

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف - المسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس



الرقم التسلسلي:/2017.

قلق الولادة وعلاقته بجودة الحياة لدى المرأة الحامل

المقبلة على الولادة

(دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في أمراض النساء والتوليد

- سليمان عميرات بالمسيلة -)

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

سارة ثامر

تاريخ المناقشة: 2017/05/22

لجنة المناقشة:

رئيسيا	جامعة محمد بوضياف بالمسيلة	د. وليدة مرزوقة
مشرفا ومقررا	جامعة محمد بوضياف بالمسيلة	د. عبد الحق بركات
مناقشا	جامعة محمد بوضياف بالمسيلة	د. الحسين قرساس

السنة الجامعية 2017/2016

** كلمة شكر وحرارة **

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على المصطفى وكل التابعين
نشكر المولى سبحانه وتعالى على أنه أمدنا بالصحة والعافية وافرغ علينا صبرا وجهدا
لايتمام هذا العمل

يشرفني من هذا المأم أن أتوجه بكلمة شكر للأستاذ الدكتور بركات عبد الحق
لمشرف على هذه المذكرة التي حظيت بإشرافه ولما بذله معي من جهد وما أسداه لي
من نصح وتوجيه سديد بأسلوب راق وتواضع وخلق رفيع متحلي بالصبر والعمل فجزاه
الله خير الجزاء ، وأمد في عمره، ومتعته بالصحة والعافية

والشكر موصول لأعضاء لجنة المناقشة على قبولهم مناقشة العمل
كما أتقدم بالشكر الجزيل لكل من ساعدني من قريب ومن بعيد لانجاز هذا العمل
، كما لا أنسى كل أساتذة قسم علم النفس
فلكم مني جزيل الشكر وفائق الاحترام والتقدير

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
	شكر وتقدير
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
أ	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: الاطار العام للدراسة	
6	1- إشكالية الدراسة
12	2- فرضيات الدراسة.
13	3- أهداف الدراسة.
13	4- أهمية الدراسة.
15	5- تحديد مفاهيم الدراسة.
17	6- الدراسات السابقة
30	7- التعليق على الدراسات السابقة
الفصل الثاني: القلق	
35	تمهيد
35	1- مفهوم القلق
40	2- القلق حالة وسمة
42	3- أسباب القلق
45	4- مستويات القلق
47	5- أعراض القلق
48	6- أنواع القلق
51	7- النظريات المفسرة للقلق
59	8- علاج القلق
63	خلاصة
الفصل الثالث: القلق لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة (قلق الولادة)	
65	تمهيد
65	1- مفهوم قلق الولادة.
66	2- مفهوم الحمل.

67	3- التغيرات المصاحبة لفترة الحمل.
73	4- المعاش النفسي للمرأة الحامل.
75	5- العوامل المؤثرة على الحمل.
82	6- مرض الأمراض التي تعاني منها المرأة الحامل.
86	7- مفهوم عملية الولادة
87	8- طرق عملية الولادة.
90	9- لرعاية المرأة الحامل أثناء مراحل عملية الولادة.
92	خلاصة
الفصل الرابع: جودة الحياة	
94	تمهيد
94	1- مفهوم جودة الحياة.
97	2- نشأة وتطور جودة الحياة.
98	3- أبعاد جودة الحياة.
99	4- مكونات جودة الحياة.
100	5- مجالات جودة الحياة.
102	6- عوامل تشكيل جودة الحياة.
102	7- مقومات جودة الحياة.
103	8- النظريات المفسرة لجودة الحياة.
109	9- علاقة قلق الولادة بجودة حياة المرأة الحامل.
111	خلاصة
الجانب الميداني	
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة	
114	تمهيد
114	1-الدراسة الاستطلاعية .
115	1-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية.
115	1-2- عينة الدراسة الاستطلاعية.
116	2- الدراسة الأساسية.
116	1-2- منهج الدراسة الأساسية.
116	2-2- حدود الدراسة الأساسية.
117	2-3-عينة الدراسة الأساسية.

119	2-4- أدوات الدراسة وخصائصها السيكمترية.
126	2-5- الأساليب الإحصائية للدراسة.
128	خلاصة
الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج	
130	تمهيد
130	1- عرض ومناقشة النتائج في ضوء الفرضيات
149	2- خاتمة
151	3- الاقتراحات
154	قائمة المراجع
	قائمة الملاحق

فهرس الجدائو ل

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	يبين الغذاء المطلوب للمرأة الحامل وكميته	77
02	تشخيص ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل.	83
03	مكونات جودة الحياة	100
04	مجالات جودة الحياة	101
05	يوضح توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب متغيرات الدراسة	115
06	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية	118
07	يبين أبعاد مقياس قلق الولادة	119
08	يبين كيفية تصحيح مقياس قلق الولادة	119
09	يوضح معامل ثبات مقياس قلق الولادة بطريقة التجزئة النصفية	121
10	يوضح ثبات مقياس قلق الولادة بطريقة ألفا كرونباخ	121
11	يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس قلق الولادة	122
12	يوضح الصدق الذاتي لمقياس قلق الولادة	123
13	يبين أبعاد مقياس جودة الحياة	123
14	يوضح معامل ثبات مقياس جودة الحياة بطريقة التجزئة النصفية	125
15	يوضح ثبات مقياس جودة الحياة بطريقة ألفا كرونباخ	125
16	يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس جودة الحياة	126
17	يوضح الصدق الذاتي لمقياس جودة الحياة	126
18	يوضح الأساليب الإحصائية للدراسة	127
19	يوضح الفروق بين المتوسطين الفرضي والمحسوب في قلق الولادة	130
20	يوضح الفروق بين المتوسطين الفرضي والمحسوب في جودة الحياة.	132
21	يوضح نتائج معامل الارتباط بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة	135
22	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير السن	135
23	يوضح الفروق في قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن.	137
24	يوضح الفروق في قلق الولادة لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لعدد مرات الحمل .	139
25	يوضح الفروق في قلق الولادة لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لطبيعة الولادة (طبيعية - قيصرية).	141
26	يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن	142
27	يوضح الفروق في جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن.	142
28	يوضح الفروق في جودة الحياة لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لعدد مرات الحمل .	144
29	يوضح الفروق في جودة الحياة لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لطبيعة الولادة (طبيعية - قيصرية).	145

ملخص الدراسة :

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مستوى قلق الولادة وجودة الحياة وكذلك التعرف على العلاقة بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة وتحقيقاً لأهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي وذلك بتطبيق مقياسين هما مقياس قلق الولادة من إعداد مهند محمد عبد الستار، وشهد سعد طاهر (2015)، ومقياس جودة الحياة الصادر من منظمة الصحة العالمية (1996) والمنتج إلى اللغة العربية من قبل احمد محمد عبد الخالق (2008).

وتكونت عينة الدراسة من 105 امرأة حامل مقبلة على الولادة بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد سليمان عميرات بالمسيلة، وبعد جمع البيانات تم تفرغها ومعالجتها إحصائياً باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) ومن خلاله تم تطبيق معامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين قلق الولادة وجودة الحياة، حيث بلغت القيمة -0.09 كما تم حساب المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لمعرفة مستوى كل من قلق الولادة وجودة الحياة، بالإضافة إلى تطبيق اختبار (ت) لدلالة الفروق وقد أظهرت نتائج الدراسة ما يلي :

- مستوى قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة مرتفع .
- مستوى جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة مرتفع .
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة وجودة الحياة .
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن .
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لعدد مرات الحمل .
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لطبيعة الولادة .
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن .
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لعدد مرات الحمل، وهذا لصالح المرأة الحامل لأول مرة .
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لطبيعة الولادة.

Abstract:

The study aimed to identify the level of birth anxiety and quality of life, as well as to identify the relationship between birth anxiety and quality of life of the pregnant woman coming to birth. To achieve the objectives of the study was based on the descriptive approach by applying two measures are the measure of birth anxiety prepared by Muhannad Mohammed Abdul Sattar, Taher (2015), the World Health Organization (WHO) Quality of Life Standard (1996) and the Arabic-language interpreter by Ahmed Mohamed Abd El Khaliq (2008).

The sample of the study consisted of 105 pregnant women who were born at the hospital specialized in Obstetrics and Gynecology, Sulaiman Omairat, and after the data collection was discharged and processed statistically using SPSS. The correlation coefficient was applied to study the relationship between birth anxiety and quality of life. The value of -0.09 was calculated as the mean mean and mean mean for both the level of anxiety of birth and quality of life, in addition to the application of test (T) to indicate the differences and the results of the study showed that:

- The level of birth anxiety of pregnant women coming to birth is high.
- The quality of life of pregnant women coming to birth is high.

There was no statistically significant relationship between birth anxiety and quality of life.

There were no statistically significant differences in the birth anxiety of the next pregnant woman due to the age variable.

There were no statistically significant differences in the birth anxiety of the next pregnant woman due to the number of pregnancies.

There were no statistically significant differences in the birth anxiety of the next pregnant woman due to the birth.

There were no statistically significant differences in the quality of life of the next pregnant woman due to the age variable.

There are statistically significant differences in the quality of life of the pregnant woman coming to birth due to the number of pregnancies, which is in favor of the pregnant woman for the first time.

- There are no statistically significant differences in the quality of life of the pregnant woman coming to birth due to the nature of birth.

مقدمة:

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

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

ومما لا شك فيه أن عملية الحمل والولادة هي عملية شاقة للمرأة لان الكثير من النساء المقبلات على الولادة تعانين من القلق بصورة كبيرة، فهناك خوف من المجهول، ومخاوف على صحة الجنين وولادته بصورة طبيعية، بالإضافة إلى مخاوف أخرى تتعلق بالآلام من عملية الولادة، حيث أن بعض النساء المقبلات على الولادة قد يكون عندهن قلق من عملية إخراج الجنين وما يتبع ذلك من تدخل جراحي (الهمص، 2010، ص 03).

وبالرغم من سعادة المرأة بإقبالها على الولادة، إلا أن الاضطرابات الهرمونية والتغيرات سواء كانت نفسية أو جسدية التي حصلت خلال شهور الحمل، وتعرضها لإحساسات المسؤولية الجديدة الملقاة عليها في العناية بالمولود الجديد، والشعور الداخلي بأن

مقدمة

حياتها قد اختلفت في جوانب شتى بقدم هذا الطفل وغيرها من الأحاسيس والتفاعلات النفسية والاجتماعية مع من حولها في محيط الأسرة وخارجها، كلها عوامل تؤدي إلى تبدل وتغير في نفسية المرأة الحامل المقبلة على الولادة، لذا تختلط عليها الأحاسيس من السعادة إلى الكآبة والأسى والخوف والقلق، وقد تتلقى المرأة الكثير من المعلومات الخاطئة التي تؤثر عليها، مع العلم أن المرأة صاحبة التجارب السابقة في عملية الحمل والولادة تكون مصدرا جيدا للدعم والمعلومات المنظمة.

ولا يمكننا الحديث عن الحياة بشكل عام وما يتعرض هذه الحياة من هموم ومشاكل وقلق دون الحديث عن جودة الحياة التي أصبحت من المفاهيم الحديثة التي ارتبطت بدراسات علم النفس الإيجابي، والتي تعتبر إحدى المتغيرات الأساسية للشخصية، وهدف أساسي في الحياة، ويؤدي تحقيقها إلى شعور المرأة بالرضا والبهجة والاستمتاع الإيجابي نحو الحياة، لكن هناك أشياء تعيق تحقيق جودة الحياة أو تقلق من مستواها، منها قلق الولادة وما يخلفه من آثار في نفسية المرأة المقبلة على الولادة، مما ينعكس ذلك بالسلب على تكيفها وشعورها بالرضا والانجاز والسعادة واستمتاعها بجودة الحياة.

ومن هذه الزاوية ونظرا لأهمية موضوع قلق الولادة وما يخلفه من آثار في نفسية المرأة، سيتم التركيز عليه والبحث في الميدان بغية الكشف عن علاقته بجودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة.

وقد شملت الدراسة الأساسية على جانبين نظري وميداني:

1- الجانب النظري: يحتوي على أربعة فصول:

جاء **الفصل الأول** بمثابة الإطار العام للدراسة تم فيه تحديد إشكالية الدراسة، وفرضياتها، وأهدافها، وأهميتها، بالإضافة إلى تحديد المفاهيم، وعرض الدراسات السابقة مع التعليق عليها، أما **الفصل الثاني** بعنوان القلق وتم فيه عرض مفهوم القلق، والقلق حالة

وسمة، مع ذكر أسبابه، ومستوياته، وأعراضه، وأنواعه، بالإضافة إلى وأهم النظريات المفسرة له، وفي آخر الفصل تم التطرق إلى علاج القلق.

أما **الفصل الثالث** فكان بعنوان القلق لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة (قلق الولادة)، يتناول هذا الفصل مفهوم قلق الولادة، ومفهوم الحمل، والتغيرات المصاحبة للحمل، والمعاش النفسي للمرأة الحامل، مع ذكر العوامل المؤثرة على الحمل، وبعض الأمراض التي تعاني منها المرأة المقبلة على الولادة بالإضافة إلى مفهوم عملية الولادة، وطرقها، والرعاية بالمرأة أثناء مراحل عملية الولادة.

أما **الفصل الرابع** فقد كان بعنوان جودة الحياة يتناول هذا الفصل مفهوم جودة الحياة، ونشأتها، وتطورها، وأبعادها، ومكوناتها، ومجالاتها، وعوامل تشكيلها، ومقوماتها، بالإضافة إلى النظريات المفسرة لها، وفي آخر الفصل تم ذكر العلاقة التي تربط بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى المرأة المقبلة على الولادة.

2- الجانب الميداني: يحتوي على فصلين:

الفصل الخامس ويتناول الإجراءات الدراسة الميدانية المتبعة، تم فيه التطرق إلى الدراسة الاستطلاعية وأهدافها، وكذا الدراسة الأساسية التي تشمل المنهج، والحدود المكانية والزمانية، والعينة وكيفية اختيارها، وأدوات الدراسة وخصائصها السيكمترية، وفي آخر الفصل تم عرض الأساليب الإحصائية.

أما **الفصل السادس** يتضمن عرض ومناقشة النتائج في ضوء فرضيات الدراسة، وفي الأخير قدمت خاتمة الدراسة ، بالإضافة إلى الاقتراحات .

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة

- 1- إشكالية الدراسة
- 2- فرضيات الدراسة
- 3- أهداف الدراسة
- 4- أهمية الدراسة
- 5- تحديد مفاهيم الدراسة
- 6- الدراسات السابقة
- 7- التعليق على الدراسات السابقة

1 - إشكالية الدراسة:

قال الله تعالى: ﴿لَرَنِيَّاءُ إِنِّي رَمِيْتُ لَبِي فَنَزَلُو أَنْتَ خَيْرُ رَأْيَيْنِ﴾ [الأنبياء الآية 89].

لقد كان هذا دعاء سيدنا زكرياء عليه السلام ليرزقه الله الذرية الصالحة، ومن منا لا يرغب أن يكون له عائلة يرى فيها امتداده؟

ولهذا السبب كان التزاوج والتكاثر الهدفان الأساسيان اللذان يرسمان معنى الحياة البشرية، فيلزم لتحقيقهما ثلاثة أشياء منها: حفظ النسل واستمراريته، وجود أسباب تحبب في النسل وتجمع بين الذكر والأنثى، وجود أسباب الاستقرار في حياة المرأة والرجل.

وقد أشار فرويد (1989) إلى غريزة الحياة التي تقوم على أساس التكاثر وتنشأ عن طريق رابطة الزواج بين الرجل والمرأة، حيث تتكون بعد عملية الإخصاب بيضة ملقحة ومن ثم جنين وبعدها كائن حي (طفل) هذه العملية تعرف باسم الحمل الذي يعتبر أحد الوظائف المهمة للزواج، ومصدر اللذة والسعادة في الحياة الزوجية، باعتباره مؤدياً للإنجاب الذي يعد الطريقة الأساسية لحفظ النوع الإنساني (السوالمة، 2012، ص 365).

يعد الحمل فترة مهمة في حياة المرأة، فرغم حبها الغريزي لهذه الوظيفة إلا أنها أحيانا تكون ممزوجة بمشاعر الخوف والقلق، فهي فترة متعبة ولا تتحقق إلا بجهد ومشقة. لقوله تعالى: ﴿وَصَبَّيْنَا لِلْإِبْرَاهِيمَ إِحْسَانًا وَنَبَّأَهُ بِالْحَقِّ وَالْحَقُّ كَرَاهًا وَحَوْمَلْقُصُ اللَّهُ تُثُونٌ شَوْهًا﴾ [الأحقاف، الآية 15].

حيث يقصد بكلمة حملته أمه "كرها" تدل على المشقة والتعب من غثيان، ودوار، وثقل، وغير ذلك من أعراض الوحام، ووضعته "كرها" تدل أيضا على المشقة من الولادة وشدتها (الهمص، 2010، ص 2).

والمرأة بحكم خصوصية تكوينها الفزيولوجي والنفسي وطبيعة الأدوار التي تلعبها في الحياة، تكون أكثر عرضة للإصابة بالضغوطات النفسية، خاصة في الفترات الحرجة (البلوغ،

الحمل والولادة، سن اليأس...الخ)، بحكم أنهم تجربة مهمة تشمل العديد من التغيرات التي تؤثر على حياتها.

وهذا ما تؤكدته دراسة النيال (1990) التي هدفت إلى معرفة العلاقة الارتباطية بين سن اليأس، وكل من الاكتئاب، والقلق والمخاوف، وقد أشارت إلى أن سن اليأس تظهر فيه مجموعة من الأعراض النفسية تتمثل في الاكتئاب، والقلق، والمخاوف، وتقلب المزاج من فرح إلى كآبة وحزن. وكانت نتيجة هذه الدراسة أن القلق الذي ينتاب النساء اللاتي وصلن إلى سن اليأس غالبا ما يكون القلق ممتدا وليس مؤقتا، وهذا راجح إلى عدم تكيف المرأة لدورها الهرمونية الجديدة.

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

كما هدفت دراسة الريماوي (2010) التي هدفت إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية لدى الأم الحامل، وأسفرت أن النساء يعانين من ضغوط نفسية نتيجة الحمل بدرجة مرتفعة. كما نجد أيضا دراسة دلالة (2015) حيث أكدت هذه الدراسة أن القلق والضغوط النفسية التي تعاني منها المرأة الحامل المقبلة على العملية القيصرية تؤثر سلبا في حياتها وحياة طفلها، الأمر الذي يتطور إلى قلق الولادة الذي يزيد حدته عند المرأة الحامل.

أما بالنسبة للدراسات الأجنبية التي تناولت الضغوط النفسية وقلق الولادة لدى المرأة الحامل، نجد دراسة نوريك وأندرسون (2010) Norbeck & Anderson، ودراسة بيجرس (2010) Bejers و التي هدفت إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية والقلق لدى المرأة الحامل (2010) Bejers وقد أكدت على وجود مستويات عالية من الضغوط النفسية والقلق لدى الحوامل، خاصة بين النساء اللاتي يلدن لأول مرة (السوالمه، 2012، ص 366).

ومن الأسباب التي تزيد من شدة قلق الولادة للمرأة الحامل المقبلة على الولادة، الحالة الصحية والجسدية للطفل، حيث تلعب دور كبير في نفسية المرأة، فهي بصفة خاصة ترى أن الطفل المنتظر سيكون مفعما بجميع الصفات الجيدة والمميزة، وتتنظر إلى ميلاد الطفل على أنه هدية أعدتها لزوجها، فهو نوع من الانجاز الذاتي فتعبر عنه بكلمات مثل: "أنظروا ماذا سوف أنجب"، لكن عندما تتلقى خبر إصابة طفلها بمرض أو إعاقة، تتحول هذه الكلمات بقولها: "لقد فشلت فيما أنتجت".

فعندما تتخيل المرأة أن الطفل الذي في بطنها هو ليس بصحة جيدة، يزداد الضغط النفسي وتصاب بقلق الولادة، فهذا الخبر يزيد من شدة القلق، ويؤدي إلى تغير جذري في المسار النفسي والوجداني للحامل.

وهذا ما تؤكدته دراسة بن عكوش (2014) التي هدفت إلى التعرف على الضغط النفسي لدى النساء الحوامل اللاتي تلقين خبر إصابة الطفل بمتلازمة داون، وبينت هذه الدراسة أن المرأة الحامل بطفل مصاب بمتلازمة داون تعاني من قلق وضغط نفسي مرتفع. ومما لاشك فيه، أن عملية الولادة تصنف على أنها من ضمن العمليات الخطيرة، وهي عملية شاقة للحامل، فهي تخوض تربة الحمل من اليوم الأول إلى غاية (9 أشهر) فطيلة فترة حملها تسأل وتستفسر وتحاور الأمهات الأخريات، والقريبات، وتسألهن عن خبرتهن في هذه التجربة، فهناك من تصف لها الولادة على أنها تجربة سهلة قائلة لا تخافي ولا تحزني، وهناك من تجعل الولادة مبالغ في ألامها، مما يجعل المرأة الحامل تخاف، وتنتظر عملية الولادة على أنها لحظة حياة أو موت، فهناك خوف من المجهول، وقلق على صحة الجنين وولادته بصورة طبيعية، بالإضافة إلى المخاوف التي تتعلق بالآلام المصاحبة للولادة، ومع تقدم الحمل يزداد قلقها (الهمص، 2010، ص3).

وقد أظهرت الدراسات الأمريكية الجديد، أن الأمهات اللاتي يشعرن بقلق غير عادي على حملهن، وقلق من عملية الولادة، قد يزيد لديهن احتمال حدوث ولادة مبكرة.

وهذا ما تأكده دراسة ديان dayan (2002) التي هدفت إلى التعرف على دور القلق والاكنتاب في حدوث الولادة المبكرة، وثم التأكيد على أن القلق والاكنتاب ينتج عنهما ولادة تلقائية مبكرة للمرأة الحامل.

وبسبب فقدان الثقافة الصحية للمرأة، ومتابعة ما يحدث في جسمها من تغيرات يجعلها متوترة كلما حدث لها أي تغيير بداخلها، وأن كمية المعلومات التي تعرفها، تكون بمثابة حجر الزاوية في مواجهة المصاعب والعقبات التي تعترض الطريق لإنجاب طفل سليم وقوي.

وعلى الرغم من أن قلق الولادة من الأمور الشائعة والمؤثرة سلبا على المرأة الحامل، لكن للأسف هناك دراسة أمريكية أشارت إلى أن معظم الأطباء لا ينتبهون إلى المرأة الحامل من الناحية النفسية، ولقد أجريت هذه الدراسة لمعرفة مدى تقبل أطباء النساء والتوليد على تشخيص اضطراب قلق الولادة وعلاجه، لكن كانت نسبة الاستجابة 44%، وذلك يكون دور الطبيب مهما جدا في رعاية الحوامل من كل النواحي سواء كانت نفسية أو جسدية.

وفي نهاية المطاف تتفق جميع النساء على رأي واحد، هو أن لحظة رؤية الجنين يغسل كل الآلام والأحزان.

وليس هناك حديث عن الحياة بشكل عام وما تتعرض له هذه الحياة من هموم ومشاكل وقلق دون أن نتحدث عن جودة الحياة، التي حظيت باهتمام خاص لاسيما في نقشات الباحثين والعلماء، ودراساتهم التي تتعلق بالعديد من قضايا الحياة المختلفة. حيث يعد مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الحديثة التي لاقت اهتماما كبيرا في العلوم الطبيعية والإنسانية منها علم البيئة، والصحة والطب النفسي، والاقتصاد.

وقد حظي مفهوم جودة الحياة باهتمام كبيرا في كل المجالات الحياتية، خاصة في مجال علم النفس وتعددت استخداماته بصورة واسعة في السنوات الأخيرة، حيث ظهر مؤخرا في مجال علم النفس الايجابي الاهتمام بدراسة جودة الحياة وما يرتبط بها من أبعاد ومتغيرات وبرامج تدريبية.

ويعتبر علم النفس أحد العلوم التي تبنت هذا المفهوم في مختلف مجالات علم النفس النظري والتطبيقي، وأن موضوع جودة الحياة له ارتباط وثيق بكل فرد من أفراد المجتمع، مهما بلغت درجته ومكانته لذا يسعى الجميع لتحقيق أعلى درجات السعادة والرفاهية، والإحساس بحسن الحال في الحياة التي يعيشها.

وتعرف منظمة الصحة العالمية (WHO) (1999) جودة الحياة بأنها انطباق الفرد اتجاه حياته، وضمن النسق والمعايير الثقافية في مجتمعه، ومستوى العلاقة بين تحقيق أهدافه وتوقعاته وفق معايير محددة لديه، فهي الدمج والتكامل بين جوانب صحة الفرد الفيزيولوجية والنفسية والعلاقات الاجتماعية.

ومع تزايد عدد البحوث والدراسات التي أجريت حول موضوع جودة الحياة بصفة خاصة، وبعضهم اهتم بدراساتها لدى فئات وشرائح اجتماعية مختلفة، ومن بين هذه الفئات نجد شريحة النساء الحوامل المقبلات على الولادة.

وعندما نتحدث عن قلق الولادة لدى المرأة الحامل وارتباط هذا القلق بجودة الحياة لديها، فينبغي علينا التطرق إلى عدة عوامل يمكن أن تحيط بها والتي تؤثر على عملية الولادة المرتبطة بكثير من المفاهيم التي تتشكل نتيجة خبرات سابقة مرت بها المرأة، وحاولت أن تنتقلها إلى ابنتها، سواء كانت هذه المفاهيم ايجابية أو سلبية اتجاه عملية الولادة، كما يمكن القول أن جميع العوامل البيئية والاجتماعية والاقتصادية والنفسية لها دور كبير في جعل الولادة أكثر سهولة أو صعوبة.

هذا ما تؤكدته دراسة الهمص (2010) التي هدفت إلى معرفة العلاقة الموجودة بين قلق الولادة وجودة الحياة عند الأمهات في قطاع غزة، حيث أكدت أن الأمهات اللاتي يذهبن إلى عملية الولادة، غالبتهن العظمى راضيات عن جودة الحياة التي يعشنها، وأن أكثر جوانب الرضا تم ملاحظتها في جانب مدى الرضا عن العلاقات الشخصية، وقد أشارت إلى أن الرضا عن الحياة راجع إلى الوازع الديني الموجود لدى المرأة الحامل، باعتبار أن كل ما يصيب الإنسان سواء كان خيرا أو شرا فهو من الله عز وجل. والمرأة التي تحمد الله على

هذا الأمر دائما تشعر بالرضا عن حياتها رغم أن عملية الولادة تعتبر خطيرة وصعبة إلا أنها إضافة نوعية للأسرة.

لكن هناك دراسة أجنبية تحدثت عن اختلاف جودة الحياة عند النساء وهي دراسة بروجين جورجن Bruggen Jurgen (2002) وقد أوضحت هذه الدراسة أن النساء اللاتي يلدن ولادة قيصرية لديهن درجات في جودة الحياة أقل من اللاتي يلدن بصورة طبيعية، فجودة الحياة تختلف تبعا للألم، فالمرأة التي تعاني من الألم تكون جودة حياتها أقل في جميع المجالات الاجتماعية.

ومن خلال ما سبق ذكره فان عملية الحمل والولادة فيهما الكثير من القلق المرتبط بالتغيرات النفسية والجسدية، وكذلك على طبيعة الحياة وجودتها، والذي يتمثل بمدى تقييم المرأة الحامل المقبلة على الولادة لجودة الحياة التي تعيشها، سواء من النواحي الجسدية والمادية وقدرتها على أداء الوظائف اليومية، ومدى الرضا عن الدعم المقدم لها من العائلة أو الأصدقاء وغير ذلك من الأمور التي تؤثر على جودة الحياة بالنسبة لها.

وعلى هذا الأساس تم إجراء هذه الدراسة من خلال الإجابة على جملة من التساؤلات

التالية:

- 1- ما مستوى قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة؟
- 2- ما مستوى جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة؟
- 3- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة؟
- 4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن؟
- 5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لعدد مرات الحمل؟

6- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لطبيعة الولادة؟

7- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن؟

8- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لعدد مرات الحمل؟

9- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لطبيعة الولادة؟

2- فرضيات الدراسة:

وللإجابة على التساؤلات السابقة تم صياغة الفرضيات التالية:

- 1- مستوى قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة مرتفع.
- 2- مستوى جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة مرتفع.
- 3- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة.
- 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن (18-24)، (25-34)، (أكثر من 34).
- 5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لعدد مرات الحمل (مرة واحدة، أكثر من مرة).
- 6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لطبيعة الولادة (طبيعية - قيصرية).
- 7- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن (18-24)، (25-34)، (أكثر من 34).

8- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لعدد مرات الحمل (مرة واحدة، أكثر من مرة).

9- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لطبيعة الولادة (طبيعية - قيصرية).

3- أهداف الدراسة

إن الهدف الذي يسعى إليه البحث يعتبر أحد العوامل التي تؤثر في اختيار مشكلة البحث، لذلك فإن الدراسة الأساسية تهدف إلى:

- 1- التعرف على مستوى قلق الولادة وجودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة.
- 2- التعرف على العلاقة بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة.
- 3- التعرف على الفروق ذات الدلالة الإحصائية في قلق الولادة وجودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن.
- 4- التعرف على الفروق ذات الدلالة الإحصائية في قلق الولادة وجودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لعدد مرات الحمل .
- 5- التعرف على الفروق ذات الدلالة الإحصائية في قلق الولادة وجودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لطبيعة الولادة .

4- أهمية الدراسة:

إن أهمية أي دراسة علمية في مجال العلوم الإنسانية والاجتماعية تتركز على محورين أساسيين، مدى حيوية الموضوع أو الظاهرة التي نتعامل معها من جهة، والشريحة أو العينة الإنسانية التي تجرى عليها الدراسة من جهة أخرى، والدراسة الأساسية ما هي إلا تجسيد لهذين المحورين من حيث تناولها أحد الموضوعات البحثية الهامة قلق الولادة وعلاقته بجودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة، في حين يتجسد المحور الثاني في أنها

ركزت على شريحة هامة في المجتمع ألا وهي المرأة الحامل المقبلة على الولادة، وبالتالي تكمن أهميتها فيما يلي:

1-4 - الأهمية النظرية:

-المساهمة في إثراء ميدان علم النفس بهذا النوع من الدراسات (قلق الولادة وعلاقته بجودة الحياة)، فهذه الدراسة قد تسهم في سد النقص الملحوظ في الدراسات النفسية في البيئة الجزائرية، حيث لاحظت الباحثة في حدود اطلاعها وجود ندرة في الدراسات والبحوث السابقة التي تناولت هذا الجانب وبصفة خاصة في الجزائر، وهذا ما تسبب في صعوبة الحصول على المعلومات.

- التعرف على المعاش النفسي (قلق الولادة) لدى المرأة المقبلة على الولادة.

- تكمن أهمية هذه الدراسة في محاولة تقديم فهم نظري لطبيعة تلك العلاقة بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى المرأة المقبلة على الولادة، مع العلم أن متغيرات الدراسة لم تعالج معا من قبل.

-تعتبر هذه الدراسة كمجال للباحثين لإجراء دراسات حول المرأة في هذه الفترة الحرجة.

2-4 - الأهمية التطبيقية:

-توعية الأفراد المختصين من الأطباء وأخصائيين نفسانيين ولفت أنظارهم لمثل هذه الحالات والتكفل بها ومساعدتها على تجاوز هذه الفترة وما تحمله من اضطرابات كالتحضير النفسي للولادة.

- توعية المرأة الحامل المقبلة على الولادة والتعريف بمخاطر قلق الولادة ومدى تأثيره على صحتها وصحة جنينها.

- دراسة المعاش النفسي المشحون بالقلق لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة .

-الخروج بنتائج واقتراحات تساعد في التخفيف من شدة قلق الولادة لدى المرأة والتحسين من جودة الحياة التي تعيشها من جميع الجوانب سواء الجوانب المتعلقة بالبيئة الأسرية أو الاجتماعية أو الاقتصادية أو النفسية أو الجسدية وغيرها من جوانب الحياة .

5- تحديد مفاهيم الدراسة:

هناك بعض المفاهيم التي يجب توضيحها وإزالة الغموض عنها، وكذا التداخل الذي قد يكون موجود بينها وبين مفاهيم أخرى متشابهة، وفيما يلي عرض لأهم هذه المفاهيم:

5-1- مفهوم قلق الولادة:

يعرف قلق الولادة على أنه شعور غامض وحالة من الترقب مشوب بالتوجس والخوف، والتوتر من عملية الولادة مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز اللاإرادي، وضيق في التنفس، والشعور بنبضات القلب، أو الصداع، أو كثرة الحركة أو فراغ في فم المعدة أو أعراض نفسية تتمثل في عدة أمراض منها: فقد القدرة على التركيز، والإحساس بعدة مخاوف سواء كانت على الجنين أو على صحة الأم بشكل عام (الهمص، 2010، ص9 - 10).

يتضح أن قلق الولادة جانب هام من الجوانب النفسية التي تصاحب الحمل، فهو شعور متوقع في ظروف الحمل أو الولادة والمخاوف التي تتسبب في حدوث قلق الولادة للمرأة كثيرة منها: المضاعفات العضوية التي يمكن حدوثها في فترة الحمل، وأيضا الخوف من التشوهات الخلقية للجنين.

ويعرف قلق الولادة إجرائيا: بأنه حالة من الترقب والخوف والتوتر من عملية الولادة، مصحوب ببعض الأعراض النفسية والجسمية، وهو مجموع الدرجات التي تتحصل عليها المرأة الحامل المقبلة على الولادة، في مقياس قلق الولادة المطبق في الدراسة الحالية والمصمم من قبل مهند محمد الستار، وشهد سعد الطاهر (2015)، والمعدل في البيئة الجزائرية من قبل الباحثة.

5-2. مفهوم الحمل:

الحمل هو مرحلة تكوينية تمتد من لحظة الإخصاب إلى الميلاد، ويبلغ تسعة أشهر قمرية، ففي هذه الفترة تتضاعف الخلية الأولى أو البويضة الملقحة ليصل عدد الخلايا إلى

"30 مليون" خلية تقريبا، كما يتضاعف وزنها ليصل إلى مليون ضعف، وتتحول إلى نظام جسمي معد (بن عكوش، 2014، ص44).

