الحمل الأول كمتغير تابع.

أما المتغيرات غير التجريبية هي المتغيرات الدخيلة التي ترجع إلى مؤثرات من مصادر خارجية، بحيث تؤثر على التابع، ولذلك استوجب ضبطها والسيطرة عليها قدر الإمكان حتى نحد من تأثيرها وهي:

— سن المرأة الحامل.

— المستوى التعليمي .

— معرفة المرأة لجنس المولود.

— عمل المرأة الحامل.

— وجود القلق كحالة .

— الرعاية والمتابعة الصحية للحمل.

- المستوى الاقتصادي و الاجتماعي للمرأة.
- المستوى التعليمي للزوج.
- الوضع المهني للزوج.
- فارق السن بين الزوجين أقل من 10 سنوات .
- مدة الزواج قبل حدوث الحمل عامين .
- مصاحبة المرأة لمرض مزمن أثناء مدة الحمل.(السكر،الضغط،القلب،الكلية....)
- غياب الزوج.(مرافقتها عند الطبيب).
- نوع الأسرة (النوية — الممتدة )

**تساؤلات الدراسة:** ومن خلال كل هذا وسعياً وراء التخلص من هذه المشكلة يمكن طرح التساؤلات التالية :

- 1— هل هناك قلق لدى النساء الحوامل لأول مرة المنتمية للعينة؟
  - 2— هل هناك أثر لبرنامج إرشادي في تخفيف القلق لدى هؤلاء النساء(قبلي وبعدي)؟
- كما تطرح مجموعة من التساؤلات الثانوية والتي تم صياغتها كما يلي :
- 1— هل يختلف تأثير البرنامج الإرشادي في تخفيف القلق باختلاف سن المرأة؟
  - 2— هل يختلف تأثير البرنامج الإرشادي في تخفيف القلق باختلاف معرفة جنس المولود؟
  - 3— هل يختلف تأثير البرنامج الإرشادي في تخفيف القلق باختلاف عمل المرأة؟

4- هل يختلف تأثير البرنامج الإرشادي في تخفيف القلق باختلاف المستوى التعليمي (متوسط ثانوي جامعي)؟

**الفرضيات:** ومن خلال نتائج الدراسات السابقة وكإجابة محتملة لمشكلة البحث، تم صياغة الفروض التالية :

- 1- هناك قلق لدى النساء الحوامل لأول مرة المنتمية للعينة .
- 2- هناك أثر لبرنامج إرشادي على تخفيف القلق لدى هؤلاء النساء الحوامل لأول مرة. وقد تم طرح فرضيات جزئية كاختبار لهتين الفرضيتين وهي:
- 1- هناك أثر لبرنامج إرشادي في تخفيف القلق باختلاف سن المرأة.
- 2- هناك أثر لبرنامج إرشادي في تخفيف القلق باختلاف معرفة جنس المولود.
- 3- هناك أثر لبرنامج إرشادي في تخفيف القلق باختلاف عمل المرأة.
- 4- هناك أثر لبرنامج إرشادي في تخفيف القلق باختلاف المستوى التعليمي (متوسط ا ثانوي ا جامعي).

### أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذا البحث العلمي في تزويد المجتمع بالمعرفة والعلم والمساعدة الإيجابية، بتقديم برنامج إرشادي يساعد على تخفيف القلق لدى النساء الحوامل، وتحسين حالتهم النفسية والتي بالضرورة ستؤدي إلى تحسن الحالة الصحية لهن ولأجنتهن، ولا شك أن هذا الجانب ينطوي على أهمية كبيرة سواء من الناحية النظرية أو من الناحية التطبيقية . فمن الناحية النظرية تكمن أهمية هذا البحث في أنه يتناول موضوعا لا طالما بقي محط اهتمام الباحثين في ميدان علم النفس ألا وهو القلق، خاصة في فترة الحمل والذي تنجر

عنه مشاكل عديدة نفسية وجسمية، تظهر نتائجها على الأم والطفل، وحتى الأب والعائلة  
عموما.

كما تكمن أهمية هذا البحث في الكشف عن دور البرنامج الإرشادي في خفض مستوى  
القلق لدى النساء الحوامل، وتحسين الحالة النفسية والوصول بهن إلى الاستقرار النفسي  
والهدوء أثناء الحمل، وهذا نظرا لأهمية هذه المرحلة وما يمكن أن تحمله من عواقب إذا  
ما تم تجاهلها وإهمالها (نفسيا وصحيا).

كما تزداد الأهمية في أن مثل هذه الدراسات قليلة في مجتمعنا العربي خاصة في الجزائر،  
ويتضح ذلك من خلال الدراسات السابقة القليلة والتي تكاد تكون منعدمة، مقارنة  
بالدراسات الأجنبية.

وأما من الناحية التطبيقية فهو يفيد المهتمين بالإرشاد والعلاج في مجال علم النفس وحتى  
مجال الطب. كما يهتم هذا البحث بتقديم برنامج يساهم في خفض القلق لدى النساء  
الحوامل، ومن خلال ما يصل إليه البحث من نتائج، والتي يمكن أن تساعد في تقديم  
البرامج والمقترحات التي تفيد في مجال علم النفس، من تطوير البحث العلمي وإثراء  
المكتبات خاصة الجزائرية، وكذا انتشار الوعي الصحي والقضاء على المشكلة، وبذلك  
الوصول إلى تغيير المعتقدات الخاطئة حول الحمل في المجتمع الجزائري والعربي عامة.

أهداف الدراسة : يهدف هذا البحث إلى :

- 1- إعداد برنامج إرشادي، وتطبيقه على أفراد عينة البحث .
- 2- معرفة مدى فاعلية برنامج إرشادي في خفض مستوى القلق لدى عينة من النساء  
الحوامل، وكذا محاولة تفسير استمرار القلق في حالة عدم تطبيق البرنامج.
- 3- معرفة الفروق لدى أفراد العينة البحث في مقدار القلق قبل وبعد تطبيق البرنامج.

حدود الدراسة : تكمن حدود البحث في :

1- الحدود البشرية :تتمثل في نساء حوامل لأول مرة تم اختيارهن بطريقة قصدية.

2- الحدود المكانية:مصالح الأمومة والطفولة بمديرية الصحة:

– عيادات متعددة الخدمات بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بورقلة.

– عيادات خاصة وأمراض النساء والتوليد بورقلة.

3-الحدود الزمنية: تمت هذه الدراسة بين السنة الجامعية 2013—2014.

الأدوات المستخدمة في الدراسة :

– البرنامج الإرشادي.

– مقياس القلق كحالة لسيلبيرجر.

– استمارة جمع المعلومات الإكلينيكية.

المفاهيم الإجرائية:

1- حالة القلق: هو أن تحصل المرأة الحامل لأول مرة بمصلحة الامومة والطفولة في

مدينة ورقلة على درجة أقل من 25 أو أكثر من 28 درجة في مقياس حالة القلق

لسيلبيرجر في القياس القبلي.

2- البرنامج الإرشادي:هو مجموعة من الإجراءات التي يتم تخطيطها على أسس علمية،

والتي تهدف إلى مساعدة أفراد عينة البحث اللواتي يعانون من حالة القلق بهدف التخفيف

منه. وهو مجموعة من التقنيات الإرشادية التي تعتمد على فنيات معرفية مثل: إعادة البناء

المعرفي(من خلال جدول الأفكار)، والتدريب على أسلوب حل المشكلات. وفنيات سلوكية

مثل: النمذجة، التدريب على الاسترخاء، والواجبات المنزلية، وذلك وفقا للنظرية المعرفية السلوكية.

# الفصل الثاني

## القلق النفسي

- مقدمة
- ماهية القلق
- النظريات المفسرة للقلق
- حالة القلق وسمة القلق
- أسباب القلق
- أعراض القلق
- قياس القلق
- نسبة الإصابة وانتشار القلق
- معايير تشخيص القلق
- علاج القلق
- المرأة والقلق
- الحمل والقلق
- التأثيرات النفسية الناتجة عن القلق
- الخلاصة



مقدمة:

إذا كنا نشعر بالتوتر والخوف من وقت إلى آخر، عندما يكون علينا التقدم لامتحان أو مقابلة هامة مثلا، فإننا لا شك نعرف معنى القلق أو الخوف، ولا شك بأن مشاعر القلق في حدودها المعتدلة أمر عادي بالنسبة لأغلب الناس، غير أنها لقلّة منهم تكون عنيفة ومقيمة ومخلّة ولا تتناسب في حدتها مع الظروف المثيرة لها، وعندها نكون أمام ما يعرف باضطراب القلق.

(راضي الوقي 2003 ص 620)

ويعده محمد عبد الرحمان السيد بأنه: عصب الحياة النفسية وسمة مميزة لهذا العصر حيث يمثل واحدا من أهم الاضطرابات المؤثرة على الناس في كافة أنحاء المعمورة حتى أطلق بعض علماء النفس على العصر الذي نعيش فيه اسم عصر القلق، ولقد بينت الإحصاءات أن واحدا من كل أربعة أشخاص يتعرض لواحدة أو أكثر من اضطرابات القلق.

(عبد اللطيف حسين فرج 2009 ص 125)

وبالرغم من أن ظاهرة القلق مرتبطة بتاريخ الإنسان ارتباطا وثيقا وتختلف عنفا وضعفا من زمن لزمان وقلّة وكثرة من مكان لمكان فهو عند الصفوة من المفكرين يظهر بوضوح في طرائق مجادلتهم، وعند العامة من الناس يظهر في شكل الخوف من مصائب الحياة ونوازل الشدائد، رغم كل ذلك فإنها في العصر الحديث أصبحت كلمته إسمال: "ظاهرة مرضية" تشير إلى خطر يتهدد الحضارة وأصبحت كلمته في حضارتنا أكثر تداولاً وأيسر مثلاً من أي كلمة أخرى، وترادف لها فيض من الألفاظ وتولد منها كثير من المعاني مثل: الهدوء الحزين، توتر الأعصاب... الهموم اليأس..

(محمد ابراهيم الفيومي 1985 ص 28)

ومنذ منتصف القرن الماضي أصبحت البحوث عن القلق لدى الإنسان أكثر سهولة ويسرا وذلك نتيجة لأمرين هما:

1- تطور المفاهيم التي وضحت القلق بوصفه تكويننا نظريا.

2- تطوير عدة مقاييس لقياس القلق.

ويستخدم مصطلح القلق من الناحية العلمية بوصفه حالة انفعالية غير سارة ويستخدم أيضا لوصف الفروق الفردية ذات الثبات النسبي بوصفه سمة في الشخصية .

(أنس شكشك 2009 ص 07)

**1/ ماهية القلق النفسي :**

**1- القلق لغة :**

لم ترد كلمة القلق ولا مصدرها الثلاثي في القرآن الكريم ولا في الحديث النبوي أما في معاجم اللغة العربية فيشير مصطلح القلق الى حالة الانزعاج والحركة المضطربة.

وفي اللغة الانجليزية يقابل مصطلح القلق مصطلح Anxiété حيث يعرف في معجم اكسفورد (1989) على انه احساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل . كما يعرف في معجم وبستر Webster على انه احساس غير عادي وقاهر من الخوف والخشية وهو دائما يتصف بعلامات فسيولوجية مثل: التعرق والتوتر وازدياد نبضات القلب , وذلك بسبب الشك بشأن حقيقة طبيعة التهديد وسبب شك الانسان بنفسه حول قدرته على التعامل مع التهديد بنجاح. (عبد اللطيف حسين فرج 2007 ص 127)

كما جاء في المعجم البعلبكي ، أن القلق لغة هو : من كلمة قلق قلقت أي اضطرب وانزعج فهو قلق ومقلق وكلمة أقلق أي أزعج .

وعرفه ابراهيم وآخرون بأنه :أصله (قلق وقلقا : أي لم يستقر في مكان واحد ولم يستقر على حال ، واضطرب وانزعج ) و(المقلق ):الشديد القلق ، يقال رجل مقلق وامرأة مقلق.

وعرفه ( ابن منظور ) أنه الانزعاج ويقال بات قلقا وأقلق غيره، وقلقه حركه من مكانه وفي حديث علي : "أقلقوا السيوف في غمدها أي في مرقدتها في أغمادها".  
ويتضح من التعريف اللغوية السابقة للقلق على أنها اتفقت في دلالاتها على أن القلق يقصد به الاضطراب وعدم الاستقرار وعدم الطمأنينة .

( صالح اسماعيل عبد الله الهمص 2010 ص 27 )

## 2- القلق كمصطلح :

لقد عرف العلماء القلق وفقا لتوجهاتهم النظرية فقد عرف "فرويد" القلق تعريفا تحليليا بقوله : "أنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الانسان ويسبب له كثيرا من الكدر والضيق والألم، والقلق يعني الانزعاج، والشخص القلق يتوقع الشر دائما ، ويبدو متشائما ، ومتوتر الأعصاب ومضطربا. كما أن الشخص القلق يفقد الثقة بنفسه ويبدو مترددا عاجزا عن البث في الأمور ويفقد القدرة على التركيز.

(فاروق السيد عثمان , 2001 ص 18)

ويرى " دولارد" و"ميلر" أن : "القلق يمثل مشاعر بغیضة مشابهة للخوف الذي يظهر دون تهديد خارجي واضح ، وقد يكون القلق حالة سيكولوجية أولية أو عرضا لمرض جسمي ضمني أو حالة مرضية . بينما يعرف "وولكر" و"روبرتس" (1983walker&robert) القلق بأنه: "استجابة أو رد فعل داخلي دون وجود سبب خارجي مهدد بحيث تؤدي هذه الاستجابة إلى إثارة الفرد داخليا ،وقد يرتبط القلق بموضوع او موقف خارجي غير خطير بحيث يسلك الفرد وكأنه خائف لسبب غير واضح أو معروف".

( جاسم محمد عبد الله المرزوقي , 2008 ص 36 )

كما يعرفه "أروون بيك" تعريفا معرفيا بأنه : "انفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيراً معبراً عن تقويم أو تقرير لخطر محتمل".

كما عرفه "شافر" و"دوركس" تعريفا سلوكياً حيث هو: "استجابة مكتسبة تحدث تحت ظروف أو مواقف معينة ثم تعمم الإستجابة بعد ذلك".

(عبد اللطيف حسين فرج , 2009 ص 128)

وقد قسم القلق إلى أربع مستويات :

1- القلق البسيط : عبارة عن مشاكل نادرة وتترافق مع ضغط، لكن يميزه زيادة مجال الإدراك الجيد .

2- القلق المتوسط : يزيد مستوى القلق ويقل الإدراك مع انقباض العضلات ووجود علامات عدم الراحة .

3- القلق الشديد: اضطراب مستوى ومجال الإدراك، ويعاني فيه الشخص من عدم القدرة على الانجاز وتكون هناك أعراض جسدية ( صداع ، اضطرابات القلب والأرق ) وأعراض عاطفية مثل :الاضطراب والفرع .

4- نوبة رعب : أكثر درجات القلق وأكثرها صعوبة يكون فيها الشخص غير قادر على التركيز والإدراك ووجود بعض الهلوس ويكون تصرف الشخص فيه نوع من الشدة أو ينسحب كلية من البيئة والشعور بأنه قد يصاب بالحزن.

(نفس المرجع ص 28)

2/النظريات المفسرة للقلق النفسي :

تعددت النظريات المفسرة للقلق وذلك بتعدد المدارس النفسية التي كانت تجمع تحت لوائها مجموعة من العلماء البارزين في علم النفس وفيما يلي تعداد بعض النظريات التي حاولت تفسير القلق .

1- التفسير الحيوي : يؤكد على دور الجهاز العصبي المركزي، فقد يكون القلق ردة الفعل غير المتعلمة والتي تنشط من خلال اختلال الوظيفة البيوكيميائية للدماغ، كما في حالة اضطراب الهلع في حين أن الصور الأخرى للقلق تكون متعلمة ، وهناك بعض الدراسات كما وردت في "اولتمس" و"توماس" (1998) oltmanns&thomas التي تشير إلى أثر العامل الوراثي للاضطراب ، كما في اضطراب الفزع والرهاب ، أما تأثيرات البيئة المحيطة فتبدو أعظم في حالة المخاوف المرضية المحددة.  
(جاسم المرزوقي 2008 ص 38)

2- التفسير التحليلي النفسي : يعتبر " فرويد" frud رائد مدرسة التحليل النفسي من أوائل من تحدثوا عن القلق في علم النفس ، بل يرى البعض أن هذا المفهوم لم يشيع استخدامه إلا عندما شاع في كتابات "فرويد" ، حيث يعود الفضل إليه في توجيه علماء النفس إلى الدور الهام الذي يلعبه القلق في حياة الإنسان .

وقد ميز فرويد بين نوعين من القلق هما :

1- القلق الموضوعي : هو الخوف من خطر خارجي معروف كالخوف من حيوان مفترس أو من الحريق .....وهذا النوع من الخوف أمر مفهوم ومعقول ، فالإنسان يخاف عادة من الأخطار الخارجية التي تهدد حياته .

(أنس شكشك 2009 ص 17)

و يسمى أيضا :القلق الواقعي، القلق الحقيقي أو القلق السوي.

2- **القلق العصابي**: خوف غامض غير مفهوم ، لا يستطيع الشخص أن يشعر به أو يعرف سببه ، فهو رد فعل لخطر غريزي داخلي مصدره "الهو ID" وينقسم إلى ثلاث أقسام :

أ- **القلق الهائم الطليق** : وهو قلق يتعلق بأية فكرة خارجية مناسبة أو أي شيء خارجي، والأشخاص المصابون بهذا النوع من القلق يتوقعون دائما أسوأ النتائج ويفسرون كل ما يحدث لهم أنه نذير سوء.

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

ج- **قلق الهستيريا**: يرى فرويد أن هذا النوع من القلق يبدو واضحا في بعض الأحيان، وغير واضح في بعض الأحيان الأخرى، كما يرى أن أعراض الهستيريا مثل: الرعشة والإغماء، صعوبة التنفس ، إنما تحل محل القلق ، وبذلك يزول الشعور بالقلق أو يصبح القلق غير واضح، ومن هنا نجد أن أعراض القلق الهستيريا نوعان: أحدهما نفسي والآخر بدني . (فاروق السيد عثمان 2001 ص 21)

3- **القلق الخلفي**: يرى فرويد أن الأنا الأعلى هو مصدر الخطر في حالة هذا النوع من القلق، أي أن يكون الفرد خائفا من أن يعاقبه الأنا الأعلى بسبب تفكيره في شيء مضاد لمعايير الأنا الأعلى.

ويتعارض مع معايير الوالدين أو المعايير الاجتماعية. لذلك فالقلق الخلفي ينشأ بصورة أساسية من الخوف من الوالدين وعقابهما.

و القلق مرتبط بمشاعر الإثم والذنب وهما شكل من أشكال القلق الخلفي أي أن القلق في هذه الحالة كامن في تركيب الشخصية، أو نجد أن مشاعر الإثم والخجل قد تجعل الفرد ينزل بنفسه العقاب تكفيرا عما حدث منه ذنب حتى يحصل على الراحة.

(حياة تيسير شعبان بسيو، 2006، ص 36).

3- التفسير السلوكي : قامت النظرية السلوكية بتحليل السلوك وحدات من المثير والاستجابة ، فالقلق في التصور السلوكي هو دافع للتوافق بما أننا نجده كخبرة غير سارة ، حيث ينظر إلى أي خفض للقلق على أنه هدف له أهمية، كما أن القلق يصبح مثيرا لميكانيزمات متعددة التوافق، التعلم الشرطي الكلاسيكي عند "بافلوف" يمدنا بتصوير عن اكتساب القلق من خلال العصاب التجريبي، حيث يتميز هذا العصاب بالصفات التالية:

1- السلوك العصابي هو نتيجة ضغط وتوتر وصراع بين نزعات الفعل المعززة، ونزعات الفعل غير معززة.

2- السلوك العصابي يتميز بالقلق وهذا يتضمن العقاب من أي نوع كان .

3- السلوك العصابي يتسم بمجموعة من الأعراض التي تعتبر غير عادية في نظر المعايير الاجتماعية .

(عبد اللطيف حسن فرح , ص 136)

ومن الواضح أن القلق في النظرية السلوكية يقوم بعمل مزدوج فهو دافع من ناحية ومصدر للتعزيز من ناحية أخرى ومن الممكن تلخيص وجهة النظر السلوكية في القلق بأنه استجابة اكتسبت نتيجة اقتران المثير المحايد بمثير يؤدي الى استجابة خوف ، وقد تم هذا الاقتران في ماضي الفرد.

ولقد عاب الكثيرون على هذه النظرية تركيزها المبالغ فيه على التعلم والمحددات البيئية واهمالها للعوامل البيولوجية والمعرفية .

( عبد اللطيف حسن فرح 2009 ص 137-138).

4- التفسير المعرفي : تركز هذه النظرية في تفسيرها للقلق باعتبار أن الفرد يسبق المواقف بأنماط من التفكير الخاطئ أو المشوه أو السلبي، المبالغ في تقدير خطورة المواقف، وبالتالي يميل إلى الفرد إلى التقليل من قدرته على مواجهة هذه المواقف.

5- التفسير السلوكي المعرفي : إن المبالغة والتهويل في تفسير الفرد لإحساساته الجسمية العادية كالزيادة في ضربات القلب وسرعة التنفس، تؤدي إلى إحساس الفرد بأنه في خطر حقيقي قد يؤدي إلى موته إذا لم يتعامل معه بجديّة، حيث يفسر الشخص زيادة لاضطرابات قلبه بأنها أزمة قلبية، مما يؤدي إلى زيادة الإحساس بالأعراض السلبية.

(جاسم المرزوقي 2008, ص 39)

**القلق نوعان :القلق حالة وسمة القلق.**

من خلال تحليل القلق يتضح أنه يتكون من نوعين:أحدهما "سوي" والآخر "مرضي"،أو القلق "الإيجابي"،والآخر "سلبي". فالأول يساعد على البناء والإنجاز والنجاح، أما الآخر فهو يؤدي إلى الفشل والتوتر وسوء التكيف .

القلق السوي هو "القلق خارجي المنشأ" أو القلق المستثار exogenous anxiety، و القلق الآخر يسمى "القلق داخلي المنشأ" endogenous anxiety

والقلق الأول عبارة عن "قلق الحالة" State Anxiety، والثاني "سمة القلق" Trait Anxiety، كما وضع تصورهما سبيلبيرجر.

(فاروق السيد عثمان،2001،ص 28)

3/حالة القلق وسمة القلق النفسي: كان "ريموند كاتل" R.B.Cattell أول من قدم مفاهيم حالة القلق State Anxiety وسمة القلق Trait Anxiety، و قام "سبيلبيرجر"



Spielberger بتطوير هذين المفهومين، ويمكن أن ننظر إلى حالات الشخصية Personality states بوجه عام على أنها قطاعات مستعرضة مؤقتة أو عبارة في تيار حياة الفرد، وإرجاع انفعالية تعبر عن حالات الشخصية، أن الحالة الانفعالية توجه في لحظة محددة من الزمن، وعند مستوى معين من الشدة، وتتميز حالات القلق بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر والخشية والعصبية والانزعاج.

كما تتصف بتنشيط الجهاز العصبي الذاتي وزيادة تنبهه.

(بدر محمد الأنصاري، 2001ص 347)

ويرى "كفاي": أن القلق مثله مثل الإحباط، والصراع عملية نفسية شائعة بين جميع الناس، فكلنا يعرف القلق ويعاني منه في بعض المواقف، أي أنه خبرة يومية حياتية عند الإنسان في جميع الأعمار، وهذا يقودنا إلى التفرقة التي أصبحت معروفة ومعترفا بها في علم النفس حديثا وهي التفرقة بين نوعين من القلق النوع الأول هو القلق كحالة أو حالة القلق State Anxiety، والنوع الثاني هو القلق كسمة أو سمة القلق Trait Anxiety .

(صالح إسماعيل عبد الله الهص، 2010، ص 31-32)

**1) حالة القلق:** تعرف بأنها استجابة انفعالية غير سارة تتسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر والخشية والعصبية، وتحدث هذه الحالة عندما يدرك الفرد أن هناك ما يهدده. وهذه استجابة طارئة تزول بزوال الأمر المقلق.

**2) سمة القلق:** تعرف بأنها استعداد ثابت نسبيا لدى الفرد، إذ تتصف بقدر أكبر من الإستقرار بالمقارنة مع حالة القلق، وهناك فروق فردية بين الأفراد في كمية إدراكهم للعالم، ويقال بأن الفرد يمتلك سمة القلق عندما يدرك العالم باعتباره مصدرا للتهديد والخطر على الأعم الأغلب.

(جاسم المرزوقي، 2008، ص 37-38)

في ضوء نظرية "قلق الحالة - قلق السمة" فإن الشعور بالقلق في مواقف الإحباط والصراع مسألة نسبية، تختلف من شخص لآخر بحسب الاستعداد للقلق عند كل منهما، فالشخص ذو الإستعداد العالي يظهر القلق والتوتر في موقف الإحباط والصراع أكثر من الشخص ذي الإستعداد المنخفض للقلق، لأن الأول يدرك العجز والفشل بسرعة، ولا يثق في قدراته وإمكانياته ، و يتوقع الشر، و يعجز عن اتخاذ قراراته.

(عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص 144).

**4/ أسباب القلق النفسي :** أصبح الانتشار الواسع للقلق في عصرنا الحالي يمثل ظاهرة ملموسة في كل المجتمعات تقريبا. حيث يصيب القلق الناس من مختلف الأعمار والمستويات .

والسؤال الذي يطرح نفسه هنا : ما هي الأسباب التي تجعل الناس يعانون من القلق؟

1- العامل الوراثي : هناك من العلماء من يتحدث عن دور انتقال القلق بالوراثة عبر الأجيال ، حيث تذكر الأرقام أن 17% من أقارب الدرجة الأولى لمريض القلق لديهم حالات مشابهة كذلك فإن القلق إذا أصاب أحد الأشقاء التوائم فإنه يصيب التوأم الآخر غالبا بنسبة 90% من الحالات .

(لطي الشربيني، 2010، ص 48-49)

فالمولود يأتي إلى العالم وهو مزود بقابلية واستعدادات متنوعة منها ما يجعل بعض الناس أقدر على تحمل الأمراض ومواجهة التجارب الشديدة ، ومنها ما يؤهل آخرين للوقوع فريسة لعدد من الاضطرابات البدنية والنفسية وما زال البحث العلمي في هذا المجال مستمرا.

( أنس شكشك, 2009 ص 26 )

- 2- العوامل البيولوجية : لقد بينت sadock,b و kaplan ,h (1996) عدة عوامل بيولوجية للقلق وهي :
- أ- زيادة نشاط الجهاز العصبي الذاتي ولا سيما الشق السمبثاوي .
- ب- زيادة إطلاق مواد الكاتيكول أميني Catecholamines في الدم .
- ت- ارتفاع نسبة نواتج أيض النور أدرينالين .
- ث- انخفاض في تركيز حامضي ( جاما بيوتيرك )، مما يؤدي إلى زيادة نشاط الدوبامين المرتبط بالقلق .
- ج- ازدياد ناقل السيروتونين العصبي بسبب القلق وازدياد نشاط الجهاز العصبي المركزي.
- ح- ظهور بؤرة نشطة في الفص الصدغي .
- خ- ازدياد نشاط البقعة الزرقاء الموجودة في النخاع المستطيل .
- ( أسامة فاروق مصطفى , 2011 ص 334-335 )

- 3- العوامل النفسية: ولعل من أهم العوامل المسببة للقلق التكوين النفسي للفرد وخصائص الشخصية التي يتميز بها، فبعض الناس بحكم تكوينهم، لديهم الاستعداد للإصابة بالقلق والاكتئاب أو غيره من الاضطرابات النفسية عند التعرض لأي ضغط خارجي خفيف يمكن لغيره تحمله .
- ( لطفي الشربيني , 2010 ص 48 )

- أ- الصراع النفسي: ينشأ القلق من صراع نفسي داخلي بين رغبة الطفل في اشباع دوافعه وحاجاته الطفلية وخوفه في الوقت نفسه من فقدان حب الوالدين إذا تحقق هذا الإشباع غير المشروع أو الذي يتعارض مع الظروف البيئية والاجتماعية والأخلاقية .

ب- عدم الشعور بالأمن : ولقد أرجع "أدلر" Adler القلق وعدم الشعور بالأمن إلى شعور الطفل بالقصور والعجز العضوي والبدني والقصور المعنوي والاجتماعي.

( اسامة فاروق مصطفى , 2011 ص 335 )

ج- نموذج جديد : تفاعل قوى ثلاث : وهذا النموذج يقوم على أساس تفاعل بين القوى الثلاث : القوى البيولوجية (biological) والقوى النفسية الشرطية ( psychological conditioning) وقوى الضغط (stress)، فهذه القوى تساعد على فهم التطور الطبيعي للاضطراب والتفاعل فيما بين الأعراض المختلفة والمضاعفات .

( دافيد شيهان , ترجمة عزت شعلان , 1988 ص 102 )

ومن العلماء من اعتبر أن هناك أسباب للقلق من الناحية الدينية ونذكر منها:

#### 4- العوامل الدينية:

1- عدم الاستيعاب لحقيقة الصلة بين الانسان وبين الله عز وجل .  
قال تعالى:(إن الذين قالوا ربنا الله ثم استقاموا فلا خوف عليهم ولا هم يحزنون). (الأحقاف،13)

2- عدم وضوح أهمية الهدف من رسالة الإنسان .

3- التعرض للنقد والتشكيك وانخفاض معنويات الإنسان .

4- التفكير المستمر والمتأزم بالحياة المعيشية والمستقبل المعيشي .

(صالح إسماعيل عبد الله الهص، 2010، ص 33 )

5/ أعراض القلق: يمكن تصنيف أعراض القلق إلى نوعين هما:

1- الأعراض البدنية : أي العلامات التي قد تكون موجودة في أجهزة الجسم :

- أ: الجهاز الهضمي : الإسهال والقيء والتقل بعد الأكل وجفاف الحلق وعسر الهضم.
- ب: الجهاز العصبي: الرعشة والدوار وزغلة العين والشعور بالتنميل .
- ج: القلب والجهاز الدوري : الخفقان وآلام الصدر والإغماء أحيانا .
- د: الجهاز التنفسي: سرعة التنفس التي قد تؤدي إلى تقلص بالأصابع .
- هـ: الجهاز البولي: كثرة التبول .
- و: الجهاز التناسلي: القذف المبكر والارتخاء عند الرجل واضطرابات الطمث عند المرأة .
- ز: الجلد: الشحوب والعرق البارد.

وكثير من مرضى القلق يراقبون أنفسهم، ويراقبون الأعراض التي يصابون بها، وهذا في حد ذاته يسبب صعوبات كثيرة لدى المريض.

وعلى سبيل المثال فإن المريض قد يبدأ في مراقبة خفقان قلبه وهذا يجعله يقلق ونتيجة لهذا القلق الزائد يزيد خفقان القلب أكثر، وهكذا تمضي الأعراض في حلقة مفرغة صعب كسرهما.

( طارق كمال 2008 ص 15-16 )

### 2- الأعراض النفسية :

- أ- نوبة من الهلع التلقائي .
- ب- الاكتئاب وضعف الأعصاب
- ج- الإنفعال الزائد.
- د- عدم القدرة على الإدراك والتمييز.
- هـ - نسيان الأشياء.

و- اختلاط التفكير.

ز- زيادة الميل إلى العدوان.

(فاروق السيد عثمان. 2001 ص 30)

**6/ قياس القلق النفسي:** لا يعتبر أسلوب القياس النفسي حديثاً فقد حاول الإنسان منذ القدم استخدام علم الفراسة والتنجيم وقراءة الكف للاستدلال على صفات الشخصية، لكن لا يستند في الغالب إلى أساس علمي، لكن القياس بأسلوبه الحديث يتضمن الاختبارات والمقاييس الموضوعية لكثير من الأمور النفسية على جانب كبير من الصدق والثبات، ومن هذه المقاييس ما يمكن تطبيقه بواسطة المريض نفسه منها ما يحتاج إلى شخص ذي خبرة لتسجيل استجابات المريض وتقييمها.

(طارق الشربيني 2010 ص 294-295)

وبما أنا القلق غير محدد ببعده واحد، إنما له أبعاد مختلفة يحكمها تداخل وتعقيد، فإنه من تحصيل الحاصل أن تتعدد وتتوسع الاختبارات التي تقيس القلق، وكذلك طرائق قياسه أو تقديره على وفق الأبعاد الفسيولوجية، الوجدانية، المعرفية والسلوكية . ومن بعض طرائق تقديره الأكثر استعمالاً وانطباقاً على القلق والمتمثلة في التقارير الذاتية والاستبيانات والملاحظة والأدوات البيولوجية ويلاحظ أن التقارير الذاتية (self-report) ليست مقننة كما هو الحال بالنسبة للاستبيانات أو الاستفتاءات ( questionnaires) المصممة لقياس القلق بأسئلة تقدر المستوى العام للقلق اليومي والشعور بالضيق أو الكرب (Distess) .

( قاسم حسين صالح .2008 ص 171-172).

المقاييس نافعة في ميادين عديدة من المهنة الطبية، وغالبا ما يحس المرضى بالقلق من أن شكاوهم تقاس بعناية ودقة بواسطة هذه المقاييس .وتقدم المقاييس للطبيب (للأخصائي)

طريقة مختصرة دقيقة للتحقق من الأعراض الكبرى، وللحكم على شدتها الإجمالية . كذلك توضح المقاييس في لمحة عين أشد الأعراض وأقل الأعراض وطأة، وهي تجعل في الإمكان كذلك قياس التحسن عند المريض بمرور الزمن والحكم على استجابته للعلاج .

(دافيد شيهان . ت . عزت شعلان 1988 ص 143-144)

7/نسبة الإصابة وانتشار القلق: يصيب مرض القلق نحو 5% من السكان في أي وقت بعينه، وهو يصيب 1% تقريبا إلى درجة العجز وأغلب المصابين به 80% من النساء، والغالبية من هؤلاء هن في سنوات القدرة على الإنجاب.

(دافيد شيهان، 1990، ص23)

و يعتبر اضطراب القلق من أكثر الأمراض النفسية شيوعا،فهو يصيب حوالي واحد من كل تسعة من الأفراد.أما احتمالات الإصابة بالقلق النفسي العام منفصلا عن غيره فهي 5% خلال سنوات العمر، وتقدر نسبة المصابين بالقلق النفسي من بين مراجعي العيادات العامة 16% ومن بين مراجعي العيادات النفسية بمقدار 25%، ويكون القلق في الغالب مصاحبا لاضطراب عضوي أو نفسي آخر،مما يجعل أكثر من ثلثي الحالات لا يتم تشخيصها ولا تخضع للعلاج.

(محمود جمال أبو العزائم 2009، )

8/معايير تشخيص القلق النفسي: يمكن تشخيص حالات أعراض القلق النفسي العام بناءا على الأعراض المذكورة حسب معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية الذي تصدره جمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM4) والتي تتلخص فيما يلي:

أ – قلق وهم زائد (توقع مكروه)،يحدثان في أغلب الأيام لمدة لا تقل عن ستة أشهر، تجاه عدد من الظروف أو الأنشطة مثل:العمل أو الأداء المدرسي....

ب – يجد الشخص صعوبة في السيطرة على قلقه .

ج – يقترن القلق والهم بثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الستة التالية

(بعض الأعراض على الأقل توجد في أغلب الأيام طوال الستة أشهر الماضية):

1 – التقلقل (عدم الاستقرار) Restlessness أو الشعور بالإثارة (أو النرفزة).

2 – سرعة الشعور بالتعب.

3 – صعوبة التركيز أو الاستيعاب.

4 – النزق.

5 – التوتر العضلي.

6 – اضطراب النوم (صعوبة البدء في النوم، أو النوم المتقلب غير مشبع).

ملاحظة:يكفي عرض واحد بالنسبة للأطفال.

د – ليس القلق والهم مقصورين على مظاهر اضطراب من اضطرابات المحور (أ).

ه – يؤدي القلق والهم أو أعراض جسمية إلى كرب دال إكلينيكي أو اختلال في الأداء

الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى.

و – ليس الاضطراب نتيجة للتأثيرات الفسيولوجية المباشرة لإحدى المواد أو لمرض

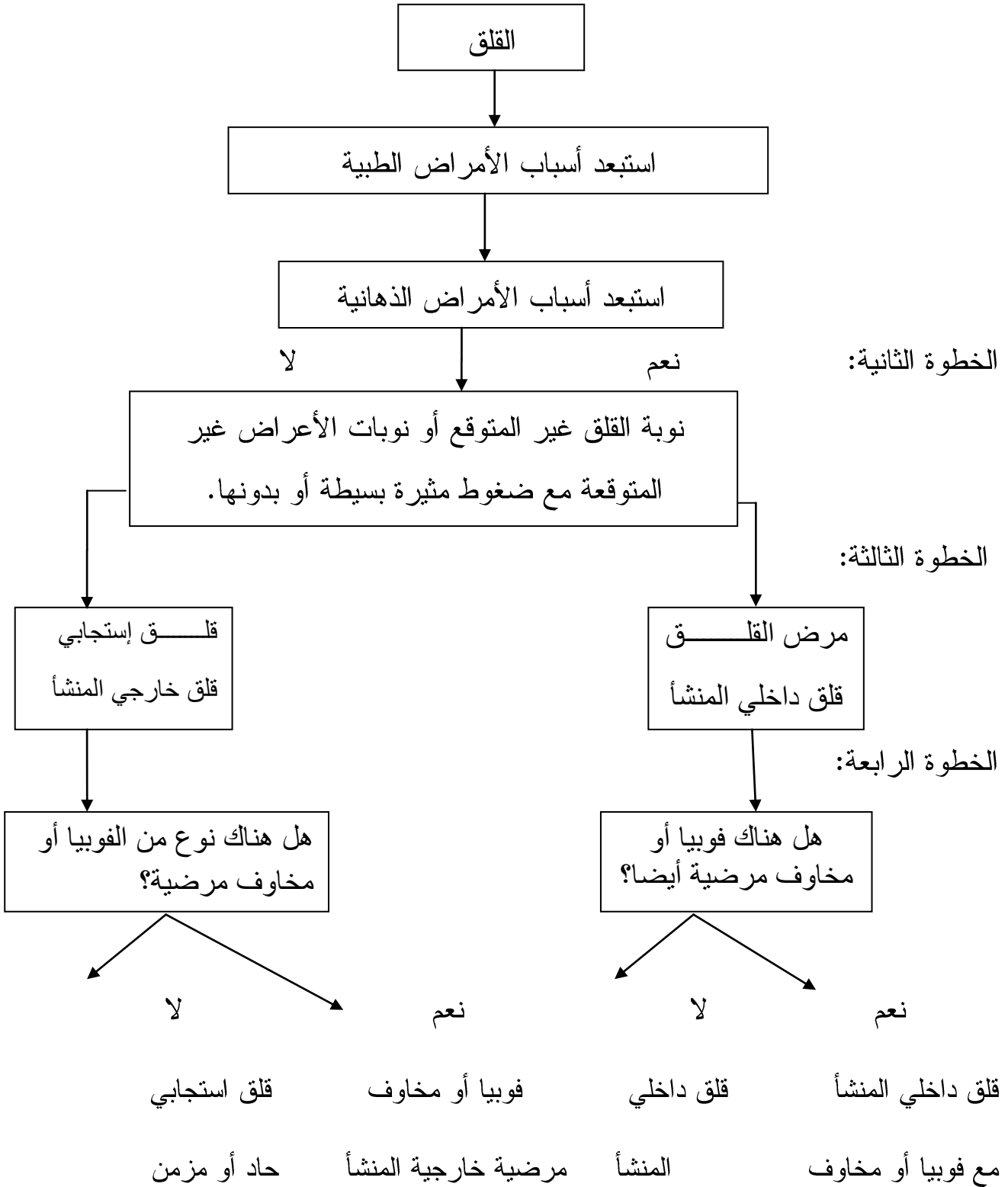
جسمي عام.ولا يحدث على وجه الحصر أثناء اضطراب المزاج أو اضطراب ذهاني أو

اضطراب النمو الشامل.

(DSM4،2001،ص ص233–234)

الخطوة الأولى:





الشكل (01): مخطط التشخيص الفارقي في حالات القلق (دافيد)

شيهان، 1990، ص137)

9/علاج القلق النفسي : مع أن اضطراب القلق له سمته الفريدة، إلا أنه يستجيب جيدا لطريقتين من العلاج:العلاج الدوائي والعلاج النفسي .ويمكن وصف إحدى الطريقتين أو كلتا الطريقتين معا ومع أن هذه الطرق غير شافية بالشكل النهائي، إلا أن كلا منهما يؤثر في شفاء أعراض اضطراب القلق، مما يجعل الفرد يتمتع بحياة صحية أفضل.

الإستراتيجية الإجمالية في علاج مرض القلق تتلخص في 5 مهام هي كما يلي:

- (1 الوصول إلى التشخيص الصحيح.
- (2 السيطرة على الأساس الأيضي للمريض عن طريق العلاج الدوائي.
- (3 التغلب على القيود التي تفرضها الفوبيا أو المخاوف المرضية بواسطة العلاج السلوكي.
- (4 أن تتناول المشكلات النفسية عن طريق العلاج النفسي.
- (5 أن نمنع النكسات عن طريق نوعية المرض وضمان الرعاية عن المدى الطويل.

(دافيد شيهان، 1990، صص 133-134)

(1) العلاج النفسي: ويعتمد المعالج هنا في إرجاع الثقة إلى المريض لتسهيل عليه التعبير عن مشكلاته وللكشف عن الصراعات من خلال سلسلة من الكفآت يجعل المريض يتفهم سلسلة وجذور القلق الذي يعاني منه، و مع دفعه إلى الشفاء بالتوجه والتشجيع والإيحاء غير المباشر وتقوية إرادته.

(فيصل محمد خير الزراد،1984،صص 88 – 89)

(2) العلاج السلوكي: ويعتمد على التخلص من الفعل المرضي وتكوين فعل سوي، ذلك بأن يمرن المريض على الإسترخاء، ثم تعرض عليه المنبهات أقل من أن تصدر قلق أو

تسبب ألماً حتى زيادة المنبه بالتدرّيج، حتى يستطيع المريض مواجهة الموقف. وبذلك يتحقق له الشفاء.

(مجدي محمد أحمد عبد الله، 2000، ص 156)

**(3) العلاج المعرفي (العقلاني الإنفعالي):** يقوم المعالج على مناقشة الأفكار غير المنطقية لدى المريض وتنفيذها وإحلال أفكار منطقية بدلا منها.

(صبره محمد علي وآخرون، 2004، ص 107)

**(4) العلاج الكيميائي:** يستعمل هذا النوع من العلاج في حالات القلق الشديد، وفيه يعطى للمريض بعض العقاقير التي تقلل من التوتر العصبي.

(لطي عبد العزيز، بدون س، ص 167)

و العقاقير المستخدمة في العلاج تسمى العقاقير المضادة للقلق والتوتر، ومنها عقار Buspirone Buspar، و مجموعة العقاقير التي تدرج تحت اسم البنزوديازيبين Benzodiazepines، والتي تشمل عقاقير الفاليوم وأتيفان وعقار ليبريوم.

(عمرو حسن أحمد بدران، بدون س، ص 17)

**(5) العلاج الجراحي:** يستعمل هذا النوع من العلاج في حالة فشل الأساليب السابقة، عندها نلجأ إلى العمليات الجراحية، وتجرى في حالات نادرة من القلق، كتلك التي تكون مصحوبة بالتوتر الشديد والإكتئاب. وتتم هذه العمليات في المخ، وذلك عن طريق قطع الألياف الخاصة بالإنفعال.

(لطي عبد العزيز، بدون س، ص 167)

**(6) العلاج البيئي والاجتماعي:** يعتمد على تعديل العوامل البيئية والوضع الاجتماعي اللذان يؤثران على المريض مثل: تغيير نوع العمل أو تعديل البيئة الأسرية من حيث

اتجاهاتها نحو المريض، وإرشاد أفراد الأسرة لتعبير أنماطهم السلوكية بما يساعد المريض على الشفاء.

(صبره محمد علي وآخرون، 2004، ص107 بتصرف)

(7) العلاج الجسدي أو الكهربائي: لا يستخدم إلا في حالات القلق التي يصاحبها أعراض اكتئابية شديدة ويعتمد على تعريض المريض لصدمة كهربائية معينة تعيد تنظيم المواد الكيميائية الهرمونات التي تصل بين قشرة المخ والهبوتلاموس.

(مجدي محمد أحمد عبد الله، 2000، ص156)

10/ المرأة والقلق النفسي : إن نسبة تعرض النساء لاضطراب القلق هي أكثر بمرتين من نسبة الرجال لهذه المشكلة ، وهذا راجع لعدة أسباب منها تعرض النساء للهموم والقلق أكثر من الرجال، فضلا عن تأثير التكوين البيولوجي للمرأة والمواقف التي كانت ولا زالت تعاني منها في زيادة في زيادة نسبة تعرضها لاضطراب القلق .

وقد تتفاجأ لدى معرفة أن الفتيات في مرحلة الطفولة لا يشعرن بالقلق أكثر من الصبية ، لكنهن يصبحن أكثر عرضة للهم والقلق من الفتيات حين يقتربن من سن البلوغ ويدخلن مرحلة المراهقة.

(هولي هازليت ستيفنس . ت. ساندررا الشاعر 2008 ص 11)

كما أن هناك اختلافات كثيرة تميز المرأة عن الرجل تساعدنا في تفسير تطور اضطراب القلق لديها، وهي الفروق في طريقة تربية الصبيان والفتيان وميل المرأة الطبيعي لإظهار مشاعر عاطفية أقوى من مشاعر الرجل . فضلا عن الفروقات البيولوجية والمتعلقة بكيفية تعامل كل من الرجل والمرأة مع الإجهاد.

(نفس المرجع ص ص 12-13)

كما أن المرأة لها بناء نفسي يختلف عن الرجل، كما أن لديها من الخبرات والمواقف ما تتميز به، مما أدى إلى وجود تخصص مستقل يطلق عليه أمراض النساء لا يقابله تخصص آخر تحت مسمى "أمراض الرجال"، فالمرأة لديها الطمث والدورة الشهرية والحمل والولادة والنفاس، ثم الأمومة ورعاية الأطفال ثم ما اصطلح تسميته "سن اليأس" حيث يتوقف الحيض وكل هذه الأمور خاصة بالمرأة وهموم قد تتقل حياتها بأعباء نفسية إضافية تحتاج إلى المساندة والعلاج النفسي.

(لطي الشربيني 2010 ص 55)

وفي دراستنا هذه سنركز على فترة الحمل التي تزيد فيها الاضطرابات النفسية منها القلق والاكتئاب، وهذا راجع إلى تغيرات نفسية مزاجية متفاوتة يمكن أن تزيد شدتها وتسبب شعور السأم والضيق والقلق لدى المرأة وتنتج عنه متاعب بدنية ونفسية . وهذا كله يؤثر على حياة وصحة الجنين وكذلك نفسيته فهو في تأثير وتأثر مع أمه.

**11/الحمل والقلق النفسي :** القلق جانب من الجوانب النفسية التي تصاحب الحمل، بل هو عامل قادر بذاته على منع حدوث الحمل من بادئ الأمر .والقلق شعور متوقع وطبيعي في ظروف الحمل إلا أن علاقته به علاقة معقدة، فقد يكون القلق بسبب مخاوف حقيقية من حدوث مضاعفات للأم أثناء الحمل أو الولادة ترجع لأمر عضوية خاصة بالمرأة الحامل كثيرة، منها المضاعفات العضوية التي يمكن حدوثها في فترة الحمل، وأيضا الخوف من التشوهات الخلقية للجنين أو موته داخل الرحم أثناء الحمل.

وقد انتبه المهتمون بصحة المرأة لعامل القلق في فترة الحمل، مما أدى إلى إدراجه في برامج الرعاية المختلفة التي تنظم المرأة الحامل، والتي من خلالها يمكن للمرأة الحامل تفهم أسباب قلقها ، وإتباع الأساليب المعروفة والقادرة على التقليل منه مثل: تمارينات

استرخاء العضلات، وإذا كان الحمل مصدرا هاما للقلق فالخوف من الولادة و ألمها يشكل الجانب الأكبر منه.

(مرفت عبد الناصر، - إ،ص ص132-133)

**12/ التأثيرات النفسية الناتجة عن القلق النفسي :** والتي عرفها الهص إجرائيا في بحثه بأنها تتمثل في بعض التصرفات والأفعال التي تكون نتيجة لتأثير القلق على الإنسان مثل: القلق من تعسر عملية الولادة والقلق من الألم المرافق للعملية، والقلق من قلة السائل الأمينوسي المحيط بالجنين، و القلق من نزول الجنين بالمقعدة والنوم المنقطع والعصبية الزائدة والأحلام المزعجة وعدم الراحة والسعادة، وضعف القدرة على التركيز.

(صالح إسماعيل عبد الله الهص، 2010، ص75)

# الفصل الثالث

## الحمل والمرأة الحامل

- مقدمة
- التعريف الإجرائي للحمل
- التعريف الإجرائي للمرأة الحامل
- مفهوم المرأة الحامل
- فيزيولوجيا الحمل
- كيف يحدث الحمل
- تشخيص الحمل
- أخطار الحمل
- المؤثرات الوراثية والبيئية في المرحلة الجنينية
- رعاية الأم الحمل
- حق الأم النفسي
- سيكولوجية الحمل
- الأسباب العصابية والصحية للراغبة في طفل
- الاتجاهات نحو الحمل
- الطبيعة النفسية للمرأة الحامل
- الإرتباط النفسي بين الأم والجنين
- الطبيعة النفسية لزوج المرأة الحامل
- تأثير الحمل على العلاقة الزوجية
- الإضطرابات المرتبطة بالحمل
- اجراءات خاصة خلال الحمل
- عملية الولادة

المقدمة :

يعتبر الحمل مرحلة أساسية في حياة المرأة ، فانتظار واستقبال مولود جديد ، حدث سعيد بالنسبة للمرأة وللزوج ، وللعائلة ، لكنه يتطلب عناية ورعاية صحية ونفسية خاصة حتى تتحصل على طفل سليم معافى وكذا سهولة عملية الولادة دون حدوث مشاكل .

وبما أنّ حياة الإنسان تبدأ عند بداية الحمل ، وذلك حينما يتحد واحد من حوالي 360 مليون حيوان منوي من الأب مع بويضة من الأم مكونين خلية واحدة ملقحة تسمى الزيجوت أو اللاقحة ( النطفة ) ، وتكوّن البويضة والحيوان المنوي بواسطة خلايا تكاثر تعرف بالخلية الجرثومية .

( سامي محمد ملحم ، 2004 ، ص 163 ) .

فما هو الحمل ومن هي المرأة الحامل :

**1/التعريف الاجرائي للحمل :** هو عملية حمل أنثى من الثدييات بما في ذلك البشر ، واحد أو أكثر من الأجنة في جسمها ( الرحم) يدوم عند البشر نحو 9 أشهر ، بين وقت آخر دورة والولادة حوالي ( 38 أسبوع بعد الاخصاب ) ، يطلق لقب الحامل لما تحمله المرأة من وقت الإخصاب إلى الولادة.

وفي كثير من المجتمعات يتم تحديد وضع الجنين الطبي والقانوني طبقا لتقسيم فترة الحمل والتي تنقسم إلى ثلاثة مراحل :

- المرحلة الأولى : تكون فيها احتمالات اسقاط الجنين ( الموت الطبيعي ) .
- المرحلة الثانية : يمكن فيها مراقبة تطور الجنين .



- المرحلة الثالثة : تبدأ حين يكون الجنين قد تطور بشكل كافي ليتمكن من مواصلة الحياة بدون معونة طبية أو بمعونة طبية خارج رحم المرأة .

( أحمد عبد المنعم وساجدة . 2008 . ص 30 ) .

2/التعريف الاجرائي للمرأة الحامل : هن النساء التي أثبتت فحوصاتهن الطبية على أنهن حوامل .

3/مفهوم الحمل : لقد عرف الحمل من طرف العديد من الباحثين بعدة تعاريف مختلفة من بينهم تعريف "كامل صبري" الذي يعرفه : بأن الحمل عند الأنثى يتم عند تلقيح إحدى بويضاتها بواسطة حيوان منوي صحيح التكوين من بين ( 400 مليون ) خلية يفرزها الذكر في المهبل " .

( كامل صبري , 2007 , ص 56 ) .

كما يعرفه " محي الدين طالوا العلبي " على أنه : " طبيعة مؤقتة تتلاءم معها المرأة الحامل، لوجود كائن جديد في رحمها نتيجة إلقاح نطفة الرجل مع البويضة الخاصة بها، تستضيفه 9 أشهر يخرج بعدها طفلا يحافظ فيها بعد على استمرار النوع الإنساني " .

( محي الدين طالوا العلبي, 1986 , ص 157 ) .

أما "مريم سليم" ترى أن الحمل هو المرحلة التي تمتد من لحظة الإخصاب حتى لحظة الميلاد ما بين 250 – 290 يوم ، ومتوسطها حوالي 280 يوم " .

( مريم سليم , 2002 , ص 107 ) .

ويعرفه " عبد الفتاح دويدار " على أنه : " يحدث عند اختراق حيوان منوي جدار بويضة من الأنثى " .

( عبد الفتاح الدويدار , 2004 , ص 88 ) .

أمّا تعريف " علي الأمير " فهو : " أنّ الحمل هو دخول حيوان منوي من الرجل إلى داخل الجهاز التناسلي الأنثوي وتلقيحه لبويضة ناضجة " .

( الأمير , 2000 , ص 149 ) .

وأضاف "عبد الحسين بيرم" على أنّ الحمل هو : " الفترة الممتدة من وقت إخصاب البويضة حتى تكوّن الطفل بصورة كاملة حيث تحدث الولادة ،و معدل هذه الفترة (265يوم)".

( عبد الحسين بيروم , 1976 , ص 18 ) .

وفي الأخير يمكن وضع تعريفا شامل يتلخص في أنّ الحمل هو : المرحلة التي تبدأ من اختراق الحيوان المنوي لبويضة المرأة ، وتنتهي بعد مرور تسعة أشهر قمرية ( 270 – 280 يوما ) تقريبا ، أي ما بين 38 – 40 أسبوعا .

وفي هذه المرحلة ينمو الجنين جسديا ويزداد طوله ووزنه وحجمه حوالي (11) مليون مرة.

**4/ مفهوم المرأة الحامل :** المرأة الحامل امرأة تؤدي واجبها الحيوي والطبيعي في الحياة، وهي لهذا الواجب قد كونت وخلقت جهزت من قبل الخالق الأعظم سبحانه وتعالى بكل ما تحتاج إليه لتأدية هذه المهمة.

وتتعرض المرأة الحامل للعديد من التغيرات الفسيولوجية والنفسية التي تصاحب فترة الحمل.

والتي تمثل بعض الضغوط المتغيرة ، وهي لا تحدث كلها بالضرورة مع كل امرأة ، كما تختلف حدتها من امرأة لأخرى ، وفقا للقدرات الفردية ودرجة تحمل تلك الأعباء الوظيفية

والتي ترتبط ارتباطا وثيقا بالبيئة المحيطة وما تحمله من واجبات ومسؤوليات تقع على عاتقها .

( وفاء صالح مصطفى الصفتي ( 2003 ) , ص 49 ) .

### تمر المرأة الحامل بثلاث فترات خلال الحمل :

- **الفترة الأولى :** ( طور التكيف ) : وهي تشمل الثلاث الشهور الأولى من الحمل . وفيها يميل جسم المرأة الحامل للتفاعل بقوة ، نظرا لارتفاع مستوى هرمون الحمل ، وهي تعتبر من مراحل عدم استقرار الجنين داخل الرحم .

- **الفترة الثانية :** ( طور التوازن ) : تشمل الثلاث الشهور التالية ، أي من بداية الشهر الرابع حتى نهاية الشهر السادس ، وفيها يثبت الجنين داخل الرحم بشكل جيد ، وتعتبر هذه الفترة فترة استقرار إلى حد ما عن الفترتين الأخريين ، حيث يصبح جسم الأم أكثر تلاؤما وتكيفاً مع الجنين ، وبالتالي تقل أعراض الفترة الأولى، كما أن حجم الرحم لا يكون كبيرا بدرجة مزعجة كما في الفترة الثالثة .

- **الفترة الثالثة :** ( طور الاعياء ) : تشمل الثلاثة الشهور الأخيرة من الحمل ، أي من الشهر السابع حتى الولادة ( 9 أشهر ) . ويلاحظ أن حجم الجنين يتزايد شيئا فشيئا ، مما يؤدي إلى زيادة العبء البدني والنفسي في هذه المرحلة .

( هدى أصفهاني ( 1994 ) ص 23 ) .

ويمكن شرح هذه الفترات بالتفصيل فيما يلي :

(أ) فيزيولوجية الحمل :

1/ كيف يحدث الحمل : يتعرض غشاء الرحم المخاطي في أثناء الدورة الحيضية لتحضيرات مستمرة ، هدفها إيجاد المكان الملائم لنمو البويضة المخصبة ، حيث يحضر لها الرحم مكانا ناعما مخمليا ما إن تغشاه البويضة حتى تنغرز نتواتها المزودة بالأوعية الشعرية اللازمة في جدار الرحم، لكي يهبط لجنين المستقبل ما يحتاجه من الأغذية ، ولينمو ويكبر وي طرح عنه الفضلات . وإن لم تأت البويضة الملقحة إلى ذلك الغشاء في تلك الفترة ، تخرج مع الدم على شكل نتف صغيرة سائحة في دم الحيض ، ثم يأخذ الرحم مجددا في إعداد غشاء آخر للدورة الحيضية التالية .

( دراض الوقفي , 2003 , ص 65 ) .

1- التلقيح والإخصاب :

عندما يحدث الاتصال الجنسي وتتم عملية القذف ، تنطلق الحيوانات المنوية ( Sperms ) إلى داخل المهبل ، ونظرا لأن الحيوانات المنوية تنصف بقدرتها على الحركة السريعة ، فإنها تتجه عبر الرحم إلى أنبوبي فالوب ، إذ يقوم أحد الحيوانات المنوية بتلقيح البويضة التي تنتقل بعد ذلك إلى أسفل أنبوب فالوب ، متجهة إلى تجويف الرحم ، حيث تنغرز في جدار الرحم وتتطور خلال تسعة أشهر إلى إنسان كامل .

( شيلي كابلور , ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكر داود , 2008 , ص 101 ) .

2- انقسام البويضة وانغرازها :

بمجرد أن تكون اللاقحة (Zygote) (البويضة المخصبة ) ، تبدأ الخلية في الانقسام مخولة لكل الخصائص المورثة الموجودة والتي تتضمن في اللاقحة ، أن تنتقل إلى كل

الخلايا المتولدة ، كما أن انقسام الخلية والذي يسمى بالانقسام الفتيلي أو غير المباشر Meiosis ، بمعنى حدوث إنقسامات طوليا لكل من الستة وأربعون صبغيا ، وبمجرد أن ينقسم كل صبغي ، فإنه يبني وينظم نفسه من جديد ، وبالتالي يصبح كل نصف متماثل مع الأصل ويتضمن مورثاته المتممة له بصورة كاملة . ( عادل عزّ الدين الأسول ، 1998 ، ص 168 ) .

### 3- فترة المضغة : ( ما قبل التخليق ) :

تمتد هذه المرحلة لتشمل الأسبوعين التاليين لحدوث عملية الإخصاب وثبوت الحمل .  
 ينغرز الزايجوت في غشاء الرحم الداخلي ( جدار الرحم ) بعد مرور ( 8 - 10 أيام ) على حدوث الإخصاب ( وهذا ما يقال له الجنين غير المخلق ) .  
 بعد أن ينزرع الزايجوت ويصبح جنينا غير مخلق ، تبدأ عملية نمو سريعة باتجاه التخليق بحيث تؤسسه تأسيسا في جدار الرحم ،يصبح متخلقا ومتميزا من حيث الشكل أو الوظائف ، وتبدأ الأنسجة والأعضاء تتكون في طبقات الخلية الجنينية .  
 ( عبد الكريم قاسم أبو الخير ، 2004 ، ص 76 ) .

### 4- فترة الجنين الخلوي ( التخليقية ) :

وهي تمتد من أول الأسبوع الرابع إلى نهاية الأسبوع الثامن ،وتتميز هذه الفترة بالنمو السريع ، إذ يتم خلالها تكوين كل الأجهزة وأعضاء الجسم ، بل والصفات الأساسية للجسم الخارجي .

( محمد مصطفى زيدان , ص 102 ) .

### 5- فترة الجنين ( الجنين المخلق ) :

يطلق على الفترة التي تمر من أواخر الأسبوع العاشر وتدوم حتى الولادة بفترة الجنين، يستمر في هذه الفترة وبخاصة في بدايتها تسارع للنمو ، غير أنه ما يلبث أن يتباطأ مع التقدم في هذه المرحلة ، وتبلغ الزيادة الحاصلة في الطول في نهاية هذه الفترة سبعة أمثال ما كانت عليه وأغلب الزيادة تكون في الأطراف ، ويمكن القول بأن الأجهزة الجسمية والأعضاء المختلفة التي يحتاجها الكائن لاستمرار حياته بعد الولادة تكون قادرة على العمل ، بمعنى أن الجنين عند الولادة يكون قد وصل من جهة وظيفية مرحلة مواجهة الحياة خارج الرحم .

( راضي الوقفي , 2003 , ص 68 )

تتألف هذه الفترة من أربعة أطوار هي : العلقة ، والمضغة ، والعظام واللحم ، وتبدأ هذه المرحلة اعتبارا من الشهر الثالث من شهور الحمل، وتستمر حتى نهاية الحمل وحدث المخاض فالولادة . قال تعالى في كتابه الكريم : " فخلقنا المضغة عظاما ، فكسونا العظام لحما ، ثم أنشأناه خلقا آخر ، فتبارك الله أحسن الخالقين " . ( سورة المؤمنين : الآية 14 ) وقال أيضا : " الذي أحسن كل شيء خلقه ، خلق الإنسان من طين ، ثم جعل نسله من سلالة من ماء مهين ، ثم سوّاه ونفخ فيه من روحه وجعل لكم السمع والأبصار والأفئدة قليلا ما تشكرون " . ( سورة السجدة : الآيات : 7 - 9 ) .

( عبد الكريم قاسم أبو الخير , 2004 , ص 77 ) .

## 2/تشخيص الحمل:

إذا كنت قد مارست الجماع دون استخدام أي من وسائل منع الحمل و فانتك دورتان طمثيتان بعد أن كانت دورات طمثك منتظمة ، فمن المحتمل أن تكوني قد أصبحت حاملا ، ولكن يجب أن يؤكد لكي طبيبك ذلك ، إذ أنه يستطيع في هذه المرحلة أن يشخص الحمل بفحص المهبل. ولكن إذا كنت قد عانيت من مشاكل في حالات حمل سابقة أو إذا كنت غير راغبة في الإنجاب يهملك إن تعرفي في وقت مبكر إن كنت حاملا أو لا. يجري لكي الطبيب (أو القابلة) فحصا للتأكد من الحمل، أو يمكنك التأكد من ذلك بنفسك بواسطة مجموعة الفحص الخاصة بالحمل التي يمكن شراؤها من أي صيدلية (الفحص الذاتي). بعد أن تتأكدي من أنك حامل يرتب لكي الطبيب (القابلة) مسألة حضورك إلى عيادة خاصة بالنساء الحوامل أو إلى المستشفى الذي تنوين الولادة فيه ، حيث تتلقين الرعاية الصحية و الإرشادات المتعلقة بفترة الحمل.

(طومي سميث مراجعة: جميل الحلبي، 2008، ص 643)

3/ أخطار الحمل : من الأخطار التي تهدد سلامة الجنين إصابة الأم بالحصبة الألمانية في ثلاثة أسابيع الأولى من الحمل ، إذ غالبا ما يتعرض الجنين إلى الإصابة بتشويبات متعددة قد يكون من بينها العمى أو الصمم أو التخلف العقلي أو الآفات القلبية ، غير أن هذا المرض لا يؤثر إذا حصل في الشهور المتأخرة من الحمل .

ومن الأمور التي أصبحت تحظى مؤخرا باهتمام خاص أثر الكحول والكوكايين على تطور الجنين .

إذ أن الظروف والعناصر التي تترك أثارها على الجنين، تعتمد على نقاط القوة والضعف في الوراثة من جهة ، والتعرض إلى الإصابات المؤذية ،وشدة هذه الإصابات باعتبارها نتيجة لعوامل الوراثة والبيئة من جهة أخرى ، وتلعب تغذية الحامل دورا هاما في برمجة صحة الأبناء .

( راضي الوقفي , 2003 , ص 69 ) .

ومن العوامل البيئية المؤثرة في الجنين ، أولها غذاء الأم ، ذلك لأن حاجة الجنين إلى الغذاء في كمّه وكيفه تزداد كلما قرب من نهاية هذه المرحلة ، وثاني هذه العوامل هو المرض ، إذ أن أي مرض يؤثر على عمليتي البناء والهدم ( الاستحالة) و يؤثر بالتالي على نمو الجنين واضطرابات إفرازات الغدد الصماء وخاصة الغدة الدرقية . وقد يعوق النمو العام للجنين . وثالث هذه العوامل هو الإفراط في الكميات من ناحية الأم ، كالإفراط في التدخين أو شرب الخمر ، فإن مثل هذه الأمور تعوق نمو الجنين نظرا لأنها تؤثر على غذائه وتنفسه .

( محمد مصطفى زيدان , ص 102 ) .

4/المؤثرات الوراثية والبيئية في المرحلة الجنينية : لاشك أن معظم صفات الإنسان ما هي إلا محصلة تداخلات معقدة من العوامل التي نقلت إليه بالوراثة وتأثيرات البيئة عليه . وعندما نتحدث عن مشكلات يمكن أن يتعرض لها الجنين أثناء الحمل، فإننا نعني بذلك المؤثرات التي تحيط به وهو في رحم أمّه ، والتي من شأنها أن تترك آثارا على تكوينه البدني والنفسي فيما بعد ولادته ، وتستمر معه طوال مراحل عمره المختلفة .

( د . عبد الفتاح دويدار , 1993 , ص 95 ) .



بعض العوامل البيئية التي يمكن أن تؤثر على نمو الجنين وتطوره داخل الرحم ، والتي قد يستمر تأثيرها إلى ما بعد ولادة الطفل :

**1- عمر الأم أثناء الحمل:** تزداد نسبة الوفاة بين الأمهات والأطفال إذا كان عمر الأم أقل من 20 أو أكثر من 35 سنة، عنها إذا ما كان عمر الأم يقع بين هذين العمرين، كما يؤدي كبر السن الأم إلى أن تفرز بويضة غير عادية، وكان من المعتقد أن يؤدي ذلك إلى ولادة طفل متخلف عقليا(دويدار 1993 ص104)

**2- العامل الرئيسي :** ( عدم توافق دم الزوجين ) : تكمن خطورته إذا كان دم الأم يحمل ( Rr- ) ويحمل دم الجنين ( Rr+ ) لوراثته من كروموزومات أبيه ، وباختلاط دم الجنين بدم الأم يبدأ عامل الريزيوس السالب للأم ( Rr- ) في تكوين المضادات التي تتجمع لتحتل دم الجنين ، وتحدث اضطرابات في توزيع الأكسجين، وعدم نضج خلايا الدم وتدمير كرات الدم الحمراء عند الجنين ،وتؤدي إلى موت الجنين قبل ولادته أو حدوث إجهاض للأم .

( كامل محمد , محمد عويضة , 1996، ص 96 ) .

**3- غذاء الأم :** الغذاء من العناصر الأساسية والضرورية لصحة الأم الحامل وجنينها وأن تهتم الحامل بالغذاء وبخاصة الغذاء الذي تتوافر فيه كل العناصر الغذائية ( المواد النشوية ، فيتامينات ، مواد سكرية ، معدنية ، ... الخ ) .

**4 - المرض أثناء الحمل :** من هذه الأمراض الخطيرة الحصبة الألمانية والتي غالبا ما تسبب إجهاض الأم الحامل ، وتسبب تشوه الجنين وإصابته بالضعف العقلي .  
ومن هذه الأمراض أيضا :

الأمراض المتنتقلة والتناسلية وبخاصة الزهري والسيلان التي تصيب الأم الحامل وتؤثر على الجنين . ( ص 97 نفس المرجع ) .

يؤدي أحيانا إصابة المرأة الحامل بمرض معد إلى نمو غير كامل أو تشوه للجنين، أو تعرض الأم أثناء الحمل لبعض المشكلات الصحية، ولذلك يجب أن تكون الأم على حذر دائم من أي أعراض غير طبيعية تشعر بها حتى لا يتسبب إهمالها في مشكلات خطيرة على صحتها أو صحة جنينها. (دويدار 1993ص105)

**5 - تعرض الأم للإشعاع :** لقد أوضحت نتائج البحوث أن الجرعات العلاجية الكبيرة من الأشعة قد تسبب إجهاضا للأم ، وأن للأشعة إكس ( X ray ) دورا كبيرا في إحداث حالات من الضعف العقلي والتشوهات للأجنة.( كامل محمد عويضة , 1996 , ص 97 - 98 ) .

**6 - تعاطي الأم للأدوية والعقاقير :** أثبتت نتائج الأبحاث الطبية التأثيرات الضارة الكامنة للأدوية على الجنين ، لأن كل الأدوية التي تتناولها الأم الحامل تصل إلى الجنين عن طريق الدم ، لأنه ليس هناك حاجز تام الكفاءة يفصل بين الأم والجنين، فمثلا نجد أن مادة الكينين لها تأثيرات على السمع وإحداث الصمم للأجنة . ( ص 98 نفس المرجع )

تنتقل العقاقير أو المخدرات التي تتناولها الأم إلى دم الجنين عبر الحبل السري فتؤثر على نموه. (دويدار 1993ص102)

**7 - نقص الأوكسجين الجسم :** هذا النقص يؤدي إلى تسمم الجسم و تلف الجهاز العصبي ، كما يحدث عند تناول مخدر المورفين ، أو تناول أول أكسيد الكربون بغرض الإنتحار ، أو كما في حالة التسمم الكحولي ، أو تعرض الطفل عند الولادة لحالات الاختناق.

(خير الزراد، 2000، ص 441)

8 - الحالة النفسية للأم الحامل : الحالة الانفعالية التي تتعرض لها الأم الحامل لها تأثيرات على الجهاز العصبي المركزي ، وأن الانفعالات الشديدة التي تتعرض لها الأم الحامل تحدث آثارا كبيرة على الأجهزة العصبية والبيوكيميائية ،ومن ثم يجب ألا تتعرض الأم الحامل لمواقف انفعالية شديدة مثل : الغضب الزائد والتوتر الزائد ، والقلق والخوف ... الخ .

وقد أثبتت نتائج الأبحاث وجود علاقة بين الاضطرابات الانفعالية للأم وبعض التشوهات والشقوق في سقف الفم للأطفال ، وهناك علاقة بين الاضطرابات الانفعالية للأم وحركة الجنين في بطن الأم نتيجة لزيادة إفرازات الغدة الكظرية لهرمون الأدرينالين .  
( عويضة - 1996 ص 98 ) .

9 — عملية الولادة : تلعب عملية الولادة في حد ذاتها دورا مهما من حيث الأثر النفسي و الفكري الذي تتركه لدى الأم ، خاصة في حالات الولادة الأولى .فقد تكون الولادة عسيرة يصاحبها آلام حادة ومخاطر، كما قد تكون ولادة قبل الأوان ، أو ولادة حسنة طبيعية و سهلة ، أو ولادة قيصرية ،أو ولادة مستعجلة قد تعرض الطفل و الأم إلى الإجهاد و العناء أو إلى مخاطر التسمم ... و يضاف إلى ذلك عدد مرات الحمل السابقة التي تؤدي إلى بعض التشوهات و الإصابات لدى الطفل ، و قدرة الطفل على البقاء . و هناك عوامل أخرى يصعب حصرها و تؤثر بدورها على عملية الحمل ككل .

(خير الزراد، 2000، ص 442).