يعرف الحمل أيضا على أنه ظاهرة فيزيولوجية طبيعية تمر بها المرأة بفترات من التغيرات النفسية والجسمية من لحظة الإخصاب حتى الميلاد، وتفيد الإحصائيات أن مدة الحمل تقريبا "280 يوما" وأن أغلب الولادات تتم ما بين "40" إلى "42 أسبوع" من مدة انقطاع الطمث (أيلول، 2011، ص22).

من خلال عرض مفهوم الحمل يتضح لنا أن الحمل هو الفترة الزمنية التي تمر بها المرأة، وتعتبر مرحلة هامة جدا لكل امرأة ويتميز بمظاهر نفسية وجسمية. ويعرف الحمل إجرائيا: على أنه مرحلة تكوينية تبدأ من لحظة الإخصاب، وذلك بإتحاد البويضة مع النطفة للحصول على بيضة ملقحة، ليصبح بعد ذلك جنين، وتمتد فترة الحمل الطبيعية تسعة أشهر، وهو فترة التغيرات النفسية والجسمية والهرمونية، وفي هذه الدراسة يمس المرأة الحامل المقبلة على الولادة.

5-3. مفهوم جودة الحياة:

تعرف جودة الحياة وفقا لمنظمة الصحة العالمية (1993) إدراك الأشخاص إلى مكانهم في الواقع، ووضعهم في الحياة وتشمل العديد من المكونات منها: الثقافة، والقيم والنظام الذي له علاقة بأهدافهم وتطلعاتهم في ضوء تقييمهم لجوانب حياتهم التي تشمل الرضا عن الحياة، الأنشطة المهنية، وأنشطة الحياة اليومية (شيخي، 2013، ص16).

تعرف جودة الحياة على أنها الدمج والتكامل بين عدة اتجاهات لدى الفرد من ناحية الصحة الجسمية والنفسية، والحياة الاجتماعية، متضمنة كل من المكونات العاطفية والتي تشمل السعادة، والمكونات الإدراكية التي تشمل الرضا (الهمص، 2010، ص42).

بناء على ما تم عرضه يتضح لنا أن جودة الحياة تعبر عن مدى إدراك الفرد أن يعيش حياة جيدة من وجهة نظره خالية من الاضطرابات السلوكية، والانفعالات السلبية، ويستمتع فيها بوجوده الإنساني ويشعر بالسعادة، والرفاهية والرضا عن الحياة بشكل عام.

وتعرف جودة الحياة إجرائياً: على أنها درجة الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية، والإحساس بحسن الحال، وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة من كل جوانبها الصحية والجسمية والنفسية والاجتماعية، وهي مجموعة المؤشرات القابلة للملاحظة والقياس المباشر، وينظر إلى جودة الحياة في هذه الدراسة من خلال قدرة المرأة الحامل على إشباع حاجاتها مثل: الحاجات البيولوجية، والعلاقات الاجتماعية، والاستقرار الأسري، والرضا عن وضعها الصحي، والاستقرار الاقتصادي، ومقاومتها لضغوط النفسية من قلق وخوف واكتئاب، وهي مجموع الدرجات التي تتحصل عليها المرأة الحامل المقبلة على الولادة في مقياس جودة الحياة المطبق في الدراسة الأساسية من إعداد منظمة الصحة العالمية 1996، والمترجم إلى اللغة العربية من قبل أحمد محمد عبد الخالق (2008) والمعدل في البيئة الجزائرية.

6 - الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة بمثابة المنبع الذي يستمد منه الباحث المعلومات، إذ أنها تساعده على تجنب إعادة ما درسه غيره، وتمكنه من بناء إشكاليته على ضوء نتائج ما سبقه من الباحثين، مستفيداً من أخطائهم، ومسترشداً بنتائج دراساتهم، لأن البحث العلمي بناء، وعلى الباحث أن لا يلجأ لهدم ما بناه غيره، وقبل التطرق إلى عرض الدراسات السابقة، وتجدر الإشارة إلى أنه سوف يتم تصنيف الدراسات السابقة حسب متغيري الدراسة، قلق الولادة، وجودة الحياة، وفيما يلي عرض لأهم هذه الدراسات:

6-1 - الدراسات التي تناولت متغير قلق الولادة وعلاقته ببعض المتغيرات:

- دراسة دلالة (2015): هدفت إلى معرفة العلاقة بين القلق والضغط النفسية لدى المرأة الحامل المقبلة على العملية القيصرية، ومعرفة الفروق التي تعزى لمتغيري السن ونشاط المرأة، حيث طبقت هذه الدراسة على عينة قوامها 70 امرأة حامل، وذلك باستخدام مقياس القلق لتايلور، واستبيان الضغط النفسي، وقد اعتمد المنهج الوصفي الارتباطي، والأساليب الإحصائية المناسبة معامل الارتباط بيرسون اختبار T.test لمعرفة الفروق واختبار تحليل

التباين الأحادي (ANOVA) وقد أسفرت النتائج إلى أن هناك علاقة ارتباطية بين القلق والضغط النفسي لدى المرأة الحامل المقبلية على العملية القيصرية، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة القلق تعزى لمتغير نشاط المرأة، كما توجد فروق دالة إحصائية في درجة الضغط النفسي تعزى لمتغير السن.

- دراسة بن عكوش (2014): هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الضغط النفسي لدى النساء اللاتي تلقين خبر إصابة الجنين بمتلازمة داون، حيث تكونت عينة الدراسة من 5 حالات من النساء الحوامل بأجنة مصابين بعرض داون المتواجدون بمستشفى البويرة، وقد تم الاعتماد على المنهج العيادي بتقنية (دراسة حالة)، كما تم الاعتماد على المقابلة النصف الموجهة ومقياس الضغط كينستاتين، وبينت نتائج الدراسة أن كل الحالات عانت من الإحباط عندما تلقت خبر إصابة الجنين بعرض داون، حيث أن مؤشرات إدراك الضغط لدى الحالة (1) يقدر ب(0.78) والحالة تعاني من ضغط مرتفع، أما الحالة (2) فكان حصولها على مؤشر الضغط ب(0.68) فهي لم تتقبل إصابة جنينها، بينما الحالة (3) تحصلت على مؤشر إدراك الضغط يقدر ب(0.73) وهي درجة تدل على مستوى مرتفع أما الحالة (4) فتحصلت على (0.62) فهي تعيش في حالة قلق، وانكسار نفسي، بينما الحالة (5) فقدت ب(0.53) وهي درجة تدل على مستوى متوسط من الضغط.

- دراسة أبو قاسم (2013): هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر القلق في ارتفاع السكر لدى النساء الحوامل دراسة مقارنة على عينة من النساء الحوامل بمدينة طرابلس، كما هدفت إلى معرفة العلاقة بين القلق ومرض بارتناف السكري لدى النساء الحوامل، والتعرف على الفروق في مستوى القلق بين النساء المريضات والسويات وفق متغيرات الدراسة (القلق، الجنس، الحالة الصحية)، الأولى تضم 35 امرأة حامل مريضة بارتناف السكر وتتراوح الأعمار ما بين (20 إلى 48 سنة)، وقد تم اختيارهن بناء على التشخيص الطبي، والمجموعة الثانية تضم النساء السويات الحوامل وبلغ عددهم 17 وتتراوح أعمارهن من (20 إلى 45 سنة) أما المجموعة الثالثة فبلغ عدد أفرادها 18 مفحوصة تتراوح أعمارهن من (20-48) وقد تم

اختيار أفراد العينة من مستشفى الجلاء للولادة بطرابلس، والمنهج المطبق في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي التحليلي، مع استخدام المقابلة الشخصية، ومقياس القلق النفسي سيبليرجر وللإجابة على الفروض استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية T.test، لإيجاد دلالة الفروق ومعاملات الارتباط بيرسون، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة أنه توجد علاقة ارتباطية بين القلق النفسي وسوء الحالة الصحية، كلما ارتفعت درجة القلق ازدادت سوء حالة المرأة وقد بلغ معامل الارتباط 0.95، كما أظهرت النتائج وجود فروق بين مرضات السكر والغير مريضات. كما أظهرت وجود فروق في مستوى القلق وفق متغير الجنس، العمر، والحالة الصحية.

- دراسة الريماوي (2012): هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية لدى الأم الحامل في منطقة رام الله بفلسطين ومعرفة الفروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية لدى الأم الحامل تعزى لمتغير كل من المستوى التعليمي، ومتغير العمر، ومتغير عدد مرات الحمل، بإعداد استبيان للضغط النفسي مطبق على عينة قوامها 186 امرأة حامل، استخدم المنهج الوصفي في هذه الدراسة، ومن بين الأساليب الإحصائية المستخدمة هي الانحرافات المعيارية والمتوسطات الحسابية، تحليل التباين الأحادي، معامل ارتباط بيرسون، اختبار T.test، وقد أسفرت النتائج إلى أن النساء يعانين من ضغوط نفسية نتيجة الحمل بدرجة عالية، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية لدى الأم الحامل تعزى لمتغير المستوى التعليمي، كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية تعزى لمتغير عدد مرات الحمل، لكن توجد فروق في درجة الضغوط النفسية تعزى لمتغير العمر.

- دراسة السوالمه (2012): هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الضغوط النفسية، وقلق الحالة لدى عينة من النساء الحوامل، واختبار فعالية برنامج إرشاد جمعي مستند إلى النظرية الواقعية في تخفيف الضغوط النفسية وقلق الحالة لديهن واختيرت مشاركات الدراسة من الحوامل اللواتي يراجعن مراكز الأمومة والطفولة في محافظة عجلون بمنطقة عرجان

الأردن، وبلغ عدد أفراد العينة 32 امرأة حاملا تتراوح مدة الحمل لديهن من شهرين إلى سبعة أشهر، تم توزيعهن عشوائيا إلى مجموعتين متساويتين، المجموعة التجريبية وعدد أفرادها 16 امرأة حاملا خضعن للبرنامج الإرشادي المستند إلى نظرية العلاج الواقعي والمجموعة الضابطة وعدد أفرادها 16 امرأة حاملا لم يخضعن لأي برنامج وتضمن البرنامج الإرشادي 17 جلسة إرشادية تم تطبيقها في شهرين بواقع جلستين أسبوعيا، طبقت القياسات القبليّة والبعديّة باستخدام مقياس الضغوط النفسية وقلق الحالة حيث تم إعدادها لأغراض الدراسة وتم استخراج دلالات الصدق والثبات لهما، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن النساء الحوامل يعانين من ضغوط نفسية بدرجة مرتفعة، وكذلك فيما يتعلق بقلق الحالة فقد أشارت النتائج إلى وجود قلق الحالة لدى النساء بدرجة مرتفعة وقد طبق البرنامج الإرشادي المستند على نظرية العلاج الواقعي، وقد أشارت النتائج إلى وجود أثر للبرنامج الإرشادي في التخفيف من الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى النساء الحوامل.

- دراسة أيلول (2011): هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الضغط النفسي لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة للمرة الأولى، حيث تكونت العينة من 5 حالات من النساء الحوامل المتواجدين بمستشفى إمشدالة البويرة وقد تم الاعتماد على الأدوات المتمثلة في المقابلة العيادية النصف موجهة، ومقياس ليفستين باعتبار أن هذه الأدوات هي الوسائل الأنجح لتقييم المرأة الحامل، وقد أسفرت النتائج على أن النساء الحوامل المقبلات على الولادة للمرة الأولى تعانين من الضغط النفسي وهذا واضح عند الحالة (أ) ودرجة الضغط (0.47) والحالة (ب) يقدر ب(0.55) والحالة (ج) نجد (0.55) والحالة (هـ) ب(0.52) أما (و) يقدر ب(0.33)، وبالتالي معظم الحالات لديها إدراك ضغط نفسي لكن يختلف في الدرجات، وبالتالي الحالة (ب) و(ج) و(هـ) تعيش ضغط نفسي مرتفع وذلك راجع إلى صعوبة فترة الحمل والتغيرات النفسية والجسدية التي تطرأ على المرأة الحامل أما الحالتين (أ) و(و) لا تعيش ضغط نفسي مرتفع وذلك راجع إلى الدعم الكافي من طرف العائلة وروح غوبية الحمل لديهن وعدم وجود خبرة سابقة.

- دراسة وينغ شينغ (2006) wing cheung: هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف ودراسة العلاقة بين مستوى قلق الأم ومشاعر السيطرة خلال عملية الولادة للنساء الصينيات في هونغ كونغ 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 هونغ كونغ، عينة الدراسة تتألف من 90 أم من هونغ كونغ الصينية حوامل لأول مرة، جدول العمل (LAS) the labour a gentrysscal وهو معيار ذاتي تم تصميمه بحيث يهدف إلى قياس مشاعر السيطرة أثناء الولادة، وتحديد مستوى القلق أثناء الولادة ووبينت نتائج الدراسة اختبار معامل الارتباط بيرسون على وجود علاقة سلبية كبيرة بين مشاعر القلق والألم أثناء المخاض، لا توجد علاقة إحصائية تم الكشف عنها في العلاقات وحضور المرأة قبل الولادة، الدروس المتعلقة برعاية الأم الحامل وما بين السيطرة على مشاعر القلق أثناء الولادة، وأظهرت وجود علاقة سلبية كبيرة بين مشاعر قلق الأم والقدرة على السيطرة خلال عملية الولادة، وأظهرت الدراسة توصيات للقابلات اللاتي يعملن مع الأمهات من أجل تعزيز قدرتهن على التحكم أثناء المخاض والولادة، وعلاقة بسيطة ما بين ضالة الحضور في فصول ما قبل الولادة والسيطرة على المشاعر وتقتصر ضرورة تقييم مضمون الولادة والتعليم من أجل تقوية قدرة المرأة على التحكم أثناء عملية الولادة (الهمص، 2010، ص 59).

- دراسة زردوم (2005): هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على المعاش النفسي عند الأمهات العازبات، حيث تكونت العينة من 05 حالات يقطنون بمناطق مختلفة يتواجدون بعيدة التوليد بولاية باتنة، يتراوح أعمارهن بين (15-16) حيث أجريت عليهن مقابلات مباشرة، ونصف محيطة، واختبار سلم هاملتون للقلق، وكان اختيارهم قصدي، استخدمت المنهج الإكلينيكي، والملاحظة والمقابلة ودراسة أساسية، وقد أسفرت نتائج الدراسة أن جميع الحالات يجمعها عامل مشترك هو معاشتهن لحملهن غير الشرعي داخل اضطرابات عديدة

ومعاناة نفسية كبيرة، كما أن العامل المشترك الآخر هو الإحساس والشعور بالقلق على مستقبلهن، والتفكير الدائم بما سيحدث لهن لاحقاً مع توقعهن للسوء والخوف المتفاوت عليهن مما أدى إلى شعورهن بالضيق والحزن والألم طيلة فترة تواجهن بالعيادة.

أما النقطة المشتركة الأخرى فهي ظهور بعض الأعراض النفسية التي تدل على الحالة المؤلمة التي عشناها الأمهات العازبات فمعظمهن عانين من حالات الاكتئاب والتوتر، والخوف، كذلك الشعور بالندم والحزن مما أدى إلى العزلة والانطواء على العالم الخارجي بالإضافة إلى اشتراكهن في ظهور بعض الأعراض الجسدية مثل تسارع دقات القلب والارتعاش وارتفاع وانخفاض ضغط الدم.

-دراسة العيسى (2004): هدفت هذه 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 46 مركز صحي بمدينة عمان، وتم اختيار 100 سيدة بطريقة عشوائية منظمة، وقد تم استخدام الاستبيان كوسيلة لقياس درجة المعرفة لدى السيدات المختارات للمشاركة في الدراسة، وقد تضمنت تقييم درجة المعرفة العديدة من المواضيع مثل العامل الريزي، الوزن المكتسب خلال فترة الحمل، ضغط الدم، حبوب الحديد، العناية بالصدر، الرضاعة الطبيعية، الفطام، معلومات عن العناية بالأسنان، العواقب المترتبة على التدخين، التغيرات التي تطرأ على جسم الحامل، عوامل الحمل الخطيرة واستخدمت الباحثة معياراً هو 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 تجرى للسيدة الحامل بالمركز الصحي مثل تحديد السيدة لفصيلة دمها، والعامل الريزي والوزن الحالي لها، ومستوى المعرفة كان جيداً بخصوص التغذية

والرضاعة وتعريف الفطام والعناية بالأسنان، وعواقب التدخين، وأهمية النزيف المهبلية كونه سبب الإجهاض، وكان مستوى المعرفة ضعيف في معرفة مستوى الوزن المكتسب في فترة الحمل، معرفة السيدة لضغط الدم الحالي لها، وتحديد المستوى القياسي لضغط الدم.

- دراسة ديان وآخرون (2002) Dayan an other: هدفت هذه الدراسة إلى البحث عن تأثير كلا من القلق والاكتئاب على حدوث الولادة المبكرة، وتكونت عينة الدراسة من 634 امرأة، حملت لمرة واحدة، وأجريت هذه الدراسة في فرنسا، وتم تقييم القلق والاكتئاب بواسطة استبيان يتم تعبئته ذاتيا، واستخدم لقياس القلق Spielbergers، واستخدم لقياس الاكتئاب Inventory and the edinburgh depression scale، معيار الاكتئاب تم تقسيمه إلى أجزاء ذات قيم معينة تتعلق باضطراب الاكتئاب النفسي الكبير، 75% من المعيار استخدمت لقياس القلق، ثم التحكم في العوامل الاجتماعية، والديمغرافية وكذلك عوامل طبية حيوية ويضمن شروط التفاعل، وبينت نتائج الدراسة 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 يعانين في السابق من النزيف المهبلية، وأن القلق والاكتئاب عندما يترافقان مع بعض العوامل الحيوية والطبية فإنه ينتج عنهما ولادة تلقائية مبكرة للأم، وكل هذه العوامل تؤثر على الولادة (الهمص، 2010، ص 55)

- دراسة صلاح الدين ونجيب (2001): هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على تأثير ضغط الدم المصاحب للحمل لأنه كثيرا ما يتسبب في الأمراض أو يقضي على حياة الأم أو الجنين، وقد تكونت عينة الدراسة من 150 سيدة حاملا ممن 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 الانبساطي والانقباضي للضغط الانبساطي، قياس معامل المقام ووجود أو عدم وجود الحسر الانبساطي للشريان الرحمي، وكان من أهم نتائج الدراسة أنه إذا جمع التواجد

الجانبى للمشيمة مع تغيرات في دويلر الشريانى الرسمى فإنه على العكس من ذلك فإن قياس سمك الحبل السرى كان غير مؤثر فى التنبؤ بهذا المرض، أما بالنسبة لجرعات الأسبرين المنخفضة فإنها لم تمنع من حدوث المرض ولكنها قللت من شدته.

- دراسة فريدة (2001): هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الاتجاهات الحالية نحو الزواج والإنجاب فى المجتمع الحضري بمدينة جدة، عينة الدراسة طبقت على 270 فتاة غير متزوجة ومن أجل تحقيق هذا الهدف استعانت الدراسة بالمنهج الوصفي التحليلي والطرق الإحصائية فى إيجاد العلاقات الارتباطية بين بعض المتغيرات بالإضافة إلى بعض الأدوات البحثية وهي الاستبانة وصحيفة المقابلة. كما 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، وقد بينت النتائج أن معظم الفتيات السعوديات يفضلن الزواج من الشباب السعودي، ومن خارج القرابة، وأن معظم الفتيات يفضلن الزواج من رجل أعلى مستوى من الزوجة، وأن الاتجاه السائد هو الميل نحو الاختيار الحر، وأن العدد المثالي المرغوب إنجابهم فى الأسرة ما بين (1-5) أطفال، وبرز أهمية العامل الاقتصادي فى تحديد عدد الأطفال إلى جانب العوامل الاجتماعية الأخرى، أما توقيت الإنجاب فإنه يفضل أن يكون بعد الزواج مباشرة، أما بالنسبة للمعرفة بوسائل منع الحمل وطرق استخدامها فإن معظم الفتيات يعرفن ببعض وسائل منع الحمل، وأن أفضل وسيلة للحصول على المعلومات هي طيبة أو من طرف الطبيب، وأن السن المفضلة للزواج عند الفتاة من (18-25) سنة وأنه لا يزيد الفرق فى السن بين الزوجين أكثر من (5-10) سنوات لصالح الزوج، أما بالنسبة لتفضيل جنس المولود نجد معظم أفراد العينة لا يفضلن جنس مولود على آخر.

- دراسة أحمد وآخرون (1994) Ahmed and others: هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على وجود أعراض القلق والاكتئاب لدى النساء الحوامل ومدى تأثير المفاهيم الخاطئة على ذلك، ومقارنة النساء الحوامل بغير الحوامل، تكونت عينة الدراسة من 50 امرأة حامل تم

اختيارهن بطريقة عشوائية من العيادة النسائية في مدينة الحسين الطبية بالأردن، و50 امرأة غير حامل كعينة ضابطة وممثلة لعينة الدراسة من حيث الخلفية الاجتماعية والسن والثقافية وتم استخدام المنهج التجريبي لمعرفة مدى تأثير المفاهيم الخاطئة على أفراد العينة مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة، فقد تم تطبيق مقياس متعدد منها مقياس بيك للاكتئاب ومقياس للقلق والمقابلات الشخصية، وتم معالجة البيانات إحصائياً بعدة أساليب. وقد 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، وأكدت النتائج على مدى تأثير المفاهيم الخاطئة والشائعة بين الناس على مستوى القلق والاكتئاب لدى النساء الحوامل أكثر من النساء غير الحوامل (الهمص، 2010، ص 55).

دراسة باركن وآخرون (1992) Parkin and others: هدفت هذه الدراسة إلى معرفة تأثير كل من القلق والاكتئاب أثناء الحمل على حدوث مضاعفات أثناء عملية الولادة. عينة الدراسة وهي عبارة عن سلسلة متتالية من 1860 سيدة بيضاء حجن لاقتراب موعد الولادة لديهن، 136 رفضن التعامل مع الدراسة، 209 لم يكملن البحث لأسباب خاصة بهن، وبقي عدد 1515 سيدة أكملن البحث. ونتائج قياس البيانات الرئيسية تم الحصول عليها عن طريق البحث في حجز المقابلات، 17-28-36 أسبوعاً من الحمل وقبل الولادة لسيدات منتظمات الحضور لعيادة طب النساء والولادة، وللتنبؤ بالمتغيرات فإن القلق والكآبة تقاس نتائجها باستخدام استبيان الصحة العامة، ونتائج المتغيرات بينت بأن هناك عدة مشاكل ولادية وهي: الولادة المبكرة، عملية الولادة غير تلقائية، استخدام الأدوية المخدرة في المرحلة الأولى والثانية للحمل، ولادة غير تلقائية من المهبل. وبينت نتائج الدراسة أن العوامل التي كانت تمتلك أقوى العلاقات في نتائج البحث كانت هي عدد الولادات، عمر الأم، أما الاكتئاب خلال فترة الحمل لا يمت بصلة إلى مضاعفات الولادة والقلق على علاقة

بسيطة بضعف الوعي، القلق والاكتئاب خلال فترة الحمل ليس لهما أهمية في تطوير مضاعفات الولادة (الهمص، 2010، ص54).

6-2- الدراسات التي تناولت متغير جودة الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات:

- دراسة بحرة (2014): هدفت الدراسة إلى معرفة علاقة جودة حياة التلميذ في المتوسط بالتحصيل الدراسي، ومعرفة الفروق بين المنخفضين والمرتفعين في جودة الحياة من حيث الجنس، والتفاعل الثنائي بينهما، ونوع المؤسسة وتاريخ الميلاد، وكذلك الفروق من حيث مستوى الدخل، وتمثلت عينة الدراسة من 303 تلميذ من السنة الرابعة متوسط، وتم استخدام المنهج الوصفي، كما اعتمدت الباحثة على مقياس جودة الحياة، أما في ما يخص الأساليب الإحصائية للبيانات تم استخدام برنامج (SPSS)، وأسفرت النتائج على وجود علاقة ارتباطية بين جودة الحياة والتحصيل الدراسي، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق في التفاعل الثنائي بين المرتفعين والمنخفضين، والجنس يرجع إلى الإناث، والتاريخ الخاص بالميلاد يرجع للمولودين في سنة (1998-1999)، أما نوع المؤسسة يرجع إلى مؤسسة ابن خلدون والذي كان له فرق دال على جميع أبعاد جودة الحياة، كما أظهرت وجود فرق دال إحصائياً في جودة الحياة من حيث المستوى المعيشي يعود لذوي الدخل المتوسط.

- دراسة المشاقبة (2014): هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين جودة الحياة وقلق المستقبل، وأيضاً التعرف على مستوى جودة الحياة وقلق المستقبل لدى طلاب كلية التربية والآداب في جامعة الحدود الشمالية، تكونت عينة الدراسة من 284 طالباً من طلاب كلية التربية والآداب تم استخدام المنهج الوصفي، كما تم الاعتماد على مقياس جودة الحياة ومقياس قلق المستقبل، فيما يخص الأساليب الإحصائية فقد تم استخدام المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، وقيمة الارتباط، وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية سالبة ودالة إحصائية بين جودة الحياة وقلق المستقبل، ووجود مستوى مرتفع من جودة الحياة لدى الطلاب كلية التربية والآداب، ووجود مستوى بسيط من قلق المستقبل لديهم.

- دراسة حرطاني (2014): تهدف هذه الدراسة إلى البحث في العلاقة بين جودة الحياة لدى المشكلات السلوكية عند أبنائهن، وكذا البحث في إمكانية تأثر هذه العلاقة ببعض المتغيرات، السن والعمل والمستوى التعليمي للأهم، تكونت عينة الدراسة من 330 فردا من بينهم 165 أم و 165 ابن أو ابنة لها يتابعون دراستهم بالمدارس الابتدائية بولاية سيدي بلعباس، وتتراوح أعمارهم ما بين (10) إلى (13 سنة)، وقد تم الاعتماد على المنهج الوصفي، ومن أجل جمع البيانات للدراسة قامت الباحثة بتصميم استبيان جودة الحياة لدى الأمهات وتعديل مقياس المشكلات السلوكية لدى الأطفال على البيئة الجزائرية تم التأكد من خصائصها السيكومترية، وتمت المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة باستخدام برنامج (spss) وأسفرت هذه النتائج على وجود ارتباط بين درجات الأبناء على مقياس المشكلات ودرجات أمهاتهن على مقياس جودة الحياة، لا تتأثر العلاقة بين متغيري المشكلات السلوكية عند الأبناء وجودة الحياة لدى الأمهات بمتغير سن الأم وعملها ومستواها التعليمي، تحصلت غالبية الأمهات على درجة مرتفعة من جودة الحياة، كما تحصلت غالبية الأبناء على درجة منخفضة في المشكلات السلوكية.

- دراسة جدي (2013): هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية لدى معلمي الطور الابتدائي كما هدفت إلى التعرف عن الفروق في جودة الحياة لدى معلمي الطور الابتدائي وفق متغير الجنس، حيث تكونت عينة الدراسة من (60) معلما وذلك ببعض ابتدائيات بلدية المسيلة، تم الاعتماد على المنهج الوصفي، باستخدام مقياس لجودة الحياة (مقياس منظمة الصحة العالمية) وكذلك قائمة كورنل لحري العوارض السيكوسوماتية وقد استعملت مجموعة من الأساليب الإحصائية منها: معامل ارتباط بيرسون، واختبار الفروق T.test، وقد تمت المعالج الإحصائية بنظام (spss)، وقد أسفرت النتائج عن عدم وجود علاقة ارتباطية بين جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية لدى معلمي المرحلة الابتدائية، كما لا توجد فروق في جودة الحياة وفق المتغير السن.

- دراسة عناد مبارك (2012): هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة الارتباطية بين جودة الحياة والسلوك الاجتماعي، والتعرف على الفروق في جودة الحياة لدى النساء المتأخرات عن الزواج وفق متغير العمر والعمل، حيث تكونت عينة الدراسة من 400 امرأة من النساء العاملات في بعض مؤسسات الدولة ومن ربات البيوت بمدينة بغداد، تم الاعتماد على المنهج الوصفي، باستخدام مقياسين لقياس جودة الحياة والآخر لقياس السلوك الاجتماعي استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية معامل ارتباط بيرسون، فاختبار T.test، تحليل التباين الأحادي (ANOVA) وتم استخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وقد تم التوصل إلى النتائج الآتية المتمثلة في أن النساء المتأخرات عن الزواج ليس لديهن شعور بجودة الحياة وأيضا لا توجد علاقة دالة إحصائية بين جودة الحياة والسلوك الاجتماعي للنساء المتأخرات عن الزواج، حيث بلغ معامل الارتباط 0.38 فالعلاقة ضعيفة جدا بين المتغيرات، كما أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق تعزى لمتغير العمر حيث بلغت القيمة 2.22 مما يدل أن النساء التي تتراوح أعمارهن بين (30-35) لا يختلف سلوكهن الاجتماعي عن النساء ذات العمر (36-45) وأيضا لا توجد فروق تعزى لمتغير العمل حيث بلغت القيمة 3.34 مما يشير أن لا توجد فروق في السلوك الاجتماعي بين العاملات وربات البيوت.

-دراسة داهم (2001): هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة الموجودة بين جودة الحياة والأفكار اللاعقلانية المرتبطة بقلق الامتحان لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي، حيث تكونت العينة من (80) تلميذ وتلميذة تم اختيارهم بطريقة عشوائية من ثانوية حفيان محمد العيد، وثانوية عبد العزيز الشريف بمدينة الوادي، ولتحقيق هذا الهدف تم الاعتماد على المنهج الوصفي، وذلك باستخدام مقياس جودة الحياة الذي أعده (منسي كاظم) وكذا مقياس قلق الامتحان الذي أعده (عبد الناصر غربي) كما تم استخدام معامل الارتباط بيرسون واختبار تحليل التباين الأحادي لدراسة الفروق بالاستعانة بالحزمة الإحصائية (spss)، وأسفرت النتائج على أنه لا توجد علاقة بين جودة الحياة وقلق الامتحان، وأيضا لا توجد فروق في

جودة الحياة تتويجاً لمتغير الجنس والشعبة وإعادة السنة، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بقلق الامتحان تعزى لمتغير الجنس والشعبة، وإعادة السنة.

6-3- الدراسات التي تناولت العلاقة بين قلق الولادة وجودة الحياة:

-دراسة الهمص (2010): هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة، وهدفت أيضاً إلى معرفة الفروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة تعزى لمتغير كل من عمر الأم، وعدد الولادات ونوع الأسرة وعمل الأم، حيث بلغ عدد أفراد العينة 203 من الأمهات اللواتي ترددن على قسم الولادة بمستشفى الهلال الامراتي ومستشفى مبارك بخان يونس بغزة، وطبق الباحث المنهج الوصفي التحليلي لهذه الدراسة، كما استخدم أساليب المعالجة الإحصائية عن طريق حساب النسب المئوية والتكرارات ومعامل الارتباط بيرسون، واختبار T.Test، وتحليل التباين الأحادي، وقد أسفرت النتائج بوجود علاقة ارتباطيه بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية، وأيضاً توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة تعزى لمتغير نوع الأسرة ونجد أيضاً بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة تعزى لمتغير عمل الأم، كما لا توجد فروق في قلق الولادة تعزى لمتغير عمر الأم.

- دراسة بروجين (2002) Bruggen: هدفت هذه الدراسة إلى تحديد وتمييز اختلاف جودة الحياة لدى النساء اللاتي يلدن بطرق ولادية مختلفة (ولادة مهبلية طبيعية، ولادة بالملقط، ولادة بتمزق شرجي أو مهبلي، ولادة بالشفط، ولادة بنزع شق العجان، الولادة القيصرية) وتأثير الألم على جودة الحياة، تكونت عينة الدراسة من النساء المرضي اللاتي ادخلن في أربع مستشفيات للنساء والولادة، حيث شملت 150 سيدة، تم استخدام مقياس سان فرانسيسكو 36 (sf-36) ثم تعبئة الاستبيان في اليوم السابع للولادة، الألم تم قياسه بواسطة 10 درجات في كل يوم في الصباح والظهيرة، المساء، الليل، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن النساء اللاتي يلدن بواسطة نزع شق العجان أو الولادة القيصرية لديهن درجات اقل من اللاتي ولدن بصورة طبيعية، وهذه لاختلافات كانت أكثر وضوحاً وإقناعاً عندما تم نقاش الجوانب

الجسدية والعاطفية من مقياس (sf-36)، وقد تم ملاحظة أن السيدات اللاتي يلدن بواسطة العملية القيصرية لديهن الدرجات الأقل في الصحة النفسية والعاطفية، وجودة الحياة تختلف طبقاً لمتوسط الألم حيث أن السيدات اللاتي كان لديهن ألم من خمس درجات لديهن معيار جودة حياة أقل في جميع المجالات الاجتماعية (الهمص، 2010، ص 62).

7- التعليق على الدراسات السابقة:

من خلال عرض الدراسات السابقة يتبين لنا مدى الاهتمام الكبير بمتغير قلق الولادة، ومتغير جودة الحياة، وفئة النساء الحوامل المقبلات على الولادة، وقد اتفقت الدراسة الأساسية مع الدراسات السابقة في بعض النقاط، في حين اختلفت معها في نقاط أخرى، وبالنسبة للدراسات السابقة التي تناولت متغير قلق الولادة فقد اتفقت الدراسة الأساسية مع دراسة الهمص (2010)، واتفقت كذلك في متغير قلق الولادة مع دراسة باركن وآخرون (1992)، ودراسة أحمد وآخرون (1994)، ودراسة ديان (2002) وكذلك دراسة زردوم (2005)، كما اتفقت مع دراسة أيلول (2011) والسوالمه (2012)، بالإضافة إلى دراسة الريماوي (2012)، ودراسة أبو قاسم (2013)، ودراسة بن عكوش (2014)، ودراسة دلالة (2015)، وقد اختلفت في متغير قلق الولادة مع دراسة صلاح الدين ونجيب (2001)، ودراسة فكيمة (2001) ودراسة العيسى (2004)، ودراسة وينغ شينغ (2006).