5/ رعاية الأم الحامل : يتضمن الحمل والولادة دخول الأم في دور اجتماعي جديد هو دور الأم ، بما صاحب ذلك من ضرورة تعلم معايير اجتماعية جديدة ،وقدر كبير من

المعلومات المتعلقة بعملية الولادة ، خاصة وأنه يمكن ملاحظة العديد من التحولات الاتجاهية المتتالية والمشاعر والاتجاهات المرتبطة بشهور الحمل .

فالمرأة الحامل تميل إلى التركيز على التغيرات التي تطرأ على جسدها من انتفاخ الثديين ، والغثيان ، والتعب ، وبعض المأكولات غير العادية التي تحتاجها ، كما أن أحاسيس الضعف والتعب والتهيج والمزاج المتأرجح ، يميل إلى جعل المرأة تشعر أنها قد تغيرت في طرق لا يمكنها السيطرة عليها ، وازدياد التمرکز الذاتي والتعب الجسمي الذي يحل بها ، قد يجعلها لا تحس بالسعادة الزوجية ، وهي تحتاج إلى قدر كبير من المساندة الانفعالية من قبل الزوج والأهل والمحيط . ( سامي محمد ملحم ، 2004 ، ص 176 ) .

إنّ الطبيب المعالج والأسرة عليهما دور كبير في طمأنينة الحامل ، خاصة في حالة التجربة الأولى حيث تفكر الحامل مليا في هذا المخلوق الجديد الذي سوف تلده ، وهل سيولد طبيعيا أم لا .

وعلى الاستشاري المتابع للحالة أن يطمئن عليها بإجراء الفحص المخبري ، ثم الفحوصات اللازمة للاطمئنان على صحة الحامل وجنينها ، كما يجب شرح مراحل الولادة والآلام المصاحبة لها ، والطرق والوسائل الحديثة للتخفيف من هذه المتاعب .

(علي عبد الله السيّد وسماح كوثراني، 2008، ص 12 )

إنّ معظم السيّدات يفضلن الولادة الطبيعية بدون ألم ، لكن هذا الأمر ليس باختبار الأم أو الطبيب ، بل يعتمد على الحالة الصحية للأم والجنين معا أثناء فترة الحمل والولادة ، فعندما تحمل المرأة في أغلب الأحوال سيكون حملها طبيعيا ويستمر بشكل جيد ، وستكون ولادتها في أغلب الأحوال كذلك طبيعية ، كما سيكون الجنين سليما ومعافى حسب كل الإحصاءات العالمية ، ووجود ولادات سابقة طبيعية يعطي فرصة كبيرة لولادة طبيعية

مستقبلية ، لذا كان من البديهي أنّ العناية بالأم فترة الحمل مطلب أساسي وحق لكل الأمهات .

(نفس المرجع ص 13 ) بتصريف .

6/ حق الأم النفسي : تحتاج الأم الحامل دعم نفسي من زوجها بأن يكون واسع الصدر ، ومتفهما لبعض شكاواها شبه المرضية ، وشبه النفسية ( كالدوخة والدوار والرغبة في التقيؤ والتكاسل واشتهاء أشياء غير متوفرة أو باهظة الثمن ) ، وكذلك في توفير الراحة والطمأنينة والابتعاد عن المشكلات والصراعات بقدر الإمكان ، وحماتها من التهديد أو إجبارها على القيام بأعمال ( شاقة ، أبناء ، الحمل أو الكشف عن هوية الجنين إن كان ذكر أو أنثى ) ، فالمشاركة الوجدانية من قبل الزوج لزوجته في تحمل أعباء الحمل الجسمية والنفسية وتشجيعها على التحمل ، وتهوين الأمر عليها يشجع الأم الحامل على التحمل ، خاصة في حملها الأول . (نفس المرجع ص 178 ) .

(ب) سيكولوجية الحمل :

بالرغم من أن الحمل حدث فسيولوجي طبيعي يحدث في كل الكائنات الحية التي تتكاثر بهذه الطريقة ، إلا أنه في المرأة يحمل الكثير من الارتباطات والدلالات البيولوجية والنفسية والاجتماعية ، التي تؤثر في استقبال المرأة لهذا الحدث وتقبلها أو رفضها له والتفاعل مع الجنين سلبا أو ايجابا حتى لحظة الولادة . ( أيمن محمد عادل ، 2006 ، ص 41 ) .

يمكن أن ينظر إلى النمو قبل الولادة من وجهة النظر النفسية والاجتماعية للمرأة التي يحدث لها هذا الحدث ، ولقد أشار بعض السيكلوجيون أن الحمل يعتبر بمثابة حياة أزمة رئيسية مشابهة لتلك الموجودة في فترة المراهقة ، وركزوا الدلالة والمغزى النفسي لهذا الحدث للأم ، وكذلك للأب . (عادل عز الدين الأسول ، 1998 ، ص 182).

كما يؤمن علماء النفس في هذه الآونة بإمكانية المساهمة على نحو أفضل بتفهم الظواهر النفسية بإثارة العوامل الثقافية ،وبالسعي لإثبات أن العنصر النفسي يتعلق تعلقا استثنائيا بالبنية الاجتماعية المفترضة ، واهتم بعضهم بالمكانة التي تشغلها المرأة في نظام اجتماعي ما وبدورها في العائلة ، ويتأثير هذه العوامل على نفسية الأمومة المعتبرة كظاهرة اجتماعية ، كما أبرز البعض الآخر تأثير المؤسسات الاجتماعية والايديولوجية على نفسية الوظائف البيولوجية للأمومة .

( هيلين دوتش , ترجمة : اسكندر جرجي مصعب , 2008 , ص 10 ) .

### 1/ الأسباب العصابية والصحية للراغبة في طفل :

قلة من النساء تعترف أنها لا تريد الطفل ، البعض يقول : " لا ريب ، أريد طفل ، فهو يجلب السعادة إلى حياتي الزوجية " ، وأنه عندما تفكر بالإعتراف ... نستطيع أن نقحم لحظة اللاوعي ، ومقاومته اللاواعية للأبوة أو الأمومة . امرأة خافت أن يتركها زوجها وينصرف عنها ، لهذا ابتغت الطفل لكي تحتفظ به عن طريقه . وامرأة كانت مخيبة للأمل في زوجها في السر، وفي الزواج على وجه العموم وطلبت الطفل لتحظى بشيء تستطيع أن تعتبره ملكا خاصا لها تضع فيه جميع حبها الضائع ، فيكون في هذا تعزية لها وسلوانا .

وامرأة ثالثة ، أحرزت النجاح الكبير في مضمار العمل ، امتلأ قلبها بالقلق والاضطراب ، وخافت كثيرا ، وهي تفكر في دورها كالمراة ، وكان حافزها اللاوعي للزواج إثبات قدرتها على أداء دور الأنثى ، والآن لكي تعزز أنوثتها في قرار نفسها، طلبت الطفل . ( " 1981 سيكولوجية الزواج والأولاد " , ص ) .

### 2/الاتجاهات نحو الحمل : تعتمد اتجاهات المرأة نحو الحمل على العوامل التالية :

**1- الإحساس بالهوية الأنثوية :**

كلما كانت المرأة مقتنعة بدورها الأنثوي وفخورة به . كلما كانت سعيدة بالحمل ومتقبلة له وفخورة به ، وهذا يجعل فترة الحمل من الفترات السعيدة في حياتها برغم المتاعب الجسدية التي تشعر بها من جراء الحمل ، وهي دائما تتحدث عن تلك الفترة بسعادة وعن تفاصيلها بحب وسعادة . أما المرأة الكارهة لدورها الأنثوي ( المسترجلة ) ، فإنها تعاني معاناة شديدة من الحمل في كل مرحلة فتجدها كثيرة الشكوى من الأعراض الجسدية والنفسية طوال فترة الحمل ، وهي تخجل من مظاهر الحمل وتخفي من أمام الناس كلما ظهرت مظاهر الحمل عليها . ( د . أيمن محمد عادل ، 2006 ، ص 41 ) .

**2- المعتقدات السائدة حول الحمل والولادة :**

فهنالك بعض السيدات ينظرن إلى الحمل على أنه حدث فسيولوجي طبيعي مثل سائر أنشطة الجسم . ولذلك يتفاعلن معه ببساطة شديدة ، في حين أن البعض الآخر تكون لديهن معتقدات مخيفة على الحمل والولادة مثل : " دخول روح في روح " و " خروج روح من روح " و " زلزال يهدد سلامة المرأة وحياتها " و " من تتجو منه كتب لها عمر جديد " .. وهذه المعتقدات المخيفة تجعل المرأة في حالة توتر ورعب طوال فترة الحمل .

( <http://www.elazayum.com / new page 269.htm> )

إن قلق النساء الحوامل ومخاوفهن تكون متعلقة بصورة أكبر بعملية الولادة وليس بالحمل ، وقد لوحظ من تحليل بعض الحالات لنساء حوامل أن البعض منهن يعانين من مخاوف مرضية و من حالات قلق عصابية . والسبب في ذلك أن بعض الحوامل هن ذوات شخصية طفلية و متمركزة حول الذات ، لذلك فهن يخفن من تغيير بنيتهن الجسمية ، أو يخفن من آلام الولادة . و الخوف المرضي من عملية الولادة يرتبط بالخوف من خنق الطفل عند الولادة و خاصة لدى النسوة اللاتي يعانين من التشنج المهلي ، ومثل هؤلاء

النسوة تكون لديهن تصورات خاطئة ترتبط بالتركيب الجسمي لهن ، وهذه التصورات تتضمن أفكارا خاطئة مثل: "هذا المكان ضيق جدا...يصعب الخروج منه..." . وفي بعض الحالات تكون أسباب الخوف المرضي من الحمل هي الإحساس بأنها ستكون أما سيئة ، أو أنها ستلد طفلا مشوها... وعلاج مثل هذه الحالات يكون حسب شخصية الأم ، وخلال فترة الحمل ، حيث تجرى بعض التحاليل النفسية وخاصة إذا كان الخوف المرضي شديدا لدرجة تحوله إلى عقبة في وجه عملية الحمل .أما الخوف المرضي من الولادة فيتم تجاوزه بإعطاء مجموعة من التوجيهات و الإرشادات و الدروس حول الولادة من غير ألم .أما حالات القلق الشديدة فإن الأطباء يقومون بتخدير الأم أثناء الولادة ، مما يخفف من حدة الألم و من أعراض القلق.و الجدير بالذكر أن هذه التصورات أو الأفكار السلبية عن الحمل و الولادة تؤثر على عملية الولادة ، وعلى سلامة الطفل فيما بعد. ويفيد العلاج بالاسترخاء للمرأة الحامل ، والعلاج النفسي الاستبصاري ، و التدعيمي، والمعرفي...

(فيصل محمد خير الزراد،2000،ص444 – 445 )

### 3- توقيت الحمل :

فالحمل في بداية الزواج له فرحته واستقباله الايجابي ، في حين أن الحمل لدى امرأة في نهاية الأربعينات من عمرها لا تكون له مثل هذه المشاعر، بل على العكس، تنزعج منه المرأة وتخجل من إعلانه .

( http //safahat .eb2a .com/ grossesse 23htn copyrigh c safahat tarbawiya tawasoliya 2010 tout droits réservés )

### 4- التخطيط للحمل :



كلما كان الحمل مخططا له و متوقعا حدوثه كلما كان استقباله مريحا ، أما الحمل المفاجئ فربما يقابل بالإنكار و الرفض .

### 5- الرغبة في الحمل :

المرأة العقيمة التي انتظرت الحمل سنوات عديدة تستقبل حملها بفرحة عارمة تنسى معها كل متاعبها ، أمّا المرأة التي تعاني من كثرة العيال فإنها ربما تصدم بخبر حمل جديد لا ترغب فيه، نظرا لظروفها الصحية أو الاجتماعية أو النفسية ، والجنين يشعر برغبة الأم أو عدم رغبتها وذلك من خلال المواد الكيميائية التي تفرزها غدد الأم ، فهي تختلف في حالة القبول للحمل عنها في حالة رفضه ، ولذلك فالحمل المرفوض من الأم غالبا ما ينتج عنه طفل مضطرب نفسيا ( عنيد ، عدواني ، شارد أو منطوي ) خاصة إذا قامت الأم بمحاولات فاشلة للإجهاض ، فالجنين تصله رسائل بيولوجية منذ أيامه الأولى بأنّه مرفوض ، والغريب أنّ الطفل تظل لديه مشاعر الرفض بعد ذلك حتى ولو تغيّر موقف الأم منه بعد ولادته ، وكأنّ هذه المشاعر طبعت بيولوجيا في خلاياه قبل أن يكون له جهاز نفسي يستقبله ويفهمها.

( http://www.masress.com/albedaya / 7938 ) الطفل من النواحي النفسية  
يوم 2003/80/17 ) .

### 6- العلاقة بالزوج :

فكلما كان الزوج محبوبا كان الحمل منه مرغوبا ، وعلى العكس ، فإن المرأة التعيسة في حياتها الزوجية تشعر بأن الحمل عبئا ثقيلًا عليها ، لأنّه يربطها بزواج تكرهه ، وهي تشعر أنّها تحمل في أحشائها جزءا من هذا الزوج المرفوض ، وهذه الأم تحمل مشاعر متناقضة نحو الجنين ، وكأنّها تكره فيه الجزء القادم من زوجها ، وتحب فيه الجزء القادم منها لذلك تكون في صراع بين الرفض والقبول طوال شهور الحمل . ( موقع : محمد المهدي " سيكولوجية الحمل " ) .

3/الطبيعة النفسية للمرأة الحامل : تعتمد الطبيعة النفسية لمرحلة الحمل على الاتجاهات نحو الحمل السالف شرحها ، فإذا كانت هذه الاتجاهات ايجابية في مجملها فإن الحمل يعتبر تحقيقا للذات وتأكيدا للدور الأنثوي ، وهو عملية إبداعية تشبع حاجات نرجسية أساسية للمرأة ، حيث تشعر أنها قادرة بمشيئة الله أن تمنح الحياة لمخلوق جديد يكون امتدادا لها ولزوجها .

أما إذا كانت هذه الاتجاهات نحو الحمل سلبية في مجملها، فسيولد لدى المرأة الحامل مشاعر الرفض والاشمئزاز والغضب ، ويصبح لديها خوف شديد من الولادة قد يصل إلى درجة الرهاب ، وخوف من مسؤولية الأمومة والشعور بثقل العبء في استقبال الطفل ورعايته.

والحمل في هذه الظروف ربما يوقظ في الأم ذكريات المراحل الأولى لنموها الشخصي بما يصاحبها من خوف الانفصال عن الأم ، في هذه الظروف السلبية تصبح المرأة أكثر قابلية للقلق والاكئاب والوساوس والأعراض النفس جسمية وربما الذهان . ( أيمن محمد عادل ، 2006 ، ص 43 ) .

4/الإرتباط النفسي بين الأم والجنين : وفي الثلث الأول من شهور الحمل تتشغل المرأة بمشاعر القبول أو الرفض لهذا الكائن الجديد الذي ينمو في أحشائها وتتفاعل إيجابا وسلبا طبقا لذلك .

أما في الثلث الثاني من شهور الحمل ، حيث تشعر الأم بحركة الجنين فتبدأ الأم في تكوين صورة ذهنية لهذا الجنين وتصبح أكثر سعادة به في حال قبولها له من البداية ، أو أكثر استسلاما للأمر الواقع في حالة رفضها له من البداية .

فإذا وصلنا للثلث الأخير من الولادة ، فإن الأم تشعر بالجنين على أنه كائن مستقل له صفات شخصية مميزة تجعله مختلفا عن أشقائه الذين سبقوه ، وهي تعيش بعقلها ووجدانها

معه حيث تشعر في لحظة ما أنه سعيد ويتحرك ، وفي أخرى أنه جائع ، وفي لحظة ثالثة أنه نائم ، وفي لحظة رابعة أنه غاضب ... ألخ وهكذا .

نسخة الكترونية ( سيكولوجية الحمل " محمد المهدي " ) .

وفي هذه المرحلة تصب الأم مشاعرها الايجابية والسلبية على الجنين ، ففي حالة سعادتها يمثل الجنين الجزء العزيز من كيانها فتصب عليه مشاعر القبول والفرح ، وفي حالة شقائها يمثل الجنين الجزء المكروه من ذاتها فتسقط عليه مشاعر الرفض والغضب .

وهذه المشاعر تمتد لبعد الولادة وتؤثر في علاقة الأم بطفلها إيجابا وسلبا ، فالأم المضطربة نفسيا بعد الولادة حين تحاول إيذاء طفلها ، فهي بذلك تؤدي الجزء المكروه من كيانها . ( أيمن محمد عادل ، 2006 ، ص 44 ) .

5/الطبيعة النفسية لزوج المرأة الحامل : إن الأبوة تتضمن مرحلة جديدة من النمو فعندما يصبح الزوج أبا وكذلك الزوجة أما ، تقع عليهما مسؤوليات جديدة وأعباء الأبوية التي لم يعهدها سابقا . ويجب أن يكتفوا أنفسهم لها ...

كما أن الأبوة بالنسبة للذكور تعتبر انعكاسا للرجولة والقوة . ومن جانب آخر يمكن أن ينظر إليها على أنها تعتبر علامة للخضوع الدائم وأنها نهاية الحرية والمغامرة .

وبالنسبة لبعض الرجال نجد الجو المميز للحياة المنزلية والعائلية والتي يرمز إليها بوجود طفل يمنحه الإشباع ويشعر بسعادة اتجاهه ، ولكن في بعض الأحيان نجد رجال ينظرون إليه كعملية تهديد وتعويق لهم . ( عادل عز الدين الأشول ، 1998 ، ص 183

.)

فإذا كان الزوج على درجة كافية من النضج الانفعالي فإنه سيتجاوز هذه الفترة بشكل صحي وينمو معها ، أما إذا كان غير ناضج فإنه ربما يعاني بعض أمراض القلق والاكتئاب أو الغيرة أو بعض الأعراض النفس جسمية . (محمد المهدي- 2007 )

6/تأثير الحمل على العلاقة الزوجية : فعند 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 تقدّم الحمل يكون هناك شعور متزايد من الزوجين تجاه الجنين وحركته ، وتكون هذه الحركة هي وسيلة التواصل مع الأم خلال الحمل ، وتكون رؤية الجنين مثل : التصوير فوق صوتي ( اكوقرافي ) ، لها تأثير أكبر على الزوجين .

قد يحدث عدم تكيف بسبب الشخصية المضطربة لأحد الزوجين أو التقليل القليل 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 كثيرا .

المشاكل والاضطرابات النفسية تكون أكثر شيوعا 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 الاكتئاب ما بعد الولادة إلى اضطراب شديد يصل لحد الاضطرابات الذهانية مثل : انفصام الشخصية .

. Beischer and others . 1997 : 311

7/الاضطرابات المرتبطة بالحمل:

المرأة الحامل قد تصاب بأي اضطراب نفسي ، ولكن هناك بعض الاضطرابات المرتبطة بفترة الحمل ، وغالبا ما تكون هذه الاضطرابات نتيجة التغيرات الهرمونية في فترة الحمل ، وهي تؤثر في كيمياء الجسم عموما وفي كيمياء المخ على وجه الخصوص ، وتعيد ضبط بعض المراكز في الهيوثلامس فتؤثر في الشهية لبعض الأطعمة وتستنثير مراكز القيء فتحدث ميلا للقيء في فترة الصباح ونذكر من هذه الاضطرابات ما يلي :

**1 - الوحم :** وهو اشتياق المرأة الحامل لبعض الأنواع من الأطعمة بالذات ، وعزوفها عن أطعمة أخرى .

**2 - القيء :** من الطبيعي في الشهور الأولى للحمل أن تشعر المرأة في الصباح بنوع من الغثيان وأحيانا القيء ، وهو حالة طبيعية تنتج من التغيرات الهرمونية وما يتبعها من تغيرات كيميائية أخرى تحدث استثارة في مراكز القيء ، وهي غالبا لا تحتاج لعلاج ، وإنما يكفي طمأنة الحامل بأن ذلك شيء طبيعي ، وفي بعض الحالات تسعد المرأة بهذه الأعراض لأنها دليل على وجود الحمل الذي كانت تتمناه.

أما في قليل من الحالات فإن القيء يصبح مستمرا في الصباح والمساء، ويستمر أيضا بعد انتهاء الشهور الأولى للحمل ، مما يؤدي إلى حالة من الجفاف وفقدان الوزن وتغير في التوازن الكيميائي في الجسم ، وهذه الحالة تحتاج لتدخل طبي لأنها تؤثر على سلامة الأم وسلامة الجنين.

**3 - الحمل الكاذب :**

هي حالة نادرة تحدث في بعض النساء العقيمات ، حيث تمر المرأة بفترة اشتياق طويلة للحمل ، وبعدها تظهر أعراض الحمل عليها . فتنتفخ بطنها ، وتنقطع الدورة الشهرية ويتضخم الثديان ويحدث غثيان وقيء في فترة الصباح .

( ص 44 - 45 - أيمن محمد عادل , 2006 ) .

### إجراءات خاصة خلال الحمل:

**1) ثقب النخط :** إنه سحب عينة بواسطة إبرة مجوفة (النخط هو السائل الذي يحيط بالجنين في الرحم و الذي يحتوي على خلايا طرحها الجنين). تولج الإبرة عبر البطن و جدار الرحم بعد التخدير الموضعي. ويكشف هذا الفحص نسبة كبيرة من الأطفال الشاذين خلقيا ،وفي هذه الحالات يعرض على الأم فرصة إنهاء الحمل أو لا.

**2) التصوير فوق الصوتي:** يستخدم التصوير فوق الصوتي لقياس حجم و شكل الجنين ووزنه مما يعطي فكرة عن عمره ، و لاكتشاف بعض الحالات الخلقية الشاذة ، و للتأكد من وجود توأمين ،ومعرفة معدل نمو الجنين إذا كان الطبيب يشك في حدوث إعاقة في النمو ، و للتثبت من وضعية الجنين في الرحم خلال فترة الحمل ،ولتحديد وضعية المشيمة في حالة المشيمة الخارجة عن الرحم .إن التصوير فوق الصوتي إجراء لا يسبب إي ألم و لا يمكن أن يلحق الضرر لا بالأم ولا بالطفل.

**3) مراقبة الجنين:** إنها وسيلة تستخدم لتسجيل معدل نبضات قلب الجنين وتحركاته بالإضافة إلى وتيرة تقلصات الرحم. و أكثر ما تستخدم هذه الطريقة خلال المخاض و لكنها قد تستخدم أيضا خلال الأسابيع القليلة الأخيرة من الحمل.

**4) تنظير الجنين:** يمكن إجراء ذلك فقط بعد منتصف فترة الحمل ، حيث يولج منظار للبطن في الرحم ،ويتمكن الطبيب بواسطته من فحص الجنين .من المحتمل أن يأخذ الطبيب أيضا عينة من دم الجنين بواسطة أداة خاصة ملحقة بالمنظار ،كما يتمكن أيضا من تنفيذ عملية ثانوية خلال التصوير ،كإحداث مجرى جانبي لتجاوز الانسداد المحتمل في الجهاز البولي للجنين.

**5) فحوص أخرى :** يتبول الجنين خلال فترة الحمل في النخط المحيط به. يحتوي بول الجنين هرمونات معينة من بينها هرمون الإستريول. تخرج هذه الهرمونات سوية مع مواد كيميائية و هرمونات أخرى تتكون في المشيمة من جسم الأم مع بولها .إن الكميات الموجودة من هذه المواد و الهرمونات في بول الأم توفر معلومات

قيمة للطبيب (القابلة) عن صحة الجنين النامي . إذا احتاج طبيبك إلى قياس مستوى أي من هذه الهرمونات يطلب منك تجميع البول على مدى 24 ساعة وبذلك يستطيع أن يتأكد من دقة القياسات.

(طومي سميث مراجعة:جميل الحلبي،2008،ص 662)

### 8/عملية الولادة :

تمر المرأة الحامل قبل عملية الولادة بفترة المخاض الذي لا بدّ منه ، فالمخاض والولادة من أكثر الأشياء صعوبة التي قد تراها عين الأم الحامل ، مشاكل الألم ، الصدمة ، وكذلك الجهد الجسدي الصعب الذي تبذله أثناء عملية المخاض ، وبعد ظهور الكائن الجديد ( الولادة ) ، يكون هناك قلق من الأم تجاه التصرف الذي يجب أن تقوم به اتجاهه ، والتثقيف الصحي للأم أثناء الحمل يساعد على التغلب على هذا القلق ويقوي مقدرتها على مواجهة المخاوف ، كثير من الأمهات لديهن شعور عظيم بالسرور ، وربما بالبهجة حتى خلال عملية المخاض .

يصاحب عملية التوالد الآن تقاسم كثير من المخاوف التي كانت على حد كبير تقع على عاتق الأم .

( Biescher and others . 1997 – 311 – 312 )

والدعم المقدم من قبل القابلات أو أطباء النساء والولادة ، يعتبر أحد الخدمات التي تقدم للأم أثناء عملية الولادة ، ويجب على جميع العاملين في حقل الولادة المسارعة إلى تطبيق هذا الهدف ، حيث وجد أنّ هذا الدعم يقلل الحاجة إلى استخدام الأدوية المخدرة ، كما بيّنته دراسة أجريت في الكلية الملكية لأطباء النساء والولادة عام 2000 .

( Chamberlian and Steer .2001. 435 )

**1 - المخاض :** المخاض الحقيقي يظهر على شكل آلام ظهرية تأتي على فترات منتظمة ومتباعدة ،وتدوم مدة قصيرة يصحبها انقباض العضلة الرحمية ثم انبساطها.

وقد يبدأ المخاض بصورة احساس بضغط متزايد في الجزء السفلي من البطن ،ثم ينتشر إلى الأعلى ، وعلى كلّ فالمخاض لا يبقى العلامة الوحيدة لبدء الولادة ،بل تصاحبه علامات أخرى تثبت حقيقته وتبشر بقرب الولادة . ( ص 19 صالح اسماعيل عبد الله الهمص )

**2 - الولادة الطبيعية :** تحدث في الميعاد الطبيعي لها وبتفائية في لحظة نزول الجنين إلى عنق الرحم ، تكتمل العملية خلال 18 ساعة وبدون تعقيدات. وتنقسم عملية الولادة إلى ثلاثة أقسام :

**2 - 1 - المرحلة الأولى :** وفيها عنق الرحم يحدث انقسامات متناسقة وتكتمل هذه المرحلة عندما يكون هناك توسع كامل لعنق الرحم .

**2 - 2 - المرحلة الثانية :** وفيها يتم نزول واندفاع الجنين ، وتبدأ هذه المرحلة بتوسع كامل لعنق الرحم ، وتكتمل هذه المرحلة بالخروج الكامل للجنين .

**2 - 3 - المرحلة الثالثة :** وفيها يتم انفصال وخروج المشيمة والغشاء المحيط بالطفل ، وتشمل أيضا التحكم في النزيف ،وتستمر هذه العملية من لحظة ولادة الجنين حتى الانفصال الكامل للمشيمة والغشاء.

**3 - الولادة الملقطية :** أكثر سبب شائع لولادة الملقط هو التأخر في انجاز المرحلة الثانية من المخاض لوقاية الطفل من نقص الأكسجين بعد ساعة أو ساعتين من الجهد المبذول من قبل الأم ، وسبب التأخر قد يكون تعب الأم أو الطفل الكبير ومنها تباطؤ نظم قلبه أيضا . (الهمص،2010، ص 26)



4 - الولادة القيصرية : تعني أنّ الطبيب يجري جراحة على البطن والرحم ويخرج الطفل ، وهذه العملية تحتاج الموافقة المسبقة من الأم والأهل على إجرائها قبل البدء فيها ، ثم يعد جسم الأم للعملية ، وتأخذ عينة صغيرة من دمها للتحليل وتحلق البطن، وعادة ما تتم العملية القيصرية بنجاح ،وتحتاج الأم لفترة نقاهة أطول من الأم التي تلد ولادة طبيعية وهذا الأمر طبيعي ومفهوم .

كما لا يعني أنّ الولادة التالية ستتم بذات الطريقة ، فهذا يعتمد على سبب إجراء العملية ، وهذا يمكن معرفته من الطبيب .

( ص 70 ، جورج قاريلي ، وأن ماري موزر ، ترجمة : معصومة المبارك الطفولة )

وفي الأخير يعتبر المخاض والولادة مرحلة حرجة لدى المرأة الحامل، قد تؤدي بحياتها أو حياة جنينها . لذا ينبغي أن تتم في شروط صحية ونفسية جيّدة تحت إشراف كفاءات مهنية مدربة.

( ص 38 ، الدليل التواصلي في التربية الصحية )

# الفصل الرابع الدراسات السابقة

- الدراسات السابقة التي تناولت القلق أثناء الحمل
- الدراسات السابقة التي تناولت القلق بصورة عامة والقلق أثناء الحمل وعلاقته ببعض المتغيرات
- الخلاصة

## (أ) الدراسات السابقة التي تناولت القلق أثناء الحمل:

هناك عديد من العادات الشعبية و الأقوال المأثورة التي تشير إلى أن المرأة الحامل إذا أخيفت من شيء ،فإن طفلها سيكون جباناً فيما بعد ،أو أنها إذا قرأت ودرست كثيراً أثناء حملها فإن طفلها سيكون ذكياً، جميع هذه الأساطير الشعبية تفيض أن ما يحدث للمرأة أثناء حملها يمكن بالتالي أن يؤثر على جنينها....ولقد حدد العلم الحديث و بصورة أكثر دقة العوامل التي تؤثر على الجنين أثناء فترة الحمل ،حيث أشارت نتائج دراسات كل من:

1- نيسوندر و جوردن (Niswandr&Gordon) (1972)، ودرلين و إنجرام (Drillien &

Ingram) (1966) إلى عديد من التأثيرات الجسمية مثل تشوه الأذن و الأصابع ،والفراغ الواسع بين الأصبع الأول و الثاني وانحناء أو تقوس الأصابع الخمسة ،أشارت هذه الدراسات السابقة إلى ارتباط هذه الأعراض بالضغوط الانفعالية للأم خاصة أثناء فترة الجنين غير المكتمل Embroyonic والتي تقع ما بين 06- 12 أسابيع و هي الفترة التي يكون فيها جسم الجنين في مرحلة البناء و التكوين ، وعلى الرغم أن هذه المعوقات تحدد عن طريق الجينات ،إلا أنها ليست وراثية، بمعنى أنها تعزى إلى الصبغيات الأموية المصابة أو المعوقة ،وليست إلى الخصائص المعوقة المتضمنة في الأليليات .إلا أنه لم تكتشف حتى الآن كيفية تأثير الضغوط الانفعالية على الأم الحامل في أسابيعها الأولى للحمل في إنتاج هذه اللاسويات.(الأشول ،1998،ص188-189)

كما أشارت بعض الدراسات إلى أن الأمهات الحوامل اللائي لديهن مشكلات نفسية واضطرابات حادة في الشخصية مثل :الفصام يبدو أنهن أكثر عرضة وبصورة مرتفعة لحدوث مشكلات و تعقيدات ولادية (كالإجهاض ،والولادة المبسترة ،والمضاعفات أو التعقيدات الولادية) ،وذلك إذا ما قورن بالنساء الأسوياء، وتشير دراسات أخرى إلى أن ذلك قد يرجع إلى طول الفترة التي تكون المرأة مصابة فيها انفعالياً ،أكثر من كون المرض شديداً.(نفس المرجع ص 189)

ومن الدراسات التي أجريت في مجال قلق الحوامل:

**2- دراسة نوربك وآنديرسون Norbeck and Anderson, 2010 :**

التي هدفت إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية، والقلق الذين تعاني منها النساء الحوامل، وعلاقتها بمستوى الدعم الاجتماعي، وقد بينت النتائج وجود مستوى مرتفع من الضغوط النفسية والقلق لدى الحوامل .

**3- دراسة بييجريسBeijers 2010:** التي هدفت إلى تحديد مستوى الضغط النفسي

والقلق، لدى النساء الحوامل، وعلاقتها بالحالة الصحية والجسدية لأطفالهن، شملت الدراسة ( 174 ) حاملاً، منهن ( 71 ) حاملاً للمرة الأولى .وقد أكدت النتائج وجود مستويات عالية من الضغوط النفسية والقلق لدى النساء الحوامل، خصوصاً بين النساء اللاتي يلدن لأول مرة، وبينت النتائج وجود علاقة سلبية بين صحة المرأة النفسية أثناء الحمل، والصحة الجسدية لأطفالهن، حيث إن ( 10.7% ) من أطفال السيدات القلقات، يعانون من أمراض عامة، و ( 8.9 % ) منهم يعانون من أمراض جلدية، و ( 7.6% ) يتعاطون مضادات حيوية.

أما موضوع القلق لدى النساء الحوامل كموضوع منفرد فلم تُجر دراسات عنه وخاصة بعد الولادة، ربما لأن الكثيرين يعتقدون بأن لقلق عند المرأة أثناء الحمل والولادة، وفترة بعد الولادة أمر طبيعي، وأنه لا يحتاج لعلاج، أو تدخل طبي نفسي من قبل المختصين بعلاج الاضطرابات النفسية والعقلية، فالقلق ينتشر بصورٍ مختلفة عند النساء الحوامل، وكذلك بعد الولادة، مثله مثل: الاكتئاب، ولكن نظراً لخطورة الاكتئاب، فإنه حظي بدراساتٍ كثيرةٍ في هذا المجال، تشير بعض الدراسات :

**4 - دراسة (Teixeira, ; Littleton, et la, 2006 . et al, 2009) :** الخاصة

بدراسة القلق عند النساء الحوامل بالاعتماد على المقاييس الخاصة بالقلق، بأن هناك ارتفاعاً في مستوى القلق عند النساء الحوامل .وعادة ما يكون القلق مصحوباً بأعراض فسيولوجية، منها :سرعة ضربات القلب، وتقلص العضلات، وزيادة نشاط الغدة الدرقية، وكثرة التبول أو التعرق، وزيادة معدلات التنفس، وجفاف الحلق، وصعوبة الكلام، كما

تصاحبها تغيرات نفسية، كترقب حصول الأذى، وعدم القدرة على تركيز الانتباه، وعدم انتظام التفكير، وفقدان الأمن النفسي، والشعور (بالاكتئاب، والضيق، والتوتر) التيمي،  
2006

أما القلق أثناء الحمل، فتؤكد إحدى الدراسات :

**5 – دراسة ( Gunning ) et al, 2010 :** على وجود صلة بين القلق الناتج عن مشكلات مالية، أو مسائل مرتبطة بالعلاقات الإنسانية، وبين صحة المرأة الحامل، وآثار دائمة في صحة طفلها؛ إذ إن الحامل القلقة بشأن أمور مالية، وعلاقات إنسانية، ومشكلات أخرى أثناء الحمل، قد تلد طفلاً أكثر عرضة للإصابة بالحساسية والربو، وكذلك حدوث تغيرات تطراً على جهاز المناعة لدى المواليد حتى قبل ميلادهم، كما أن المرأة الحامل التي تعاني من قلق وتوترات شديدة أثناء فترة الحمل تكون أكثر عرضة لإنجاب طفل لديه مستويات مرتفعة من "الأيمونوجلوبالين" وهو أحد مكونات جهاز المناعة.  
كما بينت بعض الدراسات مثل دراسة:

**6 – (Huizink, de Medin Mulder, Visser & Buitelaar, 2000):** أن النساء الحوامل اللاتي يشعرن بقلق غير عادي على حملهن، قد يزداد لديهن احتمال حدوث ولادة مبكرة؛ إذ تزيد لديهن بمعدل ثلاثة أمثال تقريباً مخاطر الولادة قبل موعدها، مقارنةً بالنساء اللاتي ينتابهن قلق أقل، وأن القلق أثناء الحمل يرتبط بزيادة مخاطر حدوث مضاعفات؛ إذ تزداد الضغوط النفسية، وقلق الحالة؛ نتيجة مخاوف النساء الحوامل بشأن حملهن، وبشأن المخاض والولادة، ومشكلات الولادة المبكرة، مثل: النزف، والغثيان، كما أن القلق أثناء فترة الحمل على وجه التحديد يتمثل بثلاثة عوامل وهي: مخاوف ألم الولادة، والخوف من ولادة طفل معاق جسدياً أو عقلياً، والخوف من مظهر أو شكل الطفل.

كما أن تعرض الأم الحامل لنوبات القلق خلال الأشهر الثلاثة الأولى للحمل، يؤثر على حجم الجنين، ليصبح عند الولادة أقل من الحجم الطبيعي، وأن القلق خلال الحمل يؤثر

على وزن الطفل أكثر من أي عوامل أخرى، كتعاطي الأدوية، فالمرأة القلقة خلال الحمل تلد أطفالاً أصغار الحجم، ويظهر ذلك بشكل واضح إذا كانت الأم تشعر بالقلق الحاد خلال الشهر الأول، أو الثاني من الحمل (Heron, Thomas, & O' Conner, 2004).

7- كما يؤكد ليتلون وآخرون (Littleton, et al, 2006) وتيكسيرا وآخرون (Teixeira et al 2009) : أن حدة القلق تزداد نظراً لتجاهل المرأة حالتها النفسية على حساب الاهتمام بأمور ثانوية أخرى، كاهتمام السيدات الحوامل بحالة الجنين، والتجهيزات المناسبة لاستقباله، فهي تركز طوال فترة الحمل على الأشياء التي تحتاجها له، وفي ظل هذه الاستعدادات والالتزامات والقلق، تتجاهل الحامل أهمية حالتها المزاجية والنفسية، التي تؤثر تلقائياً على الجنين.

وأكدت الدراسات في أمراض النساء والولادة، أن العوامل الوراثية، ليست فقط هي وحدها المسؤولة عنه الطباع المزاجية للطفل، فحالة الحامل النفسية والمزاجية تحتاج للملاحظة؛ وذلك لأن كثرة التعرض لحالات القلق يؤدي إلى إفراز هرمونات معينة، تمر إلى الجنين من خلال المشيمة. وتشير إحدى الدراسات:

8 – (Huizink, de Medina, Mulder, Visser & Buitelaar, 1999): إلى أن الأمهات اللاتي تتسم حياتهن بالعمل والمنافسة، وبسرعة الأداء، والتصميم على التغلب على المشكلات، غالباً ما تكون لأطفالهن نفس الحالة النفسية، أي يكونون أطفالاً حادين، متنبهين، وردود أفعالهم قوية اتجاه البيئة التي يعيشون فيها.

هناك بعض الدراسات التي أجريت على النساء الحوامل متناولة القلق كمتغير رئيس وأظهرت هذه الدراسات وجود علاقة بين قلق الأم الحامل والحالة الصحية للأبناء وكذلك المشكلات الأسرية. ( sausenthaler, et al 2009).

كما بينت نتائج بعض الدراسات أن الخوف من مخاطر الولادة والإنجاب، كانت من أبرز العوامل المسببة للضغط النفسي الذي تعاني منه الحوامل أثناء فترة الحمل .

(woods,et al, 2010).

ويرتفع مستوى القلق لدى الحوامل بسبب الخوف من إنجاب طفل معاق ومن الأم مرتبطة بالحمل والولادة والخوف على مظهر الطفل،

(Hussein Hamid, Asif& Haider, 2008, Huizink, et al, 2000)

وتبين كذلك أن قلق الأم الحامل يرتبط بالاكئاب والضغط النفسي وتقدير الذات

( Littleton, Breitkopf, and Berenson, 2006)

كما يتأثر مستوى القلق بمتغيرات العمر والمستوى التعليمي والدخل الشهري والوضع

الاجتماعي وعدد مرات الحمل، Hamid, Asif& Haider,

2008, Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, & Costa, (2009).

(عائشة السوالمية و أحمد الصمادي ص367)

## 9 – دراسة الحسن 2003:

والتي كانت بعنوان " : التغيير الذي يطرأ على المتغيرات الوجدانية للسيدة الحامل خلال مراحل حملها الثلاث وتتمثل هذه المتغيرات في :الاتجاه النفسي نحو الحمل الحالي الضغوط النفسية ضغوط العمل، القلق كحالة، القلق كسمة.

وأظهرت نتائج الدراسة : وجود فروق ذات دلالة إحصائية خلال مراحل الحمل المتعاقبة في الآتي :اتجاه السيدات الحوامل نحو الحمل الحالي، الضغوط النفسية أثناء الحمل، القلق كحالة، القلق كسمة، بينما لا توجد تغيرات في ضغوط العمل لدى السيدات الحوامل العاملات، عدم وجود علاقة ارتباطيه بين العمر والمتغيرات الوجدانية أثناء الحمل، وجود علاقة ارتباطيه طردية بين المستوى التعليمي وضغوط العمل لدى السيدات الحوامل العاملات خلال مراحل الحمل الثلاث.

( صالح إسماعيل الهمص ص91)

ب)الدراسات السابقة التي تناولت القلق بصورة عامة والقلق أثناء الحمل وعلاقتها ببعض المتغيرات :

## 1 – دراسة Perkin and Others 1992 :

هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير كل من القلق والاكتئاب أثناء الحمل على حدوث مضاعفات أثناء عملية الولادة، وقد جمعت المعلومات من دراسة St George's لقياس وزن الطفل بعد الولادة، عينة الدراسة وهي عبارة عن دراسة استشرافية للسكان، أخذت العينة من داخل المستشفى العام بمدينة لندن، عينة البحث عبارة عن سلسلة متتالية من 1860 سيدة بيضاء حجن لاقتراب موعد الولادة لديهن، 136 رفض التعامل مع الدراسة، و209 لم يكملن البحث لأسباب خاصة بهن، وبقي عدد 1515 سيدة أكملن البحث.

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

نتائج الدراسة بينت أن العوامل التي كانت تمتلك أقوى العلاقات في نتائج البحث كانت هي عدد الولادات، عمر الأم، الاكتئاب خلال فترة الحمل لا يمت بصلة إلى مضاعفات الولادة.

القلق على علاقة بسيطة بضعف الوعي / التخدير في المرحلة الثانية من الولادة. وفي الاستنتاجات العامة للسكان من النساء الحوامل، القلق والاكتئاب خلال فترة الحمل، في حين أنه غير مرغوب فيهما بحد ذاتهما، وليست لها أهمية في تطور مضاعفات الولادة.

## 2- 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 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 قرنائهن من النساء غير الحوامل.

### 3- دراسة 2002Dayan, C. and Others :

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

وتكونت عينة الدراسة على سلسلة متتالية من 634 امرأة حملن لمرة واحدة، القلق والاكتئاب تم تقييمه بواسطة استبيان يتم تعبئته ذاتياً، واستخدم لقياس القلق

Spielberger's

State\_trait Inventory and the Edinburgh scale استخدم لقياس الاكتئاب

depression معيار الاكتئاب تم تقسيمه إلى أجزاء ذات قيم معينة تتعلق باضطراب

الاكتئاب النفسي الكبير، ال % 75 من المعيار استخدمت لقياس القلق، تم التحكم في

العوامل الاجتماعية والديموغرافية، وكذلك عوامل طبية حيوية ويضمن ذلك شروط التفاعل.

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

وخلصت الدراسة إلى أن القلق، كتلة الجسم، إفراز هرمون corticotrophin والاكتئاب، العمل، الولادة المبكرة كل هذه عوامل تؤثر بعملية الولادة.

#### 4 – دراسة Halldorsdottir & Karlsdottir 1996:

هدفت الدراسة إلى استكشاف البنية الأساسية لمن عاش تجربة الإنجاب، كما يراها وذلك من وجهة نظر المرأة التي تنجب. تصميم وتحديد المشاركين : بحث نوعي ووجهت الأسلوب المنهجي لهذه الدراسة، التي أجرت مقابلات تفاعلية هادفة. عينة الدراسة من أربعة عشر للأمهات لديهن حالة صحية للوضع في "أكوريري وريكيافيك"، وهما أكثر الأماكن الآهلة بالسكان في أيسلندا.

أظهرت نتائج الدراسة أن اختيار نساء من اللاتي يسافرن خلال المخاض والولادة واخترن رمزاً لمعاشتهن تجربة إنجاب طفل سليم. وهذا يشمل أربع فئات رئيسة : تأثير الظروف والتوقعات قبل بدء الرحلة، الشعور الذاتي خلال الرحلة التي تشمل الشعور بعالم خاص، الشعور بالسيطرة والتحكم، والحاجة إلى الرعاية والتفاهم، والحاجة إلى الشعور بالأمن الرحلة عن طريق العمل والإنجاز في حد ذاته، وأخيراً أول ساعة من حساسية الأمومة وتصور تفرد الولادة باعتبارها تجربة الحياة في نهاية الرحلة.

**5- دراسة أبو المعاطي والرحاب 2001 :**

هدفت الدراسة إلى التعرف بأهمية التنبؤ بالعيوب الخلقية للجهاز العصبي في الفترة ما بين الأسبوع الرابع عشر حتى الأسبوع الثاني والعشرين في السيدات الحوامل. إن هذه الدراسة تبين أهمية التنبؤ بالعيوب الخلقية للجهاز العصبي في السيدات الحوامل اللاتي حملن بأطفال ذوى عيوب في الجهاز العصبي في نفس الفترة. وتكونت عينة الدراسة من 50 سيدة حامل ولها تاريخ لطفل يعاني عيوب خلقية وتم وضعهن تحت الفحص الشامل والمتابعة المستمرة، وتم عمل قياس نسبة الفا-فيتوبروتين وتم عمل قياس نسبة الجونادوتروبين ونسبة الاستريول، وعمل موجات صوتية لاكتشاف العيوب الخلقية.

وكان من أهم نتائج الدراسة اكتشاف أن هناك علاقة مباشرة بين تغير نسبة هذه المواد ووجود عيوب خلقية بالجهاز العصبي في هذه الفترة الزمنية من الحمل.

**6- دراسة صلاح الدين ونجيب 2001 :**

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير ارتفاع ضغط الدم المصاحب للحمل، لأنه كثيراً ما يتسبب في أمراض أو يقضي على حياة الأم أو الجنين. عينة الدراسة اشتملت على عدد 150 سيدة حاملاً ممن تتوفر لديهن أسباب تجعلهن أكثر عرضة للإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم المصاحب للحمل. وكانت الأشعة تستعمل في تحديد مكان المشيمة وسمك الحبل السري. أما بالنسبة لقياسات الدوبلر، فقد تم قياس نسبة الضغط الإنبساطى والإنقباضى للضغط الإنبساطى، قياس معامل المقام ووجود أو عدم وجود الحسر الإنبساطى للشريان الرحمي.

وكان من أهم نتائج الدراسة أنه إذا جمع التواجد الجانبي للمشيمة مع تغيرات في دوبلر الشريان الرحمي، فإنه على العكس من ذلك فإن قياس سمك الحبل السري كان غير مؤثر في التنبؤ بهذا المرض. أما بالنسبة لجرعات الأسبرين المنخفضة فإنها لم تمنع حدوث المرض ولكنها قللت من شدته.

## 7- دراسة فكيةرة 2001 :

هدفت الدراسة إلى معرفة الاتجاهات الحالية نحو الزواج والإنجاب في المجتمع الحضري بمدينة جدة. عينة الدراسة طبقت على 270 فتاة غير متزوجة.

ومن أجل تحقيق هذا الهدف استعانت الدراسة بالمنهج الوصفي التحليلي والطرق الإحصائية في إيجاد العلاقات الارتباطية بين بعض المتغيرات، بالإضافة إلى بعض الأدوات البحثية وهي الاستبيانات، وصحيفة المقابلة. اعتمدت الدراسة على النظريات المتعلقة بالزواج مثل: نظرية التجانس ونظرية التجاور المكاني ونظرية القيمة ونظرية الحاجة التكميلية، وكذلك النظريات الخاصة بالإنجاب مثل: نظرية تدفق الثروة ونظرية تكلفة الأطفال ونظرية التطور العصري.

بينت نتائج الدراسة أن معظم الفتيات السعوديات يفضلن الزواج من الشباب السعودي ومن خارج القرابة، وأن معظم الفتيات يفضلن أن يكون تعليم الزوج أعلى من الزوجة والاتجاه السائد هو تفضيل الشباب الجامعي، وأن الصفات المفضلة في شريك الحياة مرتبةً حسب الأهمية هي : الدين، الأخلاق، الأصل، السمعة، الوسامة، الثروة وأن معظم الفتيات يفضلن وجود شروط في عقد الزواج لضمان مستقبلهن واستقراراً للحياة الأسرية، وأن الاختيار المرتب من قبل الوالدين في المحيط الأقاربي لازال قائماً بشكل كبير، إلا أن الاتجاه السائد لدى الفتيات في الجيل الجديد هو الميل نحو الاختيار الحر، وأن العدد المثالي المرغوب إنجابهم في الأسرة ما بين ( 1- 5 ) أطفال، وبرز أهمية العامل الاقتصادي في تحديد عدد الأطفال إلى جانب العوامل الاجتماعية الأخرى أما بالنسبة لتوقيت الإنجاب فإنه يفضل أن يكون بعد الزواج مباشرة، أما بالنسبة للمعرفة بوسائل منع الحمل وطرق استخدامها، فقد اتضح أن معظم الفتيات يعرفن ببعض وسائل منع الحمل وطرق استخدامها، وأن أفضل وسيلة للحصول على المعلومات بالخصوص هي الطبية أو الطبيب، وأن السن المفضلة للزواج عند الفتاة من 18- 25 سنة وأن لا يزيد الفرق

في السن بين الزوجين أكثر من (5-10 سنوات) لصالح الزوج، أما بالنسبة لتفضيل جنس المولود نجد أن معظم أفراد العينة لا يفضلن جنس مولود على آخر.

#### 8- دراسة العيسي 2004 :

هدفت الدراسة إلى تقييم درجة المعرفة لدى السيدات المتزوجات اللاتي يذهبن بشكل دوري إلى مراكز الأمومة والطفولة بخصوص موضوع الحمل والولادة. عينة الدراسة تم اختيار ثمانية مراكز صحية للأمومة والطفولة عشوائياً من ستة وأربعين مركزاً صحياً يخدم مدينة عمان وتم اختيار مائتي سيدة بطريقة عشوائية منظمة. وقد تم استخدام الاستبيان كوسيلة لقياس درجة المعرفة لدى السيدات المختارات للمشاركة في الدراسة.

تضمنت عملية تقييم درجة المعرفة العديد من المواضيع مثل مستوى الهيموجلوبين، العامل الرايزيسي، الوزن المكتسب خلال فترة الحمل، ضغط الدم، حبوب الحديد، العناية بالصدر، الرضاعة الطبيعية، الطعام، معلومات عن العناية بالأسنان، العواقب المترتبة على التدخين، منغصات الحمل خلال الأشهر الثلاثة الأولى، التغيرات التي تطرأ على جسم الحامل، عوامل الحمل الخطر.

استخدمت الباحثة معياراً وهو نسبة السيدات اللواتي يعرفن المعلومة بنسبة % 70 أو أكثر كان الحكم على مستوى المعرفة على أنه مقبول، بينما في حالة السيدات اللاتي عرفن المعلومة أقل من % 70 كان الحكم على مستوى المعرفة أنه ضعيف.

وكان من أهم نتائج الدراسة أن مستوى المعرفة كان جيداً لدى السيدات بخصوص الفحوص الدورية التي تجري للسيدة الحامل بالمركز الصحي مثل تحديد السيدة لفصيلة دمها، العامل الرايزيسي والوزن الحالي لها، كذلك كان مستوى المعرفة كان جيد لدى السيدات بخصوص المواضيع التالية: التغذية، الرضاعة الطبيعية، تعريف الطعام، معلومات عن العناية بالأسنان العواقب المترتبة على التدخين، منغصات الحمل، وأهمية النزيف المهبل في كونه علامة تحذير لحدوث الإجهاض أو الحمل خارج الرحم.

كان مستوى المعرفة ضعيف في المواضيع الآتية : معرفة مستوى خضاب الدم الحالي وتحديد المستوى القياسي له للسيدة الحامل. معرفة متوسط الوزن المكتسب خلال فترة الحمل . ومعرفة السيدة لضغط الدم الحالي لها، وتحديد المستوي القياسي لضغط الدم. كما كان هناك ضعف في مستوى المعرفة بخصوص : الأعراض الجانبية لتناول حبوب الحديد، العناية بالصدر، عمر الأطفال المناسب لبدء عملية الفطام، علامات الحمل الخطرة مثل تسمم الحمل والالتهابات المهبليّة.

### 9\_ دراسة Wing Cheung and Others 2006 :

هدفت الدراسة إلى استكشاف ودراسة العلاقة بين مستوى قلق الأم ومشاعر السيطرة خلال عملية الولادة للنساء الصينيات في هونج كونج الحوامل لأول مرة. عملية استكشافية وصفية ارتباطية التصميم، المعلومات جمعت في ثلاث مناسبات، خلال المرحلة الأولى من الولادة، أثناء عملية الولادة، بعد 24 ساعة إلى 48 ساعة من عملية الولادة، وجمعت العينات من قسم الولادة في المستشفى التعليمي العام في هونج كونج. عينة الدراسة تتألف من 90 أم من هونج كونج الصينية حوامل لأول مرة، جدول العمل the Labour Agency Scale (LAS) وهو معيار ذاتي تم تصميمه بحيث يهدف إلى قياس مشاعر السيطرة أثناء الولادة . A Visual Analogue Scale for anxiety (VAS-A) تستخدم للقياس الذاتي للمرأة وتحديد مستوى القلق أثناء الولادة .

وبينت نتائج الدراسة اختبار معامل الارتباط بيرسون على وجود علاقة سلبية كبيرة بين مشاعر القلق والأم أثناء المخاض، لا علاقات الإحصائية، تم الكشف عنها عن طريق العلاقات وحضور المرأة قبل الولادة الدروس المتعلقة برعاية الأم الحامل، وما بين السيطرة على مشاعر أثناء الولادة . وأظهرت الدراسة علاقة سلبية كبيرة بين مشاعر وقلق الأم والقدرة على السيطرة خلال عملية الولادة، الآثار المترتبة على هذه الممارسة (حضور دروس الأم الحامل)، وأظهرت الدراسة توصيات للقابلات اللاتي يعملن مع الأمهات من أجل تعزيز قدرتهن على التحكم في أثناء المخاض والولادة مع الارتياح،

وعلاقة بسيطة ما بين ضآلة الحضور في فصول ما قبل الولادة والسيطرة على المشاعر، وتقتراح ضرورة تقييم مضمون الولادة والتعليم من أجل تقوية قدرة المرأة على التحكم أثناء عملية الولادة.

( صالح إسماعيل الهمص ص54-59 )

### الخلاصة:

من خلال عرض هذه الدراسات السابقة ، نرى أن هناك أوجه شبه عديدة في أغلب هذه الدراسات ، حيث خلصت إلى أن للقلق أثر سلبي على صحة المرأة الحامل وعلى صحة الجنين أو على عملية الولادة و التعقيدات التي قد تحدث أثناءها.

كما أننا نلاحظ بعض الاختلافات في عملية الطرح واختيار بعض المتغيرات الأخرى بالإضافة إلى القلق، كذلك طبيعة العينة وطرق اختيارها، كما أن البيئة والزمن يختلفان من دراسة لأخرى حسب كل باحث.

ونرى أن هذه الدراسة تتوافق مع دراسة Dryan.C.and Others 2002: التي اجريت في فرنسا ما بين 1997 – 1998 للبحث عن تأثير كلا من القلق و الاكتئاب على حدوث الولادة المبكرة. حيث اختار عينة النساء الحوامل لأول مرة، واستخدم لقياس القلق مقياس قلق الحالة لسبيلبيرجر.

# الباب الثاني الجانب التطبيقي



# الفصل الخامس

## الاجراءات التطبيقية للدراسة

- المجال الزماني والمكاني للدراسة
- منهج الدراسة
- الدراسة الاستطلاعية
- الخصائص السيكمترية للمقياس
- أدوات الدراسة
- مجتمع الدراسة الأساسية
- الأساليب الإحصائية المستعملة في البرنامج
- الخلاصة

يعتبر هذا الفصل أهم فصل في الدراسة، حيث يناول عينة ومجتمع الدراسة وطرق اختيار العينة وكذلك التعرف على الأدوات المستخدمة في جمع البيانات منها: استمارة جمع البيانات الإكلينيكية، مقياس قلق الحالة لسبيلبيرجر، وأدلة صدق وثبات هذه الأدوات، وكذلك التعرف على الأساليب الإحصائية المستخدمة.

### 1/ المجال المكاني و الزماني للدراسة:

أولاً: مكان الدراسة : تم تطبيق الدراسة في عيادات المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بورقلة (عيادة متعددة الخدمات بحي النصر – مخادمة – عين البيضاء – أنقوسة – الشرفة.) كذلك العيادات الخاصة بأمراض النساء والتوليد (عيادة د.طالبي – د.زغارة – كذلك عيادة القابلة فراجي). وقد اختيرت حسب توافد النساء الحوامل لهذه العيادات .

ثانياً: زمن الدراسة: تمت الدراسة في المدة الممتدة بين جانفي 2014 إلى غاية بداية شهر أكتوبر 2014. وقد تم الإتفاق على الالتقاء في العيادة الأقرب لهن.

### 2/ منهج الدراسة : يرتبط منهج البحث الذي يختاره الباحث بالهدف الذي يحدده هذا

الأخير، وعليه فإن اختيار المنهج المناسب يكون مرتبطاً بالهدف الممكن تحقيقه بإتباع الطريقة المختارة، وبما أن دراستنا هذه تبحث عن معرفة مدى فاعلية برنامج إرشادي في التخفيف من القلق لدى النساء الحوامل لأول مرة، وقد كان من الضروري اعتماد المنهج التجريبي والذي يقوم على التحكم في المتغير المستقل، حيث يعهد الباحث إلى اختيار

عينتين عشوائيتين، حيث تمثل إحداها الجماعة الضابطة والأخرى الجماعة التجريبية التي تتلقى المعالجة التجريبية (تقديم المتغير المستقل) ،ثم يقوم الباحث بملاحظة تأثير المتغير المستقل .ووجود علاقة بين هذا الأخير وسلوك معين عند ضبط مختلف المتغيرات التي يمكن أن تؤثر في النتيجة.(مصطفى عشوي، 1994، ص320).

كما يعرف على أنه المنهج الذي تتضح فيه معالم الطريقة العلمية في التفكير بصورة جلية لأنه يتضمن تنظيمًا بجمع البراهين بطريقة تسمح باختيار الفروض والتحكم في مختلف العوامل التي يمكن أن تؤثر في ظاهرة موضع الدراسة، والوصول إلى العلاقات بين الأسباب والنتائج .وتمتاز التجربة العلمية بأفكار إعادة إجرائها بواسطة أشخاص آخرين مع الوصول إلى نفس النتائج إذا توحدت نفس الظروف .(عمار بوحوش ومحمد محمود الذنبيات، 1999، ص119-120).

فالمنهج التجريبي يمكننا من التعرف على مدى تأثير البرنامج الإرشادي في التخفيف من القلق لدى النساء الحوامل لأول مرة .

وبما أن هناك أنواع متعددة من التصميمات التجريبية تتفاوت في مزاياها ونواحي قصورها أي في قوتها وضعفها من حيث كفاية المتغيرات المؤثرة في المتغير التابع :

1- طريقة المجموعة الواحدة.

2- طريقة المجموعات المتكافئة

## 3- طريقة تدوير المجموعات أو الطرق التبادلية

ونحن في دراستنا هذه لجأنا إلى استخدام الطريقة الأولى وهي طريقة المجموعة الواحدة في هذه التجربة التي تخص جماعة واحدة، فإن الباحث يضيف عاملاً واحداً معروفاً من الجماعة، ثم يقوم بقياس التغير الناتج إذا كان هناك تغيير (نفس المرجع ص225)

أي التركيز على التصميم القبلي والبعدي للمجموعة الواحدة .

**3/تجريب المقياس:** وتهدف إلى التعرف على عينة البحث وكذا التحقق من ملاءمة أدوات القياس، كما تساعد على اكتشاف بعض جوانب القصور في إجراءات تطبيق المقياس، وكذا التمرن على تطبيق المقياس ومعرفة الوقت المستغرق فيه.

وتكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من 04 نساء حوامل لأول مرة في أحد العيادات الخاصة بأمراض النساء و التوليد بمدينة ورقلة، تتراوح أعمارهن ما بين (23 – 27 سنة )، وقد اخترن بطريقة قصدية، و قد تم تطبيق المقياس بطريقة فردية ، حيث تمت قراءة تعليمات المقياس وشرحها حتى يزول أي لبس لدى المرأة الحامل. ثم تسجيل أي ملاحظة تطرحها هذه المرأة أو أي ملاحظات أخرى فيما يخص إجراءات التطبيق.

وقد تبين من خلال نتائج الدراسة الاستطلاعية أن المقياس مناسب ، واستغرق تطبيقه ما بين(03 إلى 05 دقائق)، أي في وقته المطلوب.

## 4/الخصائص السيكومترية للمقياس:

## أولا: صدق المقياس:

يشير الصدق إلى صلاحية المقياس و صحته في قياس ما وضع لقياسه ، ولذلك فيدلنا صدق المقياس على ما الذي يقيسه الاختبار .و من أشهر طرق حساب الصدق هو صدق التكوين . ففي صدق التكوين يحاول الباحث الإجابة عن السؤال التالي:إلى أي حد يمكن أن يعد الاختبار مقياسا لتكوين نظري أو سمة؟ وبالتالي يركز هذا النوع من الصدق على نوع من الوصف السلوكي أشمل وأكثر دوما وتجريدا ويتم حساب هذا النوع من الصدق بالطرق التالية :تحليل البنود (الارتباط بين البند و الدرجة الكلية على المقياس الفرعي) التحليل العاملي (الصدق العاملي) و الارتباطات مع مقاييس أخرى (الصدق التقاربي والاختلافي).

(ن م ص 357).

و من خلال ذلك كله و نظرا بأن المقياس معمول به في عدة بحوث فإننا نطمئن لصلاحيته ويمكن استعماله في جمع البيانات عن المتغيرات الأساسية لدراستنا الحالية . كما قامت الباحثة بقياس صدق وثبات المقياس على عينة التقنين (N = 16) التي تم اختيارها من العيادات التي تتكفل بالمرأة الحامل بمدينة ورقلة ما بين سنة 2013 – 2014، وتتراوح أعمارهن ما بين (20 – 35 سنة) ، وقد استخدمت الباحثة طريقة الصدق التمييزي في حساب الصدق.

**الصدق التمييزي:** استخدمت فيه طريقة المقارنة الطرفية على عينة التقنين بالنسبة للمقياس. و قد استخدمت النسبة التائية لحساب دلالة الفروق بين متوسطي الأعلى و الأدنى من الوسيط. وتتمثل النتائج في الجدول التالي الذي يوضح قيمة (ت):

(1) جدول يوضح معاملات الصدق التمييزي لمقياس قلق الحالة لسبيلبيرجر

مستوى الدلالة		قيمة (ت) T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد N	مجموعة المقارنة
0,01	0,05					
دال	دال	11,23	0,54	29,60	05	أعلى من الوسيط

وم ن خلا			1,78	20,20	05	أدنى من الوسيط
----------------	--	--	------	-------	----	-------------------

ل هذا الجدول نلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0,01 و 0,05) بين الأعلى و الأدنى من الوسيط على مقياس قلق الحالة لسبيلبيرجر ، مما يؤكد القدرة التمييزية للمقياس.

### ثانيا : ثبات المقياس :

اعتمد الباحث في حساب ثبات القائمة بما فيها المقاييس الفرعية على طريقة معامل "ألفا" وضع "كرونباخ" بعد تطبيق واحد ولصيغة واحدة للقائمة ، وذلك لبيان مدى صدق الاتساق في الاستجابات لجميع بنود القائمة ولذلك يعطي معامل ألفا درجة "اتساق ما بين البنود" وكذلك تم حساب ثبات الاتساق الداخلي بطريقة القسمة النصفية بعد تطبيق واحد ولصيغة واحدة في القائمة بعد التصحيح بمعادلة "سبيرمان، براون". و يمدنا هذا النوع من الثبات بمقياس لاتساق عينات محتوى القائمة على مجموعتان "طلبة وطالبات من طلاب الجامعة، كما هو موضح في الجدول التالي:

(2) جدول معاملات ثبات قائمة حالة سمة القلق لدى عينات كويتية

معامل ألفا			القسمة النصفية		
الذكور	إناث	كلية	الذكور	إناث	كلية

(ن=416)	(ن=248)	(ن=168)	(ن=416)	(ن=248)	(ن=168)	
0,87	0,86	0,90	0,86	0,86	0,86	حالة القلق
0,90	0,89	0,93	0,87	0,86	0,92	سمة القلق

ويمكن أن يفسر أي معامل ثبات بشكل مباشر على ضوء النسبة المئوية لتباين الدرجة التي تعزى إلى المصادر المختلفة، ومن ثم فإن معامل ثبات 0,85 يعني أن 85% من التباين في درجات القائمة يعتمد على التباين الحقيقي في المتغير المراد قياسه، و أن 15% يعتمد على تباين الخطأ. و بوجه عام يعد معامل الثبات الذي يساوي أو يزيد عن 0,70 مقبولا في مقاييس الشخصية، وبالتالي فإن معاملات الثبات للمقاييس الفرعية المستخرجة من قائمة حالة و سمة القلق تعتبر مقبولة لأنها تزيد عن 0,70 في كلتا الطريقتين.

(نفس المرجع ص 365 – 366)

5/ أدوات الدراسة: يقوم أي باحث باستخدام أدوات تساعد في جمع المعلومات وعلى ضوءها يسعى إلى جمع المعلومات لتحقيق أهداف الدراسة :

1- استمارة المقابلة الإكلينيكية : هي استمارة تتضمن مجموعة من المعلومات الأولية التي تشمل البيانات الشخصية من: (السن، المستوى التعليمي، والإقتصادي، والمستوى الإجتماعي ..... ) وبيانات حول الزوج من(سن، مستوى التعليمي، المهنة ..... )



وبيانات حول التاريخ الزواجي وبيانات أخرى حول تاريخ تطور الحمل وذلك من خلال الفحوصات الطبية الدورية .

كما يختم هذه الإستمارة بعقد بين الفاحصة والمفحوصات، يتضمن التعاهد على التعاون والإلتزام والجدية في المواظبة على الحضور حسب مواعيد الجلسات لضمان نجاح تطبيق البرنامج

## 2- مقياس حالة القلق لسبيلبيرجر، الصيغة (ي - 1):

هذا الاختبار من إعداد ووضع سبيلبيرجر، جورستس، لوشين، فاج، جاكوبز (1983)، وقد قام سبيلبيرجر بالعمل على تطوير التمييز الذي قدمه "كاتل" والذي أشار إلى أن القلق ينقسم إلى حالة و سمة، وتشير حالة القلق إلى خبرة وقتية متغيرة و مرحلية متعلقة بشعور الفرد بأنه مضطربا هنا و الآن، أما سمة القلق فتشير إلى ميل أو تهيؤ أو سمة ثابتة نسبيا في الشخصية ،و على أساس التمييز بين كون القلق حالة مؤقتة و موقفية وبين كونه سمة مستقرة في الشخصية ، وضع سبيلبيرجر وزملائه القائمة التي بدأ وضعها عام(1964) و صدرت صورتها الأولى عام (1966) ،ثم عدلت عام (1670) وعرفت باسم(الصورة س) وصدرت منها الصورة الثالثة المنقحة عام (1983) وعرفت باسم (الصورة ي)، وكل هذه الصور خاصة بالراشدين ،وقد ترجمت إلى أكثر من ثلاثين لغة، و كما استخدمت هذه القائمة حتى عام (1983) فيما يزيد على ألفي بحث، وتم ذلك في بلاد متعددة.

والمقياس من تعريب " أحمد عبد الخالق " وأعد الصورة الكويتية "بدر محمد الأنصاري"

وقد تم تطبيق هذا المقياس في عدة بحوث في مجال علم النفس .

### طريقة التطبيق:

صممت قائمة حالة القلق كي يقوم المفحوص بتطبيقه ذاتيا،ويمكن أن تطبق فرديا أو على مجموعات، وليست للقائمة حدود زمنية ، ويحتاج طلاب الجامعة بوجه عام إلى 3 دقائق تقريبا لتكملة المقياس ،أما الأشخاص ذوي التعليم المنخفض أو المضطربون إنفعاليا فيحتاجون إلى 5 دقائق لتكملة المقياس.

وعلى الرغم من أن كثيرا من البنود ذات صدق ظاهري بوصفها مقاييس للقلق ،فإن الفاحص أن يتجنب استخدام مصطلح (القلق) عند الإشارة إلى المقياس عند التطبيق، وإنما يجب الإشارة دائما إلى المقياس على أنه "استخبار التقدير الذاتي"وهو العنوان المطبوع على نسخة الإختبار الذي يقدم للمفحوص .ويتعين على الفاحص أن يقيم صلة ألفة مع المفحوصين قبل تطبيق القائمة . ويتكون المقياس من 9 بنود ولكل بند أربعة بدائل للإجابة من(1-4) وهي كالاتي بالترتيب (لا مطلقا، إلى حد ما، بدرجة متوسطة،كثيرا جدا)

(بدر الأنصاري –2001– ص 366)

### طريقة التصحيح:

يعطى كل بند في قائمة حالة القلق درجة موزونة تتراوح من 1- 4 وتصحح البنود الدالة على وجود القلق بإعطائها الأوزان ذاتها، وهي الأرقام التي قام المفحوص بوضع علامة X عليها في نسخة الاختبار، بينما تصحح البنود المشيرة إلى عدم وجود القلق بإعطائها أوزاناً معكوسة، أي أن الاستجابات التي وضع عليها المفحوص علامة X في 1 - 2 - 3 - 4 تصحح بالترتيب 4 - 3 - 2 - 1 وأرقام بنود المقياسين الدالة على عدم وجود القلق (والتي تعطي أوزاناً معكوسة) هي كما يلي :

— مقياس حالة القلق : 1، 3، 6، 7، 9

— مقياس سمة القلق : 2، 4، 8

ولكن نستخرج الدرجة الكلية لكل مقياس نجمع ببساطة الدرجات الموزونة للبنود التسع التي تكون هذا المقياس مع ملاحظة أن الدرجات تعكس بالنسبة للبنود التي أوردناها أعلاه، ويمكن أن تتفاوت الدرجات لكل من مقياس الحالة والسمة (كل على حدة) من 9 (الحد الأدنى) إلى 36 (الحد الأقصى) .

(نفس المرجع ص 368 - 369)

### 3- استمارة إعادة البناء المعرفي وفقاً لأسلوب بيك (سجل الأفكار):

وهو عبارة عن جدول يحتوي على 07 خانات، حيث يساعد على امتلاك مهارات متنوعة من شأنها أن تساعد على تحسين العواطف والعلاقات، وتؤدي إلى تغيير سلوكي إيجابي.

إن الأعمدة الثلاثة الأولى من سجل الأفكار، تفرق بين الحالة والعواطف والأفكار التي أتت وأنت في حالة معينة. ويتضمن "سجل الأفكار" تسجيلاً للأدلة المؤيدة وغير المؤيدة للأفكار التي سجلتها، تعطيك سجلات الأفكار فرصة لتطوير طرق جديدة للتفكير والتي من شأنها أن تؤدي لتحسين المشاعر، وكما هو الحال في أي مهارات جديدة، فإنك تحتاج للتدريب على إكمال تسجيل الأفكار قبل الحصول على نتائج ثابتة. (كرستين باديسكي، دينيس غرينبيرغر ترجمة: مأمون المبيض، 2001، "العقل فوق العاطفة"، ط1، المكتب الإسلامي بيروت - دمشق - عمان. ص 53).

**4 - البرنامج الإرشادي:** تم إعداد برنامج إرشادي يستند إلى النظرية المعرفية السلوكية وذلك استناداً إلى دراسات سابقة وبعض البرامج التي أعدت للتخفيف من القلق لدى النساء الحوامل أو متغيرات أخرى التي تعتمد على أسلوب إعادة البناء المعرفي والتدريب على التفكير المنطقي وتصحيح السلوكيات الخاطئة وتقديم بعض النماذج .

#### – صدق البرنامج :

وبعد إعداد البرنامج تم عرضه على مجموعة من المحكمين :

#### تحكيم البرنامج:

تم عرض البرنامج على مجموعة من الأساتذة، وذلك قصد إبراز مدى صدق البرنامج من خلال صدق المحكمين، و البالغ عددهم 08- 04 من ذوي الاختصاص (علم النفس العيادي)، و 04 آخرين من تخصصات مختلفة .