واختلفت الدراسات السابقة من حيث مكان إجرائها، واتفقت الدراسة الأساسية مع دراسة دلالة سارة (2015) التي تم إجراؤها بولاية المسيلة، وقد اختلفت الدراسات السابقة من حيث الأهداف، حيث هدفت دراسة باركن وآخرون (1992) إلى التعرف على تأثير كل من القلق والاكتئاب على حدوث مضاعفات أثناء عملية الولادة، ودراسة أحمد وآخرون (1994) التي هدفت إلى التعرف على وجود أعراض القلق والاكتئاب لدى النساء الحوامل ومدى تأثير المفاهيم الخاطئة على ذلك، ودراسة فكيمة (2001) التي هدفت إلى معرفة الاتجاهات الحالية نحو الزواج والإنجاب في المجتمع الحضري، ودراسة صلاح الدين ونجيب (2001) التي هدفت إلى التعرف على تأثير ضغط الدم المصاحب للحمل، ودراسة

ديان (2002) والتي هدفت إلى البحث عن تأثير القلق والاكتئاب على حدوث الولادة المبكرة، ودراسة العيسى (2004) التي هدفت إلى تقييم درجة المعرفة لدى السيدات المتزوجات اللاتي يذهبن بشكل دوري إلى مراكز الأمومة والطفولة، وكذلك دراسة زردوم (2005) التي هدفت إلى التعرف على المعاش النفسي عند الأمهات العازبات، ودراسة أبو قاسم (2013) ودراسة وينغ شينغ (2006)، واتفقت دراسة أيلول (2011) من حيث الهدف مع دراسة كل من السوالمه (2012) ودراسة الريماوي (2012) ودراسة بن عكوش (2014) ودراسة دلالة (2015) والتي هدفت إلى التعرف على الضغط النفسي لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة.

أما الدراسة الأساسية فقد اختلفت مع الدراسات السابقة من حيث الهدف، واتفقت فقط مع دراسة الهمص (2010) والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة الارتباطية بين قلق الولادة وجودة الحياة، وأيضاً التعرف على الفروق التي تعزى لمتغير السن وعدد مرات الحمل ونوع الولادة والإصابة ببعض الأمراض.

وأيضاً اتفقت الدراسات السابقة على العينة والتي تمثلت في النساء الحوامل المقبلات على الولادة، وكان الاختلاف فقط مع دراسة فكيرة (2003)، التي كانت على الفتيات غير المتزوجات، أما الدراسة الأساسية فقد اتفقت مع الدراسات السابقة من حيث العينة التي كانت على النساء المقبلات على الولادة، وفيما يتعلق بالمنهج فقد اتفقت الدراسة الأساسية مع دراسة فكيرة (2001) على المنهج الوصفي، ودراسة وينغ شينغ (2006) ودراسة الهمص (2010) ودراسة الريماوي (2012)، ودراسة أبو قاسم (2013) واختلفت في المنهج مع دراسة باركن وآخرون (1992) وكذلك دراسة صلاح الدين ونجيب (2001)، ودراسة ديان وآخرون (2002)، ودراسة عيسى الرائدة (2004) أما دراسة زردوم (2005) ودراسة أيلول (2011) فقد تم الاعتماد على المنهج الإكلينيكي.

وكذلك تنوعت واختلقت الدراسات السابقة التي تناولت متغير قلق الولادة من حيث نوع الأداة المستخدمة، والدراسة الأساسية لم تتفق معها في ذلك، ومن حيث النتائج هناك اختلاف بين الدراسات في النتائج المتوصل إليها.

أما فيما يتعلق بالدراسات السابقة التي تناولت متغير جودة الحياة فقد اتفقت الدراسة الأساسية مع دراسة بروجن جورج (2002)، ودراسة عناد مبارك (2012)، ودراسة جدي (2013)، ودراسة المشاقبة (2014)، ودراسة حرطاني (2014)، ودراسة بحرة (2014) ودراسة داهم (2014)، والاتفاق كان على المتغير الأول جودة الحياة والاختلاف في المتغير الثاني، فهناك من ربطت متغير جودة الحياة بمتغير السلوك الاجتماعي وهناك من ربطته بمتغير الاضطرابات السيكوسوماتية وأيضاً بالمشكلات السلوكية والأفكار اللاعقلانية، واختلقت الدراسات السابقة من حيث مكان إجرائها، وقد اتفقت الدراسة الأساسية مع دراسة جدي (2013) والتي كانت بولاية المسيلة.

أما من حيث الأهداف فقد اتفقت الدراسات السابقة على البحث عن العلاقة الموجودة بين جودة الحياة وبعض المتغيرات واختلقت مع الدراسة الأساسية التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين قلق الولادة وجودة الحياة، وكذلك هناك اختلاف في العينة فدراسة عناد مبارك كانت على النساء المتأخرات عن الزواج، أما دراسة جدي ليلي فكانت على معلمي المرحلة الابتدائية، ودراسة المشاقبة كانت على طلاب كلية التربية، ودراسة حرطاني طبقت على الأمهات والأبناء ودراسة بحرة فكانت على تلاميذ السنة الرابعة متوسط، واتفقت الدراسة الأساسية مع دراسة بروجن جورج في العينة التي كانت على النساء المقبلات على الولادة، أما من حيث المنهج فقد اتفقت الدراسة الأساسية مع دراسة بشرى عناد مبارك التي طبقت المنهج الوصفي، ودراسة المشاقبة، ودراسة حرطاني ودراسة بحرة ، ودراسة داهم، فهذه الدراسات اعتمدت على المنهج الوصفي، لكن اختلفت مع دراسة بروجن جورج التي اعتمدت على المنهج التجريبي.

أما فيما يتعلق بالنتائج فقد اختلفت الدراسات السابقة فهناك من توصلت إلى وجود علاقة بين جودة الحياة وبعض المتغيرات منها دراسة المشاقبة (2014)، ودراسة حرطاني (2014) ودراسة بحرة (2014) وهناك من توصلت إلى عدم وجود علاقة ارتباطية منها دراسة عناد مبارك (2012) ودراسة جدي (2013) ودراسة داهم (2014).

عموما تتميز الدراسة الأساسية عن الدراسات السابقة المعروضة بتناولها موضوع قلق الولادة وعلاقته بجودة الحياة لدى المرأة المقبلة على الولادة.

كما تقدم الدراسة تصور جديد لعلاقة قلق الولادة بجودة الحياة والتي لم تتعرض لها الدراسات السابقة ما عدا دراسة الهمص (2010). ويمكن تلخيص الفوائد التي حصلت عليها الباحثة من خلال اطلاعها على الدراسات السابقة في النقاط التالية:

- ساعدت الباحثة على اختيار منهج الدراسة، وفي تحديد متغيرات الدراسة.

- ساعدت الباحثة في الحصول على المراجع حول الموضوع.

- ساعدت على تنفيذ إجراءات الدراسة واختيار المعالجة الإحصائية المناسبة للدراسة.

الفصل الثاني:

القلق

تمهيد

- 1 - مفهوم القلق
- 2 - القلق حالة وسمة
- 3 - أسباب القلق
- 4 - مستويات القلق
- 5 - أعراض القلق
- 6 - أنواع القلق
- 7 - النظريات المفسرة للقلق
- 8 - علاج القلق

خلاصة

تمهيد:

يعاني الكثير من الناس في العصر الحديث من بعض الأمراض النفسية ولعل أكثرها انتشارا وخطورة على صحتهم القلق، حيث أصبحت كلمة القلق اسما لظاهرة مرضية، تشير إلى خطر يهدد الحضارة، كما أصبحت هذه الكلمة من جهة أخرى أكثر تداولاً وأبرز المواضيع التي يعمل ويهتم بها العاملين في ميدان علم النفس، وقد اتفقت كافة التوجهات النظرية في علم النفس على مدى أهمية موضوع القلق، الأمر الذي جعل العلماء يهتمون به كظاهرة سلوكية، وتشخيصها كحالة مرضية، والبحث عن أساليب علاجها، ولقد اختلف العلماء في إعطاء مفهوم للقلق، واقترح الحلول التي يمكن للشخص الاعتماد عليها للتخلص من هذه الظاهرة المرضية .

وعليه فقد تم التطرق في هذا الفصل إلى مفهوم القلق، وحالة وسمة القلق، وبعض المفاهيم المرتبطة به، وبعد ذلك تحدثنا عن أسبابه ومستوياته، وأعراضه، وأنواعه، وأيضاً طرق قياسه، ثم أدرجنا أهم النظريات المفسرة له، وكذلك مختلف الطرق العلاجية للقلق .

1 - مفهوم القلق:

يعتبر القلق من المواضيع الأكثر أهمية في مجال الدراسات النفسية والعيادية، فهو من المفاهيم الأساسية التي تساعد على فهم أبعاد الشخصية في حالتها السواء وعدم السواء، حيث تطرق العديد من الباحثين والعلماء إلى تعريف القلق من الناحية اللغوية والاصطلاحية.

1-1- مفهوم القلق لغة:

جاء في المنجد في اللغة والإعلام أن القلق من الناحية اللغوية هو: قلق، قلقاً، اضطرب وانزعج فهو قلق ومقلق وهي قلقة ومقلقه، وأقلقه أزعجه (البعلبكي، 1992، ص516).

يعرف القلق لغوياً بأنه: القلق من قلق، وقلق الانزعاج، ويقال بات قلقاً، وأقلق غيره، وقلق لا يستقر في مكان واحد (ابن منظور، 1986، ص 323)

وفي معجم الوسيط (قلق) قلقاً: لم يستقر في مكان واحد ولم يستقر على حال، واضطرب وانزعج فهو قلق (مجمع اللغة العربية، 1406، ص 625)

يقال قلق: اضطرب، انزعج فهو قلق ومقلق، ألقه أي أزعجه تعادل كلمة في اللاتينية وبمعنى وضعية محرجة (Angoisse) بالفرنسية، وكلمة (Angoisse) تعني ممر ضيق وصعب (أبو الخير، 2002، ص 103).

ونستنتج أن كلمة القلق في أصلها (Angustia) وهي تعني الضيق الذي يحصل في القفص الصدري لا إرادياً، نتيجة عدم قدرة البدن على الحصول على مقادير كافية من الأكسجين، فالشخص الذي يضيق تنفسه: يبدو وكأنه يرفض أن يفتح نفسه للهواء الخارجي وهذا ما يزيد في تركيز مشاعره حول نفسه ورفضه للمحيط الخارجي.

ويتضح من خلال التعريفات اللغوية السابقة للقلق على أنها اتفقت في دلالتها على أن القلق يقصد به الاضطراب وعدم الطمأنينة.

1-2- مفهوم القلق اصطلاحاً:

القلق هو انفعال مركب من الخوف وتوقع الشر والخطر، أو العقاب وأنه انفعال مؤلم نشعر به حين لا نستطيع أن نفعل شيئاً حيال موقف مخيف (راجح، 1999، ص 493). فهو خبرة انفعالية غير سارة، يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء دون أن يستطيع تحديده تحديداً واضحاً، وغالباً تصاحب هذه الحالة بعض التغيرات الفيزيولوجية كازدياد عدد ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، والغثيان، وفقدان الشهية، إلى جانب الشعور بعدم القدرة على التفكير والتنظيم، وفقدان القدرة على السيطرة على ما يقوم به الفرد من عمل (الشيؤون، 2011، ص 766).

ويعرف على أنه خبرة وجدانية مكررة يمكن وصفها بأنها حالة من التوتر والاضطرابات وعدم الاستقرار (الخولي، 1976، ص 976).

وأيضاً بأنه خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء ما، دون أن يستطيع تحديده تحديداً واضحاً (عبد الغفار، 1976، ص 119).

هو حالة من التحسس الذاتي وحاجة يدركها الفرد وتشغل تفكيره على شكل شعور بالضيق والتوتر والخوف الدائم وعدم الارتياح تجاه الموضوعات التي يتوقع حدوثها مستقبلاً (العكايشي، 2000، ص 13).

هو حالة انفعالية تلازم الفرد بصورة مستمرة أو شبه مستمرة من حالات الانزعاج وعدم الارتياح والضيق والتوتر في المجال الصحي والاجتماعي، الانفعالي والدراسي، ومجال المستقبل (البدرى، 2003، ص 13).

كما أنه نتاج للتفكير الغير عقلائي الذي يتبناه الإنسان، فالمشكلات النفسية لا تنجم عن الأحداث والظروف بحد ذاتها وإنما من تفسير الإنسان، وتقييمه لتلك الأحداث والظروف (الخطيب، 1995، ص 254).

القلق هو حالة من التوتر المستمر، يصحبه خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية فتصبح هي نفسها اضطراباً نفسياً أساسياً وهذا ما يعرف باسم عصاب القلق، أو القلق العصابي أو استجابة القلق (الشاذلي، 2001، ص 112).

كما يعرف على أنه مجموعة من النوبات المزمنة أو المادة التي تتصل بموضوع معروف، وقد تترافق هذه النوبات بأعراض فيزيولوجية كخفقان القلب والشعور بالألم في منطقة القلب والشعور بالضيق التنفس (الوقفي، 1998، ص 222).

هو انفعال مركب من الخوف وتوقع الخطر والعقاب، وقد يكون بمثابة الخوف من الانفعال المؤلم الذي نشعر به حيث لا نستطيع أن نفعل شيئاً أمام موقف مخيف (الوافي، 2007، ص 251).

ويعرف كذلك على أنه حالة من عدم الارتياح والاضطراب المتعلق بحوادث المستقبل، وفي عمر سنتين إلى ستة سنوات عندما يفكر الطفل بخطر حقيقي تتضمن أعراض القلق، التهيج، البكاء، التفكير الوسواسي (عصام، 2006، ص 42).

ويعرف أيضا بأنه القاسم المشترك الأعظم في الاضطرابات النفسية والقلق هو الحالة التي يشعر بها الفرد إذ تعرض للخطر أو وجد نفسه في موقف صراعي حاد (صبره، 2004، ص 8).

القلق يندرج ضمن فصيلة الأمراض المسماة الإرتكاسات العصابية الحادة والنفس عصابية العاطفية وهذه الإرتكاسات سببها صدمة عاطفية (أبو ذينة، 2005، ص 14).
القلق هو الموضوع المحوري في علم الأمراض النفسية كما أنه أصبح يشكل حجر الزاوية في كل من الطب الجسمي والعقلي (حلمي، 1960، ص 12).

والقلق ليس وليد هذا العصر فقط، وإنما هو قديم قدم انفعال الإنسان القديم، وظهر منذ القدم كرد فعل طبيعي، وأيضاً كميكانيزم دفاع للتكيف مع المواقف التي يصادفها الإنسان، والتي تتسم بالخطر (شعيب، 1987، ص 296).

والقلق هو خبرة وجدانية غير سارة يمكن وصفها بأنها حالة من التوتر، وعدم الاستقرار والخوف وتوقع الخطر (كامل، 1991، ص 387).

هو شعور الفرد بأنه عاجز وضعيف لا يفهم نفسه لا الآخرين وأنه يعيش وسط عالم عدائي كثير التناقض (طلعت، 1978، ص 126).

ولقد عرف القلق من طرف الكثير من علماء النفس والباحثين نذكر منهم :

ويعرف فرويد (1997): يعرفه على أنه حالة من الخوف الغامض والشديد، الذي يمتلك الإنسان ويسبب له الكثير من الضيق والكدر والألم، فالشخص القلق يتوقع الشر دائماً ويبدو متشائماً ويشكك في كل أمر يحيط به ويخشى أن يصيبه بالضرر ويفقده الثقة بنفسه، ويبدو متوتراً عاجزاً (سغموند، 1997، ص 13).

في حين يعرفه الرفاعي (1981): على أنه استجابات انفعالية لخطر يخشى وقوعه ويكون موجه للمكونات الأساسية للشخصية، وتحمل هذه الاستجابة معنى داخلي بالنسبة للفرد، ويحاول إطلاقه على العالم الخارجي فهو حالة من التوتر الشامل، تتميز بالضعف،

وفقدان الأمن، وتوقع الخطر الغير محدد يعيق المرء أمامه عاجزا عن التكيف والتفاعل الاجتماعي، ويصاحب ذلك أعراض جسدية ونفسية (بلان، 2009، ص21).

ويعرفه الخالدي (2006): القلق هو حالة انفعالية غير سارة لدى الفرد تؤثر في مستوى أدائه وعلاقاته الاجتماعية، ومدى شعوره بالطمأنينة نتيجة تعرضه لمواقف نفسية ضاغطة خلال حياته، سواء كانت هذه المواقف واضحة لديه أو غامضة مما يؤدي إلى إحداث تغييرات داخلية، يحس بها الفردو أخرى خارجية تظهر على ملامحه (الخالدي، 2006، ص197).

ويعرفه ألمي (1995): هو شكل من أشكال الهلع من شيء مجهول يحتمل وقوعه (معوض، 2000، ص 205).

كما يعرفه Philippe (2006): هو حالة عاطفية مؤلمة أو شعور مؤلم من توقعات خطر غامض، ويرتبط بأعراض جسدية، مثل خفقات القلب، احمرار الوجه، التعرق... إلخ، كما قد يكون طبيعي وقد يكون مرضي (Philippe, 2006, p34).

ويعرفه Christopher (2010): هو حالة عاطفية تتميز بخفقان القلب، التعرق، جفاف الفم، الدوخة، توتر العضلات، وأعراض أخرى غير سارة ويتكون من ثلاث أجزاء: الشعور الجسدي، والأفكار، والسلوكيات (Christopher 2010, p103).

ويعرفه كارل يونغ : على أنه رد فعل الحدث عند الفرد حيث تغزو عقله خيالات صادرة من اللاشعور الجمعي (مرسي، 2000، ص 43).

ويعرفه كلان هورني على أنه استجابة انفعالية تكون موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية وترى أن القلق يرجع إلى ثلاث عناصر هي : الشعور بالعجز، الشعور بالعدوانية، الشعور بالعزل (عثمان، 2001، ص22).

في حين يعرفه فراند "Frاند" : يعرفه بأنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان فيسبب له كثيرا من الضيق والألم (الغيومي، 1985، ص60).

وأيضاً يعرفه ماسرمان "Maserman": يعرفه بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولة الفرد للتكيف (فهمي، 1987، ص 199).

كما يعرفه كارول "Carrall" بأنه عبارة عن ألم داخلي يسبب الشعور بالتوتر ويمثل قوة دافعة قد تكون مدمرة أو بناءة وتوقف ذلك على درجة الشعور بوقوع الشرو على مدى أو حجم التهديد (العسوي، 1988، ص 72).

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

2- القلق حالة وسمة:

يعتبر القلق نوع من الانفعال المؤلم، الذي يكتسبه الإنسان خلال المواقف التي يصادفها، فهو استجابة انفعالية لخطر يكون موجه إلى المكونات الأساسية للشخصية، ومن هذه المكونات ما هو عام بين كل الناس مثل: الحرية، حب الحياة، إنجاب الأطفال ومنها ما هو خاص تختلف قيمته حسب الشخص وثقافته وبيئته ومرحلة نموه مثل: السمعة والمركز الاجتماعي والاقتصادي، فالقلق خبرة يومية حياتية عند الإنسان في جميع الأعمار، وهذا ما يقودنا إلى التفرقة التي أصبح معترفاً بها في علم النفس حديثاً، وهي التفرقة بين نوعين من القلق النوع الأول هو القلق حالة Anxiety state والنوع الثاني القلق سمة Anxiety trait وسوف نتطرق في هذه الدراسة إلى هذين النوعين فيما يلي:

2-1 - القلق حالة: يشير إلى وضع طارئٍ وقتي عند الفرد يحدث له إذا تعرض لأحد

الموضوعات التي تثير هذا القلق، واختفاء هذه الموضوعات بالقضاء عليها والابتعاد عنها تنتهي حالة القلق، وتتفاوت شدة هذه الحالة حسب درجة التهديد أو الخطر التي يدركها الفرد والتي يحتويها الموقف المهدد (صبره، 2004، ص 92).

ويعد كاتل Catel (1974) أول من ميز بين حالة القلق وسمة القلق على أساس أن حالة القلق هي حالة انفعالية مؤقتة تتغير من موقف إلى آخر بحسب التهديد الذي يدركه الإنسان في كل منها فتزداد في مواقف التهديد والشدة وتنخفض في مواقف الأمان وعدم الشدة. (kenanaouline .com/users/nogydaoud/posts/262462).

وحالة القلق تشير إلى خبرة وقتية متغيرة ومرحلية متعلقة بشعور الفرد بأنه مضطرب (عبد الفتاح، 1993، ص 8).

بينما يرى سبلبرجر أن مفهوم حالة القلق يختلف عن مفهوم سمة القلق على أساس أن حالة القلق تشير إلى خبرة وقتية متغيرة ومرحلية متعلقة بشعور الفرد بأنه مضطرب هنا والآن.

ويشير إبراهيم محمد (1997) حالة القلق إلى وضع طارئ ووقتي عند الفرد، ويحدث له إذ تعرض لأحد الموضوعات التي تثير هذا القلق وباختفاء هذا الموضوع تنتهي حالة القلق. وهي حالة عارضة أو عابرة كما أنها تختلف في الشدة وتتنذبذب عبر الوقت (kenanaouline .com/users/nagydaoud/posts/262462).

بينما يرى مصطفى حسين (2002) إلى أنه يجب التمييز بين بعض المتغيرات المرتبطة بالقلق حالة وسمة ويشير إلى أن حالة القلق لها أعراض تتمثل في زيادة حمض الهيبيوريك في البول، وسرعة عالية في التنفس، زيادة كمية اللعاب، انخفاض قوة الأنا، الميل إلى الشعور بالذنب، انخفاض قوة الإرادة، زيادة التوتر العضلي، كذلك زيادة الاستعداد للاعتراف بالأخطاء الشائعة (kenanaoulin.com/users/nagydaoud/posts/262462)

نستنتج أن القلق حالة عبارة عن استجابة، انفعالية غير سارة تنسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر والانزعاج، وتحدث حالة القلق عندما يدرك الشخص أن موقف ما يؤدي إلى إيذائه أو إحاطته بخطر من الأخطار، وتختلف حالة القلق من حيث شدتها، كما تتغير عبر الزمن تبعا للمواقف التي يصادفها الفرد .

2-2 - **القلق سمة:** يشير إلى أساليب إستجابية ثابتة نسبيا تميز شخصية الفرد، أي أن القلق المستثار في هذه الحالة يكون مرتبط بشخصية الفرد ولذا يرتبط التعاون في درجة قلق سمة أكثر بشخصية الفرد والفروق الفردية التي تميزه هذا النوع من القلق هو الأكثر ارتباطا بالصحة النفسية للفرد، فهي ميل وتهيو أو سمة ثابتة نسبيا في الشخصية (صبره، 2004، ص98).

وكمفهوم سيكولوجي فإن سمة القلق لها نفس الخصائص التي أطلق عليها أتكينسون (1964) "Atkinson" دافع، وأطلق عليها كامبل (1963) "Campbell" الاستعدادات السلوكية المكتسبة، وهي الاستعدادات التي تكتسب في الطفولة وتظل كامنة حتى تجد الظروف المثيرة التي تنشطها وتثيرها وتبعثها، وهي استجابة ثابتة في شخصية الفرد، تميزها عن شخصيات الآخرين، أي أن القلق المثار في هذه الحالة أقرب إلى أن يكون مرتبطا بشخصية الفرد منه إلى خصائص الموقف الذي حدث فيه القلق (kenanaouline.com/users/nagydaoud/posts/262462)

نستنتج أن القلق سمة من سمات شخصية الفرد، فهي تبدو أنها تحتوي دافعا أو استعدادا سلوكيا مكتسبا يجعل الفرد يملك استعدادا لأن يعيش عددا كبيرا من الظروف الغير خطيرة موضوعيا، على أنها مهددة ويستجيب لهذه الظروف بانفعال القلق، حيث تكون شدة هذا القلق غير متناسبة مع حجم الخطر الموضوعي، أي أن سمة القلق توجد عند كل الأفراد وتختلف شدتها بين الأفراد، والأفراد الذين يملكون درجة مرتفعة من سمة القلق يميلون لإدراك مواضيع أو مواقف على أنها مهددة والاستجابة لهذا التهديد تكون بانفعال القلق .

3 - أسباب القلق:

إن علماء النفس قد اختلفوا في تفسيرهم لأسباب القلق منه ما هو وراثي أو يعود إلى مواقف الحياة الضاغطة، أو إلى الضعف النفسي العام، أو يعود إلى أسباب نفسية أو اجتماعية وأيضا التفكير في المستقبل الذي يلعب دورا في ظهور القلق.

3-1 - الأسباب الوراثية :

لقد أثبتت دراسة التوائم تشابه الجهاز العصبي اللاإرادي واستجابته للمنبهات الداخلية والخارجية، كما أوضحت دراسة العائلات أن "15%" من آباء أولاد مصابين بالقلق مصابون بالمرض نفسه، ووجد سليتر شيلدر (1962، 1969) أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة 50% وأن حوالي 65% يعانون من بعض سمات القلق، وقد اختلفت النسبة في التوائم غير المتشابهة، حيث وصلت إلى 4% فقط، أما سمات القلق فظهرت في 13% من الحالات، فالوراثة تلعب دورا في الاستعداد للمرض، وتزيد أعراض القلق لدى النساء أكثر مقارنة بالرجال (عكاشة، 1996، ص 138).

-السن:

إن عامل السن له أثر في نشأة القلق بحيث:

* يزيد مع عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة.

* يتخذ شكلا آخر في المراهقة من الشعور بعدم الاستقرار والحرص الاجتماعي لدى المراهق اتجاه شكله وجسمه وحركاته، الحياء والخجل الشديدين لدرجة التعلثم في الكلام.

* نقل أعراض القلق في سن النضج، وتظهر من جديد في سن الشيخوخة (عكاشة، 1996، ص 139).

3-2 - الأسباب النفسية:

تتمثل في الاستعداد النفسي والضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه والتوتر النفسي الشديد والأزمات والمتاعب أو الخسائر المفاجئة والصدمات النفسية، والشعور بالذنب والعجز والنقص (زهران، 1997، ص 485).

وكذلك الإحباط والصراع والتوتر والقلق يعدان محصلة طبيعية لفشلنا سواء في إرضائنا لرغباتنا ودوافعنا وطموحاتنا أو في المواقف الصراعية (صبره، 2004، ص 95).

كما يرجع القلق أيضا إلى الخبرات الطفولية المكبوتة والصراعات النفسية التي لا يحلها الفرد حلا ناجحا، وقد أوضح معظم علماء النفس أن الأفكار الغير المقبولة تكون عادة من طبيعة جنسية أو عدوانية يمكن أن تهدد الأنا وتصل إلى اللاشعور المفعم بالمكبوتات وتقوم الآليات الدفاعية بحماية الذات من هذه التهديدات لكن على حساب خلق حالة من القلق لدى الفرد (الوقفي، 1998، ص 66).

وينشأ القلق نتيجة عجز الفرد عن حل صراعه بالطريق المباشرة أو بواسطة إحدى وسائل التعويض، وأعراض الاضطراب النفسي ما هي إلا تعبير عن قلق غير محتمل وفي نفس الوقت وسيلة للتخلص منه (انتصار، 1993، ص 392).

3-4 - الأسباب الاجتماعية:

قد ينشأ القلق من نموذج حياة تتسم بفقدان الأمن وعدم النضج، وتعد الأسباب الاجتماعية من المثيرات الأساسية للقلق، والتي لا يمكن تعدادها في ظل تشعب جوانب الحياة، في عصر يتسم بالقلق ومن هذه الأسباب نذكر : الأزمات الحياتية، الضغوط الحضارية والثقافية والبيئية المشبعة بعوامل الخوف والحرمان والوحدة وعدم الأمن والتفكك الأسري، وأيضا أساليب التعامل الوالدية القاسية، الفشل في جميع جوانب الحياة (المليجي، 2000، ص 78).

3-5 - مواقف الحياة الضاغطة :

كالضغوط الحادة الناجمة عن نمط الحياة الحديثة والتغيرات المتتابة، والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف، الهم، الوحدة، والحرمان، وعدم الأمان، واضطراب وتفكك الجو الأسري (العناني، 2000، ص 120).

مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة، ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الماضي، اضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين (الداهري، 2005، ص 95).

عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية، وعدم تحقيق الذات (زهران، 1997، ص 486).

3-6 - التفكير في المستقبل :

يسبب هذا العامل، القلق للإنسان ويساعد ذلك استرجاع الخبرات الماضية والتفكير في ضغوط الحياة العصرية، وطموح الإنسان وسعيه المستمر نحو تحقيق ذاته وإيجاد معنى لوجوده، فالتفكير في المستقبل عامل يسبب القلق كونه أمر مجهول، فالفرد دائماً يسعى إلى التقدم إلى الأمام لكي يحقق طموحه ولكن تفكيره في ضغوط الحياة العصرية تؤدي إلى صراع دائم ينتج عنه حالة القلق، فهو دائماً يسعى إلى تحقيق الذات (العناني، 2000، ص120).

من خلال ما سبق ذكره نلاحظ أن القلق يمكن أن يحدث من خلال أسباب عديدة، فمنها ما هو وراثي عن طريق الجينات من جيل إلى جيل، أي أن الفرق يلد باستعداد للإصابة بالقلق، والعوامل الخارجية هي التي تفجره، كما أن الأفراد يختلفون في بنية شخصيتهم، لذا فالعوامل النفسية أيضاً تثير وتفجر القلق بدرجة متفاوتة بين الأفراد نتيجة للصراعات الداخلية اللاشعورية التي تتصارع بعضها مع بعض، بالإضافة إلى الحرمان من العطف وعدم الشعور بالأمن، كما أن للعوامل البيئية دور في إثارة القلق، نتيجة لتعلم الفرد سلوكيات خاطئة في البيئة التي يعيش فيها، كما أن لمواقف الحياة الضاغطة والصعبة دور في تفجير القلق عند الفرد، وأيضاً تفكير الفرد في المستقبل يولد القلق لأنه يفكر في أمر مجهول، فكل هذه العوامل تولد القلق عند الفرد، وتكون بدرجة متفاوتة في الشدة من فرد إلى آخر.

4- مستويات القلق :

تشير العديد من الدراسات إلى وجود القلق في حياة الإنسان بدرجات مختلفة تمتد ما بين القلق البسيط الذي يظهر على شكل الخشية وانشغال البال والقلق الشديد الذي يظهر على شكل الرعب والفرع، ويوجد ثلاث مستويات للقلق وهي:

4-1 - المستويات المنخفضة للقلق : يحدث تنبيه عام للفرد مع ارتفاع درجة حساسية نحو الأحداث الخارجية، كما تزداد درجة استعداده لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش

فيها، ويشار إلى هذا المستوى من القلق بأنه إنذار لخطر على وشك الوقوع، ويظهر من هذا المستوى أن درجة القلق ترتفع عندما يحدث تنبيه عام للفرد، أي في البيئة التي يعيش فيها ويعتبر هذا المستوى من القلق عادي عند الفرد لأن وظيفته تنبيهه لخطر على وشك الوقوع (شاذلي، 2001، ص 110).

4-2 - المستويات المتوسطة للقلق: يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة، حيث يفقد السلوك مرونته وتلقائيته، ويستولي الجمود بوجه عام على تصرفات الفرد في مواقف الحياة، ويحتاج إلى المزيد من بذل الجهد للمحافظة على السلوك المناسب في مواقف الحياة المتعددة (علاوي، 1998، ص 280).

4-3 - المستويات العليا للقلق: يحدث اضمحلال وانهيار للتنظيم السلوكي للفرد، ويحدث تكوين في أساليب أكثر بدائية، وينخفض التأزر والتكامل انخفاضاً كبيراً في هذه الحالة (علاوي، 1998، ص 280).

ونلاحظ من خلال هذا المستوى، عندما تكون درجة القلق مرتفعة يتأثر بذلك التنظيم السلوكي للفرد، إذ يقوم بسلوكات غير ملائمة في المواقف التي يواجهها، وهذا يعود إلى عدم القدرة على التركيز والانتباه، إذا زيادة درجة القلق وارتفاعها يؤدي إلى القيام بسلوكات غير ملائمة.

فمن خلال هذه المستويات نلاحظ أنه كلما ازدادت درجة القلق وارتفعت، ازداد اضطراب سلوك الفرد، ففي المستوى المنخفض للقلق، والذي يعتبر قلق عادي، يقوم بإنذار الفرد إلى خطر على وشك الوقوع، وبالتالي مواجهة مصادر القلق وتفاديها، وفي المستوى المتوسط للقلق يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة على سلوكه، ويفقد المرونة في ذلك، أما في المستوى العالي للقلق، فهنا يفقد الفرد السيطرة على سلوكه في المواقف التي تسبب القلق، ويكون غير قادر على التركيز والانتباه ولا يميز بين المثيرات الضارة، وغير الضارة له، ويكون رد فعله اتجاه المثير سريع وعشوائي، مما يؤثر على شخصيته، ويظهر الفرد في حالة انفعالية غير سارة مصحوبة بالخوف والتوتر .

5- أعراض القلق :

للقلق أعراض كثيرة ومتعددة منها ما يظهر على الجانب النفسي ومنها ما يظهر على الجانب الجسمي، وفيما يلي سنحاول إبراز البعض منها في كل جانب :

5-1- الأعراض النفسية :

يمكن تلخيصها في النقاط التالية:

* الشعور بانعدام الأمل والراحة النفسية والحساسية المفرطة وسرعة الإثارة، الخوف الشديد حيث يكون الفرد خائفا لا يعرف مصدر الخوف، عدم الشعور بالأمن والضيق وتوهم المرض، وعدم القدرة على التركيز والانتباه.

* عدم الثقة والطمأنينة والرغبة في الهروب من مواجهة المواقف وتوقع حدوث شيء ما دون معرفة ما هو ذلك الشيء (جبل، 2000، ص131).

* الشعور بالضغط الشدة مع الهجر وشعور برغبة في العزلة والانسواء وشعور بالعدوان .

* توقع الشر والمصاعب وهذا يؤدي إلى المساس بالثقة بالنفس، الحساسية النفسية الزائدة وسهولة الاستثارة والهياجو عدم الاستقرار، توهم المرض والشعور بقرب النهاية والخوف من الموت .