وقد تم الإتفاق على البرنامج، لكن بعد إضافة بعض الأهداف الأخرى من كل جلسة، وبذلك تعتبر جميع الجلسات واضحة وصادقة .

وقد تم إجراء تعديلات طفيفة على البرنامج وفقا لبعض الملاحظات المقدمة من الأساتذة المحكمين .البرنامج يتشكل من عدة جلسات إرشادية مكونة من (10جلسات) ويتراوح زمن كل جلسة من(60 – 90).

### أهداف البرنامج :

#### 1- أهداف البرنامج العامة: تنقسم إلى قسمين:

أ- هدف إرشادي:يهدف إلى تعديل بعض السلوكات السلبية الناتجة للقلق لدى المرأة الحامل لأول مرة، وعلاجها وتخفيفها من القلق للحصول على جنين صحيح ومعافى.

ب - أهداف إجرائية: تتحقق هذه الأهداف من خلال العمل المستمر داخل الجلسات بأداء الأنشطة والواجبات المنزلية التي تكلف بها المرأة الحامل لأول مرة والمتعلقة بالأفكار والمعتقدات الخاطئة المتعلقة بالقلق.وتتلخص فيما يلي:

1- أن يحدد أفراد العينة الأفكار الأتوماتيكية المتعلقة بالقلق، والذي بالضرورة يؤثر في صحة الأم والجنين على حد سواء.

2- أن يتعرف أفراد العينة على الأسباب المؤدية إلى هذه الأفكار الخاطئة وإغائها ودحضها.

3- أن يكتسب أفراد العينة المهارات اللازمة للتعايش مع المواقف المتنوعة والمؤدية للقلق بنجاح، وذلك باستخدام الفنيات المعرفية والسلوكية التي تعلمتها في البرنامج ومواجهتها.

4- أن تترك أفراد العينة دور الإسترخاء العضلي الذي يؤديه في تعديل السلوك ومواجهة المواقف المسببة للقلق.

### – محتوى البرنامج :

1 – **الجلسات:** تم البرنامج على مدى حوالي شهرين ومجموع الجلسات 10 جلسات بمعدل جلستين في الأسبوع وهذا قصد الاحتفاظ بالعينة بعد ملاحظة عدة صعوبات في التطبيق (العامل الأساسي هو الانقطاع)

2 – **زمن الجلسة :** يتراوح زمن كل جلسة ما بين (60 – 90 دقيقة)

3 – **محتوى كل جلسة:** تعالج كل جلسة بعدا من الأبعاد التي تناولتها الباحثة، بدءا بالتعارف وخلق جو من الحوار والألفة مع تمارين الاسترخاء وسجل الأفكار الذي يهدف إلى تصحيح الأفكار اللاعقلانية .

4 – **لغة الجلسة :** استعملت الباحثة اللغة العامية بطريقة سهلة وبسيطة .

5 – **الحدود المكانية:** عيادات الصحة الجوارية والعيادات الخاصة بأمراض النساء والتوليد.

6- **الأسلوب الإرشادي المستخدم في البرنامج:** استخدمت الباحثة أسلوب الإرشاد الجماعي، حيث كانت جلسات البرنامج جماعية، ويبلغ عدد النساء من 05 إلى 10 امرأة حامل لأول مرة تعاني من حالة القلق، حتى يسهل توجيههن ويتم التفاعل والمشاركة بينهن بطريقة جيدة، وتكوين علاقات ايجابية فيما بينهن لتسهيل عملية تقييم أفكارهن ومعتقدتهن.

وفيما يلي ملخص عن جلسات البرنامج .

وقد تم إقتراح 10 جلسات في البرنامج بمعدل (60-90 دقيقة) لكل جلسة، وتم تقسيمه إلى خمسة مراحل وهي:

**1-المرحلة الأولى:(التمهيدية):**في هذه المرحلة تم التعرف على أفراد العينة (المجموعة التجريبية)،وذلك بعد تطبيق مقياس قلق الحالة لسيلبيرجر،حيث كانت فيه استجابات الحوامل للقلق عالية.أي يعانين من قلق الحالة(حالة الحمل)،وقدكان هذا القياس بمثابة الإجراء القبلي،بعدها قدمت للمفحوصات استمارة المقابلة قصد جمع المعلومات الأولية عن أفراد العينة والعقد(البحث العلمي).

**2-المرحلة الثانية:(المرحلة المعرفية):**في هذه المرحلة تم التعرف على الحمل وخصائص البيولوجية له وكذا القلق، وكيف يمكن للقلق أن يؤثر على النمو السليم للجنين، كما تم إبراز بعض الطرق المساهمة في الحفاظ على الصحة النفسية الجيدة للمرأة الحامل، وذلك بالتركيز على الجوانب المعرفية والنفسية والسلوكية لديها، والتي يمكن التحكم في القلق والإستمتاع بفترة الحمل. وكذلك عرض شريط فيديو يبين مراحل تطور الجنين من لحظة الإخصاب إلى غاية الولادة.

وتشمل هذه المرحلة الجلسات (الأولى، الثانية، الثالثة).

**3-المرحلة الثالثة: (مرحلة التدريب):** في هذه المرحلة تم التدريب على إعادة البناء المعرفي وتحليل أنماط التفكير، وذلك من خلال سجل( جدول) الأفكار الذي به يمكن تحويل الأفكار الخاطئة اللاعقلانية إلى أفكار إيجابية عقلانية، وتخفيف درجة القلق.وكذلك الإشارة إلى عملية الولادة (طرق الولادة)، وذلك بإعطاء نماذج وأمثلة من الواقع لبعض الحالات السابقة الناجحة(النمذجة)، والتعرف على الطرق التي تسهل الولادة وتسرع المخاض مثل:عملية التنفس، التفكير الإيجابي وذلك بالتفكير في الأشياء الإيجابية التي تسهل الولادة، بذل التفكير في الألم.

كما تم التدريب على الإسترخاء العضلي على طريقة طريقة جاكوبسون، وإعطاء واجب منزلي بعد كل جلسة.

وتشمل هذه المرحلة الجلسات (الرابعة، الخامسة، السادسة، السابعة).

**4- المرحلة الرابعة:** (مرحلة التطبيق): في هذه المرحلة تقوم المفحوصات بالمواجهة الفعلية لمسببات القلق من خلال العصف الذهني في حل المشكلات، بقصد زيادة القدرات والعمليات الذهنية، والتعرض للموقف. وذلك من خلال ما تعلمنه واكتسبته من الجلسات السابقة ومن خلال الواجبات المنزلية.

كما يتم إعادة تطبيق مقياس القلق كحالة لسيلبيرجر (التطبيق البعدي).

تشمل هذه الجلسات (الثامنة، التاسعة، العاشرة).

**5- المرحلة الخامسة:** (مرحلة المتابعة): في هذه المرحلة التي تبدأ بإنهاء الجلسات، حيث يتم متابعة النساء الحوامل (أفراد عينة البحث) بعد شهر من التطبيق وحتى الولادة، وذلك لمعرفة أثر البرنامج على أفراد العينة في التخفيف من القلق لديهن.

#### – تطبيق البرنامج :

**أ – التطبيق القبلي:** يتم تطبيق مقياس قلق الحالة لسيلبيرجر على أفراد العينة قيد الدراسة والتأكد من الإجابات على كل بنود المقياس حيث تم اختيار في هذه الدراسة النساء الاتي لديهن قلق مرتفع .

**ب – التطبيق البعدي:** تم تطبيق البعدي لمقياس في نهاية البرنامج بعد الجلسة العاشرة .

**ج – التطبيق التبعي:** بعد مرور شهر تم إعادة تطبيق مقياس قلق الحالة لسيلبيرجر قصد المتابعة .



## محتوى جلسات البرنامج:

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	عدد الجلسات	مدة الجلسات	الفنيات المستخدمة	الهدف من الدراسة
الأولى	جلسة جماعية للتعرف على البعض و على البرنامج	01	60-90 دقيقة	المناقشة و الحوار	<p>– كسب ثقة المفحوصات و التخلص من الخوف و الخجل بين الباحثة والمفحوصات.</p> <p>– خلق جو من الألفة بين المرشدة وأفراد العينة.</p> <p>– التعارف و التعريف بالبرنامج.</p>
الثانية	طرق المحافظة على الصحة النفسية الجيدة للمرأة الحامل ومعرفة كيفية	01	60-90 دقيقة	المناقشة والحوار	<p>– تعريف الحمل من الجانب الفيزيولوجي.</p> <p>– تعريف القلق.</p> <p>– كيف يؤثر القلق على صحة المرأة الحامل واحتمالية</p>

<p>الحصول على جنين غير معافى .</p> <p>– التعرف على الطرق الجيدة التي تساعد على تطور الجنين .</p>				<p>تأثير القلق على الحمل (المرأة و الجنين )</p>	
<p>يبين هذا الشريط مراحل تطور الجنين من لحظة الإخصاب إلى غاية الولادة.</p> <p>– المناقشة .</p> <p>– الحرص على النمو الجيد و الطبيعي للجنين.</p> <p>– تخليصها من بعض الأفكار المسبقة الخاطئة التي استوحتها من المحيط الخارجي.</p> <p>– إعطاء النماذج التي تساعدن على أخذ صورة</p>	<p>المناقشة و الحوار .</p> <p>النمذجة</p> <p>الواجب المنزلي</p>	<p>30دقيقة</p> <p>60دقيقة</p>	<p>01</p>	<p>عرض شريط فيديو و المناقشة</p> <p>– تقويت الرابط العلائقي بين الأم و جنينها .</p> <p>– التعرف على عملية الولادة و الطرق التي تسهل المخاض وإعطاء أمثلة واقعية .</p>	<p>الثالثة</p>

جيدة عن عملية الولادة.					
الرابعة	عرض بعض الواقف المسببة للقلق أثناء فترة الحمل.	01	90-60 دقيقة	سجل الأفكار	— تحديد الواقف المسببة للاستجابات الفيزيولوجية و المرتبطة بالقلق و تعديلها. — تحديد الأعراض و الاضطرابات التي تأثر على الحمل و تجنبها.
الخامسة	عرض الواقف المسببة للقلق وتعديلها	01	90-60	سجل الأفكار	— تحديد الأفكار و المعتقدات الخاطئة المسببة للقلق. — مناقشة هذه الأفكار . — تصحيحها وإعطاء بدائل إيجابية.
السادسة	الاسترخاء و أهميته في تخفيف حالة القلق	01	90-60 دقيقة	المناقشة و الحوار	— التعرف على مفهوم الإسترخاء كأسلوب علاجي. — فنياته و طريقته. — أهميته في تخفيف حالة
				واجب منزلي	

القلق.	منزلي				
– تعليم طريقة الاسترخاء العضلي. – التخلص من التشنجات الناتجة عن التوتر و القلق. – الوصول إلى حالة من الراحة و الهدوء. – التمكن من تطبيق مهارة الاسترخاء.	الاسترخاء العضلي لجاكوبسون	09_60 دقيقة	01	التدريب على الاسترخاء العضلي	السابعة
– المواجهة الفعلية لمسببات القلق. – زيادة القدرات و العمليات الذهنية . – توظيف ما تعلمه و اكتسبه من تقنيات في الجلسات السابقة.	إعادة البناء المعرفي من خلال مراحل التكيف مع المواقف المسببة للقلق. واجب	90_60 دقيقة	01	التعرض للوقف	الثامنة

	منزلي				
التاسعة	التدريب على أسلوب حل المشكلات	01	90_60 دقيقة	إعادة البناء المعرفي (المشكلة، الأفكار الأتوماتيكية، البدائل). واجب منزلي	– تطوير مهارة حل المشكلات و معرفة نتائج السلوك و القدرة على إظهار الحلول الممكنة . – إلغاء الأفكار الخاطئة واستخدام أفكار بديلة (صحيحة).

<p>– الإشارة إلى كل التقنيات التي تم التطرق إليها في الجلسات السابقة و التأكيد على تطبيقها في الحياة اليومية .</p> <p>– جمع آراء أفراد العينة حول البرنامج ومدى الاستفادة منه.</p> <p>– إجراء التطبيق (القياس) البعدي وإنهاء البرنامج.</p> <p>– الإتفاق على موعد بعد شهر للمتابعة (القياس التتبعي) وبعد الولادة.</p>	المناقشة	90_60 دقيقة	01	تقييم و متابعة البرنامج	العاشرة
--	----------	----------------	----	-------------------------	---------

6/ مجتمع الدراسة الأساسية: يتكون مجتمع الدراسة من مجموعة من النساء الحوامل لأول مرة تتراوح مدة حملهن ما بين 4 أشهر إلى 7 أشهر أي الفترة الثانية من الحمل وهذا نظرا للاستقرار الذي يميز هذه المرحلة (بالنسبة للجنين والأم)، وهؤلاء النسوة يقمن بالفحوصات الدورية والمتابعة الصحية لمراحل تطور الحمل لديهن بالعيادات الطبية، وقد بلغ عددهن الإجمالي أكثر من 80 امرأة حامل لأول مرة يتراوح سنهن ما بين 20 إلى 35 سنة وقد طبق عليهن مقياس سبيلبيرجر ، فمنهن من لم تكن تعاني من قلق الحالة حيث بلغ عددهن 14 امرأة ،ومنهن من انقطع عن تكملة البرنامج وبلغ عددهن 50 و قد

تم إلغاؤهن من الدراسة ، ولكن تم اختيار 16 حالة فقط التي ثبت لديها وجود حالة القلق وهن اللواتي أكملن جميع جلسات البرنامج.

العدد: 30-14 = 16 النسبة المئوية: 100% - 46,66% = 53,34%

من بين 30 امرأة حامل لأول مرة طبق عليهن القياس القبلي، تم استبعاد 14 امرأة حيث تحصلن درجات محصورة ما بين 25 و 28 درجة في القياس القبلي ،أي أنهم لا يعانون من قلق الحالة و تقدر نسبتهم ب 46,66%، أما 16 امرأة فقد كانت تعاني حالة القلق أثناء الحمل لأول مرة و بلغت نسبتهم ب 53,34% .

أ/ العينة : تم اختيار العينة بطريقة قصدية والتي تعرف بسحب عينة من مجتمع حسب ما يليق بالباحث، حيث بلغ عدد أفراد العينة 16 امرأة يتراوح عمرهن ما بين (20-35 سنة).

#### ب/ خصائص العينة :

- الحمل لأول مرة.
- الحمل في خلال السنتين الأولى بعد الزواج.
- يتراوح سنهن ما بين (20-35 سنة).
- تقارب فارق السن بين الزوجين (لا يزيد عن 10 سنوات).
- أن يكون كلا الزوجين متزوج لأول مرة.
- خلو المرأة من الأمراض المزمنة (الضغط/السكري/القلب....الخ).
- أن يكون للمرأة دفتر صحي تتابع به تطور الوضع الصحي لها ولجنينها.
- وجود الزوج الدائم (عدم الغياب بحكم العمل، هجر، طلاق، وفات....الخ).
- الإقامة في مدينة ورقلة .

– تقارب المستوى الإقتصادي.

– أن لا تكون لها مشاكل أسرية (الإستقرار الأسري)

– لم يسبق لها حالة إستشفاء(دخول المستشفى).

ج- وصف العينة:

(1) جدول 04 يثبت توزيع العينة حسب متغير السن:

النسبة المئوية	العدد	السن
56,25%	09	مابين [ 20 – 25 ]
25%	04	مابين [ 25 – 30 ]
18,75%	03	مابين [ 30 – 35 ]
100%	16	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن أفراد العينة البالغ عددها 16 امرأة بنسبة 100%، قسمت إلى

ثلاث فئات حسب السن [25–20] ، [ 30–25 ] ، [ 35–30 ] (بخمسة فئات

تقريباً)

وذلك بحساب :

$$4.99 = \frac{35-20}{1+(3,33*1.20)} = \frac{\text{حد الأعلى} - \text{حد الأدنى}}{1+(3,33*\log.N)=K}$$



حيث بلغ عدد أفراد عينة الفئة الأولى هو 9 0 بنسبة تقدر بـ 56,25%، والثانية هو 4 0 بنسبة تقدر بـ 25%، والأخيرة هو 3 0 بنسبة 18,75%، حيث نرى أن أكثر من نصف أفراد العينة ينتمين إلى الفئة الأولى، أي يتراوح سنهن ما بين 20 – 25 سنة.

### (2) جدول يبين النسبة المئوية للمستوى التعليمي:

النسبة	العدد	المستوى
25%	04	متوسط
50%	08	ثانوي
25%	04	جامعي
100%	16	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن أفراد العينة البالغ عددها 16 امرأة بنسبة 100%، قسمت إلى ثلاث مجموعات حسب المستوى التعليمي (متوسط، ثانوي، جامعي)، حيث بلغ عدد النساء اللواتي لديهن المستوى المتوسط 04 نساء بنسبة 25%، و اللواتي لديهن المستوى الثانوي 08 نساء بنسبة 50%، وأخيرا اللواتي لديهن المستوى الجامعي بلغ عددهن 04 نساء بنسبة 25% .

### (3) جدول يبين النسبة المئوية حسب معرفة المرأة لجنس المولود:

النسبة	العدد	المرأة
75%	12	تعرف جنس المولود
25%	04	لا تعرف جنس المولود

المجموع	16	%100
---------	----	------

من خلال الجدول نلاحظ أن أفراد العينة البالغ عددها 16 امرأة بنسبة 100%، قسمت إلى مجموعتين حسب معرفة المرأة لجنس المولود، حيث نلاحظ أن أغلب النساء على علم بجنس المولود، حيث بلغ عددهن 12 امرأة بنسبة 75%، و اللواتي لسن على علم بجنس مولودهن هن 04 نساء بنسبة 25%.

### (3) جدول النسبة المئوية بالنسبة لعمل المرأة:

المرأة	العدد	النسبة
عاملة	06	%37,5
ربة بيت	10	%62,5
المجموع	16	%100

من خلال الجدول نلاحظ أن أفراد العينة البالغ عددها 16 امرأة بنسبة 100%، قسمت إلى مجموعتين حسب عمل المرأة الحامل، حيث نلاحظ أن أغلبهن ربوات بيوت، حيث بلغ عددهن 10 نساء بنسبة 62,5%، أما اللواتي يعملن فقد بلغ عددهن 06 نساء بنسبة 37,5%.

والهدف من اختيار هذه المتغيرات كونها المتغيرات الأكثر، التي تتأثر بها المرأة الحامل وتكون مصدر لارتفاع أو انخفاض درجة القلق لديها في هذه المرحلة.

وقد تم اعتماد طريقة المجموعة الواحدة في المنهج التجريبي بالنسبة لهذه الدراسة، حيث قامت الباحثة بالتطبيق القبلي أولاً، وبعد تطبيق البرنامج تم التطبيق البعدي وملاحظة الفرق بين الإستجابات التطبيقين (القبلي والبعدي) ومقارنتها.

7) التحليل الإحصائي للبرنامج : (الخصائص السيكمترية) لتتحقق من ثبات المقياس تم

استخدام (النسب المئوية) اعتمادا على برنامج التحليل الإحصائي (spss)

7/ الأساليب الإحصائية المستعملة في البرنامج :

- التكرار.
- النسبة المئوية.
- اختبار (ت) T
- اختبار الإشارة.
- المتوسط الحسابي.
- الإنحراف المعياري.
- حالة التجانس بين المجموعات لليفين.
- فيشر (f).
- مجموع المربعات من النوع 3.
- مربع المتوسطات.
- مربع الارتباطات ETa.
- درجة الحرية (df1)، (df2).
- مستوى الدلالة (sig).

**الخلاصة:** بعد إجراءات الدراسة الميدانية وفقا للمنهج التجريبي وكذا التعرف على الأساليب الإحصائية المستخدمة لحساب فروض الدراسة سوف نقوم بعرض وتفسير الفرضيات في الفصل الموالي .

# الفصل السادس

## عرض و تحليل و تفسير النتائج

- تمهيد
- عرض نتائج الدراسة
- تفسير ومناقشة نتائج الدراسة
- التوصيات

**تمهيد:** تقوم الباحثة في هذا الفصل بعرض نتائج البحث وتفسيرها ومناقشتها لبيان مدى تحقق الأهداف والفرضيات الخاصة بمشكلة البحث وهذا حسب الإطار النظري لهذه الدراسة ونتائج البحث والدراسات السابقة سعياً على تحقيق الهدف الأساسي في الدراسة وهو الكشف على مدى فاعلية البرنامج الإرشادي لتخفيف من القلق لدى النساء الحوامل .

### 1- عرض نتائج الدراسة :

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية البرنامج الإرشادي لتخفيف من القلق لدى النساء الحوامل لأول مرة، وللتحقق من هذا الهدف تم وضع الفرضيات الأربعة التالية :

#### الفرضية الأولى :

هناك قلق لدى النساء الحوامل لأول مرة المنتمية للعينة. ولتأكد من صحة الفرضية الأولى و بعد تطبيق مقياس قلق الحالة لسبيلبيرجر الذي تتراوح مجموع الاستجابات فيه ما بين 9 كحد أدنى و36 كحد أقصى ، وبعد ظهور النتائج الخاصة بالعينة، تم وضع مفتاح لهذا الاختبار و ذلك باستعمال الأسلوب الإحصائي الرباعيات ،حيث يعبر لنا طرفي التوزيع فيه عن وجود حالة القلق لدى العينة ،أما الوسط فيعبر عن الاعتدال وهو لا يعبر عن وجود حالة القلق لدى العينة ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول(01) يوضح استجابات أفراد العينة في مقياس حالة القلق لسبيلبيرجر

الأسلوب	ك	%

الفئات		
أقل من 22	07 نساء	23,33%
من 23 إلى 27	14 امرأة	46,66%
من 28 فما فوق	09 نساء	30%
المجموع	30 امرأة	100%

نلاحظ من خلال الجدول أن من بين 30 حالة طبق عليها مقياس قلق الحالة لسبيلبيرجر تحصلنا على 07 حالات كانت نتائج استجابتهن أقل من 22 في المقياس وهن يعانين من حالة القلق و تبلغ نسبتهن 23,33% ، و 14 حالة تحصلت على نتائج محصورة بين 23 و 27 في المقياس وهن في حالة الاعتدال أي أنهن لا يعانين من حالة القلق و قد تم استبعادهن حيث تبلغ نسبتهن 46,66%، و 09 حالات كانت استجابتهن من 28 فما فوق في المقياس وهن يعانين من حالة القلق وقد بلغت نسبتهن 30%، وبذلك تم اختيار 16 حالة فقط لأنها تعاني من حالة القلق وتبلغ نسبتها 53,34%، وهذا حسب مفتاح التصحيح حيث نختار الاستجابات الموجودة في طرفي التوزيع والتي تعبر عن وجود حالة القلق ، ونستغني عن استجابات الاعتدال والتي لا تعبر عن حالة القلق .

وبذلك نستنتج أن أغلب النساء الحوامل يمرن بحالة القلق أثناء الحمل لأول مرة و ذلك لعدة أسباب سيتم الكشف عن بعضها فيما بعد.

**الفرضية الثانية:** هناك أثر لبرنامج إرشادي على تخفيف القلق لدى هؤلاء النساء الحوامل لأول مرة (قبلي و بعدي). وللتأكد من صحة هذه الفرضية تم استعمال اختبار الإشارة وهو من الاختبارات اللابارامترية و تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم (2) يبين نتائج اختبار الإشارة

مستوى الدلالة		Avant=Apprêt	Avant >Apprêt	Avant<Apprêt	V.Sing	N	المتغير
0,05	0,01						
0,00	0,00	00	00	16	15	16	قبلي & بعدي
	دال						
	دال						

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد النساء اللاتي تم إدراجهن في القياس كان عددهن 16 امرأة من أفراد العينة، حيث تم تطبيق اختبار الإشارة الذي يعتبر أحد الأساليب الإحصائية التي تنتمي إلى المقاييس اللابارامترية و التي لا تخضع لشروط المقاييس البارامترية مثل شرط : (أن تكون العينة عددها أكثر من 30 ، التجانس ،.....ألخ)، وهو يستخدم بديلاً عن اختبار T لعينتين مرتبطتين، حيث قدرت نتيجة اختبار الإشارة ب 15 ، كما نلاحظ أن مستوى الدلالة أقل من 0,01 و 0,05 مما يدل على قبول الفرضية البديلة و رفض الفرضية الصفرية، بمعنى أننا نقبل الفرضية البديلة التي ترى بأن هناك فرق بين التطبيق القبلي و البعدي لاختبار قلق الحالة بدرجة ثقة 99% ويمكن أن تكون مرفوقة بدرجة شك 1%.

### الفرضية الجزئية الأولى :

هناك أثر لبرنامج إرشادي في تخفيف القلق باختلاف سن المرأة.

جدول رقم 03 : وصف العينة إحصائياً:



سن المرأة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد
من 20 إلى 25 سنة	25,1250	0,99103	8
من 25 إلى 30	23,8000	0,83666	5
من 30 إلى 35	24,3333	0,57735	3
المجموع	24,5625	1,03078	16

من خلال الجدول الخاص بالتحليل الإحصائي الوصفي لنتائج الفرضية الجزئية الأولى ، نلاحظ بأن المتوسط الحسابي للمجموعة الأولى المتعلق الأمر باللواتي سنهن يتراوح بين (20\_25) قد قدر ب: 25,12 بانحراف معياري قدر ب: 0,99 وكان عددهن 08 نساء. أما اللواتي يتراوح سنهن بين (25\_30) فقد بلغ عددهن 05 نساء بمتوسط حسابي 23,80 و بانحراف معياري قدر ب: 0,83. واللواتي يتراوح سنهن بين (30\_35) فيبلغ عددهن 03 نساء بمتوسط حسابي قدر ب: 24,33 وبانحراف معياري قدر ب: 0,57، والعدد الكلي للنساء هو 16 امرأة بمجموع متوسط حسابي قدر ب: 24,56 ، وبمجموع انحراف معياري قدر ب: 1,03.

#### جدول رقم 04: حالة التجانس بين المجموعات ل: ليفن:

فischer (f)	درجة الحرية df1	درجة الحرية df2	مستوى الدلالة (sig)
0,287	2	13	0,755

أما بالنسبة لجدول تحديد التجانس بين المجموعات لليفن فنلاحظ بأن قيمة مستوى الدلالة أكبر من 0,01 و 0,05 وبالتالي نلاحظ بأن هناك تجانس بين المجموعات.

## جدول رقم 05: تحليل معطيات الفرضية الأولى:

المصدر	مجموع المربعات من النوع 3	درجة الحرية Df	مربع المتوسطات	فيشر F	مستوى الدلالة Sig	مربع الارتباطات ETa
	6 ,330a	5	1,266	1,318	0,331	0,397
	72 ,432	1	72,432	75,394	0,000	0,883
قبل	0,081	1	0,081	0,084	0,778	0,008
سن المرأة	1,054	2	0,527	0,548	0,594	0,099
بين القبلي وسن المرأة	0,497	2	0,248	0,258	0,777	0,049
	9,607	10	0,961			
	9669,000	16				
المجموع	15,937	15				

من خلال جدول تحليل معطيات الفرضية الجزئية الأولى فنلاحظ من خلال المصدر أن السن بالنسبة للمجموعات الثلاث قد بلغ مجموع المربعات للنوع الثالث قد بلغ 1,05 ودرجة حرية 2. أما مربع المتوسطات فقد بلغ 0,52، أما قيمة F فقد حددت 0,54 عند مستوى الدلالة 0,59 وهي أكبر من 0,01 و0,05 وبالتالي نرفض الفرضية البديلة التي ترى بتأثير المتغير المستقل و هو المتغير المتعلق بدرجات بعد تطبيق البرنامج، أي قبل تطبيق البرنامج كان هناك تأثير لسن المرأة بين المجموعات الثلاث. أما عندما يكون هناك تفاعل بين سن المرأة وقبل تطبيق البرنامج فوجدنا أن مستوى الدلالة بلغ 0,77

وهو أكبر من 0,01 و 0,05 وبالتالي تقبل الفرضية الصفرية و نرفض الفرضية البديلة التي ترى بأن هناك فرق ذات دلالة إحصائية بين التطبيق القبلي و البعدي للبرنامج يعزى لسن المرأة، مما يعني قبول الفرضية الصفرية بدرجة ثقة 99% ويمكن قبولها بدرجة شك 1%.

لم تتحقق الفرضية

#### جدول رقم 06 : متغير الثقة :التطبيق البعدي

درجة الثقة 95%		معيار الخطأ	المتوسط الحسابي	سن المرأة
الحد الأدنى	الحد الأقصى			
24,354	25,900	0,347	25,127 a	من 20 إلى 25 سنة
22,826	24,779	0,438	23,803 a	من 25 إلى 30
23,018	25,686	0,599	24,352 a	من 30 إلى 35

#### الفرضية الجزئية الثانية :

هناك أثر لبرنامج إرشادي في تخفيف القلق باختلاف معرفة جنس المولود.

## جدول رقم 07: وصف العينة إحصائياً:

العدد	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	معرفة جنس المولود
12	0,90034	24,9167	تعرف
4	0,57735	23,5000	لا تعرف
16	1,03078	24,5625	المجموع

من خلال الجدول الخاص بالتحليل الإحصائي الوصفي لنتائج الفرضية الجزئية الثانية، نلاحظ بأن المتوسط الحسابي للمجموعة الأولى المتعلق الأمر باللواتي يعرفن جنس مولودهن قد قدر ب: 24,91 بانحراف معياري قدر ب: 0,90 وكان عددهن 12 امرأة. أما اللواتي لا يعرفن جنس مولودهن فقد بلغ عددهن 04 نساء بمتوسط حسابي 23,50 و بانحراف معياري قدر ب: 0,57. بمجموع متوسط حسابي قدر ب: 24,56 ، وبمجموع انحراف معياري قدر ب: 1,03 ل 16 امرأة.

## جدول رقم 08: حالة التجانس بين المجموعات ل: ليفن:

فيشر (f)	درجة الحرية df1	درجة الحرية df2	مستوى الدلالة (sig)
0,117	1	14	0,737

أما بالنسبة لجدول تحديد التجانس بين المجموعات لليفن فنلاحظ بأن قيمة مستوى الدلالة أكبر من 0,01 و 0,05 وبالتالي نلاحظ بأن ليس هناك تجانس بين المجموعات .

## جدول رقم 09: تحليل معطيات الفرضية الثانية:

المصدر	مجموع المربعات من النوع 3	درجة الحرية Df	مربع المتوسطات	فيشر F	مستوى الدلالة sig	مربع الارتباطات ETa
	6,021a	3	2,007	2,429	0,116	0,378
	119,424	1	119,424	144,513	0,000	0,923
معرفة المرأة لجنس المولود	0,000	1	0,000	0,000	1,000	0,000
قبل	0,102	1	0,102	0,124	0,731	0,010
بين القبلي ومعرفة الجنس	0,000	12	0,826	0,000	1,000	0,000
	9,917	16				
المجموع	9669,00	15				
	15,937					

من خلال جدول تحليل معطيات الفرضية الجزئية الثانية فنلاحظ من خلال المصدر أن معرفة المرأة لجنس المولود قد بلغ مجموع المربعات للنوع الثالث ب 0,10 وبدرجة حرية 1. أما مربع المتوسطات فقد بلغ 0,10، أما قيمة F فقد حددت 0,12 عند مستوى الدلالة 0,73 وهي أكبر من 0,01 و 0,05 وبالتالي نرفض الفرضية البديلة التي ترى

بتأثير المتغير المستقل و هو المتغير المتعلق بدرجات بعد تطبيق البرنامج ،أي أن معرفة المرأة لجنس المولود كان له تأثير في المجموعتين قبل تطبيق البرنامج ،.أما عندما يكون هناك تفاعل بين معرفة الجنس وقبل تطبيق البرنامج فوجدنا أن مستوى الدلالة بلغ 1,00 وهو أكبر من 0,01 و0,05 وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية و نرفض الفرضية البديلة التي ترى بأن هناك فرق ذات دلالة إحصائية بين التطبيق القبلي و البعدي للبرنامج يعزى لمعرفة المرأة لجنس المولود، مما يعني قبول الفرضية الصفرية بدرجة ثقة 99% ويمكن قبولها بدرجة شك 1%.  
لم تتحقق الفرضية

#### جدول رقم 10: متغير الثقة :التطبيق البعدي

درجة الثقة 95%		معيار الخطأ	المتوسط الحسابي	معرفة جنس المولود
الحد الأدنى	الحد الأقصى			
24,343	25,491	0,263	24,917 a	تعرف
22,444	24,556	0,485	23,500 a	لا تعرف

#### الفرضية الجزئية الثالثة :

هناك أثر لبرنامج إرشادي في تخفيف القلق باختلاف عمل المرأة.

#### وصف العينة إحصائياً:

عمل المرأة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد
------------	-----------------	-------------------	-------

6	0,54772	24,5000	تعمل
10	1,26491	24,6000	لا تعمل
16	1,03078	24,5625	المجموع

من خلال الجدول الخاص بالتحليل الإحصائي الوصفي لنتائج الفرضية الجزئية الثالثة، نلاحظ بأن المتوسط الحسابي للمجموعة الأولى المتعلق الأمر باللواتي يعملن قد قدر ب: 24,50 بانحراف معياري قدر ب: 0,54 وكان عددهن 6 نساء. أما اللواتي لا يعملن فقد بلغ عددهن 10 نساء بمتوسط حسابي قدر 24,60 و بانحراف معياري قدر ب: 1,26. بمجموع متوسط حسابي قدر ب: 24,56 ، وبمجموع انحراف معياري قدر ب: 1,03 ل : 16 امرأة.

**جدول رقم 11: حالة التجانس بين المجموعات ل: ليفن:**

فischer (f)	درجة الحرية df1	درجة الحرية df2	مستوى الدلالة (sig)
7,517	1	14	0,016

أما بالنسبة لجدول تحديد التجانس بين المجموعات لليفن فنلاحظ بأن قيمة مستوى الدلالة بين 0,01 و 0,05 وبالتالي نلاحظ بأن هناك تجانس بين المجموعات .

**جدول رقم 12 : تحليل معطيات الفرضية الثالثة:**

المصدر	مجموع المربعات من النوع 3	درجة الحرية	مربع المتوسطات	فischer F	مستوى الدلالة	مربع ETa
للارتباطات						

	sig			Df			
	0,080	0,790	0,349	0,427	3	1 ,281 a	
	0,916	0,000	131,708	160,870	1	160,870	
	0,046	0,459	0,584	0,713	1	0,713	قبل
	0,071	0,356	0,922	1,126	1	1,126	عمل المرأة
	0,070	0,362	0,898	1,097	1	1,097	بين القبلي وعمل
				1,221	12	14,657	المرأة
					16	9669,00	
					15	15,937	المجموع

من خلال جدول تحليل معطيات الفرضية الجزئية الثالثة فنلاحظ من خلال المصدر أن عمل المرأة بالنسبة للمجموعتين قد بلغ فيها مجموع المربعات للنوع الثالث 1,12 وبدرجة حرية 1. أما مربع المتوسطات فقد بلغ 1,12، أما قيمة F فقد حددت 0,92 عند مستوى الدلالة 0,35 وهي أكبر من 0,01 و 0,05 وبالتالي نرفض الفرضية البديلة التي ترى بتأثير المتغير المستقل و هو المتغير المتعلق بدرجات بعد تطبيق البرنامج، أي أن عمل المرأة كان له تأثير في المجموعتين قبل تطبيق البرنامج. أما عندما يكون هناك تفاعل بين عمل المرأة وقبل تطبيق البرنامج فوجدنا أن مستوى الدلالة بلغ 0,07 وهو أكبر من 0,01 و 0,05 وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية و نرفض الفرضية البديلة التي ترى بأن هناك فرق ذات دلالة إحصائية بين التطبيق القبلي و البعدي للبرنامج يعزى



لعمل المرأة ، مما يعني قبول الفرضية الصفرية بدرجة ثقة 99% ويمكن قبولها بدرجة شك 1%.

لم تتحقق الفرضية

### جدول رقم 13 : متغير الثقة :التطبيق البعدي

درجة الثقة 95%		معيار الخطأ	المتوسط الحسابي	عمل المرأة
الحد الأدنى	الحد الأقصى			
23,552	25,526	0,453	24,539 a	تعمل
23,840	25,365	0,350	24,603 a	لا تعمل

### الفرضية الجزئية الرابعة :

هناك أثر لبرنامج إرشادي في تخفيف القلق باختلاف المستوى التعليمي (متوسط ١ ثانوي ١ جامعي).