* شرود الذهن وضعف القدرة على العمل والإنتاج وسوء التوافق الاجتماعي (الوافي، 2007، ص252).

* التردد في اتخاذ القرارات بسرعة (انتصار، 1993، ص391).

* عدم الطمأنينة والاكتئاب والخوف الغامض (طه، 2008، ص25).

* ضعف القدرة على العمل والإنجاز وسوء التوافق المهني .

* الإنهاك النفسي وصعوبة النوم والكوابيس، فقدان الأمن النفسي، التردد في اتخاذ القرار (الخالدي، 2005، ص198).

* الإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والشلل.

* الشعور بتأنيب الضمير على كل صغيرة وكبيرة .

* الخوف من الإصابة بأحد الأمراض (عثمان، 2001، ص 30).

5-2 - الأعراض الجسمية:

هناك عدة أعراض جسمية مصاحبة للقلق منها:

- * برودة الأطراف، وزيادة نشاط الغدد الدرقية، اضطرابات المعدة .
- * السرعة في ضربات القلب، تقلص العضلات، ارتجاف الأصابع، تقلص حدقة العين مع جفاف الحلق، وصعوبة في الكلام.
- * تغير في درجة الصوت، زيادة ملحوظة في النشاط الحركي .
- * فقدان القدرة على التحكم والتنظيم (الخالدي، 2006، ص 198).
- * عسر الهضم وتصبب العرق، وشحوب الوجه (مكزي، 2013 ، ص 15).
- * اضطراب العادة الشهرية عند النساء (زهران، 1997، ص 487).
- * التعرق وارتفاع ضغط الدم، كثرة التبول (جاسم، 2014، ص 245).
- * الشعور بالغثيان، والصداع في الرأس، مع ألم في الأذنين (الوقفي، 1998، ص 623).
- * الشعور بضيق الصدر وعدم القدرة على استنشاق الهواء.
- * الحموضة وقلّة الكالسيوم النشط بسبب سرعة التنفس.
- * تعرض المريض إلى الألم نتيجة مغص شديد، إضافة إلى الإسهال والإمساك الشديد (الحسين، 2002، ص 271).

نستنتج أن القلق يمكن أن يظهر من خلال التعرف على الأعراض الجسمية التي تشير إليه وهذا من خلال حركات وتصرفات الفرد غير العادية والتغيرات الفيزيولوجية الظاهرة عليه .

6 - أنواع القلق:

يصنف الباحثون القلق إلى عدة أصناف أهمها ما يلي:

- 1-6 - التصنيف الأول: أفضل تصنيفات القلق ما جاء به فرويد صاحب مدرسة التحليل النفسي الذي صنّفه إلى ثلاثة أنواع:

* **القلق الموضوعي:** هو خوف من خطر خارجي معروف كالخوف من حيوان مفترس أو من حريق أو غرق وهذا النوع من الخوف أمر مفهوم ومعقول . فالإنسان عادة يخاف من الأخطار الخارجية التي تهدد حياته (شكشك، 2009، ص30).

ويسمى أيضا بالقلق الواقعي، وهو قلق شعوري أقرب إلى الخوف العادي، إذ يدرك الفرد مصدره الخارجي، وذلك بإتباع أساليب دفاعية وتوجيهية للسلوك، فهو يساعدنا على تحديد مشكلاتنا واتخاذ القرارات اللازمة بشأنها ويمدنا بالقدر اللازم من التحفز لتحرير الطاقة النفسية وتكريسها وتركيزها لمواجهة المشكلات وتجنب الخطر (صبره، 2004، ص99).

فهذا النوع من القلق له فائدة كما له دور بالغ في جعل الفرد يعمل من أجل تجنب الخطر، ويكون أقرب إلى الخوف، لأن أسبابه واقعية ومعلومة المصدر لذا نجد الفرد يعمل من أجل تجنب هذه الأسباب للوصول إلى الراحة النفسية، ويكون مشترك لدى عامة الناس.

* **القلق العصابي:** يتميز القلق العصابي (المرضي) بأن مصدره داخلي وأسبابه لاشعورية ومكبوتة، وغير معروفة ولا يتناسب مع الظروف التي تدعو إليه كما أنه يعوق التوافق والإنتاج والتقدم، فهو يستثار عند إدراك الفرد بأن غرائزه قد تجد منفذا لها للخارج أي أنه ينشأ عندما يهدد "الهو" ومكبوتاته بالتغلب على الدفاعات "الأنا" وإشباع النزوات الغريزية التي لا يوافق بهذا المعنى وندار يطلق للأنا الذي عليه اللجوء إلى الحيل الدفاعية مثل : الكبت، التبرير، الإسقاط، النكوص، للتعامل مع الوضعية المولدة للتوتر والضيق، و عليه كلما كان القلق شديدا ومتوترا كلما كان مرضيا ومؤشرا للاضطراب (سي موسى، 2002، ص102).

القلق العصابي يعرف على أنه قلق شديد لا يتضح معالم المثير فيه، ويبدو على شكل خوف من مجهول ويبدو صاحبه قابلا لأن يلقي اللوم على أكثر من مؤثر واحد من دون أن تكون الصلة واضحة أو واقعية بين الحالة والمثير (نعيمة، 2004، ص62).

أيضا هو خوف دون مبرر موضوعي مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى إلى حد كبير ولذلك فهو قلق مرضي (عبد الخالق، 2004، ص28).

ويكون مصدره داخل الفرد نفسه لكنه لا يعرف أصلاً وليس له مبرراً أو سبباً صريحاً فهو خوف أسبابه مكبوتة لا شعورياً (الشاذلي، 2001، ص 112).

لا يستطيع المصاب به أن يميز بوضوح نتيجة الكبت الذي حدث له في الماضي (الأزرق، 2003، ص 89).

ومن هنا نلاحظ أن القلق العصابي يعتبر مرضي ومصدر داخلي، فالصراع بين أجهزة الشخصية (الأنا، الهو، الأنا الأعلى) هو الذي يستثيره وأسبابه لا يمكن للفرد أن يدركها لأنها لا شعورية وغير معروفة .

* **القلق الخلفي:** يحدث نتيجة الصراع الذي يحدث داخل الشخص، وليس الصراع بين الشخص والعالم الخارجي، أي أنه ناتج عن ضمير الشخص وخوفه عند قيامه بسلوكات تحالف عادات وتقاليد المجتمع الذي يعيش فيه، والقلق الخلفي كامن داخل تركيبة الشخص وعادة يظهر عقب حالات الإحباط المرتبطة "بالأنا الأعلى" التي تتسجم مع القيم الاجتماعية (منسي، 2001، ص 42).

هذا النوع من القلق ينشأ نتيجة تحذير أو لوم الأنا الأعلى للفرد عندما يقترب أو يفكر في الإتيان بسلوك يتعارض مع المعايير والقيم التي يمثلها جهاز الأنا الأعلى يتمثل في مشاعر الإثم والخجل والاشمئزاز، ويصل إلى درجته القصوى في بعض أنواع الأعصاب كعصاب الوسواس القهري (صبره، 2004، ص 98).

نستنتج مما سبق أن القلق الخلفي يحدث نتيجة تصارع بين دوافع "الهو" و"الأنا" و"الأنا الأعلى" بمعنى أنه ناتج من تأنيب ضمير الفرد وخوفه من القيام بسلوك يخالف القيم ومعايير المجتمع الذي يعيش فيه، وعادة ما يصاحب هذا النوع من القلق مشاعر الإحساس بالذنب.

6-2 - التصنيف الثاني: هناك تصنيفات أخرى للقلق وذلك على أسس أخرى منها:

* من حيث مدى وعي الفرد به : حيث ينقسم القلق إلى قلق شعوري يعي الفرد بأسبابه ويمكن تحديدها والتصدي لهاو غالبا ما يزول بزوال تلك الأسباب، وقلق لا شعوري لا يفتن الفرد إلى مبرراته ودواعيه رغم سيطرته على سلوكه.

* من حيث تأثيره على مستوى أداء الفرد لواجباته ومهامه: هناك قلق مسير ومنتشط للأداء، وقلق مثبط أو مضعف للأداء.

* من حيث مدى تأثيره على توافق الفرد وصحته النفسية: ويصنف القلق هنا إلى قلق عادي واقعي وقلق عصابي مرضي (صبره، 2004، ص 99).

نستخلص من خلال أنواع القلق أنه يختلف باختلاف تصنيف الباحثين له، فوجد الباحث فرويد قسمه إلى ثلاثة أنواع قلق موضوعي و هو قلق عادي يدركه الفرد فهو شعوري وقريب إلى مفهوم الخوف، وقلق عصابي والذي يعتبر قلق مرضي مصدره داخلي لاشعوري، كما نجد القلق الخلقى الذي يحدث نتيجة للصراع الذي يحدث داخل شخصية الفرد و هو ناتج عن ضمير الفرد .

كما نلاحظ من هذا التقسيم أن القلق يمكن أن يكون شعوري ولا شعوري وهذا من حيث مدى وعي الفرد له، كما يمكن أن يكون بسيط حاد، أو مزمن حسب درجة شدته، وكما يمكن أن يكون القلق منشط للسلوك أو مثبط له حسب درجة شدته، وكما يمكن أن يكون القلق منشط للسلوك أو مثبط له حسب مدى تأثيره على مستوى أداء الفرد لواجباته ومهامه، أو يمكن أن يكون قلق عادي أو مرضي وهذا من حيث مدى تأثيره على توافق الفرد وصحته النفسية .

7- النظريات المفسرة للقلق:

تختلف نظريات علم النفس في تفسيرها للقلق وهذا راجع إلى تباين الوجهات والمبادئ والأسس التي تتبناها كل نظرية، ومن بين النظريات التي عملت على فهم وتفسير القلق نجد:

7-1- نظرية التحليل النفسي:

*فرويد Freud: يعد فرويد من الأوائل الذين بحثوا في موضوع القلق بحثا واسعا، وحاول أن يبرز علاقته بالعصاب وله في دراسة موضوع القلق نظريتان تختلف أحدهما عن الأخرى اختلافا جوهريا، ففي نظريته الأولى عام (1916-1917) رأى أن القلق يتولد من كبت الخوف، فالذين يعانون من الكبت الجنسي يشكون من القلق، كما أكد فرويد أن الدوافع الجنسية عندما تتعرض للحرمان تتحول الطاقة الجنسية الكامنة ورائها إلى القلق، وهذا الأخير ناتج عن تعرض الفرد لحالة الخطر، والمكون الأساسي لهذا الخطر هو زيارة التنبيه والإثارة دون أن يكون للفرد القدرة على السيطرة، وقدرة الفرد السيطرة على دوافعه الغريزية التي تختلف باختلاف مراحل النمو (الزراد، 1998، ص48).

لكن فرويد عدل أرائه حول القلق وخرج بنظريته الأخيرة التي شرحها في كتابه "القلق" أن كلا من القلق العصابي والقلق الموضوعي رد فعل لحالة خطرو الفرق بينهما هو أن الأول يرجع إلى خطر غريزي داخلي والثاني يرجع إلى خطر خارجي موضوعي معروف وليس القلق هذا ناتج عن التحول المباشر "للبيدو" بل هو رد فعل للأخطار الخارجية، فالشعور بالخطر ينتج بسبب تراكم تنبيهات الغريزة الجنسية مع عدم قدرة الفرد على إشباعها بسبب عجزه أو خوفه من العقاب والعنصر الرئيسي المكون للخطر هو ازدياد التنبيه دون أن يكون الفرد قادرا على السيطرة عليه فيشعر إيزاءه بالعجز (فهمي، 1967، ص201).

كذلك يرى فرويد أن القلق يظهر في الأصل كرد فعل لحالة الخطر أي أن وجود الطفل مستقلا عن أمه جسديا يبدأ مع عملية خاصة تنقطع فجأة الصلة التي كانت موجودة من قبل على شكل معين بين الطفل وأمّه وأن عملية الميلاد هي خطر يهدد حياته، لذلك فإن رد الفعل صدمة الميلاد هو قلق الأول الذي تعمل فيه العناصر، الفيزيولوجية عملا رئيسا، أما في الكبر فإن استثارة الطاقة الجنسية وعدم إشباعها يسبب تصادمها مع قيم المجتمع وتقاليده فهي المنبع المتجدد للقلق (فهمي، 1987، ص204).

*كارل يونغ: بالرغم من انفصال كارل يونغ عن فرويد إلا أنه بقي متأثراً بأفكاره حيث يعتقد يونغ أن القلق عبارة عن " رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى و خيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي" وهو من السمات المميزة لنظرية يونغ، ففي اللاشعور الجمعي تختزن الخبرات الماضية المتراكمة عبر الأجيال والتي مرت بالأسلاف القدامى والعنصر البشري عامة، فالقلق هو خوف من سيطرة اللاشعور الجمعي غير المعقولة التي مازالت باقية فيه من حياة الإنسان البدائية، كما يعتقد أن الإنسان يهتم بتنظيم حياته على أسس معقولة منظمة وأن ظهور المادة غير المعقولة من اللاشعور الجمعي يعتبر تهديداً لوجوده (عثمان، 2001، ص 22).

*ألفريد أدلر: كان أدلر يؤمن بالتفاعل الدينامي بين الفرد والمجتمع، وهذا التفاعل يؤدي إلى نشأة القلق، ويرى أن الطفل يشعر عادة بضعف وعجز بالنسبة للكبار والبالغين بصفة عامة، والتغلب على هذا العجز يسلك طريق السوية، فالإنسان السوي يتغلب على شعوره بالنقص والقلق عن طريق تقوية الروابط الاجتماعية التي تربط الفرد بالآخرين المحيطين به (عثمان، 2001، ص 22).

*هاري سوليفان: ركز على أهمية العلاقات الشخصية المتبادلة بدءاً من لحظة الميلاد والتي تتطور عبر مختلف مراحل النمو من خلال ربطها بالخبرات المعرفية، والقلق يبدأ مع بداية الحياة وينتج من العلاقات الشخصية المتبادلة مع الأم، ففي المراحل الأولى من العمر لا تسمح القدرات المعرفية للطفل بالتمييز بين ذاته وذات أمه، لذا فإن قلقها هو قلق ابنها ولا يمكن خفض هذا القلق لدى الطفل إذ استمر قلق الأم، فالقلق إذاً حالة مؤلمة جداً تنشأ من عدم الاستحسان في العلاقات الشخصية.

ويحدد "سوليفان" أربعة أنماط من الأمهات لتمثيل الأم كمصدر للإشباع في المرحلة الأولى هي: الأم الجيدة المشبعة، الأم الجيدة غير المشبعة، الأم غير الجيدة المشبعة والأم الشريرة، بحيث يستمر ارتباط القلق بطبيعة إدراك العلاقات الاجتماعية المتبادلة، وفقاً لمستوى الخبرة المعرفية للفرد، ففي المرحلة الثانية مثلاً يرتبط قلق الطفل بالنتائج السلبية

للأحداث دون الارتباط بأسبابها، في حين أنه يرتبط في المرحلة الثالثة بالنتائج مقترنة بالأسباب (فرج، 2009، ص134، 133).

نستنتج من خلال هذه النظرية أن القلق عبارة عن خبرة انفعالية يمر بها الفرد في ظروف خاصة، و القلق يحدث نتيجة الطاقة الجنسية التي تعرضت للحرمان، واعتمدت هذه النظرية في تفسيرها للقلق على الأسباب النفسية، فاجتمع معظم أصحاب هذه النظرية إلى أن صدمة الميلاد والشعور بالنقص والحرمان والانفصال الذي يحدث أثناء مراحل نمو الفرد هي الأساس في ظهور القلق، وأن اختلال التوازن بين "الأنا" و"الهو" و"الأنا الأعلى" يؤدي إلى القلق، وتزيد حدة القلق كلما كان الاختلال في التوازن أعمق خاصة إذا فشلت الدفاعات في تحقيق هذا القلق.

7-2 - المدرسة السلوكية:

تنظر المدرسة السلوكية إلى القلق على أنه سلوك متعلم، واستجابة مكتسبة من البيئة التي يعيش وسطها الإنسان، تحت شروط التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي، وهي وجهة نظر مخالفة تماما لوجهة نظر التحليل النفسي، فالمدرسة السلوكية لا تؤمن بالدوافع اللاشعورية ولا يتصور الديناميات النفسية أو القوى الفاعلة في الشخصية على صورة منظمات الهو (الغرائز) والأنا (الذات الواعية) والأنا الأعلى (الضمير)، بل إنها تفسر القلق في ضوء الإشراف الكلاسيكي، وهو ارتباط منبه جديد بالمنبه الأصلي ويصبح المثير الجديد قادرا على استدعاء الاستجابة خاصة بالمنبه الأصلي (كفاي، 1990، ص149).

***دولارد وميلر:** عرض دولارد وميلر نظريتهما الشخصية والعلاج النفسي "ولكنهما استخدمتا مفاهيم خاصة بهما، فقد استفادا من مفهوم الدافع وأكد على دور الذي يقوم به خفض الدافع في عملية التعليم، والقلق ما هو إلا دافع عندما يزداد إلى حد معين يؤدي إلى تدهور في أداء والعكس صحيح (عثمان، 2001، ص25).

و القلق عند دولارد وميلر حالة سارة يعمل الفرد على تجنبها، والقلق يعتبر دافعا مكتسبا أو قابلا للاكتساب، ويحدث القلق نتيجة الصراع، والصراع قد يأخذ الكثير من

الأشكال مثل صراع " الإقدام والأحجام" أو " صراع الإقدام، الإقدام"، أو " صراع الأحجام، الأحجام"، إلا أن هذا الصراع يولد حالة من عدم الاتزان تؤدي إلى القلق لا يكون هناك مفر من هذا الصراع حتى يعود الاتزان مرة أخرى (عثمان، 2001، ص 25).

***جون واطسن:** لقد استطاع الباحث جون واطسون أن يخلق خوفا لدى الطفل ألبرت الذي كان يبلغ من العمر 11 شهرا، وكان قد تعود اللعب مع أحد حيوانات التجارب ثم شرط واطسون رؤية الطفل هذا الحيوان بمثير مخيف في أصله، وهو سماع صوت عالي ومفاجئ، وبعد حدوث الاشتراط أصبح الطفل يخاف من الحيوان الذي يسر ويفرح لرؤيته من قبل، ويعتبر الحيوان في هذه التجربة بمثابة الموضوعات المثيرة للقلق عند الراشدين، مع أنها كانت موضوعات محايدة في أصلها، ولكنها ارتبطت بموضوعات مثيرة للقلق.

نستنتج أن هذه النظرية انطلقت في تفسيرها للقلق على أنه متعلم من خلال التجارب التي يمر بها الفرد في حياته، وأن القلق يستثار بموضوع أصلي تقترن به موضوعات أخرى عند حدوثه، فالقلق يكتسبه الفرد أثناء عملية التعلم.

7-3- النظرية المعرفية:

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

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

* عدم القدرة على مناقشة الأفكار المخيفة: فقد يشك المريض أن أفكاره المثيرة للقلق غير منطقية ولكن قدرته على التقييم وإعادة التقدير بموضوعية تكون ضعيفة (الببلاوي، 2001، ص47).

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

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

* ألبرت أليس " Alpert Ellis: يرى أن سلوك الفرد في موقف معين هو مزيج من العقلانية واللاعقلانية في وقت واحد وذلك لأن الأفراد يتصرفون في مواقف الحياة المختلفة حسب ما يدركون ويعتقدون نحو تلك الأحداث وعلى هذا الأساس فإن هذا الاتجاه يفسر الاضطراب الانفعالي بأنه نتيجة اضطراب في الإدراك، والتفكير بطريقة لاعقلانية. (سرى، 1990، ص167).

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

- التفكير والانفعال وجهان لعملة واحدة وكلاهما يصاحب الآخر في التأثير والتأثر.

- الإنسان عقلائي وغير عقلائي في آن واحد.

- يكتسب الفرد التفكير اللاعقلاني منذ الصغر من الأسرة أو البيئة.

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

- يجب مواجهة الأفكار اللاعقلانية والخرافية بالأفكار العقلانية المنطقية والمعرفية. (سرى، 1990، ص168).

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

7-4- النظرية الفيزيولوجية:

يعتقد أصحاب هذه النظرية أن الانفعال والتوتر يولدان من تغيرات جسمية وفيزيولوجية، وحسب هذه النظرية القلق يحدث نتيجة زيادة ملحوظة في نشاط الجهاز العصبي الإرادي بنوعيه السمبتاوي والباراسمبتاوي بذلك نسبة الإدرينالين، والنور أدرينالين في الدم من تنبيه الجهاز السمبتاوي، فتزيد بذلك نسبته فيرتفع ضغط الدم وتزيد ضربات القلب، وتزيد نسبة السكر في الدم، مع شحوب في الجلد وزيادة إفراز العرق وجفاف الحلق مع كثرة التبول، ولقد بين أصحاب النظرية من أطباء وعلماء وباحثين فيزيولوجية أن مركز الانفعالات موجودة في الدماغ وبالضبط على مستوى النواة اللوزية التي تعمل باتصال مع الهيبوتلاموس ومركز الارتسام التي تتلقى التعليمات الانفعالية من طرق اللوزية، ثم يعمل على تكييفها ومعالجتها مع المنبهات على مستوى مناطق من القشرة المخية (غالبا، 1983، ص15).

فهذه النظرية ركزت في تفسيرها للقلق على العوامل الفيزيولوجية والإفرازات التي تحدث في جسم الإنسان والتي تؤثر على الدماغ وبالتالي تثير أعراض القلق المختلفة.

7-5- النظرية الإنسانية

تهتم هذه النظرية بالقلق أكثر من نظرية التحليل النفسي والنظرية السلوكية، فالقلق حسب هذه النظرية ليس مجرد خبرة انفعالية يمر بها الإنسان تحت ظروف خاصة، كما تراه النظرية التحليلية، أو أنه ليس مجرد استجابة يكتسبها أثناء عملية التعلم كما تراه النظرية السلوكية، إن القلق هو جوهر طبيعة النفس البشرية، فالإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يشعر بالقلق ويعاني منه كخبرة يومية مستمرة تبدأ ببداية حياته ولا تنتهي إلا مع آخر أنفاسه. (فوزي، د ت، ص49).

تؤكد هذه النظرية على خاصية الإنسان بين الكائنات الحية لذا تركز دراستها على المواضيع التي ترتبط بهذه الخاصية؛ لإرادة، الحرية والمسؤولية (صبره، 2004، ص96).
الإنسان هو الكائن الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية وأن الموت قد يحدث في أي لحظة، وأن الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان.

إذا ترى هذه النظرية أن القلق هو الخوف من المستقبل وما قد يحمله من أحداث قد تهدد وجود الإنسان، فالقلق هو داخل في شخصية الفرد وأنه خيرة دائمة طوال حياته وأن الخوف من المستقبل ومن الموت هما اللذان يسببان القلق لدى الفرد، فالإنسان هو الكائن الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية والموت هو مصدر القلق الأول لدى الإنسان، وهو يجهل متى تنتهي حياته، فلماذا تنتهي حياته، وبالتالي فإن الحياة كلها تحمل ذلك القلق لأن الموت متوقع في أي لحظة من اللحظات (نظام، د ت، ص37).

نستنتج من خلال هذه النظريات أن القلق حالة إنفعالية غير سارة لدى الفرد، تؤثر على علاقاته الشخصية وفي مستوى أدائه نتيجة للمواقف الضاغطة التي يواجهها في حياته فنجد النظرية التحليلية أرجعت سبب القلق إلى الطاقة الجنسية التي تعرضت إلى الحرمان وعدم الإشباع، وكذا الصدمات التي يتعرض لها في مراحل نموه التي تسمى بقلق الانفصال وكذا شعور الفرد بالنقص الذي يدل على قلقه. أما المدرسة السلوكية ترى أن القلق متعلم من خلال التجارب التي يمر بها في حياته، فالقلق استجابة مكتسبة أثناء عملية تعلم الفرد، أما النظرية المعرفية فتري أن القلق مصدره هي الأفكار اللاعقلانية التي يكونها الفرد في الموضوع، حيث هذه الأفكار في الحقيقة لا تثير القلق، كذلك نجد النظرية الفرويدية التي ترجع القلق إلى إفرازات في جسم الإنسان، والتي تؤثر على الدماغ، وبالتالي نستشير أعراض القلق العديدة، أما النظرية الإنسانية ترى أن القلق ينشأ من خوف الفرد في التفكير في المستقبل وخوفه من الموت لأن الفرد يدرك أن نهايته حتمية.

وتجدر الإشارة إلى أنه لا يجب أن يخضع تفسيرنا لظاهرة القلق لأحدى النظريات دون الأخرى لأن الإنسان محصلة تفاعل قوي متعددة لذا يجب الأخذ بعين الاعتبار التوفيق بين النظريات السابقة بصورة متكاملة.

8- علاج القلق:

تتبع في العلاجات الحديثة للقلق عدة أساليب، وذلك وفق إمكانيات المعالج ومدى درايته بالتقنيات والوسائل العلاجية، ويختلف العلاج حسب الفرد وشدة القلق، ويعد القلق من أكثر الأمراض النفسية استجابة للعلاج، ومن أهم الطرق والأساليب العلاجية ما يلي:

8-1 - العلاج النفسي:

يفيد التحليل النفسي في إظهار الذكريات المكبوتة، وتحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور، وتنفيس الكبت وحل الصراعات الأساسية (الشاذلي، 2001، ص 117).
وينظر التحليل النفسي إلى المريض على أنه إنسان يعيش صراعا بين ثلاث قوى هي: "الهو"، و"الأنا" و"الأنا الأعلى"، ويهدف العلاج بالتحليل النفسي إلى تقوية أنا المريض وتحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور، ويتم ذلك عن طريق التداعي الحر، تفسير الأحلام، وزلات اللسان (صبره، 2004، ص 108).

ومن طرق التحليل النفسي أيضا إحساس الطفل بالأمن والطمأنينة وتشجيعه في التعبير عن انفعالاته وذلك باستخدام بعض الألعاب التي تشجع الأطفال على التعبير عن مشاعرهم (عصام، 2006، ص 43).

كما يحتاج العلاج النفسي إلى الوقت والجهد والمال ويقتصر استخدامه على الحالات المزمنة التي تتطلب في علاجها التضحية بالوقت والمال والجهد (مجدي، 1996، ص 154).

8-2 - العلاج السلوكي:

إن العلاج السلوكي يركز على أن القلق يحدث نتيجة لمثير سواء كان هذا المثير راجع إلى خبرة ماضية في حياة الفرد أو خبرات أخرى تثير لديه القلق، وهذا العلاج يعتمد على عدة أساليب منها التحصين التدريجي، الاسترخاء، العلاج بالعمر، التعزيز... الخ.

- التحصين التدريجي

يرى علماء النفس السلوكي أن القلق سلوك مكتسب يمكن التخلص منه واختزاله إلى أدنى حد ممكن ونجد " بافلوف " صاحب الفعل الشرطي يمكنه استخدام مثيرات محايدة للتخفيف من القلق، وكذلك الفعل الشرطي الإجرائي كما قدمها " سكرن " (عثمان، 2001، ص144).

والفعل المنعكس الشرطي عبارة عن فعل يتشكل من تزامن بين مثير محايد وبين مثير طبيعي يؤدي إلى استجابة، مثل الطفل الذي يخاف من الظلام نتيجة ارتباط الظلام (مثير محايد) مع عقاب بدني يحصل عليه، وبتكرار هذا الارتباط الشرعي بين المثيرين يكتسب الطفل استجابة الخوف من الظلام (عثمان، 2001، ص144).

والتحصين التدريجي هو بناء هرم من المخاوف بحيث يقع في قاعدته الأشياء الأقل في الخوف ثم الأشياء الأكثر في الخوف، ثم يقدم للمريض أقل المخاوف، ثم أكثرها حتى يصل المريض إلى السيطرة على جميع مخاوفه، بطريقة واقعية مثل الذي يخاف من الحشرات نجعله يواجه الحشرة حتى يستطيع أن يمسكها ويتعامل معها (عثمان، 2001، ص144).

- العلاج بالغمر:

حاول علماء النفس أمثال " بافلوف " و"سكرن" أن يعالجوا المرضى الذين عندهم مخاوف من الأماكن الفسيحة، وبالتالي فإن وضع المريض في نفس الموقف مرة واحدة، بحيث يجعله يتعود على الموقف ذاته، فإن المريض يمكن أن يشفى ولكن قد يحتاج المريض

إلى بعض المهدئات حتى تساعد المريض في التخلص من الخوف (عثمان، 2001، ص144).

8-3 - العلاج الدوائي (الطبي):

من أهم الأدوية المسكنة والمهدئة (Benzodiazepine) وتسمى بالصغرى، وهناك المسكنات الكبرى أو مضادات الذهان، ويمكنه استعمال جرعات ضئيلة كمضادات القلق (السليبريد Sulpiride)، (رسبيردال Respaldare)، (هالدول Haldol)، (أمسبرلايد Amsalpri) و(سيركويل Serquel).

إن التطور الهام للمعالج هو استعمال مضادات الاكتئاب الحديثة وكان لها فعالية في معالجة القلق، إلا أن أعراضها الجانبية كانت كثيرة، أما مجموعة الأحداث فهي مثبطات إعادة الامتصاص "السيروتونين" وتشمل عدة أدوية، وأعراضها الجانبية قليلة، أما العلاج الوحيد للقلق العامل النفسي هو (Buspiro) وهو علاج بطيء يأخذ أسبوعين و لا بد أن يراعي أن علاج القلق يتطلب فترة من 6 أشهر إلى سنة (سرحان، 1999، ص42). ومن مميزات العقاقير تحقيق استرخاء العضلات وتنويم الفرد (معيزة، 2002، ص75).

8-4 -العلاج البيئي الاجتماعي:

يعتمد على إبعاد المريض عن مكان الصراع النفسي، أو الصدمة الانفعالية التي تسبب له القلق، وأحيانا يتطلب الأمر تغيير الوضع الاجتماعي سواء العائلي أو في العمل (عبد الله، 2000، ص157).

يرتكز هذا العلاج على تعديل العوامل البيئية ذات الأثر الملحوظ مثل العمل وتخفيف أعباء المريض، وتخفيف الضغوط البيئية ومثيرات التوتر، فالعلاج الاجتماعي، الرياضي، والرحلات و الصدقات والموسيقى كلها تلعب دورا في الحد من اضطراب القلق.

8-5 - العلاج الديني:

يهدف هذا العلاج إلى مساعدة المريض على التخلص من مشاعر الذنب التي تهدد أمنه النفسي، وكذا تقبل ذاته وإشباع حاجاته ويمر العلاج الديني بما يلي:

-التوبة: وهي المدخل إلى المغفرة، وتفتح أمام الإنسان الأمل في تطهير النفس وتؤدي إلى تأكيد الذات كما تؤدي إلى تقبل الإنسان إلى ذاته بعد أن كان ناقما عليها.

-تكوين الاتجاهات والقيم الجديدة: وهذا يعني أن الإنسان يبدأ في تكوين اتجاهات وقيم جديدة، فيقبل ذاته وتنمو لديه القدرة على ضبط النفس، وتحمل المسؤولية، والقدرة على تكوين العلاقات الاجتماعية (محمود، 2007، ص 404).

وكذلك الركن الثاني من أركان الإسلام، الصلاة التي هي فريضة على كل مسلم، وفيها راحة للنفس، تقوي الإيمان، وتركز النفس من ارتكاب المعاصي، لقول رسول الله صل الله عليه وسلم: "أرحنا بها يا بلال" (حديث شريف).

نستنتج من خلال ما سبق ذكره أن العلاجات الحديثة للقلق لها عدة أساليب وذلك وفق إمكانيات المعالج، ومدى درايته بالتقنيات والوسائل العلاجية، ويعد القلق من أكثر الأمراض النفسية استجابة وقبولاً للعلاج، ومن أهم العلاجات نجد العلاج النفسي الذي يركز على تقوية الأنا المريض، وتحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور باستخدام التداعي الحر، أما العلاج السلوكي ركز على أن القلق ناتج عن مثير سواء كان هذا المثير راجع إلى خبرة ماضية أو خبرات أخرى في حياة الفرد، هذه الخبرات تثير لديه القلق، وهذا العلاج يعتمد على أساليب متعددة منها: التحصين التدريجي والاسترخاء والعلاج بالغمر... إلخ، ومن حالات القلق نجد أيضا العلاج الدوائي الذي يعتمد على العقاقير التي تعمل على الاسترخاء والتنويم من خلال استرخاء عضلات الفرد، من أجل تحقيق الراحة والسكينة وإزالة التوتر والقلق، ومن أهم الأدوية المسكنة والمهدئة "Benzodiazepine"، "Sulpiride" و"Serquel".

أما بالنسبة للعلاج البيئي الاجتماعي فيركز على إبعاد المريض عن مكان الصراع النفسي أو الصدمات الانفعالية التي تسبب له الألم النفسي والقلق، بينما العلاج الديني يهدف إلى مساعدة المريض على التخلص من مشاعر الذنب التي تؤثر في نفسيته، وهذا يتقرب المريض بربه عز وجل بالتوبة والصلاة التي تقوي الإيمان وتركز النفس.

خلاصة

نستخلص مما سبق عرضه أن القلق هو مرض من أمراض العصر لأنه أساس الاضطرابات والأمراض النفسية المنتشرة في جميع المجتمعات، فهو حالة من التوتر والخوف، نتيجة توقع حدوث خطر ما في الحاضر والمستقبل، فالقلق المرضي يقترن بخوف و فزع لا يعرف الفرد مصدره، وتكون أسبابه لاشعورية، و الفرد يعجز عن السيطرة عليه، ومن ثم فإن القلق يهز أركان شخصية الفرد، كما يظهر كعرض في كل الاضطرابات النفسية و العقلية، وفي الحقيقة يعتبر العامل الأساسي في نشوء الأمراض النفسية. و هذا ما أكدته مختلف نظريات علم النفس و التي تناولت موضوع القلق، وسعت هذه النظريات إلى إيجاد علاج له فتتوعد طرق علاجه، وكل معالج يعالج القلق حسب الإطار النظري الذي تبناه.

الفصل الثالث:

القلق لدى المرأة الحامل المقبلة على

الولادة (قلق الولادة)

تمهيد

- 1 - مفهوم قلق الولادة
- 2 - مفهوم الحمل
- 3 - التغيرات المصاحبة لفترة الحمل
- 4 - المعاش النفسي للمرأة الحامل
- 5 - العوامل المؤثرة على الحمل
- 6 - بعض الأمراض التي تعاني منها المرأة الحامل
- 7 - مفهوم عملية الولادة
- 8 - طرق عملية الولادة
- 9 - الرعاية بالمرأة الحامل أثناء مراحل عملية الولادة

خلاصة

تمهيد

يعتبر الزواج رابط مقدس بين الرجل والمرأة، والذي يهدف إلى تكوين عائلة ونجاب الأطفال، فأكثر ما يفرح الزوجين هو سماعهم خبر قدوم فرد جديد إلى الأسرة، لتبدأ التحضيرات لاستقبال المولود الجديد، لكن بالرغم من السعادة التي تغمر المرأة في فترة حملها إلا أنها كثيراً ما تعاني، لأن المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعاني من القلق بصورة كبيرة أثناء الحمل، وتخاف من المجهول، كذلك تخاف على صحة جنينها وولادته بصفة طبيعية، بالإضافة إلى مخاوف أخرى تتعلق بالآلام المصاحبة لعملية الولادة على سبيل المثال إخراج الجنين وما يتبع ذلك من تدخل جراحي، فالتغيرات النفسية والفيزيولوجية المصاحبة للحمل كلها عوامل تؤدي إلى تغير في نفسية المرأة، وتختلط الأحاسيس عليها من السعادة إلى الكآبة والأسى والخوف والقلق.

وفي هذا الفصل سنتطرق إلى مفهوم قلق الولادة والحمل، وأهم التغيرات المصاحبة للحمل، مع ذكر المعاش النفسي للحامل وبعض العوامل والأمراض التي تؤثر عليها وعلى جنينها، مع إدراج مفهوم عملية الولادة وطرقها، وكذلك رعاية المرأة الحامل أثناء كل مرحلة من مراحل الولادة.

1 - مفهوم قلق الولادة

يعتبر قلق الولادة عاملاً بارزاً أثناء الحمل ويكون ظهوره بعدة أشكال كالشعور بالتعب والميل إلى الانهيار والى الكآبة، فهو حالة من التوتر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث للمرأة الحامل مع اقتراب موعد ولادتها وفيما يلي عرض لمفهوم قلق الولادة:

يعد قلق الولادة أمراً شائعاً لدى كثير من النساء لدرجة أنه تحول إلى مرض نفسي قائم بذاته، أطلق عليه اسم قلق المخاض، ويحدث ذلك القلق بالرغم من أن أجساد النساء مهياة للقيام بمهمة الولادة، وعلى الرغم من أن الولادة من أجل اللحظات التي تمر في حياة المرأة الحامل إلا أن مجرد التفكير في الولادة قد يسبب هلعاً وخوفاً وقلقاً لكثير من النساء

(www.sohati.com/article/).

يعرف قلق الولادة على أنه شعور غامض وحالة من الترقب، والخوف، والتوتر من عملية الولادة مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز اللاإرادي، وضيق في التنفس والصداع، وأعراض نفسية كفقدان القدرة على التركيز، ومخاوف سواء كانت على الجنين أو على صحة الأم بشكل عام (الهمص، 2010، ص9-10).

ويعرف القلق على أنه جانب هام من الجوانب النفسية التي تصاحب الحمل هو عامل قادر بذاته على منع حدوث الحمل من بادئ الأمر، كما أن قلق الولادة يحدث للمرأة الحامل بسبب مخاوف كثيرة منها: المضاعفات العضوية التي يمكن حدوثها في فترة الحمل وأيضا الخوف من التشوهات الخلقية للجنين أو موته داخل الرحم، بالإضافة إلى المخاوف من الآلام المصاحبة لعملية الولادة (عبد الناصر، دت، ص132-133).

نستنتج من خلال ما سبق عرضه أن قلق الولادة هو شعور غامض أو حالة من الترقب مشوب بالتوجس والخوف والتوتر من عملية الولادة مصحوب ببعض الأعراض تكون نفسية وجسدية.

2 - مفهوم الحمل

يعد الحمل أحد الوظائف المهمة للزواج، كونه النتيجة المترتبة عن السلوك الجنسي الذي يمارس باعتباره مصدرا من مصادر اللذة أو السعادة في الحياة الزوجية، وباعتباره مؤديا للإنجاب الذي يعد الطريقة الأساسية لحفظ النوع الإنساني.

الحمل هو تلقيح بويضة بواسطة نطفة واستقرار هذه البويضة الملقحة في تجويف الرحم في الحالات الطبيعية أو خارجة عن الرحم في الحالات الغير طبيعية.

يعرف أيضا أنه مرحلة تكوينية تمتد من لحظة الإخصاب إلى الميلاد، و يبلغ الحمل تسعة أشهر قمرية، ففي هذه الفترة تتضاعف الخلية أو البويضة الملقحة ليصل عدد الخلايا إلى "30" مليون خلية تقريبا، كما تتضاعف وزنها ليصل إلى مليون ضعف و تتحول إلى نظام جسمي معد (بن عكوش، 2014، ص44).

والحمل هو الفترة الزمنية التي تبدأ باندماج الحيوان المنوي في البويضة وتنتهي بإخراج الإنسان الجديد (إيلول، 2011، ص22).

حيث يحسب من الأول إلى آخر عادة شهرية للمرأة، و يبدأ الحمل عندما يقذف الرجل، أعداد هائلة من النطاف تتراوح ما بين (40 إلى 350 مليون نطفة) إلى داخل المهبل، تتحرك هذه النطف نحو المادة المخاطية المتجمعة بداخل المهبل، و خلال معظم المدة التي تستغرقها الدورة الطمثية، تكون تلك المادة المخاطية غليظة القوام، فتشكل بذلك بيئة مادية، تحول دون سهولة حركة النطف نحو عنق الرحم، فتصير بذلك حاجز يخفف سرعة انطلاقها لكن قبل الإباضة ببضعة أيام ترق المادة المخاطية، و تصير أكثر صفاء مما يسهل حركة النطف داخل الرحم عبر عنق الرحم (الرواجبة، 1999، ص 8).

لكن من بين الملايين الكثيرة من النطف السابحة، لا تستطيع بلوغ مكان البويضة، فيبلغ سوى عدد صغير نسبيا من النطف فقط، هي التي تتولى اختراق نواة البويضة، وتتدمج معها مكونا ما يسمى البويضة المخصبة أو الملقحة و هذا التخصيب يحدث داخل قناة فالوب، والأسرع منها هو الذي ينجح في إحداث هذا التلقيح (الحسيني، 2004، ص5).

نستنتج من خلال ما سبق ذكره أن الحمل هو تلك اللحظة الحاسمة، التي ينجح فيها حيوان منوي من جسم الرجل في اختراق بويضة من جسم المرأة بعد الاتصال الجنسي وبعد عملية القذف، ويعتبر الحمل من أخرج الفترات في حياة المرأة، فخلاله يتكون في أحشائها جنينا، الذي يشعرها بالأمومة التي هي مجموعة من المنبهات والمؤثرات والاستجابات الفطرية بين الوليد ومن يرافقه طويلا (أمه).

وهذا يفرض عليها مهمة خطيرة وشاقة، وهي توفير كل سبل السلامة لهذا الحمل

حتى يولد الطفل حسنا صحيح البيان.

3 - التغيرات المصاحبة لفترة الحمل

يقوم جسم المرأة خلال أشهر الحمل بمهمة رائعة ألا وهي احتضان المخلوق الجديد الذي يتكون في داخلها، فيتطور جسمها ويتحول يوما بعد يوم، وشهرا بعد شهر من أجل

إيواء الطفل وتغذيته وحمايته، وتشارك بهذه العملية كل أعضاء المرأة، ووظائف جسدها وتضطرب حالتها النفسية والجسدية ويصيبها وابل من الشعورو الأحاسيس الجديدة ويتغير شكلها وتتبدل صفاتها، ويبقى لكل امرأة تجربة ذاتية غنية بالتفاصيل تميزها من غيرها، بالطبع إن الحمل تجربة تتميز بالتفاصيل الخاصة التي تتصف بها كل امرأة، ولكن بالرغم من هذا فإن هنالك عدد من التحولات والتقلبات والتغيرات النفسية والفيزيولوجية التي تشترك فيها جميع النساء الحوامل.

وفيما يلي عرض لأهم التغيرات النفسية والجسدية التي تعاني منها المرأة الحامل المقبلة على الولادة.

3-1- التغيرات النفسية المصاحبة لفترة الحمل:

إن للمرأة الحامل المقبلة على الولادة تمر بتغيرات نفسية مع كل فترة من فترات الحمل، وهذه التغيرات تؤثر على نمط حياتها وعلى أنشطتها المختلفة، وفيما يلي عرض لهذه التغيرات:

3-1-1- التغيرات النفسية في الثلث الأول من الحمل (الأسبوع الأول إلى الأسبوع 12):

تحدث العديد من التغيرات النفسية منذ لحظة علم المرأة بأنها حامل، حيث أنه في الأسابيع الأولى قد لا تبدو المرأة مختلفة من الخارج لكن التغيرات تحدث داخل جسمها، تتغير الحالة العاطفية لتصبح أكثر حساسية من ذي قبل بسبب التغيرات الهرمونية.

إن التغيرات العاطفية تكون مفاجئة وتبرز أكثر عند بعض النساء وهي مرتبطة بمبنى شخصيتها، ونوع الضغط الذي تواجهه والدعم العاطفي الذي تتلقاه.

بما أن احتمال حدوث الإجهاض يصل إلى "20%" الثلث الأول فإن المرأة قد تصاب بالقلق بشأن ما إذا كان الحمل سيستمر أو لا، ويزيد التوتر والقلق خاصة في الثلث الأول من الحمل، خاصة إذا كانت المرأة تعرضت إلى الإجهاض في الماضي

(<https://baby.webted.com/articles/14106>).

إن المرأة في الثلث الأول من الحمل تحتاج إلى التحدث مع صديقة أو أخصائي نفسي، فهذا مفيد خاصة إذا كانت تشعر بأن مشاعر القلق والتوتر بدأت تعرقل أنشطتها اليومية، ومن الضروري الراحة النفسية للمرأة في الثلث الأول، ولتحقيق الراحة يجب إتباع تقنيات الاسترخاء لمساعدتها على التحرر من الضغوط مثل التأمل، اليوغا... إلخ، لأن الاسترخاء مفيد في فترة الحمل.

3-1-2- التغيرات النفسية في الثلث الثاني من الحمل (الأسبوع 13 إلى الأسبوع 28):

بعد التوتر النفسي والقلق الذي رافق الثلث الأول من الحمل فمن المتوقع أن يكون الثلث الثاني أسهل، ولكن لا تزال هناك بعض المشاكل التي يمكن أن تظهر خلال الثلث الثاني من الحمل خاصة الأشهر من (4-6) يكون الشعور بشكل عام جيدو عادة يختفي الخوف من حدوث إجهاض، وتتضاءل الآثار الجانبية المزعجة للثلث الأول من الحمل. أهم حدث خلال الثلث الثاني يحدث عندما تشعر الأم بحركات الجنين في الحمل، عادة في الأسبوع العشرين من الحمل (<https://baby.webted.com/articles/14106>).

من الناحية النفسية قد يزيد شعور المرأة نحو اعتمادها على الزوج، فقد تحتاج إليه أكثر من المعتاد ويمكن أن ترتاح إذا كان زوجها متفاعل ومتجاوب معها ويمكن دعمها في ظل هذه التغيرات النفسية التي تحدث لها.

3-1-3- التغيرات النفسية في الثلث الثالث والأخير من الحمل (الأسبوع 29 إلى 40):

بعد الثلث الثاني تبدأ النساء الحوامل بالتحضير للولادة سواء من الناحية الجسدية أو العاطفية، فهذه الفترة هي للترقب، لأن المرأة الحامل قد أنهت تسعة أشهر وتستعد لولادة طفل.

وفي الثلث الثالث والأخير تعاني المرأة من القلق والخوف من عملية الولادة، حيث يمكن التخفيف من هذه المشاعر بحضور دورات الإعداد للولادة.

فالمرأة الحامل التي لا ترغب في حملها سوف تظهر عليها علامات الكآبة والحزن والبكاء وهذا راجع لخوفها من الولادة.

كما أن البعض الآخر من النساء تخاف من ولادة طفل مشوه أو معاق خاصة إذا كانت تعاني من مرض ما (إيلول، 2011، ص26).

نستنتج من خلال ما سبق ذكره أن في كل مرحلة من مراحل الحمل تظهر فيها مخاوف وهموم وقلق والتوتر، تتغير فيها نفسية المرأة الحامل، لذلك يفضل التشاور مع الصديقات اللواتي يواجهن نفس الحالة، أو مع زوج المرأة وكذلك الأطباء والاستشاريين المهنيين، لتخفيف من شدة المخاوف والتخلص من قلق الولادة.

3-2- التغيرات الفيزيولوجية المصاحبة لفترة الحمل:

تحدث خلال فترة الحمل مجموعة من التغيرات الفيزيولوجية ويستمر الحمل إلى غاية 40 أسبوع ، ويتم حسابهم من أول يوم بعد انتهاء آخر دورة شهرية، ويتم تقسيم 40 أسبوع إلى ثلاث فترات تستمر كل فترة حوالي 3 أشهر، وتهتم المرأة الحامل بمعرفة التغيرات التي تحدث لها، وفيما يلي عرض لمختلف هذه التغيرات التي تمر بها المرأة الحامل المقبلة على الولادة:

3-2-1- التغيرات الفيزيولوجية في الثلث الأول من الحمل (الأسبوع الأول إلى الأسبوع 12):

خلال أشهر الحمل الثلاثة الأولى سيخضع جسم المرأة لتغيرات كثيرة، حيث تحدث تغيرات هرمونية تؤثر على كافة أعضاء الجسم تقريبا، هذه التغيرات تصاحبها أعراض تدل على الحمل وذلك منذ الأسابيع الأولى، وبالطبع يعد توقف الدورة الشهرية علامة واضحة على حدوث الحمل، ويمكن أن تشمل التغيرات الأخرى:

* غثيان في الصباح.

* تكرار التبول.

* تغير في شهية المرأة، أو ظهور الوحم كأن تشم رائحة غير موجود أو تشتهي طعاما في غير أوانه (لماضة، د ت، ص66).

* الإحساس بانتفاخ المعدة والأمعاء. (www.123esaaf.com/pregnancy/book/n-008.html).

* علامات في الثدي:

- الشهر الأول: كبر في الحجم، زيادة كمية الدم المناسبة إليه من الأوعية، وتزداد حساسية حلمة الثدي وتظهر أوردة ممتددة تحت الجلد.

- الشهر الثاني: تزداد صبغة الحلمة، ويظهر بروز حول منطقتها تسمى نتوءات مون تجمري (Montgomery's tubercles) (لماضة، د ت، ص 66).

- الشهر الثالث: إفراز شيء كاللبن يسمى (colostrum) وأحيانا يطلق عليه (السرسوب)، لكنه يكون في بواكيره، وليس غزيرا كاللبن الذي فيرزه في أول أيام بعد الولادة، والذي يسمى لبن "المسمار" (لماضة، د ت، ص 66).

* إزدیاد ضخ القلب بنسبة 50%.

* علامات في الرحم:

- یزید حجمه ویلین ملمسه.

- يمكن سماع دقات قلب الجنين بعد الأسبوع العاشر بجهاز أعد لذلك "Doptone" أو "Sonacid" (لماضة، د ت، ص 67).

يجب على كل امرأة في الثلث الأول من الحمل أن تعتني بنفسها جيدا، وتهتم بتناول وجبات صغيرة لتجنب اضطراب المعدة والغثيان، وبمرور الوقت سوف تشعر المرأة بزوال الأعراض المزعجة، ويجب أن تعرف أن كل حمل مختلف عن الآخر، كما أن أعراض الحمل تختلف من امرأة لأخرى.

3-2-2- التغيرات الفيزيولوجية في الثلث الثاني من الحمل (الأسبوع 33 إلى الأسبوع 28)

معظم النساء يجدن الثلث الثاني من الحمل أسهل من الثلث الأول، حيث يخف أو ينتهي الإحساس بالتعب والغثيان، وأيضا يبدأ حجم البطن في الكبر مع نمو الجنين، وتحدث بعض تغيرات نذكر منها:

- يزداد حجم البطن.

- يختفي الغثيان، تكرار التبول.

- يكون الرحم محسوسا في البطن وليس في الحوض.

- الإحساس بأجزاء الجنين (عند الأسبوع الرابع عشر).

- الإحساس بحركة الجنين في (16-20) من الحمل.

. (www.123esaaf.com/pregnancy/book/n-008.html)

- ظهور خطوط سمراء على البطن نتيجة تمدد جدار البطن تمديدا شديدا تحت وطأة كبر

حجم الجنين مما يسبب معه انفجار وتمزق الأوعية الدموية تحت الجلد مخلفة خطوطا داكنة

حول السرة تعرف بخطوط الحمل (Striae graidarum).

إن غالبية النساء العظمية تظهر عندهن بقع جلدية في فترة الحمل فيسود أو يغمق

لونه، ونجد هذا في أي مكان من جلد المرأة.

يرجع هذا التلون إلى نشاط الغدة جار الكلوية، وتأثير هرمونات الأستروجين

والبروجيسترون المنشطة للخلايا الصبغية في الجسم (لمامضة، د ت، ص 69).

3-2-3 - التغيرات الفيزيولوجية في الثلث الثالث والأخير من الحمل (الأسبوع 29 إلى

الأسبوع 40):

تستمر أعراض الحمل في الثلث الثالث أيضا في المرحلة الثالثة والأخيرة من الحمل،

ويضاف عليها الإحساس بصعوبة في التنفس، الرغبة في التبول بكثرة، وذلك لكبر حجم

الجنين ونموه حيث يضغط على الأعضاء الداخلية في الجسم، وتحدث تغيرات أخرى منها:

- ضيق في حركة التنفس نظرا لكبر حجم الرحم وضغطه على الحجاب الحاجز والرئتين.

- كثرة وقوة حركة الجنين.

- بروز سرة البطن.

- خروج سائل أصفر اللون من حلمي الثديين تمثل مبادئ لبن المسمار .

. (www.123esaaf.com/pregnancy/book/n-008.html)

نلاحظ ظهور تقلصات والتي يمكن أن تكون علامة من علامات الولادة، كلما إقترب موعد ولادة المرأة، يصبح عنق الرحم أرق وأخف، و هذه عملية طبيعية تساعد على فتح قناة الولادة (المهبل) خلال عملية الوضع.

4 - المعاش النفسي للمرأة الحامل:

يعرف المعاش النفسي على أنه الحياة الداخلية أو الإحساس الباطني للفرد المرتبط بتجربة أو موقف ما، وهذا الإحساس يختلف باختلاف المواقف والوضعيات التي يعيشها الفرد في حياته، هذه الوضعيات سواء كانت دائمة أو مؤقتة.

فالمعاش النفسي للمرأة الحامل هو الواقع النفسي أو مجموعة الحالات النفسية التي تنتاب المرأة لمدة غير محددة، مؤثرة بذلك على كل علاقاتها، وهذا الواقع النفسي يحمل مشاعرو آليات نفسية تولد مخلفات نفسية سلبية تتمثل في: القلق، التوتر، الإحباط، الجرح النرجسي، الشعور بانحطاط القيمة والخوف الشديد من الآلام المصاحبة لعملية الولادة.

إن المرأة خلال فترة الحمل تمر بظروف نفسية عديدة وهي:

- الرغبة وعدم الرغبة في الحمل: يتفق مختلف الباحثين في هذا المجال على أن الرغبة وعدم الرغبة في الحمل تعتمد على مدي الاتجاهات وتعتمد هذه الأخيرة بدورها على العوامل التالية:

- الإحساس بالهوية الأنثوية: كلما كانت المرأة متقبلة لدورها الأنثوي وفخورة به، كلما كانت فرحة بالحمل، ومتقبلة له هذا يجعل فترة الحمل من الفترات السعيدة في حياتهم رغم المتاعب الجسدية. أما المرأة الكارهة لدورها الأنثوي فإنها تعاني معاناة شديدة في كل المراحل (إيلول، 2011، ص50).

وقد يحدث عدم التكيف بسبب الشخصية المضطربة لأحد الزوجين، أو التقبل القليل للحمل أو قلة الدعم أو عدد كبيرو غير 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 (الهمص، 2011، ص38).

كما أن التقبل القليل للحمل، يجعل المرأة الحامل كثيرة الشكوى من الأعراض الجسدية والنفسية طوال فترة الحمل، حيث نجدها تخجل من مظاهر الحمل، وتتوارى من الناس كلما كبر بطنها وربما تخفي خبر حملها لعدة شهور.

- **توقيت الحمل:** إن الحمل في بداية الزواج له فرحته واستقباله الإيجابي، أما عند المرأة الحامل في سن الأربعين من عمرها فإن الحمل لا يكون له مثل هذه المشاعر بل العكس تنزعج منه وتخجل من إعلانه.

- **المعتقدات السائدة حول الحمل والولادة:** هناك بعض السيدات ينظرن إلى الحمل ببساطة في حين أن البعض من النساء تكون لديهن معتقدات مخيفة عن الحمل والولادة، وهذه المعتقدات المخيفة تجعل المرأة في حالة توتر ورجب طوال فترة الحمل (إيلول، 2001، ص51).

كما تعاني المرأة الحامل الكثير من الضغوطات ليس فقط نتيجة التغيرات التي تطرأ عليها أثناء فترة الحمل، وإنما نتيجة المشقة المتلاحقة، التي لم تواجهها قبيل فترة الحمل، إذ تواجه أثناء فترة حملها العديد من المواقف الضاغطة التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها، وأحداث قد تتطوي على الكثير من مصادر التوتر والتهديد في كافة أشهر حملها، وتعيش في حالة التوتر والإجهاد الذين يؤثران بشكل مباشر على صحتها وصحة جنينها (السوالمه، 2012، ص399).

وهذا ما يجعل المرأة تأخذ فكرة سلبية على أن الحمل مجرد ألم ومشقة وتعب ومعاناة لا أكثر، وهذه المعتقدات السلبية تؤثر على حالتها النفسية مما تنعكس على حالتها الجسدية.

- **العلاقة بالزوج:** كلما كان الزوج عطوفا وحنونا ومتفهما كان الحمل منه مرغوبا، وبالتالي تظهر فرحة الأم بالحمل، في حين أن المرأة التعيسة مع زوجها تعتبر الحمل عبئ ثقيل عليها، والأسوأ أنها تفرغ كراهيتها في جنينها وكأنها تحمل في أحشائها جزء من هذا الزوج والذي ترفضه بسبب معاناتها (إيلول، 2011، ص51).

نستنتج من خلال ما سبق ذكره أن الحمل والولادة هما تجربة مهمة تشمل العديد من التغيرات التي تؤثر على نفسية المرأة، لذا يجب على المرأة الحامل أن تكون تحت رعاية خاصة، كما يجب عليها أن تتخلص من كل المشاكل وتتنظر إليها نظرة إيجابية لا سلبية، وهذا من أجل سلامتها وسلامة جنينها.

5- العوامل المؤثرة على الحمل:

تعتبر فترة الحمل من أكثر الفترات الحساسة التي تمر بها المرأة والتي تتطلب عناية واهتماما بشكل مستمر، ويجب عليها أن تهتم بصحتها وتغذيتها لأن ذلك ينعكس على صحة جنينها، فكلما كانت صحة الأم أفضل كانت صحة الجنين أفضل، وهناك أيضا بعض العادات الخاطئة التي تمارسها المرأة أيضا العديد من المؤثرات التي من شأنها الإضرار بصحة المرأة والجنين، لذا يجب عليها المرأة أن تدرك أن كل المؤثرات النفسية والجسدية التي تؤثر فيها، تنتقل إلى جنينها وتؤثر فيه، ولهذا السبب على المرأة أن تتجنب كل العوامل والتهديدات التي تلحق الضرر بها وبالجنين.

وفيما يلي سنسلط الضوء على أبرز العوامل التي تؤثر على الحمل:

5-1- الحالة الانفعالية للأم:

إن الحالة الانفعالية للمرأة تؤثر على انفعالات الجنين وتكوينه، لأن انفعالات الأم مثل الغضب والخوف، والقلق تثير الجهاز العصبي اللاإرادي منتجة مواد كيميائية تسير في الدم، وتؤدي إلى تغيير التمثيل الغذائي للمواليد (الهمص، 2010، ص39).

إن الحالة الانفعالية تلعب دورا هاما في نمو الجنين، فقد اكتشفت اليامور ولسمان (Elyanre Willessen) أن الضغوطات الانفعالية تؤدي إلى تزايد إفراز الغدد الصماء خاصة الأدرينالين، بالتالي تظهر لدى الجنين ما يظهر لدى الأم من تغير في سرعة ضربات القلب، التنفس، ضغط الدم ومن جهة أخرى فإن الحالة الانفعالية للأم تؤثر على عملية الولادة، فتجعلها أكثر صعوبة، ما يعرض الطفل أحيانا إلى الاختناق نظرا لنقص الأكسجين (إيلول، 2011، ص34).

نستنتج من خلال ما سبق ذكره أن تعرض المرأة لأي انفعالات أو شعورها بالتوتر والقلق والخوف الزائد من شأنه أن يستثير الجهاز العصبي الذي يؤدي إلى حدوث اضطرابات في إفراز الغدد وتغير التركيب الكيميائي للدم، الأمر الذي يؤثر على الجنين لذلك تنصح المرأة الحامل بالابتعاد عن أي مصدر للقلق أو الاكتئاب، وعدم الانفعال المستمر أثناء الحمل.

5-2 - غذاء الأم:

كي يصل الجنين إلى كفايته الغذائية لابد أن توفر المرأة الحامل التغذية الضرورية، بمعنى أن التغذية الفقيرة أثناء فترة الحمل قد تسبب ضررا للمرأة أكثر من الجنين، فإذا لم تتناول المرأة الحامل الكالسيوم (Calsium) بصورة كافية مثلا فإنه يتحول من عظامها وأسنانها لكي يسد حاجات الجنين وفي حالة النقص الشديد في البروتينات الشديد في البروتينات (Proteine) فقد أشارت دراسة كل من بيرش (1971) Pirch، وسيرمشو Sermchou 1969 فإنه ينتج مواليد أقل في معدلات ذكائهم (بن عكوش، 2010، ص59). كما أن توفر كمية كافية من البروتين ضرورية لنمو الجهاز العصبي للجنين، وإن الجرعات الزائدة من الفيتامينات تسبب مشاكل لنمو الجنين، وهذا ما أثبتته الدراسات العيادية مثل زيادة كمية من الفيتامين D تسبب في رسوب الكالسيوم في العظام (إيلول، 2011، ص34).

ومن أجل التوضيح أكثر، سوف نعرض جدول نبين فيه الغذاء المطلوب للمرأة الحامل مع الكمية المناسبة التي يجب أن تحافظ عليها:

جدول رقم (1): يبين الغذاء المطلوب للمرأة الحامل وكميته.

الغذاء	الكمية
البروتينات	60 غرام
فيتامين (أ)	800 ميكرو غرام
فيتامين (د)	10 ميكرو غرام
فيتامين (ي)	10 ميكرو غرام
فيتامين (ك)	65 ميكرو غرام
فيتامين (ج)	70 ميكرو غرام
فيتامين (60)	2.2 ملغ
بناسين	17 ملغ
إيبوفلافين	1.6 ملغ
فوليت	400 ميكرو غرام
كالسيوم	1200 ميكرو غرام
يود	175 ميكرو غرام
فوسفور	120 ميكرو غرام
حديد	30 ملغ
مغنزيوم	320 ملغ
زنك	15 ملغ

(بن عكوش، 2014، ص60)

عموماً يعتبر غذاء المرأة الحامل من أهم العوامل التي تؤثر في نمو الجنين في مرحلة ما قبل الميلاد، فالغذاء الذي تتناوله المرأة الحامل يلعب دوراً هاماً في سلامة صحة الجنين، لكن عدم التكامل بين العناصر الغذائية التي تتناولها المرأة يؤثر تأثيراً مباشراً على صحة الجنين، لذلك يجب على الحامل الحفاظ على نسبة البروتين والكالسيوم والحديد في الجسم، لأن سوء التغذية من أكبر الأخطار التي تهدد نمو الجنين.

5-3 - عمر الأم:

يرتبط عمر المرأة الحامل بمستوى نموها ونضجها الجسمي، فالمرأة التي لم تصل إلى درجة كافية من النمو الجسمي والنضج الكافي وخاصة قبل السن العشرين، تحتاج إلى تغذية

ورعاية كافية لنموها مما يعوق عملية النمو الصحيح والسليم للجنين، والذي يعتمد كلياً على التغذية من أمه، وبالتالي سوء التغذية للأم يؤدي إلى الضعف الشديد وتعرضها للإصابة بالأمراض مما ينعكس وبصورة مباشرة على صحة الجنين.

قبل سن "21" من العمر فإن الجهاز التناسلي الأنثوي يكون غير مكتملاً ولا تصل الهرمونات اللازمة للعمل إلى أقصاها ثم إن الأنثى قبل أن تكون مسؤولة عن بناء جسم الوليدة فإنها أولاً بحاجة إلى تكوين البنية الأساسية اللازمة لأجهزتها العضوية المختلفة، وفي حاجة ماسة لمواد غذائية بناءة من بروتينات وفيتامينات ولذلك فإن الحمل في هذا السن يسبب إجهاداً، مع ارتفاع معدل الوفيات، أما بعد "35" فإن النشاط الهرموني يتناقص بالتدرج، وبالتالي يتعرض الجنين إلى اضطرابات عديدة كالتخلف العقلي، تشوهات خلقية مثل أمراض السمع، تشوهات الجهاز المركزي (أيلول، 2011، ص36).

نستنتج من خلال تم عرضه أن حدوث الحمل في سن ما قبل 21 فيكون ضاراً نظراً لعدم نضج الجهاز التناسلي للمرأة، أما حدوث الحمل بعد سن 35 فيكون ضاراً نظراً لضعف وظيفة الإنجاب عند الأم وضعف مقومتها للأمراض.

لكن رغم هذه المخاطر فلا يعني ذلك أن الإنجاب قبل الواحد والعشرين أو بعد الخامسة والثلاثين خطراً في كل الأحوال، بل يوجد العديد من الولادات الصحية والسليمة في مثل هذه الأعمار.

5-4 - اضطرابات المناعة (العامل الريزوسي Rh-Factor):

إن العامل الريزوسي (RH) هو أحد مكونات الدم الذي يكون موجباً أو سالباً، فإذا اختلف نوع دم المرأة الحامل عن نوع دم الجنين يؤدي إلى تكون أجسام مضادة تخترق جسم الإنسان عن طريق المشيمة وتمنع وصول الأكسجين إلى مخ الجنين فتدمر الخلايا المخية مما يؤدي إلى ولادة طفل معاق عقلياً، وفي الحالات الشديدة يؤدي إلى وفاة الجنين (www.uobylou.edu.iq/uobcoleyes/lecture.aspxfid:1181cid:35519).

حيث تشير التقارير الطبية إلى أن حوالي 6 % من وفيات الأجنة في مراحلها ناتجة عن عدم توافق دم المرأة الحامل ودم جنينها، على سبيل المثال هناك احتمال عدم توافق بين المرأة مجموع دمها "O" وطفلها إذا كان الأب يحمل دم "AB" حيث يبدأ دم المرأة الحامل بتكوين أجسام مضادة لدم الطفل، وتؤدي إلى انحلال كريات الدم الحمراء، وبالتالي قد يولد الطفل مصاباً بالاصفرار بالإضافة إلى أمراض وعاهات أخرى مثل التخلف العقلي، وقد يؤدي إلى إجهاض أو موت الجنين بعد الولادة (بن عكوش، 2014، ص52).

نستنتج من خلال ما سبق عرضه أن العامل الريزوسي (RH) يحدث نتيجة عدم توافق دم المرأة الحامل مع دم جنينها، وهذا الاختلاف وعدم التوافق يؤدي إلى تكوين أجسام مضادة تخترق جسم الجنين عن طريق المشيمة، وتمنع وصول الأكسجين إلى مخ الجنين فتدمر الخلايا المخية مما يؤدي إلى التخلف العقلي أو الإصابة ببعض العاهات و التشوهات، وكذلك الإجهاض وحتى موت الجنين بعد الولادة مباشرة.

5-5 - تعرض الحامل للأشعة:

يعتمد تأثير الإشعاع على الجنين على كمية الإشعاع التي يتعرض لها الجنين، يؤدي الإشعاع إلى تلف المادة الوراثية (DNA) بالنواة، وإعاقة انقسام الخلايا وعند التعرض لكمية الإشعاع يتعرض الجهاز العصبي سلباً، وأهم التغيرات هي حجم الرأس والتخلف العقلي إلى جانب تشوهات عظام الجمجمة، وشلل الحنك و الشفة وتشوهات الأطراف (الهمص، 2010، ص17).

ولعل أبعث الأضرار هو ما تلحقه أشعة أكس "X" وهذا ما أكدته أحد الدراسات حيث أن 25 طفلاً عولجت أمهاتهم بالأشعة أثناء فترة الحمل يعانون من عيوب عقلية وجسمية، و 4 من 20 من هؤلاء الأطفال وجد فيهم خلل شديد في الجهاز العصبي المركزي، و 16 منهم لهم رؤوس صغيرة حالات الميكروسيفلي (Microcephalie)، وهذا الأخير هو نوع من الضعف العقلي بحيث يكون الرأس و المخ صغيرين (بن عكوش، 2014، ص64).

نستنتج من خلال ما سبق ذكره أن تعرض الحامل للأشعة (X) تعتبر من أهم العوامل ذات التأثير الخطير في نمو الجنين في مرحلة ما قبل الميلاد، ويختلف هذا التأثير وفقا للفترة الزمنية التي يحدث فيها التعرض لهذه الأشعة، فالمرأة الحامل إذا تعرضت لهذه الأشعة في الأسبوع الأول والثاني، فتكون النتيجة تدميرا كاملا للبويضة، أما إذا حدث التعرض في الأسبوعين الثالث والسادس فيؤدي إلى مجموعة من التشوهات الخلقية للجنين. لذلك ينصح بعدم تعرض المرأة الحامل في الشهور الأولى من الحمل إلى أي نوع من الإشعاعات.