### جدول رقم 14 : وصف العينة إحصائياً:

العدد	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المستوى
4	0,95743	24,7500	جامعي
8	0,53452	24,5000	ثانوي
4	1,91485	24,5000	متوسط

المجموع	24,5625	1,03078	16
---------	---------	---------	----

من خلال الجدول الخاص بالتحليل الإحصائي الوصفي لنتائج الفرضية الجزئية الرابعة، نلاحظ بأن المتوسط الحسابي للمجموعة الأولى المتعلق الأمر باللواتي لديهن مستوى تعليمي جامعي قد قدر ب: 24,75 بانحراف معياري قدر ب: 0,95 وكان عددهن 04 نساء. أما اللواتي لديهن مستوى تعليمي ثانوي فقد بلغ عددهن 08 نساء بمتوسط حسابي 24,50 و بانحراف معياري قدر ب: 0,53. واللواتي لديهن مستوى تعليمي متوسط فعددهن هو 04 بمتوسط حسابي قدر ب: 24,50 و بانحراف معياري قدر ب: 1,91، والعدد الكلي للنساء هو 16 امرأة بمجموع متوسط حسابي قدر ب: 24,56 ، وبمجموع انحراف معياري قدر ب: 1,03.

#### جدول رقم 15 :حالة التجانس بين المجموعات ل:ليفن:

فيشر (f)	درجة الحرية df1	درجة الحرية df2	مستوى الدلالة (sig)
19,368	2	13	0,000

أما بالنسبة لجدول تحديد التجانس بين المجموعات لليفن فنلاحظ بأن قيمة مستوى الدلالة أقل من 0,01 و 0,05 وبالتالي نلاحظ بأن ليس هناك تجانس بين المجموعات.

جدول رقم 16: تحليل معطيات الفرضية الرابعة:

المصدر	مجموع المربعات من النوع 3	درجة الحرية Df	مربع المتوسطات	فيشر F	مستوى الدلالة Sig	مربع ETa لارتباطات
	1,521a	5	0,304	0,211	0,950	0,095
	111,976	1	111,976	77,674	0,000	0,886
المستوى العلمي	0,963	2	0,481	0,334	0,724	0,063
قبل	0,097	1	0,097	0,067	0,801	0,007
بين القبلي والمستوى	0,808	2	0,404	0,280	0,761	0,053
	14,416	10	1,442			
	9669,000	16				
المجموع	15,937	15				

من خلال جدول تحليل معطيات الفرضية الجزئية الرابعة فنلاحظ من خلال المصدر أن المستوى التعليمي للمجموعات الثلاث قد بلغ مجموع المربعات للنوع الثالث قد بلغ 0,96

وبدرجة حرية 2. أما مربع المتوسطات فقد بلغ 0,48، أما قيمة F فقد حددت 0,33 عند مستوى الدلالة 0,72 وهي أكبر من 0,01 و 0,05 وبالتالي نرفض الفرضية البديلة التي ترى بتأثير المتغير المستقل و هو المتغير المتعلق بدرجات بعد تطبيق البرنامج، أي قبل تطبيق البرنامج كان هناك تأثير للمستوى التعليمي بين المجموعات الثلاث. أما عندما يكون هناك تفاعل بين المستوى التعليمي وقبل تطبيق البرنامج فوجدنا أن مستوى الدلالة بلغ 0,76 وهو أكبر من 0,01 و 0,05 وبالتالي تقبل الفرضية الصفرية و نرفض الفرضية البديلة التي ترى بأن هناك فرق ذات دلالة إحصائية بين التطبيق القبلي و البعدي للبرنامج يعزى للمستوى التعليمي مما يعني قبول الفرضية الصفرية بدرجة ثقة 99% ويمكن قبولها بدرجة شك 1%.

لم تتحقق الفرضية

#### جدول رقم 17: متغير الثقة: التطبيق البعدي

درجة الثقة 95%		معيار الخطأ	المتوسط الحسابي	المستوى
الحد الأدنى	الحد الأقصى			
22,371	26,561	0,940	24,466 a	جامعي
22,849	25,512	0,598	24,181 a	ثانوي
23,152	26,086	0,658	24,619 a	متوسط

تفسير ومناقشة نتائج الدراسة :

**1 – تفسير نتائج الفرضية الأولى:** والتي تنص على أن هناك قلق لدى النساء الحوامل لأول مرة المنتمية للعينة .

نلاحظ من خلال 16 حالة التي ثبت وجود حالة القلق لديهن بنسبة مرتفعة ،ويمكن تفسير إرتفاع هذه النسبة ،نظرا لكون المرأة تخوض تجربة الحمل لأول مرة ، وكونه أمر مجهول بالنسبة إليها، خاصة في غياب الوعي وثقافة الحمل والولادة لديها، فهي تعتبر الحمل أمر شاق و مرهق، وعملية الولادة أمر صعب ومجهد ومؤلم ،وغالبا ما تكون حالة القلق مربوطة بهذه العملية وما مدى التدخل الجراحي فيها، وهذا نتيجة مما تسمعه من محيطها الخارجي، و كذا غموض مستقبل الجنين والخوف على صحته بطرحها أسئلة: "هل سيكون معافى أم مريض، سيعيش أم سافقده...."كل هذه التوقعات ترفع من نسبة القلق لديهن، كما أن غياب السند والدعم المعنوي من طرف الزوج باعتبار أن الحمل أمر خاص بالنساء وعدم تفهمها ،كما يغيب دعم أفراد الأسرة بحكم أن أغلبهن يعشن في مساكن مستقلة أو أنها تسعى للحصول على منزل مستقل مما يسبب كل ذلك ضغوط لها.

كما يمكن إرجاع ارتفاع نسبة القلق لدى هؤلاء النساء إلى عدم المتابعة الدورية لدى القابلات، اللواتي يقمن بفحص شامل للأم وبإعطاء الإرشادات والتوجيهات الصحية خاصة المتعلقة بصحة الأم، فأغلبهن يفضلن الذهاب لدى الطبيب المختص يقمن بالتابعة الدورية لديه للإطمئنان على صحة الجنين وإهمال صحتهن ،بحيث أن الطبيب لا يقوم بهذا الفحص بل يكتفي بالتصوير بالرنين المغناطيسي فقط وذلك للعدد الكبير للحالات التي يفحصها في اليوم.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع عدة دراسات أخرى في هذا المجال تم عرضها في الإطار النظري منها دراسة توربيك و أندرسون 2010 التي هدفت إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية والقلق الذي تعاني منها النساء الحوامل و علاقتها بمستوى الدعم الاجتماعي ،فقد بينت النتائج وجود مستوى مرتفع من الضغوط و القلق لدى الحوامل.

## 2 – تفسير نتائج الفرضية الثانية : هناك أثر لبرنامج إرشادي على تخفيف القلق لدى هؤلاء النساء الحوامل لأول مرة(قبلي و بعدي).

ومن خلال عرض نتائج هذه الفرضية توصلنا إلى تحقيق و قبول هذه الفرضية وهذا راجع إلى أن البرنامج كان فعال وساهم في تخفيف درجة حالة القلق لدى هؤلاء النسوة ،وهذا من خلال مقارنة التطبيقين (القبلي والبعدي) نلاحظ أن نسبة القلق قد تراجعت في التطبيق البعدي و يرجع ذلك إلى الأساليب و التدريبات المختلفة التي اشتمل عليها البرنامج ،وكذا الدعم النفسي و المعنوي الذي تحصلن عليه من المرشدة و المسترشدات فيما بينهن من خلال خلق علاقة طيبة ووجود الألفة في العمل الإرشادي و تبادل الخبرات فيما بينهن ، بالإضافة إلى الواجبات المنزلية التي كانت تقدم لهن في نهاية كل جلسة كان يحافظ على المتابعة المستمرة وكذلك إقحام الزوج في هذه العملية بطريقة غير مباشرة وتقوية العلاقات بينهما ،كما أنهن قد استفدن من بعض الأساليب التي تخفف حالة القلق مثل: الإسترخاء العضلي ،إعادة البناء المعرفي من خلال جدول الأفكار الذي يتركز على إعادة تصحيح الأفكار و المعتقدات الخاطئة حول الحمل والولادة، و الإستفادة من بعض المعلومات النظرية حول الحمل و القلق وكيف يؤثر كل واحد في الآخر ، والتنفيس الإنفعالي من خلال المناقشة وكذا شريط الفيديو الذي ساعد في تنمية العلاقة بين الأم و جنينها ،كل هذه تعتبر فرصة غنية للنساء الحوامل لأول مرة ،حيث بين إهتمامهن بهذا البرنامج ومناقشة الكثير من المخاوف المسببة لحالة القلق لدى هؤلاء النساء.

على الرغم من عدم وجود دراسات سابقة حول تأثير البرامج الإرشادية في تخفيف القلق لدى النساء الحوامل أو مشاكل الحمل بصفة عامة ،إلا أن نتائج هذه الدراسة تتفق مع دراسة وينغ شونغ و آخرون 2006 حيث هدفت الدراسة إلى استكشاف دراسة العلاقة بين مستوى قلق الأم و مشاعر السيطرة خلال عملية الولادة للنساء الصينيات في هونغ كونغ الحوامل لأول مرة.

وقد تم تفسير الفرضيات الجزئية التي هي بمثابة اختبار لهتين الفرضيتين و هي:

### 3 – تفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى: هناك أثر لبرنامج إرشادي في تخفيف القلق باختلاف سن المرأة.

من خلال الجدول عرض النتائج الذي تم التطبيق من خلاله تحليل التباين المصاحب، والذي يستعمل عندما يكون لدينا تصميم يخضع إلى مجموعتين قبل تطبيق الاختبار، ويتم التعامل مع درجات الإختبار البعدي كمتغير مصاحب للتخلص من الاختلافات الموجودة بشكل مسبق بين المجموعات. بمعنى آخر يتم عزل التطبيق البعدي لنلاحظ مدى مساهمته في عملية التأثير. في هذه الفرضية نلاحظ أن عامل السن لا يؤثر في فعالية البرنامج و هذا بعد عزل التطبيق البعدي، إذ أن البرنامج ليس له تأثير في التخفيف من حدة القلق بوجود متغير السن ، أي أن السن لا يلعب دورا أساسيا و مؤثرا في تحديد فعالية البرنامج على التخفيف من حالة القلق.

أي أن سن المرأة يؤثر في المجموعات الثلاث قبل تطبيق البرنامج ،حيث تبين أن النساء الأكثر قلقا هن النساء اللاتي تحصر أعمارهن ما بين 20 و 28 سنة، وهذا بحكم أن أغلب النساء يتزوجن في هذا السن و أغلبهن يتعرضن إلى عملية الحمل و الولادة ،و حالة القلق في مثل هذه السن تكون أكثر من غيره، في حين أن النساء الأكبر من هذا السن تكون لديهن الخبرة الكافية و المعرفة الإجتماعية التي تعطينهن القدرة في التعامل مع مواقف الحياة منها الزواج و الإنجاب ،كما أنهن أكثر نضجا من السابقات ، فكلما زاد سن المرأة كلما كانت خبرتها بالحمل و الولادة أكبر.

كما يتفق هذا مع ما جاء في الإطار النظري فيما يخص تأثير سن المرأة على صحة الجنين، فكلما كان سن المرأة صغيرا جدا ،أو كبيرا جدا زادت مخاطر الحمل وكذا احتمال فقدان الجنين أو حتى الأم. وما جاء كذلك في الدراسات السابقة مثل: ما ورد في

دراسة Hamid, Asif & Haider بأنه يتأثر مستوى القلق بمتغيرات العمر والمستوى التعليمي والدخل الشهري والوضع الاجتماعي وعدد مرات الحمل.

2008, Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, & Costa,

و ما ورد في دراسة فكيرة (2001) والتي كانت بعنوان : الاتجاهات الحالية نحو الزواج والإنجاب في المجتمع الحضري : دراسة تطبيقية على مدينة جدة ونتائج الدراسة وقد أسفرت الدراسة الميدانية عن نتائج عديدة أهمها : أن السن المفضلة للزواج عند الفتاة من (18- 25 سنة) وأن لا يزيد الفرق في السن بين الزوجين أكثر من (5 - 10 سنوات) لصالح الزوج.

رغم ذلك كله نلاحظ عندما قارنا التفاعل بين سن المرأة و التطبيق القبلي للبرنامج نرى أن هذا المتغير أصبح لا يؤثر في حالة القلق بعد تطبيق البرنامج. و بالتالي لم تتحقق الفرضية البديلة وقبلنا بالفرضية الصفرية ،وبذلك نستنتج أن سن المرأة لا يصبح له تأثير في العملية الإرشادية ،بحيث تتفاعل جميع النساء بنفس الطريقة مما أدى إلى تقارب استجاباتهن في البرنامج وبذلك نرى أن البرنامج يؤثر في كل النساء في العينة بغض النظر عن سنهن .

**4 - تفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية :** هناك أثر لبرنامج إرشادي في تخفيف القلق باختلاف معرفة جنس المولود.

من خلال الجدول عرض النتائج الذي تم التطبيق من خلاله تحليل التغير المصاحب والذي يستعمل عندما يكون لدينا تصميم يخضع إلى مجموعتين قبل تطبيق الاختبار، و يتم التعامل مع درجات الإختبار البعدي كمتغير مصاحب للتخلص من الاختلافات الموجودة بشكل مسبق بين المجموعات.بمعنى آخر يتم عزل التطبيق البعدي لنلاحظ مدى مساهمته في عملية التأثير.في هذه الفرضية نلاحظ أن عامل معرفة جنس المولود ليس له تأثير في



فعالية البرنامج و هذا بعد عزل التطبيق البعدي ، إذ أن البرنامج ليس له تأثير في تخفيف من حدة القلق بوجود متغير معرفة جنس المولود ، أي أن معرفة جنس المولود لا يلعب دورا أساسيا و مؤثرا في تحديد فعالية البرنامج على التخفيف من حالة القلق.

نلاحظ أن عدد كبير من النساء المنتميات لعينة الدراسة على علم بجنس المولود وهذا بعد إجراء التصوير بالرنين المغناطيسي (الإكوغرافي) الذي أصبح أمر ضروري في الآونة الأخيرة خاصة في المراحل الأخيرة من الحمل ، وهذا إما من باب الفضول أو قصد تجهيز حاجيات المولود وفقا لجنسه، أو للإطمئنان على وضعيته و حالته الصحية .

وبما أن الحركات الأولى للجنين لها أهمية عظمى لدى جميع النساء اللواتي لم يجرؤن على إبداء غبظتهن ، يسلمن الآن بأنهن متأكدات من وجود جنين .وبالنسبة إلى النساء اللواتي قبلن في البداية هذا الطفل بصعوبة ،تصبح مرحلة التحركات الأولى شيئا أساسيا .و كثيرا ما تطمئن حيرتهن تلك الإشارة الصادرة عن الجنين نفسه .

أصبح لدى الأم براهين أخرى على وجود طفلها ، لقد أسمعها الطبيب دقات قلبه، ثم بفضل الصورة الصوتية رأت قلبه يخفق .لكن كثيرا ما تخلق هذه انطباعات أقل من التحركات الأولى .فالأم تدركها في أعماق كيائها.

والكثير من الصور الصوتية تضعف من سر الإنتظار، من الأحلام الضرورية للمخيلة ، التي لها أهمية في توطيد العلاقات الأولى بين الأم و طفلها .هذا ما يقوله فريق دار التوليد من أطباء توليد و قابلات و علماء نفس.

( لورانس ،2011، ص 33)

كما أشارت دراسة فكيةرة 2001 التي هدفت إلى معرفة الاتجاهات الحالية نحو الزواج و الإنجاب في المجتمع الحضري بمدينة جدة، و من بين النتائج التي خلصت إليها أن معظم الفتيات حاليا أصبحن لا يفضلن جنس مولود على آخر.

وبذلك المعرفة المسبقة لجنس المولود يكون لها تأثير في المجموعتين قبل تطبيق البرنامج، ولكن بعد التفاعل بين معرفة المرأة لجنس المولود والتطبيق القبلي للبرنامج، نجد أن المتغير أصبح لا يؤثر في حالة القلق بعد تطبيق البرنامج. وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية ونرفض الفرضية البديلة التي ترى أن هناك فرق ذات دلالة إحصائية بين التطبيق القبلي والبعدي للبرنامج يعزى لمعرفة المرأة لجنس المولود. وبذلك نستنتج أن معرفة الجنس لا يصبح له تأثير في العملية الإرشادية، بحيث تصبح جميع النساء في نفس الدرجة من التفاعل مما تكون الإستجابة في البرنامج متقاربة و بذلك البرنامج يؤثر في كل النساء بغض النظر عن معرفتها بجنس المولود أو لا.

**5 – تفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:** هناك أثر لبرنامج إرشادي في تخفيف القلق باختلاف عمل المرأة.

من خلال الجدول عرض النتائج الذي تم التطبيق من خلاله تحليل التغيرات المصاحب والذي يستعمل عندما يكون لدينا تصميم يخضع إلى مجموعتين قبل تطبيق الاختبار، و يتم التعامل مع درجات الإختبار البعدي كمتغير مصاحب للتخلص من الاختلافات الموجودة بشكل مسبق بين المجموعات. بمعنى آخر يتم عزل التطبيق البعدي لنلاحظ مدى مساهمته في عملية التأثير. في هذه الفرضية نلاحظ أن عامل عمل المرأة ليس له تأثير في فعالية البرنامج و هذا بعد عزل التطبيق البعدي، إذ أن البرنامج ليس له تأثير في تخفيف من حدة القلق بوجود متغير عمل المرأة، أي أن عمل المرأة لا يلعب دورا أساسيا و مؤثرا في تحديد فعالية البرنامج على التخفيف من حالة القلق.

نلاحظ أن عمل المرأة كان له تأثير قبل تطبيق البرنامج خاصة إذا كان العمل مجهد أو أن تكون المرأة في منصب مسؤولية فغيابها عن منصبها يسبب لها ضغوط إضافية بسبب تراكم الأعمال بعد عودتها من العطلة كما أن بعضهن يخفن من خسارة منصبهن لأنهن غير مرسمات في هذه الوظيفة. فقد سجلت بعض الدراسات حول الأمومة أن عمل المرأة

سيكون له تأثير على مستقبل الحمل و بالتالي على مستقبل الطفل نتيجة لتحقيقات كثيرة قامت بدراسة ذلك كانت نتائجها كالآتي:

— إذا تم العمل في ظروف عادية ، سواء في الخارج أو في المنزل ، فلا يضر بالحمل.

— عندما تعمل المرأة تهتم بصحتها أكثر لأنها في محيطها المهني أكثر اطلاعا.

— هناك بعض العوامل التي تزيد من خطورة الولادة المبكرة ، منها ظروف عمل مضمّن، من هنا اتخذت إجراءات كثيرة لحماية أمهات المستقبل.

لا يمكن أن نضع بالتالي هذه المعادلة ، العمل = خطر ، أو العمل = حماية ، كل شيء خاضع للظروف.

واستنادا إلى الإحصائيات الحديثة التي قامت بها المؤسسة الوطنية للصحة و البحث الطبي فإن 61% من النساء يعملن عند الولادة ، ويعملن حوالي الربع أنهن يقمن بخدمة منازلهن، و10% عاطلات عن العمل. أما المستوى العلمي العام للأمهات فإنه على تحسن مستمر—

(لورانس،2011،ص 49).

كما جاء في دراسة الحسن 2003 الاتجاه النفسي نحو الحمل الحالي ،الضغوط النفسية ، ضغوط العمل ، القلق كحالة، القلق كسمة و التي خلصت إلى أنه لا توجد تغيرات في ضغوط العمل لدى السيدات الحوامل العاملات ، وجود علاقة ارتباطية بين العمر و المتغيرات الوجدانية أثناء الحمل ،وجود علاقة ارتباطية فردية بين المستوى التعليمي و ضغوط العمل لدى السيدات الحوامل العاملات خلال مراحل الحمل الثلاث.

ولكن بعد التفاعل بين عمل المرأة وقبل تطبيق البرنامج نجد أن المتغير أصبح لا يؤثر في حالة القلق بعد تطبيق البرنامج ،وبالتالي لم تتحقق الفرضية البديلة و قبلنا بالفرضية الصفرية ،وبذلك نستنتج أن عمل المرأة لا يصبح له تأثير في العملية الإرشادية ،بحيث تصبح جميع النساء في نفس الدرجة من التفاعل مما تكون استجاباتهن في البرنامج

مقاربة وبذلك البرنامج يؤثر في كل نساء العينة بغض النظر عن كونها عاملة أو ربة بيت.

تتفق هذه النتيجة مع ما جاء في الدراسات السابقة، مثل ما ورد في (دراسة الحسن ، 2003 ) والتي كانت بعنوان " : التغيير الذي يطرأ على المتغيرات الوجدانية للسيدة الحامل خلال مراحل حملها الثلاث وتتمثل هذه المتغيرات في :الاتجاه النفسي نحو الحمل الحالي الضغوط النفسية ضغوط العمل، القلق كحالة، القلق كسمة. وأظهرت نتائج الدراسة : وجود فروق ذات دلالة إحصائية خلال مراحل الحمل المتعاقبة في الآتي :اتجاه السيدات الحوامل نحو الحمل الحالي، الضغوط النفسية أثناء الحمل، القلق كحالة، القلق كسمة، بينما لا توجد تغيرات في ضغوط العمل لدى السيدات الحوامل العاملات عدم وجود علاقة ارتباطيه بين العمر والمتغيرات الوجدانية أثناء الحمل وجود علاقة ارتباطيه طردية بين المستوى التعليمي وضغوط العمل لدى السيدات الحوامل العاملات خلال مراحل الحمل الثلاث.

**6 – تفسير نتائج الفرضية الجزئية الرابعة :** هناك أثر لبرنامج إرشادي في تخفيف القلق باختلاف المستوى التعليمي (متوسط | ثانوي | جامعي).

من خلال الجدول عرض النتائج الذي تم التطبيق من خلاله تحليل التباين المصاحب والذي يستعمل عندما يكون لدينا تصميم يخضع إلى مجموعتين قبل تطبيق الاختبار، و يتم التعامل مع درجات الإختبار البعدي كمتغير مصاحب للتخلص من الاختلافات الموجودة بشكل مسبق بين المجموعات.بمعنى آخر يتم عزل التطبيق البعدي لنلاحظ مدى مساهمته في عملية التأثير.في هذه الفرضية نلاحظ أن عامل المستوى التعليمي ليس له تأثير في فعالية البرنامج و هذا بعد عزل التطبيق البعدي ،إذ أن البرنامج ليس له تأثير في تخفيف من حدة القلق بوجود متغير المستوى التعليمي ،أي أن المستوى التعليمي لا يلعب دورا أساسيا و مؤثرا في تحديد فعالية البرنامج على التخفيف من حالة القلق.

نلاحظ أن المستوى التعليمي يؤثر في المجموعات الثلاث قبل تطبيق البرنامج، كما نلاحظ أن النساء الأكثر قلق هن اللواتي لديهن مستوى تعليمي منخفض (ثانوي أو متوسط)، وهذا راجع لعدم الإطلاع والبحث و المعرفة في أمور الحمل والولادة، والتركيز على الخبرات الخاطئة التي تسمعها من المجتمع مما يزيد نسبة القلق لديها، في حين أن كلما كان المستوى التعليمي أعلى كلما زادت المعرفة والإطلاع فكانت حالة القلق أخف من الأخريات ومع ذلك إذا ما قارنا التفاعل بين المستوى التعليمي وقبل تطبيق البرنامج، نرى أن هذا المتغير أصبح لا يؤثر في حالة القلق بعد تطبيق البرنامج. وبالتالي لم تتحقق الفرضية البديلة و قبلنا بالفرضية الصفرية، وبذلك نستنتج أن المستوى التعليمي لا يصبح له تأثير في العملية الإرشادية، بحيث تصبح جميع النساء في نفس الدرجة من التفاعل مما تكون استجابتهن في البرنامج متقاربة وبذلك البرنامج يؤثر في كل نساء العينة بغض النظر عن مستواهن التعليمي.

#### توصيات و اقتراحات الدراسة:

توصلت الباحثة من خلال الدراسة إلى جملة من التوصيات تتمثل فيما يلي:

— الإهتمام بالجانب النفسي بالنسبة للمرأة خاصة الحمل الأول لقلّة الخبرة و المعرفة ، وعدم الإكتفاء بالمتابعة الطبية فقط.

— القيام ببعض الدورات و الندوات العلمية و الإرشادية التي تكون موجهة للمرأة الحامل و المقبلات على الزواج من أجل توجيههن وإرشادهن صحيا ونفسيا و التقليل من بعض المخاطر التي قد تكون في غنا عنها إذا عرفت كيف تعتني بنفسها و بجنينها، ويتكفل بذلك الطاقم الطبي و النفسي معا.

— عقد دورات تدريبية في مجال علم النفس للقابلات ،التي تهدف إلى تعليمهن لبعض البرامج الإرشادية و تطبيقها على الأمهات الحوامل.

— تهيئة الفتاة المقبلة على الزواج و تحضيرها نفسيا و صحيا على الحمل و الولادة.

قائمة المراجع باللغة العربية:

- 1-القرءان الكريم.
- 2-أحمد عبد المنعم وساجدة، 2008، "أوضاع الأمهات والأطفال في المناطق الحضرية في بعض الدول العربية" - ط1- معهد البحوث والدراسات البيئية جامعة عين شمس - القاهرة.
- 3-أسامة فاروق مصطفى، 2011، "مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية"، ط1، دار المسيرة للنشر، عمان.
- 4-التميمي، 2006. "القلق". موسوعة العلوم النفسية و التربوية ( 8)، 14-24 صنعاء.
- 5-الرحاب أبو المعاطي، 2001، الدراسات الوراثية لتشوهات الجهاز العصبي، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة القاهرة.
- 6-أنس شكشك، 2009، "القلق رهاب العصر" دار الكتاب العربي، بيروت.
- 7-أيمن محمد عادل ، 2006 ، " الطبيعة النفسية للمرأة " ط1 ، دار طيبة للطباعة الجيزة ، مصر .
- 8- بدر محمد الأنصاري، 2001، "المرجع في مقاييس الشخصية" ط1، دار الكتاب الحديث، الكويت
- 9-جاسم محمد عبد الله المرزوقي، 2008 ، "الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكر" ط1، العلم والإيمان للنشر، الإسكندرية.
- 10-جورج قاريلي ، وأن ماري موزر ، ترجمة : معصومة المبارك ، مراجعة : أقبال العرادي " بانتظار الحدث السعيد : حقائق ومعلومات حول الحمل والولادة " . الجمعية

- ( [WWW.BOOKSALL.NET](http://WWW.BOOKSALL.NET) الأزيكة , منتدى سور الأزيكة )  
 طباعة وتصميم فهد المرزوق , الكويت .
- 11- حياة تيسير شعبان بسيو، 2006، مذكرة ماجستير "بناء برنامج إرشادي سلوكي وقياس فاعليته في خفض القلق وقلق الموت والإكتئاب لدى مرضى السرطان في الأردن" جامعة عمان.
- 12- دافيد شيهان , ترجمة عزت شعلان , 1988 "مرض القلق" عالم المعرفة، الكويت.
- 13- رائدة العيسي، 2004 "الحمل والولادة العناية بالمرأة الحامل"، المكتبة الوطنية ، عمان.
- 14- راضي الوقفي ، 2003 ، " مقدمة في علم النفس " ، ط3 ، دار الشروق للنشر والتوزيع ، عمان - الأردن .
- 15- سامي محمد ملحم ، 2004 ، " علم نفس النمو ( دورة حياة الانسان )" ، ط1 ، دار الفكر ناشرون وموزعون ، عمان، الأردن .
- 16- سهير كامل أحمد "قلق الشباب (دراسة غير حضارية في المجتمعين المصري والسعودي ) "مجلة دراسات نفسية"، رابطة الأخصائيين النفسيين المصريين .العدد1، الجزء 3.
- 17- شيلي تايلور ، ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاعر داود ، 2008 ، " علم النفس الصحي " ط1 ، دار الحامد للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن .
- 18- صالح اسماعيل عبد الله الهمص ، 2010 ، "مذكرة ماجستير" قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظة الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة " الجامعة الإسلامية ، غزة.
- 19- صبره محمد علي وآخرون، 2004، الصحة النفسية والتوافق النفسي "دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة



- 20-صلاح الدين ونجيب ( 2001 ) الموجات فوق الصوتية والتغيرات في دوبلر الشريان الرحمي فى التنبؤ بمرض ارتفاع ضغط الدم المصاحب للحمل وتأثير جرعات منخفضة من الأسبيرين .رسالة دكتوراه غير منشورة .جامعة القاهرة.
- 21-طارق كمال ،2008، " الصحة النفسية للمرأة" ،ب ط، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر.
- 22- طومي سميث ومجموعة من الأطباء، مراجعة وتحديث: جميل الحلبي،2008،"موسوعة صحة العائلة" دليل صحي شامل لجميع أفراد العائلة، ط4، دار العلم للملايين، بيروت.
- 23-عادل عزّ الدين الأشول ، 1998 ، " علم النفس النمو " بدون ط ، مكتبة الأنجلو المصرية - القاهرة ،مصر .
- 24-عبد اللطيف حسن فرج الله، 2009 ، "الاضطرابات النفسية، الخوف، القلق،التوتر،الانفصام،الأمراض النفسية للأطفال" ، ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان الأردن
- 25-عبد الحسين بيروم ، 1976 ، " قصة الحمل والولادة للكائن البشري " ، بدون ط ، دار العودة ، بيروت ، لبنان .
- 26-عبد الفتاح دويدار ، 1993 ، سيكولوجية النمو والارتقاء ، بدون ط ، دار النهضة العربية ، بيروت ، لبنان .
- 27-عبد الفتاح الدويدار ، 2004 ، " سيكولوجية النمو والارتقاء " ، بدون ط ، دار المعرفة الجامعية ، لبنان .
- 28-عبد الكريم قاسم أبو الخير ، 2004 ، " النمو من الحمل إلى المراهقة ، ط1 ، دار وائل للنشر والتوزيع ، عمان -الأردن .

29-علي عبد الله السيّد وسماح كوثراني، 2008 ، " العناية بالأم والطفل ، ط1 ، دار اليوسف للطباعة والنشر والتوزيع بالاشتراك مع دار الرفيق للنشر والتوزيع ، بيروت . لبنان .

30-عمرو حسن أحمد بدران،بدون س،"كيف تتخلص من القلق" دار النهضة للطباعة،القاهرة.

31-فاروق السيد عثمان ، 2001 ، "القلق وإدارة الضغوط النفسية "،ط1،دار الفكر العربي،القاهرة.

32-فريدة فكيرة ، 2001 ، "الاتجاهات الحالية نحو الزواج والإنجاب في المجتمع الحضري" .دراسة تطبيقية على مدينة جدة.رسالة ماجستير غير منشورة .جامعة الأمير نايف. السعودية.

33-فيصل محمد خير الزراد،1984،"الأمراض العصبية والذهانية والإضطرابات السلوكية "، ط2، دار القلم، بيروت.

34-فيصل محمد خير الزراد،2000،"الأمراض النفسية – جسدية (أمراض العصر)"، ط1،دار النفائس للطباعة والنشر ،بيروت،لبنان.

35-قاسم حسين صالح .2008،"الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية"دار دجلة ناشرون وموزعون، عمان.

36-كامل محمد ، محمد عويضة، 1996، " علم النفس النمو "، سلسلة علم النفس، ط 1، دار الكتب العلمية ، بيروت ، لبنان ، ( ) .

- 37- كامل صبري ، 2007 ، " كيف تحمل المرأة " بدون ط ، دار البازوري العلمية، عمان ، الأردن .
- 38- كرستين باديسكي، دينيس غرينبيرغر، ترجمة: مأمون المبيض، 2001، "العقل فوق العاطفة"، ط1،المكتب الإسلامي بيروت – دمشق – عمان.
- 39-لطفى الشربيني،2010، "المرجع الشامل في علاج القلق" دار النهضة العربية، بيروت.
- 40-لطفى عبد العزيز، بدون س،" كيف تتخلص من القلق" دار النهضة للطباعة، القاهرة.
- 41-لورانس بيرنو وأنيس غريزون، تعريب: أنطوان إ. الهاشم، 2011، " أنتظر مولودا، موسوعة دليل الأمهات و الآباء"، ط 1، دار عويدات للنشر و الطباعة ،بيروت، لبنان.
- 42-مجدى محمد أحمد عبد الله،2000، "علم النفس المرضي" دار المعرفة الجامعية،الأزاريطة.
- 43-محمد مصطفى زيدان، " النمو النفسي للطفل والمراهقة ، نظريات الشخصية " ، بدون طبعة ، دار الشروق ، بيروت – لبنان .
- 44-محي الدين طالوا العلي، 1986 ، " تطور الجنين وضعية الحمل " ، ط 1 ، دار الهدى ، الجزائر .
- 45-محمد ابراهيم الفيومي 1985،" القلق الإنساني " دار الفكر العربي، بيروت.
- 46-محمود جمال أبو العزائم 2009،" القلق النفسي" ، مجلة الطب النفسي، النفس المطمئنة، العدد 930 الموقع WWW .ELAZAYEM.COM
- 47-مرفت عبد الناصر، إن،"هموم المرأة" مطابع ساربرس للطباعة. القاهرة.
- 48-مريم سليم ، 2002 ، " علم نفس النمو " ، ط 1 ، دار النهضة العربية ، بيروت ، لبنان .

- 49-مصطفى عشوي ،1994، "مدخل إلى علم النفس المعاصر"ديوان المطبوعات الجامعية بن عكنون ،الجزائر .
- 50-هدى أصفهاني ، 1994 ، " في انتظار الحادث السعيد دار الشروق العربي ، بيروت .
- 51-هولي هازليت ستيفنس.ت. ساندر الشاعر- 2008 -"القلق الشديد عند النساء" دار الكتاب العربي، ط1، بيروت.
- 52-هيلين دوتش ، ترجمة : اسكندر جرجي مصعب ، 2008 ، " علم نفس المرأة ، الأمومة " ، ط1 ، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع ، بيروت ، لبنان ) .
- 53-وفاء صالح مصطفى الصفتي ، 2003 ، " أثر برنامج لتبسيط الأعمال المنزلية على بعض المتغيرات البدنية والنفس فيزيولوجية للمرأة الحامل " ، رسالة ماجستير في الاقتصاد المنزلي تخصص مؤسسات الأسرة والطفولة. جامعة حلوان .
- 54- الدليل التواصلي في التربية الصحية ، موجه لمنشطات دار الأمومة - المملكة المغربية - وزارة الصحة ، منظمة الأمم المتحدة للطفولة ( يونيسف ) ، دار الأمومة ( Dar Aloumouma ) .
- 55- 1981 ،سيكولوجية الزواج والأولاد " ، ط3 ، دار الآفاق الجديدة ، بيروت ، لبنان .
- 56- DSM 4، 2001، "الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والمعايير التشخيصية" (الرابطة الأمريكية للطب النفسي) ترجمة: أمينة السماك وعادل مصطفى،مكتبة المنار الإسلامية، الكويت.
- المراجع باللغة الأجنبية:

1. Wing Cheung MN,& Others (2006). Maternal anxiety and feelings of control during labour: A study of Chinese first-time pregnant women, Obstetrics and Gynecological Department, Prince of Wales Hospital, Hong Kong
2. Sigridur ,Halldorsdottir.& Others (1996). Journeying through labour and delivery: perceptions of women who have given birth,University of Akureyri, wifery. Volume 12, Issue 2, 1996, 48-61.
3. PERKIN M. R. , BLAND J. M.(1992). The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications. Department of Public Health Sciences, St George's Hospital Medical School, London .
4. Dayan, C. Creveuil, ,& Others (2002). Role of Anxiety and The Johns Depression in the Onset of Spontaneous Preterm Labor, American Hopkins University School of Hygiene and Public Health Journal of Epidemiology Vol. 155, No. 4 : 293-301
5. Gunning, M; Gunning, F. Denison; Stockley, Ho, C Sandhu, K & Reynolds, R. (2010). Assessing maternal anxiety in pregnancy with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI): issues of validity, location and participation. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(9), 32-43
6. Hamid, F. Asif, A; & Haider, I. (2008). Study of anxiety And depression during pregnancy. *Pak J. Med. Sci.*, 24(6)861-4

7. Heron, J; Thomas ,G &, O' Conner, A. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and postpartum in a community sample. *J. Affective Disorders*, 80, 65-73
8. Huizink, A; de Medina, P; Mulder, E; Visser, G & Buitelaar, J. (1999). pregnancy anxiety. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 18, 266-272.
9. Huizink, A; de Medina, P; Mulder, E; Visser ,G & Buitelaar, J. (2000). Is pregnancy anxiety a relatively distinctive syndrome? *Development and Psychopathology*, 10, 69-85.
10. Hussein, S. (2010.) Anxiety during pregnancy among Sudanese pregnant women. *Sudan JM*
11. Littleton, L; Breitkopf, C& Berenson, A. (2006). Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: A meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1, 1-9.
12. Norbeck, j. & Anderson, J. (2010). Life stress, social support, and anxiety in mid- and late-pregnancy among low income women. *Research in Nursing & Health*, 12 281–287.
13. Teixeira, C; Figueiredo, B; Conde, A; Pacheco, A & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, 119, 142–148.
14. Sausenthaler, S ; Rzehak, P ; Chen,C ; pArck, A, Bockelbrink, T; Schafer, B; Schaaf, M; Borte, O ;Herbarth, U; Kramer, A; Berg, HE; Wichmann& Heinrich, J .(2009). stress-related maternal factors during pregnancy in relation to childhood eczema: Results from the

- Lisa study. *J. Investig. Allergol. Clin. Immunol* , Esmon Publicidad, 19(6), 481-487.
15. Stancil, T; Hertz-Picciotto, I; Schramm, M & Woods, M., Melville, L; Guo, Y ; Fan, M & Gavin, A . (2010.) Psychosocial stress during pregnancy. *American journal of obstetrics genecology*, 202(1), 61-67.
16. Chamberlian . Geoffrey ( 2001 ) " Turnbulls Obstetrics " . 3rd edition united states of America Harcourt Publishers Limited ) . 311 : 1997 . 26
17. Beischer and others . *Obstetric and The Newborn* "3rd edition. London.w.B.Sauders company Ltd.Beischer.Na .§others(1997) Chamberlian and Steer .2001. 435

المواقع الإلكترونية:

[http://foum .sedty.com/202876.shtml](http://foum.sedty.com/202876.shtml) —

<http://www.alriyadn.com/2009/07/01/article441354.shtml>—

<http://www.alarab.net/article20117>—

— موقع : نسخة الكترونية : محمد المهدي , 2004 , ( استشاري الطب النفسي ) , " سيكولوجية الحمل " .