5-6 - تناول المرأة للعقاقير والأدوية:

بالرغم من أن الأدوية لا تسبب التشوهات الخلقية إلا بنسبة 1% إلا أنها من الأسباب التي يمكن تجنبها.

و هناك بعض العقاقير المهدئة للأعصاب كالـ"ثاليدوميد" (Thalidonide) الذي اكتشف عام (1958)، ولقد تسبب هذا العقار في كارثة للأمهات الحوامل، فقد كان لهذا العقار تأثيرات وخيمة على آلاف من الأطفال، حيث كانت الأمهات الحوامل يتناولن هذا العقار أثناء الفترة الأولى من الحمل، وكثير من هؤلاء الأطفال كانت ولادتهم بزعانف بدلا من الأذرع والأرجل، كما أن بعض العقاقير المسكنة بالأخص مشتقات "حامض الباريتوريك" (Pariterik) ومجموعة عقاقير "النتراسكلين" (Netracecline) التي تستخدم في علاج الالتهابات، وعقار "الإستربتومايسين" (Asterpetomapisine) ويعني أدوية السعال (ابن عكوش، 2014، ص 63-64).

وبصفة عامة، يمكن أن نستخلص تأثيرات الأدوية والعقاقير على الجنين حيث تؤدي إلى: شلل الجنين، تضخم الغدة الدرقية، انخفاض الوزن عند الميلاد، نقص السكر في الدم، انخفاض معدل ضربات القلب، وكذلك موت الجنين إلى غيرها من الآثار والتشوهات والعراقيل (إيلول، 2011، ص 35).

ونستنتج من خلال ما سبق عرضه أن العقاقير والأدوية التي تتناولها المرأة الحامل أثناء فترة الحمل تؤثر بشكل مباشر على نمو الجنين مما تسبب له الإعاقة والشلل، وتؤدي به حتى إلى الموت.

و عليه يجب التنويه بأن تناول أي دواء أثناء الحمل يجب أن يكون موصوفاً من الطبيب المختص ويستمر الإشراف الطبي طوال فترة تناول الدواء بعد الموازنة بين منفعة و احتمالات تأثيراته السلبية على المرأة الحامل و جنينها.

5-7 - المخاوف التي تتعرض لها المرأة الحامل:

تخاف المرأة أثناء الحمل من عدة مواقف فهي تخاف من الحمل و آلام الولادة، فالخوف هو حالة من التوتر والقلق النفسي الذي يصيب المرأة الحامل، كما بينت بعض الأبحاث مؤخرًا وجود مجموعة من المخاوف التي تصيب المرأة الحامل وفيما يلي عرض لأهم هذه المخاوف:

* الخوف من آلام الولادة: عند اقتراب عملية الوضع فإن الخوف من آلام الولادة يزداد، حيث تعتقد أن عملية الولادة هي عملية جراحية تتألم كثيرا أثناءها وقد يحدث لها نزيف، وهذا راجع لانعدام الثقافة الصحية للمرأة.

* الخوف من الموت أثناء الوضع: تتوقع المرأة الحامل أن عملية الولادة سوف تؤدي إلى بعض المخاطر لذا نجدها تشعر بالخطر والخوف من الموت، هذا الخوف يرجع إلى مخاطر تعرضت إليها قريباتها، وتتوقع أن يحدث لها نفس ما حدث لهن (إيلول، 2011، ص32).

* الخوف من المجهول: إن القلق يكون بصورة كبيرة أثناء الحمل، فهناك خوف من المجهول، ومخاوف على صحة الجنين وعلى ولادته بصورة طبيعية، بالإضافة على مخاوف أخرى تتعلق بالألم المصحوب أثناء عملية الولادة (الهمص، 2010، ص4).

فالحامل تخاف من المجهول الذي ينتظرها أثناء عملية الولادة وخاصة الحامل لأول مرة تكون أكثر جهل لوضعيتها، وأن المرأة تجهل ما يحدث أثناء الوضع، فإنها تستمر بالخوف (السبعي، 1980، ص138).

* المشاكل الأسرية: تتولد المشاكل الأسرية وتصبح عاملا يؤثر على المرأة الحامل خصوصا إذا كانت هذه الحامل تقطن مع أهل زوجها وهو ما يولد الصراع بينهما وبين الحماة، فهناك من يرجع الصراع إلى عدة عوامل أهمها الأنانية التي تثير بدورها الغيرة في نفس الحماة والحقد والكراهية في نفس الكنة، فإذا خلدت الحامل للنوم مثلا من جراء الحمل قد يثير ذلك توترا عند الحماة، فتأتي مضايقتها كأن تأمرها بالطهي أو غسل شيء ما وهو ما يستثير المرأة الحامل ويضعها محل العديد من الاضطرابات حيث تصاب بنوبات من الغضب ويتعدى ذلك صحتها النفسية والجسدية ليصل إلى جنينها (إيلول، 2011، ص31).

فهيمنة الحماة على الكنة واستهانة الكنة لهذه الهيمنة خصوصا إذا كانت ضعيفة الشخصية، وهو ما يولد الحقد على الحماة فكل منهما تعمل على كيد الأخرى.

نستنتج من خلا ما سبق ذكره أن النمو السليم للجنين تتحكم فيه عدة عوامل، هذه العوامل ترتبط أساسا بصحة المرأة النفسية والجسدية، فالمرأة الحامل أثناء فترة حملها تكون عرضة للعديد من المواقف الضاغطة التي تتضمن خبرات غير مرغوب بها، وأحداث قد تتطوي على الكثير من مصادر التوتر والتهديد في كافة أشهر حملها وهذا ما يجعلها تعيش في حالة من التوتر والخوف والقلق والإجهاد مما يؤثر مباشرة على صحتها وصحة جنينها، فقد ترزق بطفل أكثر عرضة بالإصابة بالحساسية، أو متخلف ذهنيا أو مشوه جسديا...إلخ.

6 - بعض الأمراض التي تعاني منها المرأة الحامل:

إن المرأة الحامل المقبلة على الولادة تصاب ببعض الأمراض أثناء فترة الحمل، فهذه الأمراض تؤثر على الجنين، وفيما يلي سنسلط الضوء على بعض الأمراض التي تعاني منها المرأة الحامل:

6-1 - ضغط الدم أثناء الحمل:

يعتبر معدل ضغط الدم من الأمور الهامة التي يجب مراقبتها خلال فترة الحمل وأي خلل في معدل ضغط الدم يعتبر مؤشرا على مشاكل خطيرة للأم والجنين، وخلال فترة الثلث الأول من الحمل يحصل اضطراب في معدل ضغط الدم للمرأة، وهذا الاضطراب يحدث

نتيجة التغيرات المصاحبة لفترة الحمل، حيث نجد في الشهور الوسطى انخفاض ملحوظ في معدل ضغط الدم، ثم يعود ليرتفع من جديد في الشهور الأخيرة من الحمل، ويحصل نتيجة نقص في تناول كميات كافية من السوائل. ووجود أمراض مثل أمراض القلب والشرايين، الحمل لأول مرة أو الحمل في سن متأخرة بالإضافة إلى الحمل بالتوائم.

تعتبر مضاعفات اضطراب ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل واحدة من أقطاب الثلاث القاتل للمرأة الذي يشمل (ضغط الدم، النزيف، الالتهاب)، إن مصطلح ضغط الدم الناتج عن الحمل يطلق لوصف أي بداية أو حمل جديد نتج عنه ارتفاع في ضغط الدم، وفي مراحل متأخرة من ضغط الدم المرتفع قد تنتج مشاكل تكون أكثر خطورة وهي تسم الحمل وتسم ما قبل الحمل (الهمص، 2010، ص15).

من أجل التوضيح أكثر سوف نعرض جدول نبين فيه نوعية ضغط الدم وكيفية

تشخيص هذا المرض:

جدول رقم (2): تشخيص ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل.

نوعية ضغط الدم المرتفع	كيفية التشخيص للمرض
ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل Gestational Hypertension	إذا كان ضغط الدم أكبر من أو يساوي "140/90 mmHg" للمرة الأولى و أثناء الحمل لا يكون هناك بروتين في البول. الضغط يرجع إلى صورته الطبيعية في أقل من "12 أسبوع" بعد الولادة، التشخيص النهائي يكون بعد الولادة، وجود ألم في فم المعدة.
تسم ما قبل الحمل Preclampsia	إذا كان ضغط الدم أكبر من أو يساوي "140/90 mmHg" بعد "20 أسبوع" من الحمل، البروتين في البول يكون أكثر أو يساوي "300mg/24Hours" وهناك زيادة عن الضغك تصل إلى أكبر من أو تساوي "160/110mmHg"، يكون هناك صداع مع تشوش في الرؤية، ألم متواصل في فم المعدة.
تسم الحمل Eclampsia	وتكون هناك تشنجات لا يكون لها سبب إلا وجود تسم ما قبل الحمل.
الضغط الدم المرتفع المزمن Chronic Hypertension	إذا كان ضغط الدم أكبر من أو يساوي "140/90mmHg" قبل الحمل أو تم تشخيصه قبل الأسبوع 20 من الحمل.

(الهمص، 2010، ص16).

نستنتج من خلال عرض الجدول أن ارتفاع ضغط الدم يعني زيادة قوة التضغط بين الشرايين الحاملة لهذا الدم إلى مستويات أعلى من المستوى الطبيعي، وقد يحدث هذا المرض في فترة الحمل فيما يعرف بحالة (تسم الحمل).

* الإنسمام الحلمي:

ويقصد به مرض تسم الحمل وهو مرض المراحل الأخيرة للحمل، حيث يكون ارتفاع الضغط مصحوبا بأمراض كبدية أو عصبية أو دموية أو كلوية، ومن العلامات والمؤشرات المنذرة بحدوث هذه الآفة هو التطور السريع للإنتفاخات وخاصة في الوجه والأيدي، بجود ارتفاع ضغط الدم تصادف خلافا في وظائف الكبد (الهمص، 2010، ص16).

* علاج الإنسمام الحلمي:

يجب على المرأة الإسراع في العلاج، لأن الإنسمام الحلمي يشكل خطرا عليها ويهدد حياتها وحياة جنينها، فكلما كان العلاج مبكرا كانت نتائج العلاج إيجابية للمرأة الحامل. يجب على المرأة المتابعة المنتظمة والدورية عند الطبيب المختص لاكتشاف أي تغيرات تطرأ عليها وعلى جنينها، وعند إحساسها بأي من الأعراض التالية يفضل استشارة الطبيب المعالج:

- وجع بالرأس (صداع).

- تشوش الرؤية.

- تورم بالوجه والقدمين.

- ألم بالمعدة.

- ظهور البروتين في تحليل البول. (www.123sauf.com/pregnancy/book/n.001.html)

حين يتم تشخيص المرض يتحتم قبول المريضة في المستشفى، حيث أن المرض يمكن أن يتطور بسرعة إلى حدوث الاختلاجات، والإجراء الطبي الحتمي الذي يجب اتخاذه هو الإسراع في إنزال الحمل، والذي يمكن اللجوء إليه على الفور فيما إذا كان حجم الجنين

ونضجه كافياً، أما إذا لم يكن النضج كافياً فنلجأ إلى تقديم الراحة اللازمة للحامل، نومها على السرير و إعطائها الأدوية المضادة لارتفاع الضغط (الهمص، 2010، ص17).
 نستنتج من خلال ما سبق عرضه أن المرأة تعاني من اضطراب ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل، لأن المرأة الحامل في هذه الفترة معرضة لمجموعة من الضغوطات النفسية، التي قد تنعكس سلباً على حالتها الجسدية، والتي تعرف بالأمراض النفس جسدية، بمعنى السيكوسوماتية، ومرض ضغط الدم يعتبر من بين الأمراض الأكثر خطورة التي تهدد صحة كل من المرأة و الجنين.

6-2 - مرض السكري أثناء الحمل:

إذا كانت تجربة الحمل تشكل تحدي كبير للمرأة طوال فترة الحمل، فإن المرأة الحامل المصابة بمرض السكري تواجه تحدي أكبر يستوجب عليها تحمل الأعباء الجديدة للحمل بالإضافة إلى الأعباء الصحية لمرض السكري، و فوق كل ذلك فهناك مخاوف كبيرة على سلامة الجنين و المرأة معاً، لذا يجب على المرأة الحامل المصابة بالسكري المتابعة المستمرة لمستويات السكر بالدم، و السيطرة عليها باستخدام أدوية علاج السكر كما يحددها الطبيب المعالج.

ولقد تزايدت الإصابة به في الآونة الأخيرة، حيث يكون الجسم عاجزاً عن استغلال المواد السكرية، و النشوية و تحويلها إلى نشاء حيواني، غليكوجين، و تخزينها في الكبد، لاستهلاكها ضمن نظام خاص في كل خلية من خلايا الجسم، ومرض السكري على ثلاث درجات من الشدة " خفيف، متوسط، شديد" (الهمص، 2010، ص 13).

وفي مرض البول السكري تشح كمية هرمون الأنسولين الذي تفرزه جزر خاصة في غدة البنكرياس، ويزداد هذا الشح بكمية هرمون الأنسولين أثناء الحمل، و الأنسولين يكبح الأدرينالين في تحريضه لمخازن النشاء في الجسم، لتتخلى عنه إلى الدم. و قبل اكتشاف الأنسولين كان من النادر أن تحمل امرأة مصابة بمرض السكري و تحتفظ بالحمل إلى آخره،

واكتشاف الأنسولين وإدخاله ميدان المعالجة الطبية هيأت للمصابات بالسكري إمكانية الحمل واستمراره تحت مراقبة الطبيب (الهمص، 2010، ص14).

ومن المشاكل الشائعة بين أطفال الأمهات المصابة بالسكري حالة تسمى "العملقة" بمعنى آخر أن يكون جسم الطفل كبير وهذه الحالة تحدث بسبب عدم السيطرة على مستويات السكر في دم المرأة وارتفاعه مما يؤدي إلى وصول كميات كبيرة من السكر إلى دم الجنين، والذي يحاول جسده التخلص من الكميات الزائدة من السكر عن طريق تحويلها إلى دهون، مما يؤدي إلى كبر حجمه عن الحجم الطبيعي، وفي بعض الأحيان قد يصل الأمر إلى عدم إمكانية الولادة الطبيعية واللجوء إلى العملية القيصرية بسبب كبر حجم الجنين.

-علاج مرض السكري أثناء الحمل:

يجب على المرأة أن تسارع في علاج هذا المرض، لأن بول السكري هو مرض خطير يهدد حياة النساء الحوامل وفيما يلي عرض العلاج المناسب لمرض السكري:

- مفتاح العلاج بالنسبة لهؤلاء المرضى هو الغذاء والتمارين الرياضية.
- العلاج بصورة كبيرة يعتمد على الدافعية لدى المرأة والقدرة على تغيير نمط الحياة بالنسبة لها.

- يجب التقليل من تناول الدهون التي لها تأثيرها السيء على مستقبلات الأنسولين.
- متابعة حالة الجنين مهم جدا أثناء فترة العلاج بسبب زيادة الأمراض أو حتى حالات وفاة لدى الأجنة في مثل هذه الحالات (الهمص، 2010، ص15).

نستنتج من خلال ما سبق عرضه أن مرض السكري من بين الأمراض التي تتعرض لها المرأة الحامل خلال فترة حملها، فهو يشكل تهديدا لحياتها وحياة جنينها. لذا يجب على الحامل أن تسارع في علاج هذا الداء تحت مراقبة الطبيب المختص.

7 - مفهوم عملية الولادة:

إن عملية الولادة هي عملية شاقة بالنسبة للمرأة، حيث أنها تشمل حياتها وحياة جنينها، فبعد تسعة أشهر من الحمل تكون المرأة الحامل مستعدة ومهيأة لعملية الولادة.

والتي يمكن تحديدها أولاً يبدأ الطلق وهو تقلصات الرحم والمتابعة المصحوبة بالآلام، وظهور البشارة الثانية وهي إفرازات مخاطية ممسحة بالدم تخرج من عنق الرحم، وثالثاً انفجار الكيس الأمنيوسي واندفاع ما فيه من السائل، ليتبع ذلك خروج الجنين وأغشيته والسائل الأمنيوسي من الرحم وإطلاق الطفل صرخة الميلاد (السيد، 2008، ص 80).

عموماً تعتبر عملية الولادة أو الإنجاب من أكثر العمليات التي تؤرق المرأة الحامل فبعد تسعة أشهر من الحمل تكون المرأة الحامل مهياً لإنجاب هذا الكائن الجديد، حيث تمر بعدة مراحل تتخللها العديد من الصعوبات والآلام، والقلق والخوف فتعاني لساعات قبل أن تلد طفلها.

8 - طرق عملية الولادة:

تعتبر الولادة الحدث الأكبر إثارة في حياة المرأة، وفيما يتعلق بطبيعة عملية الولادة فتشير المراجع المتخصصة في علم نفس التطور إلى وجود نوعين من الطرق المستخدمة في ولادة الطفل، إحداهما طبيعية والأخرى قيصرية، وفيما يلي عرض بالشرح المختصر لكل من هاتين الطريقتين:

8-1 - الولادة الطبيعية (العادية):

في عام (1941) توصل الطبيب البريطاني "جرانتي" "Grantly" إلى أن الخوف هو الذي يسبب آلام الولادة، وقدم نظرية عرفت بالولادة الطبيعية تهدف إلى القضاء على الخوف عن طريق تعليم الحوامل فيزيولوجية الحمل والولادة، وتدريبهن على التنفس واللياقة، ومع منتصف القرن العشرين استخدم الدكتور "فيرنارد لامنيز" "Fernard Leunarze" طريقة تتطلب من المرأة الحامل إزالة الخوف من المجهول وتدريبها على تنويع أنماط التنفس (إيلول، 2011، ص 44).

وتحدث الولادة الطبيعية في الميعاد الطبيعي لها وبتلقائية في لحظة نزول الجنين إلى عنق الرحم، تكتمل العملية خلال 18 ساعة نزول وبدون تعقيدات وتنقسم عملية الولادة إلى ثلاث مراحل، والوقت الذي تستغرقه عملية الولادة بالنسبة إلى سيدة تلد لأول مرة هو من

(16-18) ساعة، بينما تكون في السيدات أصحاب الولادة السابقة من (2-10) ساعات، الحد الأدنى للمعدل الطبيعي لتوسع عنق الرحم خلال المرحلة النشطة يكون (1.2Cm) لكل ساعة في السيدات الحوامل لأول مرة و (1.5 Cm) لكل ساعة في الحمل لمدة أخرى. أما المرحلة الثانية بالنسبة للحوامل لأول مرة تمتد من (30 دقيقة حتى ثلاث ساعات)، بينما تكون في السيدات أصحاب الولادة السابقة من (5-30 دقيقة)، وبالنسبة إلى المرحلة الثالثة من الولادة فإنها تكون لجميع السيدات من (0-30 دقيقة) (الهمص، 2010، ص24،23).

عموما فإن الولادة الطبيعية هي ولادة طفل طبيعي مكتمل النمو خلال مدة زمنية لا تتعدى (24 ساعة)، وبدون أي تدخل جراحي وأي مضاعفات سواء للمرأة أو جنينها (الشيباني، 2000، ص94).

نستنتج من خلال ما تم عرضه أن أغلب النساء في العالم يجعلن من عملية الولادة خوفا يشغل بالهن خاصة بعد اقتراب الدخول في الشهر التاسع والأخير ومن الحمل، إذ تفكر المرأة الحامل في الألم الذي تسببه الولادة الطبيعية التي تعتبر عملية فيزيولوجية تحدث في نهاية فترة الحمل.

8-2 - العملية القيصرية:

هي نوع من أنواع الولادة الغير طبيعية، حيث يتم فيها شق البطن لاستخراج الجنين عند تعذر ولادته بشكل طبيعي، من طرف جراح مختص وهو "جراح التوليد". وتجرى هذه العملية في غرفة العملية تحت تأثير التخدير العام أو الموضعي تبعا لوضع المرأة الصحي. وقبل حوالي ثلاثين عاما، كانت نسبة إجراء مثل هذه العملية نادرا جدا في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث وصلت إلى حوالي "3%" فقط من مجموع الولايات، ومنذ ذلك الحين بدأت هذه النسبة في الارتفاع، حيث وصلت حوالي "24%" عاما (1993) وانخفضت إلى "21%" عام (1998) ومع ذلك فمازالت هذه النسبة هي الأعلى في الولايات المتحدة

الأمريكية في عام (1999) ويتم القيام بهذه العملية عندما لا تسجل عملية المخاض تقدما بالسرعة المطلوبة (إيلول، 2011، ص45).

وتتم العملية القيصرية الطارئة عند وجود الأعراض التالية:

- نزيف دموي مهبطي مفاجئ نتيجة انفصال المشيمة عن جدار الرحم بسبب ارتفاع شديد في ضغط الدم.

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

- بروز الحبل السري من عنق الرحم مما يسبب قلة الأكسجين و الدم للجنين مما يعرضه لتلف دماغي.

- طول فترة الولادة عن معدلها الطبيعي وفشل أدوية الطلق الصناعي (دلالة، 2013، ص76-77).

وتعرض العملية القيصرية المرأة والجنين لمخاطر الإصابة بالأمراض المعدية (Infection) إضافة إلى أن أطفال العملية القيصرية لديهم إلى حد ما نسبة أكبر في مشكلات التنفس وهم أقل استجابة ويقظة من المواليد الجدد الآخرين، وعلى أي حال فإن الدراسات قصيرة المدى حول آثار الولادة القيصرية على تطور الرضيع، فتشير إلى أن هناك آثار قليلة على الجوانب المعرفية والعصبية (إيلول، 2011، ص47).

أما بالنسبة لأسباب العملية القيصرية المخطط لها فهي تتمثل فيما يلي:

- عدم التوافق بين فتحة حوض الأم وحجم الجنين.

- وجود عيوب خلقية في حوض الأم تعيق الولادة الطبيعية.

إصابة المرأة بمرض قد يهدد حياتها في حالة الولادة الطبيعية مثل بعض أمراض الرئة و القلب

- الولادة بعملية قيصرية سابقة مما تتعذر معها الولادة الطبيعية، أو وجود تلف بمكان جرح

الرحم القديم مما قد يعرضه للتمزق عند الانقباض والتمدد في حالة الولادة الطبيعية.

- وضع الجنين بشكل غير طبيعي في الرحم. (دلالة، 2013، ص77).

عموما عندما تحدث الولادة القيصرية فإن كلا من الطفل و الأم يحتاجون إلى مزيد من الدعم والرعاية، فهذه العملية تتطلب وقتا أطول للشفاء، حيث أن المواد المخدرة المستخدمة في الجراحة القيصرية يمكن أن تنفذ إلى المشيمة، فإن الأطفال غالبا ما يكونون في حالة من النعاس، وتقل قدرتهم على الاستجابة للمثيرات الموجودة في بيئتهم، فضلا عن معاناتهم من صعوبة في التنفس وبطبيعة الحال فإن هذه العوامل يمكن أن تترك آثار سلبية، على العلاقة بين المرأة وجنينها (إيلول، 2011، ص47).

نستنتج من خلال ما سبق عرضه أن الولادة القيصرية من أكثر العمليات الجراحية شيوعا، حيث انتشرت في الآونة الأخيرة لدى السيدات، وتكون كبديل آمن للولادة الطبيعية، وتعتبر أنها من العمليات الصعبة والتي ليست بالسهلة، ويتم استخدامها عندما تكون المرأة وجنينها في وضع حرج ويقوم بها الطبيب المختص جراح التوليد، وذلك عن طريق شق فتحة في البطن والرحم حتى يتم سحب الجنين منه.

9 - الرعاية بالمرأة الحامل أثناء مراحل عملية الولادة:

تعتبر الولادة حدثا هاما في حياة المرأة، فبعد تسعة أشهر من الحمل تكون المرأة الحامل مهيأة لعملية الولادة، حيث تمر بثلاث مراحل تتخللها العديد من الصعوبات والآلام، فتعاني المرأة بشدة لساعات قبل أن تلد، وفيما يلي عرض لأهم المراحل مع ذكر المناسبة لكل حدث:

9-1 - الرعاية أثناء المرحلة الأولى من الولادة: خلال المرحلة الأولى تبدأ التقلصات من أعلى الرحم وتمتد إلى الأسفل لفتح عنق الرحم، وهذه التقلصات تدفع الجنين إلى الخارج، وتحدث بانتظام (20-30 دقيقة) ثم (10 د) ثم (5 دقائق)، ثم (2) ثم (دقيقة واحدة) وتستمر لمدة (20 ثانية)، يكون الوقت قد حان وتبدأ الآلام وتكرر بسرعة وتشتد وتستمر ويمكن أن يحدث نزيف (إيلول، 2011، ص41).

وفي مرحلة الولادة الأولى تكون هناك خطة لمراقبة ومتابعة عملية الولادة، وتعتمد هذه الخطة على احتياجات كل من الأم والجنين، وبالنسبة للسيدات اللاتي يلدن لأول مرة تستغرق (7 ساعات) ويتم العمل في هذه المرحلة كما يلي:

- مراقبة الحالة الصحية للجنين أثناء المخاض: يجب مراقبة ومتابعة عدة المرات، الشدة ومدة انقباضات الرحم.

- قياس نبض الجنين: قياس نبض الجنين إما بواسطة السماعا الطبية أو بواسطة الموجات فوق الصوتية، وإذا كان هناك تغير أو تدهور في نبض الجنين يمكن ملاحظتها مباشرة بعد انقباض الرحم (الهمص، 2010، ص 21-22).

- توفير الراحة وتخفيف الآلام: إذ يختلف الوضع في الشدة من حامل إلى أخرى، لذا يجب توفير العلاج اللازم لكل حالة حسب إرشادات الطبيب المختص.

9-2- العناية أثناء المرحلة الثانية من الولادة: تبدأ الأم في الانتشاء إلى الأمام بشكل إرادي، كرد فعل لضغط الجنين مع ازدياد الإفرازات وقد يحدث النزيف، وخروج الماء أو الكيس الأمينوسي، مع تدفق السوائل بكثرة (أيلول، 2011، ص 41).

في هذه المرحلة يكون مرور الوليد عبر المهبل الخارجي وتستغرق هذه العملية حوالي 'ساعة ونصف' (ملحم، 2004، ص 182).

- الفحص المهبلي تقوم به الممرضة لمعرفة درجة توسع عنق الرحم.

- استماع إلى دقات قلب الجنين وحسابها (120-140 دقة) في الدقيقة.

- وضع الأم على السرير الخاص بالولادة وذلك يجعلها تنام على ظهرها مع ثني الركبتين.

- تحضير الأدوات الخاصة بالولادة من مقص، ومقطع الحبل السوي وتجهيز الأكسجين وجهاز الشفط لسحب الإفرازات من فم المولود وذلك منعا لحدوث أي مضاعفات على الجنين (الهمص، 2010، ص 23).

وأول ما يظهر في المولود هو رأسه وشعره وبعدها جسمه، وهذه هي الوضعية الصحيحة للولادة العادية وغير هذه الولادة تكون الولادة صعبة وعسيرة. وكذلك مع ظهور الرأس يجب ملاحظة عدم التقاف الحبل السري على عنق الجنين (أيلول، 2011، ص42).

9-3- العناية أثناء المرحلة الثالثة من الولادة:

وهي مرحلة خروج المشيمة وتستغرق هذه العملية ربع ساعة (ملحم، 2004، ص184). لا بد من تدليك البطن بخفة إلى أن تخرج كل ما تبقى من السوائل وبعد ذلك يتقلص الرحم ويرجع لمكانه الطبيعي لا بد من وضع الوليد على ثدي أمه فوراً وذلك بعد الكشف عن أية إعاقة، وتدفيته وتشفط كل السوائل (أيلول، 2011، ص42).

نستنتج من خلال ما سبق ذكره أن الولادة تعتبر الحدث الهام والأكبر في حياة المرأة، فبعد تسعة أشهر من الحمل تكون المرأة الحامل مهياً لعملية الولادة، حيث تمر بثلاث مراحل تتخللها العديد من الصعوبات والآلام فتعاني بشكل كبير وبشدة لساعات قبل أن تلد طفلها

خلاصة

نستخلص مما سبق عرضه، أن المرأة بحكم تكوينها الفيزيولوجي والنفسي وطبيعة الأدوار التي تلعبها تكون أكثر عرضة للإصابة بالضغوطات النفسية، خاصة في الفترات الحرجة الحمل والولادة بحكم أنهما تجربة مهمة تشمل العديد من التغيرات التي تؤثر على معاشها النفسي. ومما لاشك فيه أن عملية الحمل والولادة من أهم وأخطر وأصعب المراحل التي تمر في حياة المرأة، حيث نجدها تمر أثناء الحمل والولادة بمواقف انفعالية متعددة منها القلق من عملية الولادة على سبيل المثال عملية إخراج الجنين وما يتبع ذلك من تدخل جراحي، ومخاوف أخرى تتعلق بالآلام المصاحبة لعملية الولادة، بالإضافة إلى الخوف من المجهول، ومخاوف على صحة الجنين، كما تعاني المرأة المقبلة على الولادة من بعض الأمراض التي قد تهدد حياتها وحياة جنينها، لذا يجب اتخاذ جميع السبل لتخفيف من شدة قلق الولادة، وأول هذه الطرق هي الثقافة الصحية، التي تتمثل في التزويد بالمعلومات التثريحية والفيزيولوجية الكافية عن الحمل والولادة وفيزيولوجية الجنين.

الفصل الرابع:

جودة الحياة

تمهيد

- 1 - مفهوم جودة الحياة.
- 2 - نشأة وتطور جودة الحياة.
- 3 - أبعاد جودة الحياة.
- 4 - مكونات جودة الحياة.
- 5 - مجالات جودة الحياة.
- 6 - عوامل تشكيل جودة الحياة.
- 7 - مقومات جودة الحياة.
- 8 - النظريات المفسرة لجودة الحياة.
- 9 - علاقة قلق الولادة بجودة حياة المرأة الحامل.

خلاصة

تمهيد

ليس هناك حديث عن الحياة بشكل عام وما يتعرض هذه الحياة من هموم ومشاكل وقلق دون الحديث عن جودة الحياة، التي تعتبر مفهوما شاملا يضم كل جوانب الحياة التي يدركها الأفراد وهو يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد، عبر تحقيقه لذاته، وبناءا على ذلك فإن لجودة الحياة ظروف موضوعية ومكونات ذاتية، وتحتل دورا محوريا في مجالات الخدمات المتعددة التي تقدم لأبناء المجتمع.

كما أن العنصر الأساسي في كلمة جودة يتضح في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد وبيئته وهذه العلاقة التي تتوسطها مشاعرو أحاسيس الفرد ومدرجاته، كما يؤكد على أهمية دور البيئة والعوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية كمحددات لجودة الحياة.

وفي هذا الفصل سنتطرق إلى مفهوم وتطور وأبعاد جودة الحياة وأيضا مكوناتها ومجالاتها وأهم عوامل تشكيلها بالإضافة إلى مقومات جودة الحياة وأهم النظريات المفسرة لها، وفي آخر هذا الفصل سندرج عنصر مهم، ويعتبر محورا أساسيا في هذه الدراسة ألا وهو علاقة قلق الولادة بجودة حياة المرأة الحامل المقبلة على الولادة.

1 - مفهوم جودة الحياة:

تعتبر جودة الحياة من المهام الصعبة لما تحمله من جوانب متعددة ومتفاعلة ومن بين العلوم التي اهتمت بجودة الحياة، علم النفس حيث تبنى هذا المفهوم في مختلف التخصصات النفسية النظرية منها والتطبيقية وفيما يلي عرض لمفهوم جودة الحياة لغة واصطلاحا.

1-1 - مفهوم جودة الحياة لغة: من الناحية اللغوية يرتبط مفهوم الجودة "Quality" بالكلمة

اللاتينية "Qualitas" وهي تعني الفرد أو طبيعة الشيء، وتعني الدقة والإتقان.

وبنفس المعنى وطبقا لابن منظور فالجودة أصلها الفعل الثلاثي "جود" والجيد، نقيض

الردى، يعاد بالشيء جوداً، وجودة، أي صار جيدا، وبهذا يرتبط مفهوم الجودة بالتميز،

والاتساق، والحصول على محكات ومستويات محددة مسبقاً، وباختصار يقصد بالجودة المطابقة لمتطلبات أو مواصفات معينة (مشري، 2014، ص 223-224).

1-2 - مفهوم جودة الحياة اصطلاحاً: يعتبر مفهوم جودة الحياة التطور الأحدث في قضية شغلت البشرية منذ القدم، حيث لم يظهر بمحض الصدفة وإنما كان ظهوره عبر الزمن، وبدأ الاهتمام بمفهوم جودة الحياة في المجال الطبي، حيث لاحظ الأطباء العلاقة بين الحالة الصحية للفرد، وجودة الحياة، من خلال معايير الجودة في الرعاية الصحية، وضرورة الاهتمام بقضايا الحياة لدى المرضى.

جودة الحياة هي شعور الفرد بالرضا والسعادة، وبالقدرة على إشباع الحاجات في أبعاد الحياة الذاتية والموضوعية والتي تشمل النمو الشخصي، والسعادة البدنية والمادية، والاندماج الاجتماعي والحقوق البشرية (مبارك، دت، ص 720).

تعرف جودة الحياة على أنها الشعور بالرضا والإحساس بالرفاهية والمتعة في ظل الظروف التي يحياها الفرد (بخش، 2006، ص 9).

ويشير حسن مصطفى إلى جودة الحياة على أنها مفهوم يستخدم للتعبير عن رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم للأفراد في المجتمع، أو أن جودة الحياة تعبر عن نزوع نحو نمط الحياة التي تتميز بالترف، هذا النمط من الحياة الذي لا يستطيع تحقيقه سوى مجتمع الوفرة، وذلك المجتمع الذي استطاع أن يحل كافة المشكلات المعيشية لغالبية سكانه (شيخي، 2013، ص 74).

تعرف جودة الحياة بأنها شعور الفرد بالرضا والسعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورقي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه (مشري، 2014، ص 227).

تعرف حسب معهد الإدارة هي التميز في تقديم الخدمات المطلوبة منه بفعالية بحيث تكون خالية من الأخطاء والعيوب، وبأقل تكلفة وترقى لمستوى توقعات ورغبات المنفعين وتحقق رضاهم التام حاضراً ومستقبلاً، وذلك من خلال التحسين والتطوير المستمر والالتزام

بمتطلبات ومعايير الأداء، وأداء العمل الصحيح بشكل سليم من المرة الأولى (المطوع، 1999، ص 423).