( [http://www.elazayum.com / new page 269.htm](http://www.elazayum.com/new_page_269.htm) )

—( المصدر : منتديات عالم المرأة ( العودة إلى فضاء الحمل والولادة ) .

( [http //safahat .eb2a .com/ grossesse](http://safahat.eb2a.com/grossesse) 23htn copyrigh c safahat  
tarbawiya tawasoliya 2010 tout droits reservés )

– ( ( [http ://www.masress.com/albedaya / 7938](http://www.masress.com/albedaya/7938) ) ) –  
النفسية يوم 2003/80/17 .

–(سيكولوجية الحمل " محمد المهدي " = محمد عبد الفتاح المهدي – 2007 – الصحة  
النفسية للمرأة العربية , دار اليقين , مصر , ط 1 .

– رحلة خلق الإنسان في رحم أمه

<http://www.youtube.com/watch?v=NFhM9ysYRyw>



الملاحق:**الملحق رقم 01: البرنامج الإرشادي :**

يعتمد هذا البرنامج على 3 محاور هي كالاتي،بالإضافة إلى شريط فيديو يبين مراحل تطور الجنين من التلقيح إلى الميلاد.

**1- المناقشة**

البدائل	محاور المناقشة
	<p>بعد اختيار العينة وتطبيق مقياس القلق كحالة(سييلبيرجر)spielberger.</p> <p>(الإجراء القبلي).</p> <p>1-الترحيب:التعريف عن النفس وعن الهدف من المقابلة(البحث العلمي).</p> <p>2-جمع البيانات الأولية : (حول المرأة الحامل).</p> <p>3-التعرف عن الحمل والخصائص البيولوجية له.</p> <p>4-طرق المحافظة على الصحة النفسية الجيدة للمرأة الحامل:</p> <p>(تأثير القلق على الحمل وصحة الجنين).</p> <p>5- عرض شريط فيديو: يبين مراحل تطور الجنين من لحظة التلقيح إلى الولادة.</p> <p>6-الإشارة إلى عملية الولادة والطرق التي تسهل عملية الولادة بإعطاء نماذج من الواقع.</p>

2- إعادة البناء المعرفي: هو تخفيف القلق من خلال تخفيف مشاعر الخطر حول الحمل، وزيادة الثقة في القدرة على التكيف مع التهديد. وكيفية تقييم الأفكار المقلقة وتفحص الأدلة، ويتضمن إعادة البناء المعرفي للقلق كلا من تقييم تقديرات الخطر، وتحسين الإدراك لاختيارات التكيف .

(كريستين باديسكي ترجمة: المبيض، 2001، ص ص 173 – 174 بتصرف)

وهو طرح مجموعة من الأفكار (أكبر عدد ممكن) حول الحمل والولادة السلبية وتحويلها إلى أفكار إيجابية وتسجيلها ومناقشتها من خلال سجل الأفكار، بعدها يتم تقييم هذه الأفكار. والتدريب على أسلوب التفكير الجماعي أو الفردي في حل المشكلات العلمية والحياتية المختلفة، بقصد زيادة القدرات والعمليات الذهنية.

## — سجل الأفكار:

ما هو الموقف الذي يجعلك تشعرين بالقلق وأنت حامل لأول مرة؟

نحو: (الزوج، صحة الجنين، الوضع الاجتماعي، المسؤولية، الولادة.. إلخ)

1-الموقف: مع من كنت؟ -ماذا أردت أن تفعل؟ -متى كان ذلك؟ -أين كنت؟	2-الانفعالات: بماذا شعرت؟ - كم الدرجة من (0 الى 100)؟	3-التفكير الالي: ما الذي دار بذهنك من أفكار أو صور؟	4-ما هو الدليل الذي يسانده الفكرة؟	5-ما الذي يلغي الفكرة؟	6-اوجد فكرة بديلة ايجابية؟ مامدى تصديقك لها(100%)؟	7- ما هو شعورك الآن؟ ماقيمته (100%)؟

مستوحى من سجل الأفكار، من كتاب "العقل فوق العاطفة" تأليف: كريستين

باديسكي، ترجمة: د. مأمون المبيض، طباعة: د. أحمد الهادي.

**3-الإسترخاء:** الاسترخاء العضلي المقدم، طريقة تتعرض فيها مجموعات العضلات الكبيرة إلى حالة من التوتر والاسترخاء. ويمكن للعملية أن تتم بداية من الرأس إلى القدمين أو العكس. ويؤدي الاسترخاء العضلي المتقدم إلى مستوى عميق من الاسترخاء الجسمي و العقلي. ويقوم الشخص بتناوب زيادة توتر واسترخاء عضلات الجبهة والعينين والفك والرقبة والكتفين وأعلى الظهر والذراعين واليدين والبطن والحوض والوركين والفخذين والساقين والقدمين. بحيث تتوتر كل مجموعة عضلية لمدة (5 ثواني)، ومن ثم يتم استرخاؤها لمدة (10-15 ثانية) وهكذا .  
(كريستين باديسكي، ترجمة: المبيض، 2001، ص 174)

تدريبات الاسترخاء على طريقة "جاكوبسون"، (استرخاء العضلي):  
-استمع جيدا لما سأقدمه لك من تعليمات . إنها ستزيد من قدرتك على الاسترخاء . الآن اغمض عينيك وتنفس بعمق ثلاث مرات ( ١٠ ثوان صمت).  
-اغلق راحة يدك اليسرى بقوة . لاحظ ان عضلات يدك قد بدأت تنقبض وتتوتر ( ٥ ثوان صمت) . والآن افتح يدك واسترخ ( ٥ ثوان صمت).  
-اغلق راحة يدك اليسرى بقوة مرة أخرى . لاحظ التوتر الذي تشعر به ( ٥ ثوان صمت) . والآن استرخ وفكر بزوال التوتر من عضلات يدك ( ١٠ ثوان صمت).  
-الآن اغلق راحة يدك اليمنى بكل قوة ممكنة . لاحظ كيف توترت أصابعك ويدك وذراعك( ٥ ثوان صمت)  
والآن افتح يدك اليمنى . لاحظ الفرق بين ما كانت عليه من توتر وما هي عليه الآن من استرخاء( ٥ ثوان صمت).  
-مرة أخرى اغلق راحة يدك اليمنى بإحكام . لاحظ ما هي عليه الآن من توتر( ٥ ثوان صمت) . مرة أخرى افتح راحة يدك واسترخ( ١٠ ثوان صمت).  
-اغلق راحة يدك اليسرى بإحكام واثن ذراعك بقوة حتى تتوتر العضلة ذات الرأسين في أعلى ذراعك . ابق يدك كما هي ( ٥ ثوان صمت) . والآن استرخ كاملا . لاحظ الدفء الذي ينتشر في ذراعك ويدك وأصابعك( ١٠ ثوان صمت).

- والآن اغلق راحة يدك اليمنى واثن ذراعك بقوة كي تتوتر العضلة ذات الرأسين في أعلى الذراع . ابق ذراعك كما هي واشعر بالتوتر ( ٥ ثوان صمت).والآن استرخ كاملا وركز على ما تشعر به من استرخاء ودفء ( ١٠ ثوان صمت).
- والآن اغلق راحة يدك اليسرى وراحة يدك اليمنى بكل قوة ممكنة . اثن ذراعيك بقوة أيضا . ابق ذراعيك في وضعهما هذا . لاحظ التوتر الذي تشعر به الآن(٥ ثوان صمت) . والآن استرخ واشعر بالدفء ( ١٠ ثوان صمت).
- والآن لننتقل الى جبينك وعينيك . اغمض عينيك بقوة . لاحظ التوتر في مقدمة رأسك وفي عينيك . الآن استرخ ولاحظ ما تشعر به من استرخاء ( ١٠ ثوان صمت).
- الآن لننتقل الى فكك . اطبقهما بقوة وارفع ذقنك بقوة الى الأعلى كي تتوتر عضلات رقبتك . ابق كما أنت.الآن اضغط الى الأسفل بقوة . اغلق شففتيك بقوة( ٥ ثوان صمت ) الآن استرخ ( ١٠ ثوان صمت).
- والآن اغمض عينيك بقوة وأطبق فكك وارفع ذقنك الى الأعلى بقوة وأغلق شففتيك . ابق كما أنت . لاحظ التوتر في جبينك وعينيك وفكك وشففتيك ورقبتك . الآن استرخ كاملا واستمتع بالاسترخاء الذي تشعر به( ٥ اثنانية صمت).
- والآن ادفع كتفك بقوة الى الأمام الى أن تشعر بتوتر شديد في عضلات الجزء الأعلى من ظهرك . اضغط بقوة . كما أنت الآن . استرخ ( ١٠ ثوان صمت).
- ادفع كتفك الى الأمام بقوة مرة أخرى وبالوقت نفسه ركز على عضلات بطنك . شدها الى الداخل الى أقصى درجة ممكنة . لاحظ التوتر في منطقة المعدة . ابق كما أنت( ٥ ثوان صمت).الآن استرخ ( ١٠ ثوان صمت).
- مرة أخرى ادفع كتفك الى الأمام بقوة وشد عضلات بطنك . اشعر بالتوتر في الجزء العلوي من جسمك.
- الآن استرخ ( ١٠ ثوان صمت).
- الآن سنعود مرة أخرى الى العضلات السابقة .أولا تنفس بعمق ثلاث مرات( ١٠ ثوان صمت) .اغلق راحة يدك اليسرى وراحة يدك اليمنى واثن ذراعيك . اغمض عينيك بشدة .أطبق فكك وادفع بهما بقوة الى الأسفل ثم ارفع ذقنك وأغلق شففتيك بقوة . لاحظ التوتر في كل جزء من جسمك، الآن استرخ .تنفس بعمق استمتع بزوال التوتر . فكر

بالاسترخاء العام في كل عضلاتك في ذراعيك ورأسك وكتفيك وبطنك كل ما عليك عمله الآن هو الاسترخاء ( ١٠ ثوان صمت).

-لننتقل الآن الى رجلك . اضغط على كعبك الأيسر الى الأسفل وارفع أصابع رجلك حتى تشعر بتوتر شديد في رجلك ( ٥ ثوان صمت) .الآن استرخ ( ١٠ ثوان صمت).  
-مرة أخرى اضغط على كعبك الأيسر الى الأسفل بقوة وارفع أصابع رجلك حتى تشعر بتوتر شديد في رجلك .الآن استرخ ( ١٠ ثوان صمت).

-الآن اضغط على كعبك الأيمن بشدة وارفع أصابع رجلك حتى تشعر بتوتر شديد . الآن استرخ.

رجلك أصابع وارفع بقوة الأسفل الى كعبك على اضغط . الرجلين الى سننتقل الآن - صمت). ١٠ ثوان ( استرخ صمت). الآن ٥ ثوان ( أنت كما ابق .ممكنة درجة أقصى الى -والآن تنفس بعمق ثلاث مرات ( ٥ ثوان صمت) . شد العضلات التالية كما فعلت قبل قليل : راحة اليد اليسرى والعضلة ذات الرأسين في ذراعك الأيسر وراحة يدك اليمنى والعضلة ذات الرأسين في ذراعك الأيمن والجبين والعينين والفكين والرقبة والشفيتين والكتفين والبطن والرجل اليسرى والرجل اليمنى . ابق كما أنت ( ٥ ثوان صمت). الآن استرخ ( ١٠ ثوان صمت) .تنفس بعمق ثلاث مرات وبعد ذلك مارس ثانية تمارين التوتر ( ٥ ثوان صمت) . وتمرين الاسترخاء ( ٥ ثوان صمت). الآن تنفس كالمعتاد واستمتع بالاسترخاء العام في جسمك ( ٣٠ ثانية صمت).

مذكرة ماجستير"فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية المهارات الإجتماعية وخفض القلق والإكتئاب لدى مدمني المخدرات".إعداد:حازم محمد صالح قواقنه.المشرف:سهام درويش أبو عطية (الأردن) ص120-121

## الأدوات المستخدمة في البرنامج:

1- مقياس قلق الحالة لسبيلبرجر.

2- استمارة المقابلة الإكلينيكية.

3- استمارة إعادة البناء المعرفي طبقاً لأسلوب "بيك" (سجل الأفكار).

المدى الزمني لجلسات البرنامج: تستغرق الفترة الزمنية لكل جلسة من (60 إلى 90 دقيقة)، بمعدل جلستين كل أسبوع وقد دام التطبيق مدة شهر ونصف أي في 05 أسابيع .

## الأهداف العامة للبرنامج:

– تصميم المزيد من البرامج الإرشادية التي تساعد المرأة الحامل لأول مرة على تجاوز بعض المشكلات النفسية مثل:القلق و تخطيها بسهولة.

– إكساب عينة الدراسة لبعض الفنيات المعرفية و السلوكية المستخدمة في البرنامج و ممارستها في الحياة اليومية من أجل مواجهة طريقة التفكير الخاطئ الذي يؤدي إلى بعض الإضطرابات النفسية .

– التركيز على إكساب أفراد العينة الأفكار و المعتقدات الصحيحة بدلا من الخاطئة.

– توعية الأمهات الحوامل لأول مرة بضرورة الحفاظ على الصحة النفسية والتي بدورها تؤدي إلى الصحة الجسدية والعكس.

– الوصول بالأم الحامل لأول مرة إلى معرفتها لكيفية التخفيف من حالة القلق لديها.

– التقليل من الولادات العسيرة والعمليات القيصرية (الولادة طبيعية).

## أهمية البرنامج:

— الإهتمام بصحة و حالة الجنين و الحصول على طفل معافى صحيا و نفسيا ،لأنه سيكون جيل الغد.

— إثراء المكتبة الجزائرية و العربية ببعض الدراسات التي تعنى بالمرأة الحامل خاصة الحمل الأول، لأن هناك نقص وندرة في مثل هذه الدراسات رغم وجودها و توفرها في الدراسات الأجنبية.

**الجلسة التمهيديّة: (إكتشاف والتعرف على عينة البحث):** الزمن 60 — 90دقيقة .

**الهدف 1:** انتقاء العينة .

**الإجراءات:** فيها يتم التعرف على أفراد العينة (النساء الحوامل لأول مرة يعانين من حالة القلق)،من خلال تطبيق اختبار قلق الحالة لسيلبيرجر وفيها تم إنتقاء العينة وفقا لشروط إختيار عينة الدراسة (التطبيق القبلي) وتصحيح نتائج المقياس.

**الهدف 2:** جمع المعلومات والبيانات الأولية عن أفراد العينة .

**الإجراءات:** — إعطاء استمارة المقابلة الإكلينيكية .

— اجراء العقد(البحث العلمي+العلاج).

**الجلسة الأولى:** (تمهيد وتعارف): كانت بشكل جماعي. الزمن 60 — 90دقيقة .

**الهدف 1:**استقبال أعضاء المجموعة الإرشادية والترحيب بهن،وخلق جو من الألفة وكسب ثقتهن بأشعارهن بنوع من الارتياح وتهيئتهن للعمل الجماعي .

**الإجراءات:**

— استقبال المرشدة الأعضاء المشاركة في البرنامج، في المكان والزمان المحددين.



— الجلوس على شكل نصف دائرة ( ) حتى يرين أنفسهن جميعاً، لضمان التواصل الجيد بينهن.

— رحبت المرشدة بهن وقالت: في الموعد الثاني معكن أرحب بكن وأشكركن على قبول المشاركة في هذا البرنامج الذي سيدربكم على مهارات تساعدكن على التغلب على مشكلتكن (حالة القلق)، والتي ستحتجنها في حياتكن اليومية .

**الهدف 2:** التعرف على المرشدة، والتعرف على بعضهن البعض، وتوقعتهن من البرنامج وما سيحققه لهن .

### الإجراءات:

— عرفت المرشدة على نفسها ودورها في البرنامج، وقالت: أنا المرشدة .... وأعمل... ودوري هنا يكمن في مساعدتكن على تنمية بعض الأساليب والمهارات التي تساعدكن في حياتكن اليومية، والقدرة على مواجهة المواقف الصعبة التي تخلف لديكن شعور بالقلق. وسأكون أنا قائدة المجموعة بحيث أنظم الأفكار وأدير الحوار وأعطي بعض النماذج لكن . كما سأدربكن على بعض المهارات المعرفية (إعادة بناء الأفكار)، والمهارات السلوكية (الإسترخاء). وأنتن لكن الحق في الحرية على التعبير عما يدور في خاطركن إيجاباً أو سلباً من مشاعر أو أفكار. أو الحفاظ على الصمت (الخصوصية). وأريد منكن الآن أن تعرفن على أنفسكن وعلى فترة الزواج والحمل.

— بعدها قدمت المرشدة الشكر لهن على إبداء الإهتمام والتعاون في البرنامج، كما شرحت لهن طبيعة البرنامج، الذي يسعى إلى التخفيف من حدة حالة القلق والتوتر الذي يصيبهن في هذه الفترة والظرف بالخصوص (الحمل ولأول مرة). و الذي يكون بشكل جماعي لينمي لديكن مهارة التفاعل والإستماع والحوار والقدرة على استبصار المشكلة لديكن بإعادة بناء

الأفكار من سلبية إلى ايجابية (كيف كنت تفكرين سابقا وتغيريها الآن) مما سيشعرك بالراحة.

**الهدف 3:**التعريف بالبرنامج الإرشادي، وأهدافه وتدريباته وعوامل نجاحه.

**الإجراءات:**

لخصت المرشدة أهداف البرنامج، مساعدتهن على تنمية بعض المهارات التي كانت تتقصهن مثل:تعزيز الثقة بالنفس ومهارة التواصل وحل المشكلات، وتعلم الطرق التي تساعد على التخفيف من حدة حالة القلق والتوتر لديهن، وتطوير بعض المهارات المعرفية مثل:التفكير الإيجابي والتعامل مع المواقف الضاغطة، ومهارات سلوكية مثل:الإسترخاء.

– البرنامج يتكون من (10 جلسات) مدة كل جلسة من 60 إلى 90 دقيقة، وسنتعلم في كل جلسة مهارة معينة .

**الهدف 4:** تلخيص ما تم في الجلسة ، وإعطاء قلم ودفتر لكل مفحوصة تواظب على إحضاره في كل جلسة لحل الواجبات المنزلية والكتابة عليه أثناء الجلسة. ثم شكر الأعضاء على حضورهن وتحديد موعد الجلسة القادمة، بعدها يتم إعطاء الواجب المنزلي وإنهاء الجلسة .

**الواجب المنزلي:** طرح سؤال ما الذي يجعلك قلقة وأنت حامل لأول مرة ؟

**الجلسة الثانية :** الزمن 60-90 دقيقة .

طرق المحافظة على الصحة النفسية والصحة الجيدة للمرأة الحامل وكيف يؤثر القلق على الحمل.

**الهدف 1:** تعريف الحمل من الجانب الفزيولوجي

**الإجراءات:** من خلال الواجب المنزلي يتم مناقشة أهم المعلومات لدى كل امرأة وذلك بقراءة كل مفحوصة ما تعرفه حول الحمل و القلق.

بعدها يتم تعريف المرشدة بالحمل من الجانب الفزيولوجي كيف يتم وكيف يحدث.

**الهدف2:** تعريف القلق.

**الإجراءات:** يتم تعريف القلق أيضا وذلك من خلال ما كتبه المفحوصات في الواجب المنزلي ،كيف يحدث وأهم مسبباته وأهم الأعراض.

**الهدف 3:** التطرق إلى كيفية تأثير القلق على صحة المرأة الحامل و الحصول على جنين غير معافى صحيا أو نفسيا.

**الإجراءات:** من خلال تعريف الحمل من الجانب الفزيولوجي وتعريف القلق يتم التعرف على كيفية تأثير كل واحد في الآخر. تقوم المرشدة بشرح أن الحمل يكون سبب في ظهور القلق لدى المرأة الحامل خاصة الحمل الأول، وذلك نتيجة زيادة أو اضطرابات هرمونية يسببها الحمل ،وهي عادية تأخذ وقتها و تمر ،فيجب على المرأة الحامل أن تعتبر هذا القلق طبيعى،ولا يجب تحميل الآخرين (الزوج،الأهل،المرض،.....الخ) سبب هذا القلق وانزعاجها. وإنما تعرف أن وضعها هذا هو الذي يسبب هذا القلق .كما يتم معرفة أن زيادة القلق لدى المرأة الحامل يحدث خلل واضطراب في الوظائف الحيوية (من الجانب الفزيولوجي) فتظهر لديها بعض الأمراض أو لدى جنينها قد تصل إلى فقدانه.لذلك يجب الحفاظ على التوازن النفسي لضمان تطور صحي للجنين ،لأن صحة الجنين مربوط بصحة الأم.

**الهدف4:** شكر الأعضاء وتلخيص ما تم في الجلسة و تحديد موعد للجلسة القادمة.

**الواجب المنزلي:**أكتب بطاقة تقنية تلخص فيها طرق الحافظة على صحة المرأة الحامل.

**الجلسة الثالثة:** عرض شريط فيديو والتعرف على عملية الولادة طرق تسهيلها. الزمن 60 – 90دقيقة.

**الهدف1:** عرض شريط فيديو يبين مراحل تطور الجنين من مرحلة الإخصاب إلى غاية الولادة، وتقوية الرابط العلائقي بين الأم و جنينها.(30دقيقة)

**الإجراءات:** من خلال ما عرفناه في الجلسة السابقة سيتم عرض شريط فيديو يرينا بالصور كيفية تطور الجنين، وكل واحدة تتخيل طفلها يمر بهذه المراحل أمامها (تري طفلها وهو يتطور).

– مناقشة ما عرضناه ومعرفة الأحاسيس التي شعرن بها بعد عرض هذا الشريط.

– تمكنت كل مفحوصة من زيادة العلاقة بينها وبين طفلها و الرغبة في الحفاظ عليه نفسيا وصحيا.

**الهدف2:** التعرف على عملية الولادة و الطرق التي تجعلها سهلة (06دقيقة).

**الإجراءات:**تقوم المرشدة بطرح سؤال :ما الذي تعرفنه عن عملية الولادة وكيف تتم؟

– تقوم كل مفحوصة بكتابة الإجابة ،ثم بعدها يتم قراءة كل إجابة على حدا بالدور،ثم يتم مناقشة ما عرض من الإجابات و تصحيح بعض الأفكار المسبقة الخاطئة والتي استوحنتها من المحيط الخارجي.

– تعزيز كل ذلك بإعطاء بعض الأمثلة الواقعية الإيجابية لولادات سابقة ،والتي تساعد هؤلاء الأمهات على أخذ انطباع وصورة جيدة عن عملية الولادة .

– تقوم المرشدة بعرض الطرق التي تساعد المرأة الحامل أثناء المخاض على تسهيل الولادة وبطريقة طبيعية.مثل:التفكير الإيجابي، بحيث تفكر المرأة في الأشياء الجيدة التي تشعرها بالشجاعة والرغبة في ولادة طفلها بسرعة،كأن تقول حان وقت رؤية طفلي، كما

يجب أن تركز على بعض الطرق التي تسهل عليها عملية الولادة مثل: طريقة التنفس، العد، عدم الصراخ وتوفير النفس، ذكر الله، الصبر على الألم المؤقت، عدم التركيز في الألم الناتج عن المخاض، لأنه ألم طبيعي له وقت محدود و عابر، فكلما استعدنا له تجاوزناه، لكن إذا كان العكس لن نتجاوزه بسهولة (عسر الولادة)، ويمكن حتى اللجوء إلى عملية قيصرية أو استعمال الملاقط في حالة إجهاد الأم، لأن عملية الطلق تحتاج إلى جهد.

**الهدف 3:** شكر الأعضاء على الحضور وتلخيص ما قدم أثناء الجلسة و تحديد موعد الجلسة القادمة، ثم إعطاء الواجب المنزلي و إنهاء الجلسة.

**الواجب المنزلي:** طرح السؤال التالي: ما الذي يجعلك تشعرين بالقلق و أنت حامل لأول مرة؟

**الجلسة الرابعة:** عرض المواقف المسببة للقلق لدى المرأة الحامل لأول مرة. الزمن 60\_90 دقيقة.

**الهدف 1:** تحديد المواقف المسببة للاستجابات الفسيولوجية المرتبطة بالقلق و تعديلها.

**الإجراءات:** من خلال ما قدم كواجب منزلي يتم مناقشة ما جاء فيه بقيام كل مفحوصة بقراءة ما حضرته، ثم يتم أهم الأسباب المقلقة (سبب المشكلة)، وما يترتب عنها من أعراض فيزيولوجية كاضطرابات ضربات القلب، واضطرابات الأكل، واضطرابات النوم.... الخ.

— بعدها تقوم المرشدة بتقديم شرح عن كيفية حدوث هذه الاستجابات وذلك نتيجة لأفكار غير منطقية عن الحمل (بأنه حدث صعب و مؤلم ) ، وكذلك الخوف من عدم وجود المساعدة والدعم من طرف القابلة ، أو من طرف الزوج، أو خسارة الجنين في أي لحظة

أو الحصول على جنين مشوه أو غير معافى وغير ذلك من أفكار غير منطقية، والتي بدورها تحدث انفعالات وعواطف متمثلة في العصبية والقلق، والذعر أو الخوف.

**الهدف 2:** تحديد الأعراض.

**الإجراءات:** بعدما يتم توضيح الأعراض الناتجة عن حالة القلق وكيف يؤثر ذلك على الجنين سلبيا (إما نفسيا أو فزيولوجيا)، يتم فتح باب للمناقشة مع أعضاء المجموعة والتعرف على بعض الطرق التي تخفف من ظهور الأعراض، مثل التدريب على استعمال سجل الأفكار الذي يساعد على تعديل الأفكار اللاعقلانية وبذلك التخفيف من حالة القلق.

**الهدف 3:** تلخيص ما قدم أثناء الجلسة (التغذية الراجعة) وشكر الأعضاء على الحضور وتحديد موعد الجلسة القادمة، ثم إعطاء الواجب المنزلي وإنهاء الجلسة.

**الواجب المنزلي:** ما هي المواقف اليومية التي تسبب لكن حالة قلق، وكيف يمكن التخفيف منها باستعمال سجل الأفكار.

**الجلسة الخامسة:** عرض المواقف المسببة للقلق وتعديلها. الزمن 60—90 دقيقة.

**الهدف 1:** تحديد الأفكار و المعتقدات الخاطئة المسببة لحالة القلق.

**الإجراءات:** من خلال الواجب المنزلي يتم التعرف على بعض الأفكار والمعتقدات الخاطئة التي تسبب القلق حالة القلق لدى المرأة الحامل لأول مرة .

— تقوم كل مفحوصة بعرض فكرة واحدة حسب ما تعتقد حول الحمل.

**الهدف 2:** مناقشة هذه الأفكار و إعطاء بدائل ايجابية.

**الإجراءات:** بعد سماع مجموعة من الأفكار والمواقف المسببة لحالة القلق، تقوم المرشدة بمناقشتها مع المفحوصات، وذلك بالقيام بتحليل و نقد كل فكرة على حدا ومعرفة ما غير منطقي في هذه الأفكار وما هي الأفكار المسببة لهذه الانفعالات وما هو التفكير الآلي و التركيز خاصة على الأدلة المؤيدة للفكرة، حتى يمكن أن نعطي النقد والتعرف على الأدلة التي تلغي الفكرة حتى نتوصل إلى الفكرة البديلة والعمل بها. وبهذا نتخلص ولو بشكل بسيط من حالة القلق تلك.

**الهدف3:** تلخيص ما عرض أثناء الجلسة و شكر الأعضاء على الحضور وتحديد موعد الجلسة القادمة و إنهاء الجلسة .

**الواجب المنزلي:** بعد تعرفك على تقنية تصحيح الأفكار من خلال سجل الأفكار، قومي بإعطاء موقف آخر وطبقي عليه هذه الخطوات التي تعلمتها من خلال الجلسة.

**الجلسة السادسة:** الإسترخاء و أهميته في التخفيف من حالة القلق. الزمن 60——  
90دقيقة.

**الهدف1:** التعرف على مفهوم الإسترخاء كأسلوب علاجي، وفنياته، وطريقته، وأهميته في التخفيف من حالة القلق.

**الإجراءات:** تبدأ المرشدة الجلسة بمراجعة الواجب المنزلي وإبداء الثناء والتشجيع لما تم عمله في الواجب المنزلي، بعدها تقوم المرشدة بشرح تقنية سلوكية جديدة سيتم التعرف عليها في هذه الجلسة وهي تقنية الإسترخاء العضلي، ولكن قبل أن تبدأ في شرح هذه التقنية إشارة إلى تقنيات أخرى في الاسترخاء مثل: **تقنية السوفروولوجيا** وتشمل مجموعة من تقنيات الاسترخاء بعضها قريب من التنويم المغناطيسي وتستخدم الإيحاء. وتبدأ الجلسة دائما بهنيهة من الاسترخاء مع خبير السوفروولوجيا الذي يسهل، بصوته الوحيد النغم، الترتيب، هذه الحالة الوجدانية الخاصة التي ندعوها الحالة السوفروونية. في هذه الحال

تتعلم الأم ،وهي تركز على إحساساتها الداخلية ،أن تتخلص من كل ما يزعجها من الخارج.يمكنها عند ذاك أن تبذل إدراكها لإحساساتها.مثل ذلك أن تشعر بأن تشنجاتها (طلقاتها) بعيدة جدا،أو تشغل مخيلتها فتشعر بأنها تغوص في حمام...ذلك ما يدعى الإبدال الحواسي السوفولوجي.

تدريب آخر يدعى **التقبل السوفولوجي المتدرج** : يثير المدرب خلال الجلسة جميع المواقف التي سيستحضرها بالتفصيل :الانتقال إلى الأمومة ،مرحلة توسع عنق الرحم مع عيش تصويري ،في وقت شبه حقيقي، للطلقات و فترات الاستراحة ،ولأوضاع التي تجعل التوسع مريحا أكثر ،وأخيرا للدفع وولادة الطفل وما بعد الولادة .هذا الإختبار يجعل الحامل تألف مراحل الولادة المختلفة و يخفف من قلقها.

على خبير السوفولوجيا أن يكون بارعا إلى حد يوهم الحامل بأنها غائصة في وضع تعيشه في مخيلتها مسبقا.وعليه أيضا أن يكون ،ودائما بهدف الإعداد، قادرا على أن يثير جميع الأوضاع الممكنة :الولادة العسيرة ،أو على العكس الولادة التي تدوم طويلا، أو ولادة ليلية، المراحل التقنية ،...ألخ.

منذ الشهر الثالث أو الرابع تبدأ الأم بالتدريب عدة دقائق في النهار.

تغوص الأم ،يوم الولادة في حالة من الاسترخاء العميق في بداية كل طلقة ،هذا ما يخفف من حدة الطلقات ،ولكن ليس من مانع بالإتصال بالقابلة أو بمن يحيط بها. تدعى هذه التقنية **السفولوجية التوليدية** وضع أسسها في إسبانيا البروفيسور أ.أغير دو كارسر.والسوفولوجيا كاليوغا والمامسة، لا تقوم فقط على التدريب على بعض الحركات ، إنها في الوقت نفسه،مغامرة شخصية جسدية ونفسية.

وهناك طريقة أخرى تدعى **الإعداد في حوض السباحة** : ولهذا الإعداد عدة منافع:



— استرخاء تام .تقوم به الحامل برغبة ،ممددة على بسط طرية أو مسترخية على عوامات.

— تدريب عضلي جيد: تجري التحركات بسهولة بسبب نقص تأثير الجاذبية ،تشعر المرأة في الماء أنها خفيفة.

— أخيرا يحدث التنفس و اللهاث بسهولة في الماء مع تمارين قطع النفس و الزفير المكبوح.

لهذه النشاطات تأثير جيد على بعض الاضطرابات التي تشكو منها بعض الحوامل مثل: آلام الظهر والحوض والإمساك و الدوالي. توفر التدريبات في حوض السباحة ،بعد الولادة أيضا، أفضل استعادة للنشاط العضلي و الجسدي.

تحبذ النساء التواجد معا لممارسة ألعاب جماعية وللسير في الماء .تجدر الملاحظة هنا أن حوض السباحة يكون بشكل عام، أكثر دفئا عندما يخصص للحوامل.

من المهم ،من أجل فعالية أكثر ،أن يكون عدد الحوامل قليلا،و أن يكون هناك قابلة تعطي معلومات عن الحمل و الولادة ، وتشرح فائدة التمارين و التنفس على الولادة .تشكل هذه الجلسات في الحوض ،مع عدد يتعدى الإثنتي عشر حاملا، وسيلة ممتعة لإجراء التمارين ،وليست تمارين الإعداد للولادة.

(لورانس بيرنو بالتعاون مع أنيبس غريزون، تعريب: أنطوان إ.الهاشم، 2011،ص ص 346 — 347).

تطبق هذه التقنيات في الدول الأوروبية و الغربية بطريقة عادية برفقة الزوج في قاعات خاصة تساهم في تسهيل عملية الولادة لهن ،بعكس الدول العربية فتكاد تكون منعدمة ولا تطبق لدينا مثل هذه التقنيات، و بما أنني غير متخصصة في هذه التقنيات وكذلك غياب

الإمكانيات سنتعرف معا على تقنية الاسترخاء العضلي وتبدأ المرشدة بشرح مفهوم الاسترخاء ،واستخدامه في الطب كوسيل علاج على يد الطبيب جاكوبسون، حيث وضع تعريفا للاسترخاء: " بأنه توقف كامل لكل الإنقباضات و التقلصات العضلية المصاحبة للتوتر". إذ كان يقوم بتدريب مرضاه على الاسترخاء يجعلهم يميزون بين الإرتخاء و الشدة في أعضاء الجسم المختلفة ،وقد قسم كل من بيرتسن و توماس العضلات المختلفة في الجسم إلى ستة عشر مجموعة والتي سيتم أولا وضعها في حالة توتر أو شد ،ثم تترك لكي تتبسط(تسترخي)،ويتم التدريب على استرخاء عضلة تلو الأخرى إبتداءا من اليدين فالرأس ،فالعنق فالصدر فالبطن ثم الرجلين،ومن خلال التدريب المستمر يتوصل الأفراد إلى التمييز بين الإرتخاء و الشد حتى يصل الفرد تدريجيا إلى القدرة على السيطرة و الضغط لعضلات جسمه المختلفة بشكل إرادي. بعدها تقوم المرشدة بتوضيح فوائد الاسترخاء العلاجية في التخفيف من حالة القلق . لما له من قدرة في تغيير التأثيرات الفسيولوجية و الكيمائية التي يفرزها الجهاز العصبي مع ملاحظة أن يكون التدريب على هذا الأسلوب في مكان هادئ يبعث على الراحة و الهدوء و الإشارة إلى أهمية إيجاد الوقت الكافي لممارسة الاسترخاء عن طريق التدريب اليومي عليه حتى يصبح عادة راسخة في الفرد يستخدمها تلقائيا و بخاصة عند الشعور بالقلق.

**الهدف2:** الاسترخاء هو مهارة مكتسبة .

**الإجراءات:** تقوم المرشدة بالتبيان للمفحوصات أن مهارة الاسترخاء مثلها مثل اكتساب أي مهارة أخرى كالرياضة و السباحة...وإذ يمكن التدريب عليها تدريجيا ،وتبين لهن أن هناك طرق للاسترخاء منها الاسترخاء التدريجي واسترخاء التنفس،و اليوغا و التنويم الإيحائي .

**الهدف3:** الاسترخاء جزء من البرنامج.

**الإجراءات:** تقوم المرشدة بالتركيز على أن طريقة الاسترخاء هي طريقة علاجية وهي جزء من البرنامج الإرشادي يقدم إلى جانب طرق أخرى مثل: إعادة البناء المعرفي واستحداث أفكار منطقية عقلانية بديلة عن الأفكار اللاعقلانية ، بعدها تقوم المرشدة بعرض مثال بصورة عامة على هذه التقنية ، ثم يتم الإشارة إلى أنه سيتم التدرب على هذه التقنية و استخدامها في الجلسة القادمة .

**الهدف4:** شكر أعضاء المجموعة على الحضور وتحديد موعد الجلسة القادمة وإنهاء الجلسة.

**الواجب المزلي:** من خلال هذه الجلسة تهيؤ للتدريب على هذا الأسلوب في الجلسة القادمة (سليم خميس، 2013، ص 256 بتصرف).

**الجلسة السابعة :** التدريب على الاسترخاء العضلي.الزمن 60 — 90 دقيقة.

**الهدف1:** التخلص من التشنجات والتوترات الناتجة عن حالة القلق.

**الإجراءات:** اليوم سنقوم بالتدرب على تقنية الإسترخاء التي سبق وأن أخذنا فكرة عنها في الجلسة السابقة. و هي تهدف إلى الوصول إلى حالة من الراحة و الاسترخاء و التخلص من كل التشنجات و التوترات الناتجة عن حالة القلق ، وهي مجموعة من التمرينات العضلية التي تركز على التقليل أو الشد ثم الإرخاء أو الإطلاق ،لأنه لا يمكن الشعور بالإسترخاء إلا بعد أن يكون هناك شد أولاً.وهذه التمرينات ستشمل كل أعضاء الجسم ، والتي تتركز على 16 مجموعة من العضلات المختلفة التي سيتم وضعها أولاً في حالة الشد ثم نتركها تسترخي ،وتكون هذه العملية من الأعلى إلى الأسفل ومن اليمين إلى اليسار يتخللها عملية تنفس عميق (شهيق،كتم،زفير)، وكلما تم التدريب و التمكن من هذه التقنية وتشعرين بالتحسن المستمر ،فسوف يمكنك اختزال تلك المجموعة إلى 04 مع

توفير الوقت الكافي، فيصل الفرد إلى أقصى مرحلة من التدريب وهي الإسترخاء بدون شد عضلي تاماً.

و الأعضاء التي يتركز عليها هذا التمرين هي: اليدين و الذراعين، الرأس و الفكين ، الرقبة، الكتفين، الظهر ، والبطن ، ثم الساقين و القدمين.

الآن أرجوا أن تركزن انتباهكن معي حتى تتمكن من تعلم هذه التقنية ،و الآن سنطبقها بطريقة جماعية وتعليماتها هي كالآتي:

تقوم المرشدة بعرض هذه التقنية أمام المفحوصات ،ثم تطلب منهن تكرار هذه الحركات، نجلس جلسة مريحة فوق الكرسي أو الإستلقاء على فراش مع إسناد الرأس إلى الأمام قليلاً، وسنبدأ باليد اليمنى وذلك من خلال ضم قبضة اليد بكل قوة مدة 5 ثوان ثم نبسطها وإرخائها إلى أقصى درجة مع الصمت مدة 10 ثوان، نكرر العملية 03 مرات، بعدها وفي نفس اليد ننتقل إلى الجزء العلوي برفع الذراع نحو الكتف مع الشد حتى تصبحين قادرة على الإحساس بالتوتر دون إشراك اليد 05 ثوان، الآن ارخها 10 ثوان مع صمت، نكرر العملية 03 مرات، ثم نذهب إلى اليد اليسرى ونقوم بنفس العملية. الآن ننتفس بعمق 03 مرات.

سننتقل الآن إلى عضلات الوجه التي سنقسمها إلى 03 أقسام :تضم عضلات الجزء العلوي ( الجبهة)، ثم عضلات الجزء الأوسط من الوجه ( الأنف و الخدين)، وأخيراً عضلات الجزء السفلي من الوجه (الفكين والشفيتين).

نبدأ بالجبهة و العينين نغمضهما بقوة مدة 03 ثوان، ثم نرخهما 10 ثوان، نكررها 03 مرات، ثم ننزل إلى الفكين والشفيتين ،نضم الشفتين ونضغط على الأسنان بكل قوة 03 ثوان، ثم نرخي 10 ثوان ،مع تكرارها 03 مرات. بعدها ننتفس بعمق 03 مرات، فكلما أنهينا عضو نقوم بعملية التنفس.

الآن ننتقل إلى الرقبة وبمساعدة الذقن برفعه إلى الأعلى مدة 03 ثوان ،ثم نخري مدة10 ثوان ، نكررها 03 مرات،ثم ننتقل إلى الكتفين و الظهر،نقوم برفع الكتفين إلى الأعلى مع استقامة العمود الفقري بكل قوة مدة03 ثوان ،ثم نخري مدة 10 ثوان ،نكررها 03 مرات .الآن البطن ،نقوم بشد البطن بإدخاله نحو الداخل بكل قوة مدة 03 ثوان ،ثم نخري مدة 10 ثوان، ثم نتنفس ،الآن الساقان نبتدئ بالرجل اليمنى ونقلص عضلات الساق اليمنى بالضغط على الكعب ورفع أصابع الرجل إلى أقصى درجة مدة03 ثوان،ثم نخري 10 ثوان.نكرر العملية 03 مرات.ثم ننتقل للرجل اليسرى ونقوم بنفس العملية،ثم نتنفس بعمق 03 مرات.

وفي الأخير نقوم بتقليص كل عضلات الجسم دفعة واحدة مدة03 ثوان ،ثم نخرها ونستمتع بالاسترخاء في كامل الجسم بعد أن نتنفس بعمق مدة 30 ثانية.

**الهدف2:** الوصول إلى حالة من الإسترخاء و الهدوء.

**الإجراءات:** بعد الإنتهاء من تطبيق الإسترخاء تقوم المرشدة بطرح سؤال على المفحوصات وهو :ما هو شعورك الحالي بعدما قمتن بهذا التمرين؟

فكانت كل الإجابات :نشعر بالراحة و الهدوء ،وكذلك هي ممتعة.

**الهدف3:** إعادة الخطوات بسرعة على المفحوصات ،ثم شكرهن على الحضور،و إعطاء الواجب المنزلي،ثم تحديد موعد الجلسة القادمة و إنهاء الجلسة.

**الواجب المنزلي:** قمن بتطبيق هذه التقنية يوميا قبل النوم أو عند الشعور بالضغط.

**الجلسة الثامنة:** التعرض للموقف .الزمن 60 — 90 دقيقة.

**الهدف1:** المواجهة الفعلية لمسببات القلق.

**الإجراءات:** بعد الترحيب و الإستماع للمفحوصات فيما يخص الواجب المنزلي(تقنية الاسترخاء) وإعطاء كلمات التشجيع والاستحسان.اليوم سنقوم بعرض طريقة أخرى تمكننا من الموجهة الفعلية لمسببات القلق من خلال دائما إعادة البناء المعرفي. لأن أفكارنا وانفعالاتنا مرتبطة ببعضها ومرتبطة بالمواقف المحيطة بنا و المسببة لحالة القلق ومن الضروري أن نفهمها و تحديدها ومواجهتها، بأن نعرف إذا ما كانت هذه الأفكار إيجابية أم سلبية ،وإذا كانت سلبية فيجب تعديلها، وهي بتسجيل الأفكار في المواقف الحقيقة في مدة 05 دقائق. بحيث نسجل الحدث و ما ينتج عنه من أفكار سلبية قبل الموقف، أثناء حدوث الموقف، ثم ما بعد الموقف. بعدها نقترح الأفكار الإيجابية التي يمكن أن تحدث قبل الموقف، وأثناء الحدث، وبعد الموقف. ثم نقوم بالمقارنة. سنتعرف على الأفكار الأكثر صحة ومناسبة للموقف الذي نتعرض له.

## الهدف2: زيادة القدرات و العمليات الذهنية.

**الإجراءات:** فهذه التقنية تساعدنا على زيادة القدرات والعمليات الذهنية والقدرة على التفكير الجيد في المواقف الضاغطة، وكذلك توظيف ما تعلمتموه واكتسبتموه من تقنيات في الجلسات السابقة.

**الواجب المنزلي:** ما هي الفكرة الضاغطة التي تسيطر عليك و أنت حامل،وطبقي عليها سجل الأفكار الخاص بالتعرض للموقف.

الحدث	قبل الموقف	حدوث الموقف	ما بعد الموقف
الأفكار السلبية			
الأفكار الإيجابية			

**الجلسة التاسعة: التدريب على حل المشكلات.** الزمن 60 — 90 دقيقة.

**الهدف1:** تطوير مهارات حل المشكلات و معرفة نتائج السلوك ، و القدرة على إظهار حلول ممكنة .

**الإجراءات:** دائما من خلال سجل الأفكار نقوم بتسجيل الفكرة السلبية (المشكلة) والإحساس بوجود المشكلة ،ثم نقوم بخفض الإثارة بالتوقف عن التفكير في الأفكار الأوتوماتيكية ،ثم نرى ما الغير منطقي في هذه الفكرة ونقوم بتحليله ومعرفة نتائجها وما يمكن أن يحدث من سلوكيات غير مسؤولة وغير مطلوبة، ونقوم بوضع صياغة للمشكلة بطريقة يمكن حلها بالتركيز على ما هو مطلوب وليس فيما يحبط، ثم التفكير في الحل البديل، أي نقوم بإعطاء أفكار عديدة بديلة للمشكلة واختيار الأنسب.

**الهدف2:** إلغاء الأفكار الخاطئة واستخدام أفكار بديلة(صحيحة).

**الإجراءات:** بعد القيام بتحليل الأفكار السلبية سنتوصل مباشرة إلى الفكرة البديلة أو الإيجابية التي سنعمل بها، وسنقوم بإلغاء الفكرة الخاطئة لأننا كلما فكرنا بالعواقب سنستمر نحو الأحسن، وفي الأخير يكون تقييم لهذه النتائج والتعلم منها ومعرفة الأسباب.

**الجلسة العاشرة: تقييم و متابعة البرنامج.** الزمن 60 — 90 دقيقة.

**الهدف1:** الإشارة إلى كل التقنيات التي تم التطرق إليها في الجلسات السابقة و التأكيد على تطبيقها في الحياة اليومية.

**الإجراءات:** تعتبر هذه الجلسة هي الأخير في البرنامج وسنقوم بتلخيص كل ما جاء في الجلسات السابقة من تقنيات وأساليب للتخلص من حالة القلق بدأ من التعريفات الأكاديمية لحالة القلق و الحمل وكيفية حدوثه، إلى الشريط الفيديو الذي يقوي الرابط بين الأم طفلها، وكذلك التعرف على عملية الولادة وكيفية التحضير لها و إعطاء بعض النماذج السابقة.

والتعرف على عملية إعادة البناء المعرفي وكيفية تعديل الأفكار، كذلك التعرف إلى تقنية الاسترخاء و التدريب عليها ، والتعرض للموقف والتدريب على أسلوب حل المشكلات .

وهذه التقنيات يمكن استعمالها في عدة مواقف مختلفة ليس فقط في فترة الحمل بل حتى بعد الولادة في الحياة اليومية ، و يمكن تعليمها لأشخاص آخرين كالزوج و الأهل...ألخ.

**الهدف2:** جمع آراء أفراد العينة حول البرنامج ومدى الاستفادة منه.

**الإجراءات:** تقوم المرشدة بجمع بعض آراء أفراد العينة حول البرنامج ،فكانت استجاباتهم ايجابية،حيث يقلن أنهم فعلا شعروا بالتحسن وخفت كثيرا حالة القلق لديهن ،وأنهن استمتعن بهذه التجربة و يعدون أنفسهن محضوات بها. كما أنهم على استعداد للولادة دون قلق ولا توتر لأنها مرحلة مؤقتة ولا بد منها حتى نحضن أطفالنا بين أذرعنا إن شاء الله. وهن أيضا قد تعرفن على بعضهن البعض وجمعتهن الصداقة. وهن يتأسفن على عدم اللقاء مجددا.

**الهدف3:** إجراء التطبيق البعدي و إنهاء البرنامج.

**الإجراءات:** بعدما قامت المرشدة بتوزيع أراق المقياس(حالة القلق لسبيلبيرجر)، الآن سنقوم بإجراء التطبيق البعدي حيث سنقوم بالإجابة على البنود حسب ما تشعرن به الآن.

بعدها جمعت المرشدة الأوراق قامت بشكرهن على الحضور الدائم و الالتزام، فأعطت لهن بعض الهدايا المتمثلة في بعض تجهيزات الطفل كمكافأة وعرفانا على تجاوبهن معي.فبدون الالتزام لا ينجح البرنامج.

**الهدف4:** الإتفاق على موعد بعد شهر للتتبع وبعد الولادة .

**الإجراءات:** سنتفق على موعد بعد شهر إنشاء الله لإجراء القياس التتبعي ، وكذلك بعد الولادة لمعرفة طريقة الولادة و الإطمئنان عليكن و على أطفالكن.



## توصيات واقتراحات الدراسة:

توصلت الباحثة من خلال الدراسة إلى جملة من التوصيات تتمثل فيما يلي:

— الإهتمام بالجانب النفسي بالنسبة للمرأة الحامل لأول مرة و عدم الإكتفاء بالفحص الطبي فقط.

— القيام ببعض الدورات و الندوات العلمية و الإرشادية التي تكون موجهة للمرأة الحامل عموماً، و للمرأة الحامل لأول مرة لنقص الوعي والخبرة لديها ، بتوجيههن و إرشادهن صحياً و نفسياً و التقليل من بعض المخاطر التي قد تكون في غنا عنها إذا ما عرفتها واستعدت لها، و يتكفل بذلك الطاقم الطبي و النفسي معاً.

— عقد دورات تدريبية في مجال علم النفس للقابلات والتي تهدف إلى تعليمهن لبعض البرامج الإرشادية و تطبيقها على الأمهات الحوامل .

— تهيئة الفتاة المقبلة على الزواج وتحضيرها نفسياً م جسدياً للحمل و الولادة.

## ملحق رقم 02 : اختبار حالة القلق لسبيلبيرجر

## استخبار التقدير الذاتي

الاسم: ..... العمر: ..... المهنة:.....  
 المستوى:..... رقم الهاتف: ..... تاريخ التطبيق:.....

## التعليمات:

فيما يلي عدد من العبارات التي اعتاد الناس وصف أنفسهم بها ، اقرئي كل عبارة، ثم ضعي علامة (+) داخل أحد المربعات التالية لكل منها ، لتبيني ما الذي تشعرين به فعلا الآن ، أي في هذه اللحظة ، ليست هناك إجابات صحيحة و أخرى خاطئة ، ولا تفكري طويلا في أي عبارة منها، ولكن ضعي الإجابة التي يبدو تصف مشاعرك الحالية على أفضل وجه.

م	البند	لا مطلقا	إلى حد ما	بدرجة متوسطة	كثيرا جدا
1	أشعر بالأمان				
2	أنا متوترة				
3	أشعر أنني (على راحتي)				
4	أشعر بالإضطراب				
5	أنا الآن منزعجة مما قد يحدث من سوء حظ				
6	أشعر أنني فائعة (راضية )				
7	أشعر بالثقة في النفس				
8	أنا شديدة العصبية (منرفة )				
9	أشعر بالاسترخاء				

**ملحق رقم 03 : إستمارة جمع المعلومات و العقد****معلومات خاصة بالمرأة الحامل لأول مرة:**

الإسم: ..... السن: ..... المستوى الدراسي:.....  
 المهنة: ..... العنوان:.....  
 سن الأب:..... سن الأم: ..... عدد الإخوة:.....  
 الذكور:.....إناث: .....الرتبة:..... زمرة الدم:.....  
 التاريخ المرضي للمرأة الحامل:.....

**معلومات خاصة بالزوج:**

الإسم:.....السن:.....المستوى الدراسي:.....  
 المهنة: ..... معدل الدخل الشهري:.....  
 سن الأب:.....سن الأم:.....عدد الإخوة:.....  
 الذكور:.....الإناث: .....الرتبة:.....  
 طبيعة السكن:.....  
 زمرة الدم:.....  
 التاريخ الصحي للزوج:.....

**تاريخ الزواج و الحمل:**

مدة الزواج:..... وجود القرابة:..... الرعاية الصحية أثناء  
 الحمل:.....طبيعة الحيض:..... مدة الحمل:.....  
 - الفحوصات المخبرية:.....  
 - التصوير بالأمواج فوق الصوتية:.....  
 - معرفة جنس المولود:.....  
 الولادة:.....

**العقد:**

أتعهد أنا الموقعة أدناه أن أكون متعاونة و جادة خلال فترة تطبيق البرنامج الإرشادي و بعد الإنتهاء منه ،و أن أسعى بجد لأن أطبق ما تعلمت.

الإسم:.....

التوقيع:.....

## ملحق رقم 04: مخطط الجلسة الإرشادية

الإسم: ( ) رقم الجلسة:

رقم الملف: / / التاريخ:

بدأت الجلسة: ( : ) انتهت الجلسة: ( : )

التقويم: .....

.....

.....

الواجب

القديم: .....

.....

.....

الهدف من الجلسة: .....

.....

.....

الواجب

الجديد: .....

.....

.....

ملاحظات: .....

.....

ملحق رقم 05 :

## دفتر التسجيل

الإسم:.....

السن:.....

رقم الملف:.....

**الملحق رقم 06 : أسماء الأساتذة المحكمين :**

**أساتذة من التخصص:** — د.أبي ميلود عبد الفتاح (جامعة ورقلة)

— د.خميس سليم (جامعة ورقلة )

— د.باعلي زهية (جامعة ورقلة)

— د.سوالمية (جامعة قسنطينة)

**أساتذة من تخصصات مختلفة:**— أ.د.بن زاهي منصور(جامعة ورقلة)

— د.بلحسيني وردة (جامعة ورقلة)

— د.بن غانم لخضر(جامعة قسنطينة)

— أ.وازي طاوس(جامعة ورقلة)

الملحق رقم 07 : يبين بعض الإحصائيات لمتابعة الحمل والولادة في المصالح الإستشفائية ما بين سنة 2013/2014

SURVEILLANCE MERE-ENFANT.

1. SURVEILLANCE DES GROSSESSES

TRIMESTRE	GROSSESSES CAPTÉES AU 1ER TRIM. DE LA GESTATION			GROSSESSES CAPTÉES AU 2EME TRIM. DE LA GESTATION		GROSSESSES CAPTÉES AU 3EME TRIM. DE LA GESTATION	NOMBRE DE GSS A HAUT RISQUES
	Grossesses Captées 1 <sup>er</sup> trim.	Grossesses Revenues 2 <sup>ème</sup> trim.	Grossesses Revenues 3 <sup>ème</sup> trim.	Grossesses Captées 2 <sup>ème</sup> trim.	Grossesses Revenues 3 <sup>ème</sup> trim.	Grossesses Captées 3 <sup>ème</sup> trim.	
1. Trimestre	695	523	562	830	666	387	833
2. Trimestre	703	590	574	939	660	440	954
3. Trimestre	373	437	543	703	478	405	805
4. Trimestre	563	555	619	823	655	476	970
TOTAL	2334	2105	2298	3295	2459	1708	3562

2. VISITES PRÉNATALES

Age de la grossesse	ANCIENNES				NOUVELLES				TOTAL			
	1T	2T	3T	TOTAL	1T	2T	3T	TOTAL	1T	2T	3T	TOTAL
1. Trimestre	163	855	1479	2497	695	830	387	1912	858	1685	1866	4409
2. Trimestre	205	977	1470	2071	703	939	440	2082	908	1916	1910	4734
3. Trimestre	145	694	1218	2057	373	703	405	1481	518	1397	1623	3538
4. Trimestre	147	865	1609	2621	563	823	476	1862	710	1688	2085	4483
TOTAL	660	3391	5776	9827	2334	3295	1708	7337	2994	6686	7484	17164



ANNÉE 2013

SURVEILLANCE MÈRE1. SURVEILLANCE DES GROSSESSES

TRIMESTRE	GROSSESSES CAPTÉES AU 1ER TRIM. DE LA GESTATION			GROSSESSES CAPTÉES AU 2EME TRIM. DE LA GESTATION		GROSSESSES CAPTÉES AU 3EME TRIM. DE LA GESTATION	NOMBRE DE GSS A HAUT RISQUES
	Grossesses Captées 1 <sup>er</sup> trim.	Grossesses Revenues 2 <sup>ème</sup> trim.	Grossesses Revenues 3 <sup>ème</sup> trim.	Grossesses Captées 2 <sup>ème</sup> trim.	Grossesses Revenues 3 <sup>ème</sup> trim.	Grossesses Captées 3 <sup>ème</sup> trim.	
1. Trimestre	638	547	601	875	653	329	861
2. Trimestre	520	442	515	850	502	369	709
3. Trimestre	513	348	468	810	462	469	709
4. Trimestre	603	502	547	825	565	399	
TOTAL	2274	1839	2131	3360	2182	1566	2279

2. VISITES PRÉNATALES

Age de la grossesse	ANCIENNES				NOUVELLES				TOTAL			
	1T	2T	3T	TOTAL	1T	2T	3T	TOTAL	1T	2T	3T	TOTAL
1. Trimestre	151	937	1494	2582	638	875	329	1842	789	1812	1823	4424
2. Trimestre	103	756	1212	2071	520	850	369	1739	623	1606	1581	3810
3. Trimestre	109	625	1193	1927	513	810	469	1792	622	1435	1662	3719
4. Trimestre	102	961	1365	2428	603	825	399	1827	705	1786	1764	4255
TOTAL	465	3279	5264	9008	2274	3360	1566	7200	2739	6639	6830	16208

page n°1

**الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية**  
**وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات**

مديرية الصحة و السكان ورقلة

المؤسسة الإستشفائية المتخصصة الأم والطفل سيدي عبد القادر - ورقلة

المديرية الفرعية للمصالح الصحية

**الجداول الخاصة بعدد الولادات**

2015			2014			2013			السنوات
الولادة القيصرية	الولادة الاولى	الولادة العامة	الولادة القيصرية	الولادة الاولى	الولادة العامة	الولادة القيصرية	الولادة الاولى	الولادة العامة	الاشهر
127	155	193	94	140	815				جانفي
			82	110	675				فيفري
			59	130	775				مارس
			72	110	642				أفريل
			57	100	628				ماي
			61	143	779				جوان
			50	131	651				جويلية
			90	189	798				أوت
			128	100	399				سبتمبر
			118	105	803	65		763	أكتوبر
			117	100	753	71	90	720	نوفمبر
			122	120	721	67	113	754	ديسمبر
127	155	193	1050	1478	8439	203	203	2237	المجموع

ورقلة في:

## ملحق رقم 08 ك يبين نتائج التحليل الاحصائي SPSS

```

NIANOVA
  apret BY nevaux WITH avant
  / METHOD = SSTYPE(3)
  / INTERCEPT = INCLUDE
  / CRITERIA = ALPHA(.05)
  / DESIGN = nevaux avant avant*nevaux.
    
```

### Univariate Analysis of Variance

]DataSet0 [

**Between-Subjects Factors**

	Value Label	N
nevaux 1,00	unv	4
2,00	sug	8
3,00	moy	4

**Tests of Between-Subjects Effects**

Dependent Variable: apret

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	1,521 <sup>a</sup>	5	,304	,211	,950
Intercept	111,976	1	111,976	77,674	,000
nevaux	,963	2	,481	,334	,724
avant	,097	1	,097	,067	,801
nevaux * avant	,808	2	,404	,280	,761
Error	14,416	10	1,442		
Total	9669,000	16			
Corrected Total	15,937	15			

a. R Squared = ,095 (Adjusted R Squared = -,357)

```

UNIANOVA
  apret BY nevaux WITH avant
  /METHOD = SSTYPE(3)
  /INTERCEPT = INCLUDE
  /EMMEANS = TABLES(nevaux) WITH(avant=MEAN)
  /PRINT = DESCRIPTIVE ETASQ HOMOGENEITY
  /CRITERIA = ALPHA(.05)
  /DESIGN = nevaux avant avant*nevaux .
    
```

### Univariate Analysis of Variance

[DataSet0]

**Between-Subjects Factors**

	Value Label	N
nevaux 1,00	unv	4
2,00	sug	8
3,00	moy	4

**Descriptive Statistics**

Dependent Variable: apret

nevaux	Mean	Std. Deviation	N
unv	24,7500	,95743	4
sug	24,5000	,53452	8
moy	24,5000	1,91485	4
Total	24,5625	1,03078	16

**Levene's Test of Equality of Error Variances**

Dependent Variable: apret

F	df 1	df 2	Sig.
19,368	2	13	,000

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+nevaux+avant+nevaux \* avant

**Tests of Between-Subjects Effects**

Dependent Variable: apret

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	1,521 <sup>a</sup>	5	,304	,211	,950	,095
Intercept	111,976	1	111,976	77,674	,000	,886
nevaux	,963	2	,481	,334	,724	,063
avant	,097	1	,097	,067	,801	,007
nevaux * avant	,808	2	,404	,280	,761	,053
Error	14,416	10	1,442			
Total	9669,000	16				
Corrected Total	15,937	15				

a. R Squared = ,095 (Adjusted R Squared = -,357)

**Estimated Marginal Means**

**nevoux**

Dependent Variable: apret

nevoux	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
unv	24,466 <sup>a</sup>	,940	22,371	26,561
sug	24,181 <sup>a</sup>	,598	22,849	25,512
moy	24,619 <sup>a</sup>	,658	23,152	26,086

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: avant = 25,6250.

UNIANOVA

```
apret BY conisex WITH avant
/METHOD = SSTYPE(3)
/INTERCEPT = INCLUDE
/EMMEANS = TABLES(conisex) WITH(avant=MEAN)
/PRINT = DESCRIPTIVE ETASQ HOMOGENEITY
/CRITERIA = ALPHA(.05)
/DESIGN = avant conisex avant*conisex .
```

## Univariate Analysis of Variance

[DataSet0]

### Between-Subjects Factors

		Value Label	N
conisex	1,00	coni	12
	2,00	noconi	4

### Descriptive Statistics

Dependent Variable: apret

conisex	Mean	Std. Deviation	N
coni	24,9167	,90034	12
noconi	23,5000	,57735	4
Total	24,5625	1,03078	16

### Levene's Test of Equality of Error Variances<sup>a</sup>

Dependent Variable: apret

F	df 1	df 2	Sig.
,117	1	14	,737

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+avant+conisex+conisex \* avant

**Tests of Between-Subjects Effects**

Dependent Variable: apret

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	6,021 <sup>a</sup>	3	2,007	2,429	,116	,378
Intercept	119,424	1	119,424	144,513	,000	,923
avant	,000	1	,000	,000	1,000	,000
conisex	,102	1	,102	,124	,731	,010
conisex * avant	,000	1	,000	,000	1,000	,000
Error	9,917	12	,826			
Total	9669,000	16				
Corrected Total	15,937	15				

a. R Squared = ,378 (Adjusted R Squared = ,222)

**Estimated Marginal Means**

**conisex**

Dependent Variable: apret

conisex	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
coni	24,917 <sup>a</sup>	,263	24,343	25,491
noconi	23,500 <sup>a</sup>	,485	22,444	24,556

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: avant = 25,6250.

UNIANOVA

```
apret BY travail WITH avant
/METHOD = SSTYPE(3)
/INTERCEPT = INCLUDE
/EMMEANS = TABLES(travail) WITH(avant=MEAN)
/PRINT = DESCRIPTIVE ETASQ HOMOGENEITY
/CRITERIA = ALPHA(.05)
/DESIGN = avant travail avant*travail .
```

**Univariate Analysis of Variance**

[DataSet0]

**Between-Subjects Factors**

	Value Label	N
travail 1,00	trav	6
2,00	notrav	10

**Descriptive Statistics**

Dependent Variable: apret

trav il	Mean	Std. Deviation	N
trav	24,5000	,54772	6
notrav	24,6000	1,26491	10
Total	24,5625	1,03078	16

**Levene's Test of Equality of Error Variances**

Dependent Variable: apret

F	df 1	df 2	Sig.
7,517	1	14	,016

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+avant+travail+travail \* avant

**Tests of Between-Subjects Effects**

Dependent Variable: apret

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	1,281 <sup>a</sup>	3	,427	,349	,790	,080
Intercept	160,870	1	160,870	131,708	,000	,916
avant	,713	1	,713	,584	,459	,046
travail	1,126	1	1,126	,922	,356	,071
travail * avant	1,097	1	1,097	,898	,362	,070
Error	14,657	12	1,221			
Total	9669,000	16				
Corrected Total	15,937	15				

a. R Squared = ,080 (Adjusted R Squared = -,150)

**Estimated Marginal Means**

**travail**

Dependent Variable: apret

trav il	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
trav	24,539 <sup>a</sup>	,453	23,552	25,526
notrav	24,603 <sup>a</sup>	,350	23,840	25,365

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: avant = 25,6250.

UNIANOVA

```
apret BY age WITH avant
/METHOD = SSTYPE(3)
/INTERCEPT = INCLUDE
/EMMEANS = TABLES(age) WITH(avant=MEAN)
/PRINT = DESCRIPTIVE ETASQ HOMOGENEITY
```

/CRITERIA = ALPHA(.05)  
 /DESIGN = avant age age\*avant .

## Univariate Analysis of Variance

[DataSet0]

### Between-Subjects Factors

	Value Label	N	
age	1,00	de20a25	8
	2,00	de25a30	5
	3,00	de30a35	3

### Descriptive Statistics

Dependent Variable: apret

age	Mean	Std. Deviation	N
de20a25	25,1250	,99103	8
de25a30	23,8000	,83666	5
de30a35	24,3333	,57735	3
Total	24,5625	1,03078	16

### Levene's Test of Equality of Error Variances<sup>a</sup>

Dependent Variable: apret

F	df1	df2	Sig.
,287	2	13	,755

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+avant+age+age \* avant

### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: apret

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	6,330 <sup>a</sup>	5	1,266	1,318	,331	,397
Intercept	72,432	1	72,432	75,394	,000	,883
avant	,081	1	,081	,084	,778	,008
age	1,054	2	,527	,548	,594	,099
age * avant	,497	2	,248	,258	,777	,049
Error	9,607	10	,961			
Total	9669,000	16				
Corrected Total	15,937	15				

a. R Squared = ,397 (Adjusted R Squared = ,096)

## Estimated Marginal Means



age

Dependent Variable: apret

age	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
de20a25	25,127 <sup>a</sup>	,347	24,354	25,900
de25a30	23,803 <sup>a</sup>	,438	22,826	24,779
de30a35	24,352 <sup>a</sup>	,599	23,018	25,686

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: av ant = 25,6250.

```
2RELIABILITY
/ VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 VAR00004 VAR00005 VAR00006
VAR00007
VAR00008 VAR00009
/ SCALE('AUNGOISSE') ALL/MODEL=ALPHA
/ STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE
/ SUMMARY=TOTAL.
```

**Reliability**

]DataSet0 [

**Scale: AUNGOISSE**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	16	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	16	100,0

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

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,619	9

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
VAR00001	2,7500	,85635	16
VAR00002	3,5625	,62915	16
VAR00003	2,6250	1,31022	16
VAR00004	3,1875	,54391	16
VAR00005	2,1875	1,16726	16
VAR00006	3,0000	1,15470	16
VAR00007	2,6250	1,20416	16
VAR00008	2,9375	,92871	16
VAR00009	2,5000	,81650	16

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	22,6250	14,917	,595	,524
VAR00002	21,8125	19,362	-,032	,646
VAR00003	22,7500	10,600	,852	,377
VAR00004	22,1875	21,229	-,387	,684
VAR00005	23,1875	20,829	-,245	,734
VAR00006	22,3750	13,183	,604	,494
VAR00007	22,7500	12,867	,610	,489
VAR00008	22,4375	15,862	,386	,570
VAR00009	22,8750	17,050	,277	,597

**Scale Statistics**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
25,3750	19,583	4,42531	9

```

RELIABILITY
  /VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 VAR00004 VAR00005 VAR00006
VAR00007
VAR00008 VAR00009
  /SCALE('AUNGOISSE') ALL/MODEL=SPLIT
  /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE
  /SUMMARY=TOTAL .
    
```

**Reliability**

[DataSet0]

**Scale: AUNGOISSE**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	16	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	16	100,0

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

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	-,171 <sup>a</sup>
		N of Items	5 <sup>b</sup>
	Part 2	Value	,620
		N of Items	4 <sup>c</sup>
Total N of Items			9
Correlation Between Forms			,669
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,801
	Unequal Length		,803
Guttman Split-Half Coefficient			,772

- a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.
- b. The items are: VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005.
- c. The items are: VAR00005, VAR00006, VAR00007, VAR00008, VAR00009.

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
VAR00001	2,7500	,85635	16
VAR00002	3,5625	,62915	16
VAR00003	2,6250	1,31022	16
VAR00004	3,1875	,54391	16
VAR00005	2,1875	1,16726	16
VAR00006	3,0000	1,15470	16
VAR00007	2,6250	1,20416	16
VAR00008	2,9375	,92871	16
VAR00009	2,5000	,81650	16

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	22,6250	14,917	,595	,524
VAR00002	21,8125	19,362	-,032	,646
VAR00003	22,7500	10,600	,852	,377
VAR00004	22,1875	21,229	-,387	,684
VAR00005	23,1875	20,829	-,245	,734
VAR00006	22,3750	13,183	,604	,494
VAR00007	22,7500	12,867	,610	,489
VAR00008	22,4375	15,862	,386	,570
VAR00009	22,8750	17,050	,277	,597

**Scale Statistics**

	Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
Part 1	14,3125	3,963	1,99060	5 <sup>a</sup>
Part 2	11,0625	8,063	2,83945	4 <sup>b</sup>
Both Parts	25,3750	19,583	4,42531	9

a. The items are: VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005.

b. The items are: VAR00006, VAR00007, VAR00008, VAR00009.

```
NEW FILE.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
T-TEST
  GROUPS = VAR00002(0 1)
  /MISSING = ANALYSIS
  /VARIABLES = VAR00001
  /CRITERIA = CI(.95) .
```

**T-Test**

[DataSet1]

**Group Statistics**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00001	SUP	5	29,6000	,54772	,24495
	INF	5	20,2000	1,78885	,80000

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
VAR00001 Equal variances assumed	2,749	,136	11,235	8	,000	9,40000	,83666	7,47066	11,32934
VAR00001 Equal variances not assumed			11,235	4,743	,000	9,40000	,83666	7,21384	11,58616