كما تعرف منظمة الصحة العالمية WHO (1999) جودة الحياة بأنها انطباق الفرد تجاه حياته وضمن النسق والمعايير الثقافية في مجتمعه، ومستوى العلاقة بين تحقيق أهدافه وتوقعاته، وفق مفاهيم معيارية محددة لديه، ومن جهة نظر أخرى هي عملية الدمج والتكامل بين جوانب صحة الفرد الفيزيولوجية والنفسية، والعلاقات الاجتماعية (الهمص، 2010، ص 42).

ترى "كارول رايف Ryff" أن جودة الحياة تتمثل في الإحساس الإيجابي بحسن الحال كما يتم رصده بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا الفرد عن ذاته وحياته بشكل عام، كذلك سعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية مقدره، وذات قيمة ومعنى بالنسبة له تحقيق استقلالته في تحديد وجهه ومسار حياته، وإقامته لعلاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين واستمراره فيها (مشري، 2014، ص 226).

نستنتج من خلال ما سبق ذكره أن جودة الحياة تشير بوجه عام إلى الحياة النفسية، وبالتالي فإن هذا المفهوم مركب، يتم تقييمه من خلال التقدير الذاتي للرضا عن الحياة بوجه عام (السعادة أو الاستمتاع)، والتقدير الذاتي للرضا في مجالات أو جوانب معينة (العمل، الصحة والعلاقات مع الآخرين)، وبالتالي تحدد جودة الحياة من خلال قوى داخلية وخارجية، وإحساس الشخص بالسعادة الشاملة يكون دائما معتمداً على الخصائص الموضوعية للموقف، وتتمثل العوامل الداخلية المؤثرة في جودة الحياة في مستوى الطموح والخبرة والتوقعات الشخصية، إذا رغب اختلاف وجهات النظر بين العلماء في تحديد مفهوم جودة الحياة، إلا أن هناك اتفاق على أن جودة الحياة هي مدى إدراك الفرد أن يعيش حياة جيدة خالية من الاضطرابات السلوكية، والانفعالات السلبية، يستمتع فيها بوجوده الإنساني ويشعر بالسعادة والرضا في الحياة.

2- نشأة وتطور جودة الحياة:

الفكرة الأولى لجودة الحياة بدأ ظهورها في المناقشات التاريخية لفلاسفة اليونان (أرسطو، سقراط، بلاتو) حول طبيعة جودة الحياة ومواصفاتها، ورغم أن مبدأ مؤشرات جودة الحياة بدأ في الظهور من خلال تطور فكرة المؤشرات الاجتماعية خلال الستينات إلا أن لها جذور في وسائل القياس الاقتصادية خلال القرنين "18 و19" وأوائل القرن "20"، هذه المؤشرات المبكرة وما حولها انقسمت على نوعين من المؤشرات الكمية والمؤشرات النوعية (داهم، 2014، ص33).

في الأوقات المعاصرة، أعضاء من منظمة الصحة العالمية (WHO) عام (1947) اقترحوا مفهوماً ضمناً لجودة الحياة، وتوجه هذا المفهوم إلى الرعاية الصحية عندما تم تعريف الصحة " حالة صحية جيدة تشمل الجوانب الفيزيولوجية والعقلية والاجتماعية وليس بالضرورة غياب المرض"، وبقي هذا المصطلح حتى عام 1978.

وبدأ استخدام مصطلح جودة الحياة، وأصبح جزءاً من المصطلحات الطبية وفي عام 1992 بدأ استخدامه بصورة منهجية ومنتظمة عندما أستخدم هذا المصطلح مع مرضى الأورام، لما واجه الأطباء مشكلة بأن العلاج لمرضى السرطان ذو تكلفة، دفع عالية، وذلك بغرض زيادة المدى المتوقع لعمر هؤلاء المرضى، فجودة الحياة قدمت مساهمة فعالة في الأبحاث المتعلقة بالعناية بالمرضى (الهمص، 2010، ص47).

نستنتج من خلال ما سبق عرضه أن مفهوم جودة الحياة لم يظهر بمحض الصدفة، وإنما كان ظهوره عبر الزمن، والفكرة الأولى لهذا المفهوم ظهرت عند فلاسفة اليونان أمثال أرسطو وسقراط، وقد ازداد اهتمام الباحثين بهذا المفهوم خلال القرنين 18 و19 وأوائل القرن 20، وأستخدم بصورة منهجية ومنظمة عام 1992، وكان بروزه بشكل واضح في الأبحاث المتعلقة بالمرضى.

3 - أبعاد جودة الحياة:

بعد استعراض العديد من التعريفات لبعض الباحثين حول جودة الحياة، والتي خلصوا فيها إلى عدم وجود تعريف محدد وواضح يستند عليه الباحثون في مفهومها، نجد أن بعض الدراسات تشير إلى الحياة النفسية، حتى على الرغم من تضمين الظروف البيئية في بعض التعريفات، وبالتالي فإن هذا المفهوم المركب يتم تقييمه بثلاث (3) ظروف وهي من خلال التقدير الذاتي والرضا الذاتي في مجالات أو جوانب معينة (المؤشرات الاجتماعية)، والموارد أو العوائق (شيخي، 2013، ص76).

يشير لوتن وآخرون (Lawten et al (1990) إلى أنه يجب التوسع في المؤشرات الدالة على جودة الحياة لتشمل عمليات أكثر في مجالات الحاجات الاجتماعية والإنسانية، ويرون أن المؤشرات الموضوعية والذاتية تمثل متغير متصل وأن التفرقة بينهما تكون سهلة فقط عندما تكون بين مؤشر بيئي اجتماعي كمي، إلا أنه في الكثير من الدراسات يصعب الوصول إلى هذا الفصل، كما تؤكد الدراسات على ضرورة التركيز على رؤية الفرد وإدراكه بجودة الحياة، وتقييمه الذاتي والموضوعي (جدي، 2013، ص22).

من هنا يتحدد بعدين لجودة الحياة:

- **البعد الذاتي:** يشمل المدخل الذاتي إدراكات الفرد بظروفه من خلال تقويم الجوانب النفسية، ويركز هذا التقويم على قياس الرفاهية النفسية أو الرضا والسعادة الشخصية، كما يقيس أيضا المشاعر الإيجابية لدى الأفراد وتوقعاتهم للحياة (داهم، 2014، ص34).

- **البعد الموضوعي:** ويشمل:

* الصحة البدنية.

* العلاقات الاجتماعية.

* الأنشطة المجتمعية.

* فلسفة الحياة.

* العمل.

* وقت الفراغ.

* العلاقات الأسرية.

* الصحة النفسية.

* التعليم (شيخي، 2013، ص77).

نستنتج مما تم عرضه أن جودة الحياة تتعدد في مؤشرين و هما البعد الذاتي و البعد الموضوعي، إلا أن غالبية الباحثين ركزوا على المؤشرات الخاصة بالبعد الموضوعي لجودة الحياة، الذي يتضمن مجموعة من المؤشرات القابلة للملاحظة و القياس المباشر .

4 - مكونات جودة الحياة:

يمكن القول أن جودة الحياة هي الممارسة الانفعالية للأنشطة اليومية الاجتماعية و البيئية كما وكيفا، بدرجة عالية من التوفيق و النجاح و بالرضا النفسي عن الحياة بشكل عام و شعور بالإيجابية و الصحة النفسية، و تخفي العقبات و الضغوط التي تواجهه بفاعلية بقصد إنجاز هذه الأنشطة باقتدار .

إن لجودة الحياة ثلاث مكونات رئيسية تتمثل في:

- الإحساس الداخلي بحسن الحال و الرضا عن الحياة الفعلية التي يعيشها الفرد، بينما يرتبط الإحساس بحسن الحال بالإنفعالات، يرتبط الرضا بالقناعات الفكرية الداعمة لهذا الإحساس (داهم، 2014، ص38).

- القدرة على رعاية الذات و الالتزام و الوفاء بالأدوار الاجتماعية.

- القدرة على الاستفادة من المصادر البيئية المتاحة الاجتماعية منها (المساندة الاجتماعية و المادية) و توظيفهما بشكل إيجابي (أبو حلاوة، 2010، ص10).

من أجل التوضيح أكثر سوف نعرض جدول نبين فيه مكونات جودة الحياة.

جدول رقم (3): مكونات جودة الحياة

على المستوى الشخصي	على المستوى المعيشي	
كيف يشعر الشخص اتجاه نفسه وحالته	كيف يشعر الشخص اتجاه مجتمعه وقدراته على المشاركة والتأثير في قرارات المجتمع.	شخص / نوعي (الإحساس)
الحالات الوظيفية مثل التعليم، طبيعية العمل	الحالة الاقتصادية والاجتماعية البيئية والكفاءة الحكومية	موضوعي

(شيخي، 2013، ص78).

من خلال ما سبق ذكره نجد أن الرضا والسعادة من أبرز المكونات الأساسية لجودة الحياة إضافة إلى القدرة على إشباع حاجات الفرد من خلال ثراء البيئة ورفقي الخدمات التي تقدم له في المجال الاجتماعي والنفسي والتعليمي.

5 - مجالات جودة الحياة:

أكد الكثير من الباحثين والدارسين أن جودة الحياة هي نظام معقد يضم عدة مجالات، وفيما يلي عرض لأهم هذه المجالات:

- **المجال النفسي:** يرى الكثير من الباحثين أن المجال النفسي لجودة الحياة يتضمن جميع المشاعر والحالات العاطفية الإيجابية، وتدمج ضمن المجال النفسي لجودة الحياة المفاهيم الدينامية الإجرائية مثل التنمية الشخصية وتقدير الذات والتذكرو التعلم والتفكير .

- **المجال الاجتماعي:** يركز على نوعية العلاقات الاجتماعية للأفراد، أكثر من الاهتمام بكمية هذه العلاقات، وهو ما يحدد عنده المجال الاجتماعي لجودة الحياة (داهم، 2014، ص40).

من أجل التوضيح أكثر سوف نعرض جدول نوضح فيه أهم مجالات جودة الحياة.

جدول رقم (4): مجالات جودة الحياة.

المجال	الأبعاد الفرعية	الأمثلة
الكينونة (الوجود) Being	الوجود البدني Physical Being	القدرة البدنية على التحرك وممارسة الأنشطة الحركية، أساليب التغذية وأنواع المأكولات المتاحة.
	الوجود النفسي psychological Being	التحرر من القلق والضغط، الحالة المزاجية العامة للفرد (إرتياح / عدم إرتياح).
	الوجود الروحي Spiritual Being	وجود أمل في المستقبل، أفكار الفرد الذاتية عن الصواب والخطأ.
الإنتماء Belonging	الإنتماء المكاني Physical Belonging	المنزل أو الشقة التي يعيش فيها الفرد.
	الإنتماء الإجتماعي Social Belonging	القرب من أعضاء الأسرة التي يعيش فيها، وجود أشخاص مقربين (شبكة علاقات اجتماعية قوية)
	الإنتماء المجتمعي Community Belonging	توافر فرص الحصول على الخدمات المهنية، الأمان المالي.
السيرورة Becoming	السيرورة العلمية Practical Becoming	العمل في وظيفة أو الذهاب إلى المدرسة...إلخ.
	السيرورة الترفيهية Leisure Becoming	الأنشطة الترفيهية الخارجية (التنزه، التريض)، الأنشطة الترفيهية داخل المنزل (وسائل الإعلام والترفيه).
	السيرورة التطورية (الإرتقائية) Groth Becoming	تحسين الكفاءة البدنية النفسية، القدرة على التوافق مع تغيرات وتحديات الحياة.

(أبو حلاوة، 2010، ص7).

نستنتج من خلال عرض الجدول أن مفهوم جودة الحياة متعدد المجالات، بحيث يتضمن مجالات عدة منها: الكينونة التي تضم الوجود البدني والنفسي والوجود الروحي، أما مجال الانتماء فهو يتمثل في الانتماء المكاني والاجتماعي، والانتماء المجتمعي، بينما مجال السيرورة نجده يضم السيرورة العلمية، الترفيهية بالإضافة إلى السيرورة التطورية.

6 - عوامل تشكيل جودة الحياة:

يشير جود (1994) إلى أربعة عوامل لتشكيل جودة الحياة، وفيما يلي عرض لأهم هذه المراحل:

- حاجات الفرد (الحب والتقبل، الجنس والصدقة، والأمن).
- توقعات بأن هذه الحاجات خاصة بالمجتمع الذي يعيش فيه الفرد.
- المصادر المتاحة لإشباع هذه الحاجات بصورة مقبولة إجتماعيا.
- النسيج البيئي المرتبط بإشباع هذه الحاجات (داهم، 2014، ص43).
- كما توصل "سامي" إلى بعض الحقائق الخاصة بجودة الحياة منها:
- يشعر الفرد بجودة الحياة عندما تشبع حاجاته الأساسية وتكون لديه الفرصة لتحقيق أهدافه في مجالات حياته الرئيسية.
- ترتبط جودة الحياة لدى الفرد بجودة حياة الأشخاص الذين يعيشون في البيئة نفسها.
- تعزيز جودة الحياة يتضمن الأنشطة وبرامج التأهيل والعلاج والدعم الإجتماعي (هاشم، 2001، ص132).

عموما يتضح مما سبق أن جودة الحياة تعتبر مجال يدرس ويحلل مكان القوة والسمات والفضائل الإنسانية الإيجابية وتعزيز السعادة الشخصية للفرد من خلال إشباع حاجاته بصورة مقبولة، وتكون لديه الفرصة لتحقيق أهدافه في كافة مجالات الحياة مما يجعله فردا منتجا فعالا في مجتمعه.

7 - مقومات جودة الحياة:

- يمكن القول أن مفهوم جودة الحياة هو مفهوم نسبي، يختلف من شخص لآخر حسب ما يراه من معايير تقييم حياته، وتوجد عدة عوامل تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة، وفيما يلي عرض لأهم هذه المقومات:
- القدرة على التفكير وأخذ القرارات.
 - القدرة على التحكم.

- الصحة الجسمانية والعقلية.

- الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية.

- الأوضاع المالية والإقتصادية (الهمص، 2010، ص45).

من الناحية الصحية نجدها تتمثل في أربعة نواحي أساسية والتي تؤثر على صحة

الإنسان وهي:

- الناحية الجسمية.

- الناحية العقلية.

- الناحية النفسية (جدي، 2013، ص26).

ويتحدث الفرماوي (1999) عن جودة الحياة يقول: جوهر الإنسان بمكوناته

وخصائصه، فيه أسباب جودة الحياة وبهجتها، إن جوهر الإنسان يتمثل في عمق الفطرة

وثنائها وفيه إمكانات الإنسان الكامنة، وطاقته المتأصلة، تلك التي تجسد الطبيعة الإنسانية

وتعطي للإنسان معنى لوجوده (الهمص، 2010، ص45).

نستنتج من خلال ما تم عرضه أن جودة الحياة تعكس وعي الفرد بتحقيق التوازن بين

الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية لتحقيق الرضا عن الحياة والإستمتاع بها،

ذلك لأن جودة الحياة تعبر عن التوافق النفسي، كما يعكسه الشعور بالسعادة والرضا عن

الحياة كنتاج لظروف الحياة المعيشية والحياتية للأفراد.

8 - النظريات المفسرة لجودة الحياة:

تباينت التوجهات النظرية المفسرة لجودة الحياة باعتبارها مفهوم واسع يشير إلى

معاني متعددة، حيث أن العلماء اختلفوا فيما بينهم في تحديد طبيعة هذا المفهوم، ولهذا نجد

تعددية في تفسيره، وفيما يلي عرض للأهم النظريات المفسرة لجودة الحياة:

8-1 - النظرية المعرفية:

يرتكز هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على فكرتين: الأولى أن طبيعة الفرد هي التي

تحدد درجة شعوره بجودة الحياة، والثانية في إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد،

فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثرا من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة وفي هذا المنظور تبرز نظريتان حديثتان في تفسير جودة الحياة:

* **نظرية لاوتن (1996) Lawton**: طرح لاوتن مفهوم طبيعة البيئة ليوضح فكرته عن جودة الحياة وهي تدور حول أن إدراك الفرد لنوعية الحياة يتأثر بظرفان هما:
-الظرف المكاني: هناك تأثير للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة حياته، والبيئة في
الظرف المكاني لها تأثير أحدهما مباشر على حياة الفرد، والآخر غير مباشر (شيخي،
2013، ص84).

-الظرف الزمني: إن إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة الحياة يكون أكثر إيجابيا كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم في العمر كلما كان أكثر إيجابية على شعوره بجودة الحياة (جدي، 2013، ص18).

* **نظرية شالوك (2002) Shalock**: قدم شالوك تحليلا مفصلا لمفهوم جودة الحياة على أساس أنه مفهوم من ثمانية مجالات وكل مجال يتكون من ثلاث مؤشرات، تؤكد جميعها على أثر الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تحديد درجة هذا الشعور، فالعامل الحاسم في ذلك هو إدراك الفرد لجودة حياته (مبارك، 2012، ص724).

نستنتج من خلال عرض النظرية المعرفية أنها ركزت على فكرتين أساسيتين الأولى تركز على طبيعة الفرد في تحديد درجة شعوره بجودة الحياة، والثانية تتمثل في الاختلاف الإدراكي بين الأفراد، وفي هذا المنظور تبرز نظريتان حديثتان وهما نظرية لاوتن التي أكدت على أن إدراك الفرد لنوعية الحياة يتأثر بظرفان الزماني والمكاني، أما النظرية الثانية هي نظرية شالوك التي قدمت تحليلا مفصلا لمفهوم جودة الحياة الذي يتضمن ثمانية مجالات حيث لكل مجال ثلاثة مؤشرات.

8-2 - النظرية الاجتماعية:

يرى هانكس (1984) أن الإهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأ منذ فترة طويلة، وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر، وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه الفرد من عائد مادي من وراء عمله والمكانة المهنية للفرد وتأثيره على الحياة، ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع زملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة (لكحل، 2014، ص15).

نستنتج من خلال ما سبق عرضه أن النظرية الاجتماعية ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع لآخر فجودة الحياة ترتبط بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد، وما يجنيه من عائد مادي، فالعلاقات الاجتماعية تعد من أهم العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة.

8-3 - النظرية الإنسانية:

يرى المنظور الإنساني أن فكرة جودة الحياة تستلزم دائما الارتباط الضروري بين عنصرين لا غنى عنهما ووجود كائن حي ملائم، ووجود بيئة جيدة يعيش فيها هذا الكائن، ذلك لأن ظاهرة الحياة تبرز إلى الوجود من خلال التأثير المتبادل بين هذين العنصرين، فهناك البيئة الاجتماعية وهي التي تضبط سلوك الأفراد والجماعات طبقا للمعايير السائدة في المجتمع (مبارك، 2012، ص725).

ومن بين أكثر النظريات حداثة ضمن هذا المجال: نظرية رايف 1999 Ruff:

تدور نظرية رايف حول مفهوم السعادة النفسية، إذ أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددها رايف بستة أبعاد يضم كل بعد ستة صفات تمثل هذه الصفات نقاط إلتقاء لتحديد معنى السعادة النفسية الذي يتمثل في وظيفة الفرد الإيجابية في تحسين مراحل حياته (جدي، 2013، ص19).

وفيما يلي عرض لهذه الأبعاد حسب نظرية رايف:

البعد الأول: الإستقلالية: وصفاته تتمثل بقدرة الفرد على أن:

- يقرر مصيره بنفسه.
- يكون مستقلا بذاته.
- قدرته على إتخاذ القرار.
- منظم في سلوكه.
- يتصرف بطرائق مناسبة (مبارك، 2012، ص 726).

البعد الثاني: التمكن البيئي، ومن صفاته:

- الكفاية الذاتية للفرد.
- قدرة الفرد على التحكم وإدارة نشاطاته وبيئته.
- قدرته على إختيار قيمة الشخص.

البعد الثالث: النمو الشخصي، ومن صفاته:

- شعور الفرد بالنمو والإرتقاء المستمر.
- إدراكه لتطور وتوسع ذاته.
- إنفتاحه للتجارب الجديدة.
- إحساسه الواقعي للحياة.
- شعوره بتحسن ذاته وتطور سلوكه يوما بعد يوم (جدي، 2013، ص 20).

البعد الرابع: العلاقات الإيجابية مع الآخرين، ومن صفاته:

- رضا الفرد عن علاقاته الاجتماعية.
- ثقته بالآخرين من حوله.
- قناعته برفاهية الآخرين.
- قدرته على التعاطف والتودد للآخرين (مبارك، 2012، ص 727).

البعد الخامس: تقبل الذات، ومن صفاته:

- إظهار الفرد توجهات إيجابية نحو ذاته.
- قبوله بالسمات أو الخصائص المكونة لذاته (السلبية والإيجابية).
- الشعور الإيجابي لحياته الماضية.
- يظهر النقد الإيجابي لذاته (جدي، 2013، ص20).

البعد السادس: الهدف من الحياة، ومن صفاته:

- أن يسلك المعتقدات التي تعطي معنى للحياة الماضية والحاضرة.
- أن يضع أهدافا تجعل حياته ذات معنى في تحقيقها.
- أن يدرك أن صحته النفسية تكمن في إحساسه بمعنى الحياة (مبارك، 2012، ص727).
- نستنتج من خلال عرض النظرية الإنسانية أن جودة حياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الأزمات التي تظهر في مراحل حياته المختلفة، وتطور مراحل الحياة هو الذي يحقق سعادة الفرد النفسية التي تعكس شعوره بجودة الحياة.

8-4 - النظرية التكاملية:

- نظرية أندرسون (2003) Anderson:

طرح أندرسون شرحا تكامليا لمفهوم جودة الحياة، متخذا من مفاهيم السعادة ومعنى الحياة ونظام المعلومات البيولوجي والحياة الواقعية، وتحقيق الحاجات، فضلا عن العوامل الموضوعية الأخرى إطارا نظريا تكامليا لتفسير جودة الحياة، وفيما يلي عرض لأهم هذه المؤشرات:

- أن نضع أهدافا واقعية نكون قادرين على تحقيقها.
- أن نسعى إلى تغيير ما حولنا لكي يتلائم مع أهدافنا (شيخي، 2013، ص86).
- إن إشباع الحاجات لا يؤدي بالضرورة إلى رضا الفرد إلى شعوره بجودة الحياة.

إن إستغلال الفرد لإمكانياته في نشاطات إبداعية، وعلاقات اجتماعية جيدة، وأهداف ذات معنى، وبعائلة تبت فيها الإحساس بالحياة هو الذي يشعره بجودة الحياة (مبارك، 2012، ص728).

عموما طرح أندرسون شرحا تكامليا لجودة الحياة حيث أشار إلى أن إدراك الفرد لحياته يجعله يقيم شخصا ما يدور حوله، كما أكد على أن مفهوم جودة الحياة يشمل مدى رضا الفرد عن الحياة التي يعيشها من جميع جوانبها النفسية، الجسدية، والاجتماعية والاقتصادية.

8-5 - النظرية الطبية:

لقد بدأ الاهتمام بمفهوم جودة الحياة في المجال الطبي حيث لاحظ الأطباء العلاقة بين الحالة الصحية للفرد وجودة الحياة، من خلال معايير الجودة في الرعاية الصحية، وضرورة الاهتمام بقضايا الحياة لدى المرضى .

تعتبر جودة الحياة من الموضوعات الشائعة للمحاضرات التي تتعلق بالوضع الصحي لأن تطوير جودة الحياة هو الهدف المتوقع لمقدمي الخدمة الصحية، وتقييم حاجة الناس لجودة الحياة تشمل أيضا تقييم احتياجات الأفراد وتوفير البدائل لهذه الاحتياجات حتى ولو لم يكن هناك تشخيص لمرض معين، فالتغير الدراماتيكي وزيادة معدل الأعمار في البلدان المتقدمة، قد أوجب الإدراك بضرورة أن طول العمر يجب أن يترافق مع تحسين الصحة المتعلقة بجودة الحياة (الهمص، 2010، ص44)

عموما تهدف هذه النظرية إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسدية مختلفة أو نفسية أو عقلية، وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية التي تتعلق بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة .

8-6 - النظرية النفسية:

يركز الاتجاه النفسي على إدراك الفرد كمحدد أساسي للمفهوم وعلاقة المفهوم بالمفاهيم النفسية الأخرى وأهمها القيم، والحاجات النفسية وإشباعها، وتحقيق الذات ومستوى

الطموح لدى الأفراد ، وبالتالي فالعنصر الأساسي لجودة الحياة يتضح في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد وبيئته، و هذه العلاقة التي تتوسطها مشاعرو أحاسيس الفرد ومدركاته، فالإدراك ومعه بقية المؤشرات النفسية تمثل المخرجات التي تظهر من خلال نوعية حياة الفرد ، كما ينظر إلى مفهوم جودة الحياة على أنه البناء الكلي الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في هذه الحياة، فجوهر الحياة يكمن في إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة (عليان، 2014، ص89).

نستنتج من خلال عرض النظرية النفسية أن جودة الحياة تتضمن إشباع الحاجات، والرضا عن الحياة، والاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحس الحال، وأن يحقق الفرد اهتماماته وطموحاته، وإحساسه بمعنى السعادة وصولاً إلى العيش في حياة متوافقة مع جوهر الإنسان والقيم السائدة في المجتمع.

9 - علاقة قلق الولادة بجودة حياة المرأة الحامل:

يعتبر القلق عاملاً مميزاً أثناء الحمل، ويكون ظهوره بعدة أشكال كالشعور بالتعب، والميل إلى الانهيار، وإلى الكآبة والشعور بالحاجة إلى النشاط الدائم، ويبدأ القلق البسيط من الانشغال بصورة طبيعية في تقلبات المزاج اليومي الذي يسببه الحمل حتى ينتهي بالغم. عندما نتحدث عن قلق الولادة بالنسبة للمرأة الحامل المقبلية على عملية الولادة وارتباط هذا القلق بجودة الحياة لها، فينبغي علينا التطرق إلى عوامل عديدة يمكن أن تحيط بالمرأة الحامل سواء الجوانب المتعلقة بالبيئة الأسرية، أو الاجتماعية، أو الاقتصادية والنفسية المحيطة بها، والتي تؤثر على عملية الولادة حيث تعتبر عملية الولادة عملية مرتبطة بكثير من المفاهيم التي تنعكس نتيجة خبرات سابقة مرت بها الحامل وحاولت أن تنقلها إلى ابنتها، سواء كانت إيجابية أو سلبية اتجاه عملية الولادة، وجميع العوامل السابقة من البيئية والاجتماعية والاقتصادية والنفسية لها دور في جعل عملية الولادة أكثر سهولة أو صعوبة (الهمص، 2010، ص6).

وينظر إلى جودة حياة المرأة الحامل من خلال قدرتها على إشباع حاجاتها مثل: الحاجات البيولوجية، والعلاقات الاجتماعية الإيجابية، والاستقرار الأسري، والرضا عن وضعها الصحي، والاستقرار الاقتصادي، وقدرتها على مقاومة الضغوط النفسية من قلق واكتئاب ومخاوف... إلخ، ومقاومتها للضغوط الاجتماعية، خاصة إذا كانت تسكن مع أهل زوجها وهو ما يولد الصراع بينها وبين حماتها.

كما نجد اختلافات في نوعية الحياة بين النساء الحوامل، هناك من تكون راضية عن حياتها من جميع النواحي بالرغم من المصاعب التي تواجهها سواء كانت معرضة لعملية قيصرية أو مصابة ببعض الأمراض كالسكري وضغط الدم وغيرها من الأمراض، وهناك من تكون غير راضية عن حياتها، وجودة حياة المرأة ورضاها عن الحياة راجع إلى عدة عوامل منها الوازع الديني، بالاعتبار أن كل ما يصيب المرأة الحامل سواء كان خيرا أو شرا فهو من عند الله عز وجل وأنه يجب على المرأة أن تحمد الله على هذا الأمر مما يجعلها تشعر بالرضا عن حياتها، وعملية الولادة بالرغم من مخاطرها إلا أنها تعتبر إضافة نوعية للأسرة. وهذا ما تؤكدته دراسة الهمص (2010) التي هدفت إلى التعرف على العلاقة الموجودة بين قلق الولادة وجودة الحياة، ومن خلال نتائج الدراسة تم ملاحظة أمور عديدة ومنها أن السيدات غالبيةن العظمى راضيات عن جودة الحياة التي يعشنها، وأن أكثر جوانب الرضا تم ملاحظتها في جانب مدى الرضا عن العلاقات الشخصية حيث بلغت نسبة الأمهات اللاتي عندهن رضا في هذا الجانب 80.89%، ويمكن أن يرجع هذا الأمر إلى التقارب الأسري والجغرافي الموجود والذي يميز أهل غزة مما يزيد من اللفة والمحبة بين المجتمع (الهمص، 2010، ص 85).

خلاصة :

نستخلص من خلال ما سبق ذكره، أن جودة الحياة واحدة من أهم القضايا في حياة الأفراد والمجتمعات، نظرا لكونها قاعدة أساسية لتقاضي الكثير من المشكلات التي يمكن أن تعترض الفرد والمجتمع معا، وإن كان مفهوم جودة الحياة من المفاهيم التي يتم تناولها في علوم مختلفة وفي سياقات عديدة، فإن تناولها من المنظور النفسي وخاصة من منطلق علم النفس الإيجابي حيث تعتبر جودة الحياة أحد مفاهيمه الأساسية، وتعتبر ضرورة ملحة من جانبين هما: كون جودة الحياة هي في الأساس انعكاس للتقدير الذاتي للفرد بحد ذاته لحياته، أما الجانب الثاني كون علم النفس الإيجابي يقدم الإستراتيجيات الملائمة لتحقيق جودة الحياة، وتحديد الآليات الملائمة لذلك من خلال برامج تدريبية أو علاجية أو تأهيلية يمكن اعتمادها من مختلف المؤسسات المجتمعية التي تتكفل بتوفير هذه الخدمات لكل شرائح وفئات المجتمع .

الفصل الخامس:

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية .

1-1 - أهداف الدراسة الاستطلاعية.

1-2 - عينة الدراسة الاستطلاعية.

2 - الدراسة الأساسية.

2-1 - منهج الدراسة الأساسية.

2-2 - حدود الدراسة الأساسية.

2-3 - عينة الدراسة الأساسية.

2-4 - أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية.

2-5 - الأساليب الإحصائية للدراسة.

خلاصة

تمهيد:

تشكل المنهجية جزءاً هاماً في اختيار المعلومات الموجودة في الإطار النظري والوصول إلى الحقائق المتعلقة بمجتمع الدراسة، فالميدان هو الجزء الذي يتم فيه التأكد من صحة أو خطأ الفروض التي صيغت وكانت منطلقاً للبحث، ومن أجل ربط الظاهرة المدروسة بالواقع الملموس وبعد الإلمام بجوانبها النظرية واكتمالها لابد من وضع إطار منهجي يمكننا من السير وفقه خلال عملنا الميداني، وسنتناول في هذا الفصل خطوات وإجراءات الدراسة، بدءاً بالدراسة الاستطلاعية وأهدافها، ثم الدراسة الأساسية المتمثلة في المنهج والعينة، والحدود المكانية والزمنية، والأدوات المستخدمة لجمع البيانات وإجراءات التأكد من صدقها وثباتها، وانتهاءً بالأساليب الإحصائية، المستخدمة في التحليل.

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة هامة في البحث العلمي نظراً لارتباطها بالميدان، من خلالها نتأكد من وجود عينة الدراسة وحسب عبد الرحمان العيسوي الدراسة الاستطلاعية هي دراسة استكشافية تسمح للباحث بالحصول على معلومات أولية حول موضوع بحثه كما تسمح لنا كذلك بالتعرف على الظروف والإمكانيات المتوفرة في الميدان، ومدى صلاحية الوسائل المنهجية المستعملة قصد ضبط متغيرات البحث (العيسوي، 1989، ص 118).

وكان الهدف منها هو تحديد العينة المتمثلة في النساء المقبلات على الولادة ومعرفة خصائصها ونظراً لطبيعة الموضوع توجهت الباحثة إلى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد سليمان عميرات بالمسيلة.

حيث تم إجراء مقابلة مع العاملين في المؤسسة الاستشفائية لتوضيح طبيعة الدراسة والغرض منها مع التأكد من وجود الحالات المطلوبة للدراسة وإجراء وتطبيق المقياس على العينات المتوفرة.

1-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- هدفت الدراسة الاستطلاعية لتحقيق جملة من الأهداف منها :
- التعرف على عينة الدراسة المتمثلة في النساء المقبلات على الولادة.
- معرفة مدى ملائمة وفهم عبارات مقياس قلق الولادة ومقياس جودة الحياة .
- دراسة الخصائص السيكومترية لمقياس قلق الولادة ومقياس جودة الحياة (الصدق والثبات)

1-2- عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت العينة الاستطلاعية من (30) امرأة مقبلة على الولادة اختيرت بطريقة قصدية، والجدول التالي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية:

جدول رقم (05): يوضح توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب متغيرات الدراسة.

التكرار		خصائص عينة الدراسة
10	24- 18	السن
16	34 - 25	
4	34 فأكثر	
30	المجموع	
16	مرة واحدة	عدد مرات الحمل
14	أكثر من مرة	
30	المجموع	
21	طبيعية	نوع الولادة
9	قيصرية	
30	المجموع	
17	أسرة نووية	نوع الأسرة
13	أسرة ممتدة	
30	المجموع	
10	مصابة	الإصابة ببعض الأمراض
20	غير مصابة	
30	المجموع	

2- الدراسة الأساسية:

2-1- منهج الدراسة الأساسية:

إن طبيعة أي بحث علمي يفرض على الباحث إتباع منهج معين للوصول إلى المعرفة العلمية الدقيقة كما يتطلب منه استخدام أدوات مناسبة حيث يعرف المنهج بأنه الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة لاكتشاف الحقيقة والإجابة عن الأسئلة والاستفسارات التي يثيرها موضوع البحث وهو البرنامج الذي يحدد لنا السبيل للوصول إلى تلك الحقائق وطرق اكتشافها (شفيق، 2001، ص86).

وعليه فإن موضوع الدراسة هو الذي يفرض على الباحث استخدام منهج معين دون غيره لذلك تختلف المناهج باختلاف المواضيع وحتى يتمكن الباحث من دراسة موضوعه دراسة علمية فإن تحديد المنهج المتبع يعد خطوة هامة وضرورية (الأغا، 1997، ص 14).
وتماشيا مع طبيعة الدراسة الأساسية التي تبحث عن العلاقة بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة، فقد تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي لملائمته مع طبيعة الدراسة الأساسية التي تتناول دراسة أحداث وظواهر وممارسات قائمة ومتاحة للدراسة دون أن يتدخل الباحث في مجرياتها وعلى الباحث أن يتفاعل معها بالوصف والتحليل.

2-2- حدود الدراسة الأساسية :

تعتبر حدود الدراسة من الخطوات المنهجية الهامة ، وقد اتفق الكثير من الباحثين في مناهج البحث على أن لكل دراسة حدود متعلقة بالمكان والزمان، وقد تمثلت في هذه الدراسة فيما يلي :

- الحدود المكانية:

أجريت الدراسة الحالية بالمؤسسة الإستشفائية الخاصة بطب النساء والتوليد سليمان عميرات بالمسيلة، حيث تعتبر أحد المؤسسات الصحية التابعة لمديرية الصحة والسكان، التي تقع بمقر الولاية، حيث أنها فتحت أبوابها في 6 أوت 1992 كقاعة ولادة حضرية بطاقة

استيعاب 64 سرير، وقد تم تحويلها إلى مؤسسة إستشفائية متخصصة في أمراض النساء والتوليد وطب وجراحة الأطفال، بموجب مرسوم بطاقة استيعاب تقدر بـ 104 سرير، ودشنت بنفس التسمية سليمان عميرات، تتكون من 04 مصالحي و 12 وحدة موزعة كالآتي: مصلحة قسم الجراحة تتكون من قسم للعمليات الجراحية، قسم ما بعد العمليات، ومصلحة أمراض النساء والتوليد: تتكون من: وحدة أمراض النساء ووحدة الحمل المعسر، كذلك وحدة قبل الولادة وبعد الولادة، الفحص والكشف والاستعدادات، وطب الأطفال: يتكون من وحدة الرضع، وحدة الأطفال الكبار، مستشفى النهار والاستعدادات، أما جراحة الأطفال تتكون من وحدة الاستشفاء، تغطي المؤسسة الإستشفائية منطقة جغرافية على مساحة 18175 كلم² بعدد سكاني 1086690 نسمة بمتوسط كثافة يقدر بـ 59 نسمة لكل 1 كلم²، وعدد دوائر 15 دائرة، و 47 بلدية تضم 328 عامل في جميع التخصصات 15 إداريون أطباء عاملون 22 طبيب، 1 طبيب متخصص، 199 شبه طبيون، و 46 أعوان مصالحي الأمن والسائقين، 44 أعوان متعاقدين بالتوقيت الجزئي .

- الحدود الزمنية:

بعد الحصول على الترخيص من رئيس إدارة قسم علم النفس وعلوم التربية بتاريخ 20-3-2017 لبدء التبرص في المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد سليمان عميرات بالمسيلة وتم الموافقة عليها من طرف مدير المؤسسة، وبالتالي فإن الدراسة الأساسية قد امتدت من 20-3-2017 إلى غاية 9-4-2017

2-3- عينة الدراسة الأساسية:

تعرف العينة بأنها مجموعة جزئية مميزة ومنتقاة من مجتمع الدراسة فهي مميزة من حيث أن لها نفس خصائص المجتمع ومنتقاة من مجتمع الدراسة، وفق إجراءات وأساليب محددة، فحتى يتم اختيار عينة ما يجب أولاً أن نعرف مجتمع الدراسة الذي هو موضوع اهتمام الباحث وعندما نتحدث عن المجتمع نتحدث عن عدة أنماط من المجتمعات. (سعيد تل، 2007، ص96).

ويتم اختيار العينة بعدة طرق منها الطريقة القصدية التي تم الاعتماد عليها في الدراسة الأساسية، ويعرفها موريس بأنها أخذ عينة عن طريق السحب بالصدفة من بين مجموع عناصر مجتمع البحث (أنجرس، 2006، ص304).

حيث اختيرت (105) امرأة مقبلة على الولادة من المؤسسة الإستشفائية سليمان عميرات بالمسيلة، اختيرت وفقا لبعض المتغيرات حيث أنها ركزت على الأشهر الأخيرة من الحمل أي الثلث الأخير (7 أشهر، 8 أشهر إلى غاية 9 أشهر)، والجدول التالي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير السن، عدد مرات الحمل، طبيعة الولادة، نوع الأسرة، الإصابة ببعض الأمراض:

جدول رقم (06): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية .

النسبة	التكرار	خصائص عينة الدراسة	
%29.52	31	18-24	السن
%52.38	55	25-34	
%18.09	19	أكثر من 34	
%100	105	المجموع	
%47.61	50	مرة واحدة	عدد مرات الحمل
%52.38	55	أكثر من مرة	
%100	105	المجموع	
%68.57	72	طبيعية	طبيعة الولادة
%31.42	33	قيصرية	
%100	105	المجموع	
%50.47	53	أسرة نووية	نوع الأسرة
%49.52	52	أسرة ممتدة	
%100	105	المجموع	
%40.95	43	مصابة	الإصابة ببعض الأمراض
%59.04	62	غير مصابة	
%100	105	المجموع	

2-4- أدوات الدراسة وخصائصها السيكمترية :

يعتبر إختيار الأداة مرحلة مهمة في البحث العلمي لأنه يتم الإعتماد عليها لقياس العديد من المتغيرات ويؤكد العلماء على أنه بقدر ما يمكن للباحث الاستعانة بمجموعة من الأدوات بقدر ما يمكنه الوصول إلى نتائج موضوعية ودقيقة، فطبيعة الموضوع تفرض على الباحث نوع الأدوات التي يجب أن يستخدمها لجمع البيانات، وقد تمثلت أدوات الدراسة في مقياس قلق الولادة ومقياس جودة الحياة.

2-4-1- مقياس قلق الولادة:

- وصف المقياس :

تمثلت أداة الدراسة في مقياس قلق الولادة من إعداد الباحثان مهدي محمد عبد الستار، وشهد سعد طاهر (2015)، حيث يتكون المقياس من 30 عبارة موزعة على بعدين الأعراض النفسية تكونت من 15 عبارة أما الأعراض الجسمية فتكونت من 15 عبارة، ويطبق على النساء المقبلات على الولادة، ويحتوي كل بعد على مجموعة من العبارات وكلها عبارات ايجابية والجدول رقم (7) يبين ذلك :

جدول رقم (07): يبين أبعاد مقياس قلق الولادة.

أبعاد المقياس	رقم العبارة
الأعراض النفسية	1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 12، 13، 14، 15
الأعراض الجسمية	16، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30

وبالنسبة لكيفية تصحيح مقياس قلق الولادة تضع المفحوصة علامة (x) بجانب العبارة التي تتفق مع ما تشعر به من مظاهر القلق من عملية الولادة، وتعطى الدرجات كما هو مبين في الجدول التالي :

جدول (08): يبين كيفية تصحيح مقياس قلق الولادة :

العبارات	تنطبق علي كثيرا	تنطبق علي أحيانا	لا تنطبق علي
العبارات الموجبة فقط	03	02	01

- الخصائص السيكومترية للأداة الأصلية :

قام الباحثان مهند محمد عبد الستار، وشهد سعد طاهر سنة (2015) بتصميم مقياس قلق الولادة وذلك بالاطلاع على مقاييس متعددة في الموضوع وكلها مقاييس لقياس درجة القلق وذلك بغرض الاستفادة منها في إعداد أداة الدراسة من خلال الإطار النظري الذي يتناول موضوع قلق الولادة، وبعض المقابلات الشخصية التي أجراها الباحثان مع النساء اللاتي يترددن على المصحات، وقد تم التأكد من صدق وثبات المقياس عن طريق عدة طرق منها صدق المحكمين حيث تم عرض المقياس على 10 محكمين من أخصائيين في علم النفس و الرشد النفسي والتوجيه التربوي، وبناء على آرائهم تم إعادة صياغة بعض العبارات، وحذف عبارتين 10 والعبارة 30 مع العلم أن المقياس يتكون في صورته الأولية من 32 عبارة ليصبح عدد عبارات المقياس 30، ولحساب الثبات اعتمد الباحثان طريقة التجزئة النصفية واستعمال معامل ارتباط بيرسون بين الدرجات الزوجية والفردية حيث بلغت قيمته 0.64 ثم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة سبيرمان براون لتصبح قيمته 0.78 وقد تم الاعتماد على طريقة صدق الاتساق الداخلي باستعمال طريقة ألفا كرونباخ وبلغت قيمته 0.83، وعليه فإن المقياس يتمتع بثبات جيد.

- الخصائص السيكومترية للأداة في الدراسة الأساسية:**- حساب ثبات المقياس:**

بعد تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية التي بلغ عددها 30 امرأة مقبلة على الولادة تم حساب ثبات المقياس ويشير ثبات المقياس في معناه إلى درجة الاستقرار أو الاتساق في الدرجات المتحققة على أداة المقياس مع الزمن، فدرجة الثبات هي التي تحدد قيمة المقياس العلمية، ولتحقق من ثبات المقياس تم استخدام الطرق الآتية:

أ - طريقة التجزئة النصفية:

تم الاعتماد على طريقة التجزئة النصفية في حساب ثبات المقياس وذلك بحساب الدرجات الكلية لأفراد العينة الاستطلاعية 30 امرأة، ثم حساب الدرجات الفردية والدرجات

الزوجية بحساب معامل ارتباط بيرسون، حيث بلغ 0.768 وهو دال عند 0.01، وبعد استخدام معادلة سبيرمان براون المعدلة أصبح معامل الثبات يساوي 0.868 وهو دال عند 0.01، وهذا ما يوضحه الجدول رقم (9):

جدول رقم (09): يوضح معامل ثبات مقياس قلق الولادة بطريقة التجزئة النصفية.

المقياس	العينة	عدد العبارات	معامل الارتباط بيرسون	معامل الارتباط المصحح
قلق الولادة	30	30	0.768	0.868

من خلال ما تم عرضه في الجدول نستنتج أن مقياس قلق الولادة يتمتع بدرجة جيدة من الثبات يمكن الوثوق بها واستخدامها كأداة قياس.

ب - طريقة الإتساق الداخلي (ألفا كرونباخ):

تم حساب ثبات هذا المقياس عن طريق الاتساق الداخلي، باستخدام معادلة ألفا كرونباخ القائمة على أساس حساب معدل الارتباطات بين عبارات المقياس ككل، حيث بلغ 0.87، والجدول رقم (10) يوضح ذلك:

جدول رقم (10): يوضح ثبات مقياس قلق الولادة بطريقة ألفا كرونباخ

المقياس	العينة	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ
قلق الولادة	30	30	0.87

يتضح من خلال الجدول أن معامل ألفا كرونباخ بلغ 0.87، وهو معامل جيد ويدل على ثبات المقياس، وبناء على ما تقدم نستنتج أن مقياس قلق الولادة توفرت فيه كل الخصائص السيكومترية، وهذا يدل على إمكانية تطبيقه في الدراسة الأساسية.

- حساب صدق المقياس:

ويقصد به الدرجة التي يقيس بها المقياس السمة التي وضع لقياسها، ولتحقق من صدق المقياس تم استخدام الطرق الآتية:

أ - طريقة المقارنة الطرفية:

بعد تطبيق المقياس بترتيب تنازليا، بعدها تم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين أو فئتين (عليا ودنيا)، بنسبة 27% لكل فئة أي ما يقابلها 8 درجات من المجموعة العليا و8 درجات من المجموعة الدنيا، ثم المقارنة بينهما باستخدام اختبار الدلالة الإحصائية (ت) وبعدها يتم تفسير هذه القيمة وفقا لحالتين هما:

- إذا كانت قيمة (ت) دلالة عند مستوى الدلالة (0.05 و 0.01) فهذا يعني أن هذا المقياس صادق لأنه استطاع أن يميز بين الطرفين.

- إذا كانت قيمة (ت) غير دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، فهذا يعني أن المقياس غير صادق لأنه لم يميز بين الطرفين.

والجدول رقم (11) يوضح نتائج اختبار (ت) لحساب صدق المقارنة الطرفية لمقياس قلق الولادة.

جدول رقم (11): يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس قلق الولادة.

الفئة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار (ت)	الدلالة
المجموعة العليا	8	79.1250	2.74838	-16.13	دال عند 0.01
المجموعة الدنيا	8	50.6250	4.17262		

من خلال الجدول نلاحظ أن هناك فروق جوهرية بين قيم المتوسط الحسابي لدى الفئتين، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى أفراد العينة في المجموعة العليا 79.1250، وبلغت في المجموعة الدنيا 50.6250، أما قيمة اختبار (ت) فبلغت -16.13 مما يدل على صدق المقياس.

ب -الصدق الذاتي:

لقد تم حساب الصدق الذاتي للمقياس بالاعتماد على معامل الثبات الذي تم حسابه بطريقتين: التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ، والصدق الذاتي هو الجذر التربيعي للثبات، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم(12): يوضح الصدق الذاتي لمقياس قلق الولادة.

الصدق الذاتي	معامل الثبات	
0.931	0.868	طريقة التجزئة النصفية

يتضح من خلال الجدول أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

2-4-2 - مقياس جودة الحياة:

-وصف المقياس :

تمثلت أداة الدراسة في مقياس جودة الحياة، الصادر من منظمة الصحة العالمية سنة (1996)، وقام أحمد محمد عبد الخالق (2008)، بترجمة هذا المقياس إلى اللغة العربية.

يتكون المقياس في الدراسة من (26) عبارة موزعة على خمسة أبعاد، ويطبق على النساء المقبلات على الولادة، ويحتوي كل بعد على مجموعة من العبارات كلها موجبة إلا العبارة رقم (2) سالبة والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (13): يبين أبعاد مقياس جودة الحياة.

أبعاد المقياس	رقم العبارة
البعد الجسمي	16، 3، 14، 2
البعد النفسي	26، 25، 19، 11، 7، 6، 5، 1
البعد الاستقلالي	18، 17، 15، 13، 12، 10
البعد الاجتماعي	24، 22، 21، 20
البعد البيئي	23، 9، 8، 4

وبالنسبة لكيفية تصحيح مقياس جودة الحياة قسيمة الإجابة تحتوي على 5 بدائل للإجابة (سيئة جدا، سيئة الى حد ما، جيدة الى حد ما، لا سيئة ولا جيدة، جيدة جدا)، في كل من البند 1 والبند رقم 11، أما كل من العبارات (3)، 4، 5، 7، 8، 9، 10، 12، 13، 14، 15) فكانت بدائل الإجابة (ليس دائما، بدرجة قليلة، بدرجة متوسطة، كثيرا، بدرجة بالغة)، أما البنود (16)، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25) فكانت بدائل الإجابة (غير

راض أبدأ، سيء نوعا ما، لاراض ولاغير راضي، جيد نوعا ما، راض جدا)، حيث يعطى للعبارات التدريجات التالية: (1، 2، 3، 4، 5) على نفس الترتيب ، أما العبارة السالبة رقم 2 فكانت بدائل الاجابة (راضية جدا، راضية نوعا ما، غير راضية نوعا ما، غير راضية أبدا) ويعطى لها التدريجات التالية: (1، 2، 3، 3، 4، 5).

- الخصائص السيكمترية للأداة الأصلية :

قام أحمد محمد عبد الخالق (2008)، بترجمة مقياس جودة الحياة الصادر من منظمة الصحة العالمية سنة (1996) إلى اللغة العربية، وروجعت الترجمة عدة مرات من قبل متخصصين في اللغوة علم النفس ممن يتقنون اللغتين الانجليزية والعربية، لتحكيم الصورة التي أعدت للغة العربية من حيث الصياغة اللغوية، وبدائل الإجابة، ومدى انتماء العبارة للبعد، حيث تكونت الصورة النهائية للمقياس من 26 عبارة، ثم تم حساب صدق وثبات المقياس بالاعتماد على طريقة ألفا كرونباخ التي جاءت تساوي 0.85 وطريقة إعادة التطبيق وبلغت القيمة 0.88، وكذلك الاعتماد على الصدق المرتبط بالمحك وبلغت القيمة 0.63 ويمكن القول أن مقياس جودة الحياة يتسم بخصائص سيكمترية جيدة.

- الخصائص السيكمترية للأداة في الدراسة الأساسية:

- حساب ثبات المقياس:

ولتحقق من ثبات المقياس تم استخدام الطرق الآتية:

أ- طريقة التجزئة النصفية:

تم الاعتماد على طريقة التجزئة النصفية في حساب ثبات المقياس وذلك بحساب الدرجات الكلية لأفراد العينة الاستطلاعية 30 امرأة، ثم حساب الدرجات الفردية والدرجات الزوجية بحساب معامل ارتباط بيرسون، حيث بلغ 0.764 وهو دال عند 0.01 ، وبعد استخدام معادلة سبيرمان براون المعدلة أصبح معامل الثبات يساوي 0.866 وهو دال عند 0.01 وهذا ما يوضحه الجدول رقم (14):

جدول رقم (14): يوضح معامل ثبات مقياس جودة الحياة بطريقة التجزئة النصفية.

معامل الارتباط المصحح الكلي	معامل الارتباط بيرسون	عدد العبارات	العينة	المقياس
0.866	0.764	30	30	جودة الحياة

من خلال ما تم عرضه في الجدول يتضح أن مقياس جودة الحياة يتمتع بدرجة جيدة من الثبات.

ب- طريقة الإتساق الداخلي (ألفا كرونباخ):

تم حساب ثبات هذا المقياس عن طريق الإتساق الداخلي، باستخدام معادلة ألفا كرونباخ حيث بلغ 0.61، والجدول رقم (15) يوضح ذلك:

جدول رقم (15): يوضح ثبات مقياس جودة الحياة بطريقة ألفا كرونباخ

معامل ألفا كرونباخ	عدد العبارات	العينة	المقياس
0.61	30	30	جودة الحياة

يتضح من خلال الجدول أن معامل ألفا كرونباخ بلغ 0.61، وهو معامل جيد ويدل على ثبات مقياس جودة الحياة.

-حساب صدق المقياس:

ولتحقق من صدق المقياس تم استخدام الطرق الآتية:

أ- طريقة المقارنة الطرفية:

بعد تطبيق المقياس بترتيب تنازلياً، تم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين أو فئتين (علياً ودنياً)، بنسبة 27% لكل فئة أي ما يقابلها 8 درجات من المجموعة العليا و 8 درجات من المجموعة الدنيا، ثم المقارنة بينهما باستخدام اختبار الدلالة الإحصائية (ت)، والجدول

رقم (16) يوضح نتائج اختبار (ت) لحساب صدق المقارنة الطرفية:

جدول رقم (16): يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس جودة الحياة.

الفئة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار (ت)	الدلالة
المجموعة العليا	8	105.0000	8.94427	9.10-	دال عند 0.01
المجموعة الدنيا	8	15.2500	2.31455		

من خلال الجدول نلاحظ أن هناك فروق بين قيم المتوسط الحسابي لدى الفئتين، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى أفراد العينة في المجموعة العليا 105.0000، وجاءت في المجموعة الدنيا تساوي 15.2500 ، أما قيمة اختبار (ت) فبلغت 9.10- مما يدل على صدق المقياس.

ب-الصدق الذاتي:

لقد تم حساب الصدق الذاتي للمقياس وهو الجذر التربيعي للثبات، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم(17): يوضح الصدق الذاتي لمقياس جودة الحياة.

الصدق الذاتي	معامل الثبات	
0.930	0.866	طريقة التجزئة النصفية

يتضح من خلال الجدول أن مقياس جودة الحياة يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

2-5- الأساليب الإحصائية للدراسة :

تمت معالجة البيانات وتحليلها باستخدام الحاسب الآلي من خلال برنامج الحزمة

الإحصائية في العلوم الاجتماعية (spss) و الجدول رقم(18) يوضح ذلك:

جدول رقم(18): يوضح الأساليب الإحصائية للدراسة:

الرقم	نص الفرضية	الأداة المستخدمة	الأسلوب الإحصائي
01	مستوى قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة (مرتفع).	مقياس قلق الولادة.	المتوسط الحسابي، والمتوسط الفرضي لعينة واحدة
02	مستوى جودة الحياة لدى المرأة المقبلة على الولادة (مرتفع).	مقياس جودة الحياة	المتوسط الحسابي، والمتوسط الفرضي لعينة واحدة
03	توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة وجودة الحياة.	مقياس قلق الولادة ومقياس جودة الحياة	معامل الارتباط بيرسون person
04	توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن (18-24)، (25-34)، (أكثر من مرة).	مقياس قلق الولادة.	اختبار تحليل التباين الاحادي لأكثر من مجموعتين لمعرفة الفروق بين المتغيرات (one way anova)
05	توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لعدد مرات الحمل (مرة واحدة، أكثر من مرة).	مقياس قلق الولادة.	اختبار (T.test) لعينتين مستقلتين
06	توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لطبيعة الولادة (طبيعية - قيصرية).	مقياس قلق الولادة.	اختبار (T.test) لعينتين مستقلتين
07	توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن (18-24)، (25-34)، (أكثر من 34).	مقياس جودة الحياة	اختبار تحليل التباين الاحادي لأكثر من مجموعتين لمعرفة الفروق بين المتغيرات (one way anova)
08	توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لعدد مرات الحمل (مرة واحدة، أكثر من مرة).	مقياس جودة الحياة	اختبار (T.test) لعينتين مستقلتين
09	توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لطبيعة الولادة (طبيعية - قيصرية).	مقياس جودة الحياة	اختبار (T.test) لعينتين مستقلتين

خلاصة:

تضمن هذا الفصل تقديم لأهم إجراءات الدراسة الميدانية بشكل مفصل بدءا بدراسة الاستطلاعية وأهدافها وتحديد العينة، ثم الانتقال إلى الدراسة الأساسية بتحديد المنهج المتبع، والحدود المكانية والزمنية والعينة، وأيضا أدوات جمع البيانات وخصائصها السيكومترية، بالإضافة إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة التي تم الاعتماد عليها في الدراسة.

الفصل السادس:

عرض ومناقشة النتائج

تمهيد

1- عرض ومناقشة النتائج في ضوء الفرضيات

2- خاتمة

3 - الاقتراحات

تمهيد:

بعد أن تطرقنا لأهم إجراءات الدراسة الميدانية، سنتطرق في هذا الفصل إلى عرض وتحليل وتفسير النتائج المتوصل إليها وهذا من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات المتحصل عليها بعد تطبيق مقياس قلق الولادة ومقياس جودة الحياة و ذلك من أجل التوصل إلى النتائج التي نبرهن بها صحة الفرضيات المطروحة .

1- عرض النتائج ومناقشتها على ضوء الفرضيات :

بعد عرض الفصل المتعلق بإجراءات الدراسة الميدانية والأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل بيانات كل فرضية ننتقل إلى عرض النتائج ومناقشتها على ضوء فرضياتها .

1-1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى لهذه الدراسة على أن: "مستوى قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة مرتفع"، ولمعرفة مستوى قلق الولادة تم حساب الفروق بين المتوسطين المحسوب والفرضي والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (19): يوضح الفروق بين المتوسطين الفرضي والمحسوب في قلق الولادة.

المتغير	العينة	المتوسط الحسابي	المتوسط الفرضي	درجة الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
قلق الولادة	105	64.20	60	103	3.91	0.01

من خلال النتائج الموضحة في الجدول يتضح لنا أنه توجد فروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي في قلق الولادة، حيث جاءت قيمة (ت) تساوي 3.91 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0.01، حيث كانت الفروق لصالح المتوسط الحسابي المحسوب، وهذا يعني أن عينة الدراسة الأساسية لديها مستوى مرتفع من قلق الولادة.

وتفسر نتيجة هذه الفرضية على أن مستوى قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة يكون بدرجة مرتفعة، وبالرغم من سعادة المرأة بإقبالها على الولادة إلا أن الاضطرابات الهرمونية والتغيرات النفسية والجسدية، والشعور الداخلي بأن حياتها اختلفت في جوانب شتى بقدم هذا الطفل وغيرها من الأحاسيس، كلها عوامل تؤدي إلى تبدل وتغير في

نفسية المرأة، وتختلط عليها الأحاسيس من السعادة إلى الكآبة والأسى والخوف مما يؤدي إلى ارتفاع في درجة القلق.

وهذه النتيجة تتفق مع ما تم عرضه في الجانب النظري، حيث تعتبر عملية الولادة بالنسبة للمرأة الحامل المقبلة على الولادة على أنها عملية شاقة ، أي أنها تشمل حياتها وحياة جنينها، فهي تخوض تجربة الحمل من اليوم الأول إلى غاية 9 أشهر فطيلة فترة حملها وهي تسأل وتستفسر وتحاوّر كل من مر بهذه التجربة، فهناك خوف من المجهول، وقلق على صحة الجنين وولادته بصورة طبيعية بالإضافة إلى المخاوف التي تتعلق بالألم المصاحب للولادة ، ويعرف قلق الولادة على أنه شعور غامض وحالة من الترقب والخوف والتوتر من عملية الولادة، ونفسية المرأة الحامل المقبلة على الولادة مرآة تعكس ما بداخلها من اضطرابات هرمونية تتمثل في تغيرات المزاج، وفقدان الشهية، وتغير في نفسياتها نحو زوجها، واضطراب سلوكها كل ذلك يجعل من الحامل إنسانة رقيقة المشاعر مرهفة الحس، ومما لا شك فيه أن الولادة عملية شاقة للمرأة لقوله تعالى (حملته أمه كرها ووضعته كرها) [الأحقاف، الآية، 15].

ويقصد بكلمة حملته أمه "كرها" تدل على المشقة والتعب، ووضعته "كرها" تدل أيضا على المشقة من عملية الولادة وشدتها، فالقلق عند المرأة يكون بصورة كبير أثناء الحمل ومع تقدم الحمل يزيد قلقها وأيضا من الأسباب التي تزيد من شدة قلق الولادة لدى المرأة المقبلة على الولادة الحالة الصحية والجسدي للجنين، فهي تلعب دور كبير في نفسياتها فهي ترى أن الجنين المنتظر سيكون مفعما بجميع الصفات الجسدية السليمة ، فعندما تتلقى خبر إصابة جنينها بالإعاقة أو قد يكون مصاب بنشوه خلقي فهذا يزيد من الضغط النفسي لديها وتصاب بقلق بدرجة مرتفعة نتيجة خوفها على صحة جنينها.

وتتفق نتيجة هذه الفرضية مع نتائج دراسة بن عكوش (2014) التي هدفت إلى التعرف على مستوى الضغط النفسي لدى النساء اللاتي تلقين خبر إصابة الطفل بمتلازمة داون وبينت هذه الدراسة أن المرأة تعاني من قلق وضغط نفسي مرتفع، كما اتفقت نتيجة

الفرضية مع نتائج دراسة السوالمه (2012) التي هدفت إلى التعرف على مستوى الضغوط النفسية والقلق لدى النساء الحوامل وبينت هذه الدراسة أن النساء يعانين من ضغوط نفسية بدرجة مرتفعة، وكذلك دراسة أيلول (2011) ودراسة الريماوي (2012) التي هدفت إلى التعرف على الضغط النفسي لدى النساء المقبلات على الولادة وأظهرت النتائج أن النساء تعانين من الضغوط بدرجة مرتفعة، كما اتفقت نتيجة هذه الفرضية مع نتائج دراسة نوربك وأندرسون (2010) ودراسة بيجرس (2010) هدفت إلى التعرف على مستوى الضغوط النفسية والقلق لدى المرأة الحامل وأكدت على وجود مستويات عالية من الضغوط النفسية.

كما اختلفت نتيجة هذه الفرضية مع نتائج دراسة وينغ شينغ (2006) والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين مستوى قلق الأم ومشاعر السيطرة خلال عملية الولادة، وأسفرت النتائج إلى عدم وجود لأي علاقة إحصائية بين القلق والولادة وأرجعت هذه النتيجة إلى درجة الوعي والدعم المقدم للمرأة الحامل المقبلة على الولادة وهذا ما يقلل من درجة القلق لديها. عموماً يمكن القول أن نتيجة الفرضية قد اتفقت مع نتائج الدراسات السابقة التي أكدت على أن مستوى قلق الولادة يكون بدرجة مرتفعة.

1-2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية لهذه الدراسة على أن: "مستوى جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة مرتفع، ولمعرفة مستوى جودة الحياة تم حساب الفروق بين المتوسطين المحسوب والفرضي والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (20): يوضح الفروق بين المتوسطين الفرضي والمحسوب في جودة الحياة.

المتغير	العينة	المتوسط الحسابي	المتوسط الفرضي	درجة الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
جودة الحياة	105	87.90	78	103	7.46	0.01

من خلال النتائج الموضحة في الجدول يتضح لنا أنه توجد فروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي في جودة الحياة، حيث جاءت قيمة (ت) تساوي 7.46 وهي

قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0.01، حيث كانت الفروق لصالح المتوسط الحسابي المحسوب، وهذا يعني أن عينة الدراسة الأساسية لديها مستوى مرتفع من جودة الحياة. وتفسر نتيجة هذه الفرضية أن جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تكون بدرجة عالية أي أن النساء اللاتي يذهبن إلى عملية الولادة غالبتهن العظمى راضيات عن جودة الحياة التي يعشنها من جميع جوانبها النفسية والجسدية والاجتماعية والاقتصادية والعلاقات الشخصية وغيرها، وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع ما تم عرضه في الجانب النظري حيث ينظر لجودة الحياة على أنها الانتقال من النظرة السلبية إلى النظرة الإيجابية، أي النظر إلى الصحة وليس المرض، حيث أصبحت جودة الحياة من المفاهيم الحديثة التي ارتبطت بدراسات علم النفس الإيجابي والتي تعتبر إحدى المتغيرات الأساسية للشخصية، والهدف الأساسي في الحياة ويؤدي تحقيقها إلى الشعور بالرضا والبهجة والاستمتاع وتحقيق الذات والتفائل وهذا ما يؤدي إلى التوجه الإيجابي نحو الحياة، فالمرأة المقبلة على الولادة بالرغم من حالة الخوف وتوقع مضاعفات لعملية الولادة، والخوف من الألم المصاحب للولادة، إلا أنها تبقى راضية بدرجة عالية على الحياة التي تعيشها.

وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة الهمص (2010) التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى النساء المقبلات على الولادة، وقد أسفرت نتائجها أن النساء غالبتهن العظمى راضيات عن الحياة التي يعشنها، وأن أكثر جوانب الرضا تم ملاحظتها في جانب مدى الرضا عن العلاقات الشخصية حيث بلغت نسبة الأمهات اللاتي عندهن رضا في هذا الجانب 80.89° وأرجع صالح إسماعيل هذا الأمر إلى التقارب الأسري والألفة والمحبة بين أفراد المجتمع.

كما تتفق هذه النتيجة أيضا مع نتائج دراسة المشاقبة (2014) التي هدفت إلى التعرف على مستوى جودة الحياة، وتوصلت النتائج إلى وجود مستوى مرتفع من جودة الحياة.

واتفقت كذلك مع دراسة حرطاني (2014) التي هدفت إلى التعرف عن مستوى جودة الحياة لدى الأمهات وتوصلت النتائج إلى أن غالبية راضيات بدرجة عالية عن الحياة التي يعشنها، وقد اختلفت نتيجة الفرضية مع نتائج دراسة بروجن جورجن (2002) التي هدفت إلى تحديد وتمييز اختلاف جودة الحياة، وتوصلت النتائج إلى أن السيدات اللاتي يلدن ولادة قيصرية لديهن درجات أقل من اللاتي يلدن بصورة طبيعية، أي أن جودة الحياة تختلف تبعاً لمتوسط الألم.

ومن خلال نتيجة الفرضية يمكن القول أن النساء المقبلات على الولادة راضيات عن الحياة، وهذا راجع لعدة عوامل منها الوازع الديني الموجود عند النساء باعتبار أن كل ما يصيبهن سواء كان ذلك خيراً أو شراً فهو من عند الله عزوجل، وأنه يجب أن يحمدن الله على هذا الأمر، وهذا ما يجعل النساء تشعرن بالرضا عن الحياة من جميع جوانبها، ونجد كذلك تأقلم الكثير من النساء على ظروف الحياة التي يعشنها، حيث أصبحت الكثير من الأمور بالنسبة لهن طبيعية وعادية، بالإضافة إلى أن عملية الولادة بالرغم من فيها من مخاطر إلا أن انتظار المولود الجديد يعتبر إضافة نوعية للأسرة، ويزيد من الروابط الأسرية، خاصة بين الرجل والمرأة.

1-3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

نصت الفرضية الثالثة لهذه الدراسة على أنه: "توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة"، ولمعرفة العلاقة بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى المرأة المقبلة على الولادة تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات النساء الحوامل على مقياس قلق الولادة ودرجاتهن على مقياس جودة الحياة والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (21): يوضح نتائج معامل الارتباط بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة.

المتغيرين	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
قلق الولادة	105	64.20	11.02	- 0.09	غير دال
جودة الحياة	105	87.90	13.59		

من خلال النتائج الموضحة في الجدول يتضح لنا أن قيمة معامل الارتباط بيرسون جاءت تساوي -0.09 وهي قيمة غير دالة ، مما يعني أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة.

وتفسر هذه النتيجة على أن المرأة المقبلة على الولادة تتمتع بدرجة مرتفعة من جودة الحياة أي أنها راضية عن الحياة من جميع جوانبها المتعلقة بالبيئة الأسرية والاجتماعية والنفسية والاقتصادية والمادية والعلاقات الاجتماعية، وللمجتمع دور مهم اتجاه هذه الفئة من النساء الحوامل بشكل خاص، يتمثل هذا الدور في تقديم الدعم اللازم من خدمات اجتماعية كالزيارات المنزلية والمشاركة الاجتماعية والترفيه وغيرها، وكذلك الدعم النفسي من خلال البرامج والجلسات والمتابعة المستمرة والمنظمة، وكذلك الدعم في كافة المجالات الأخرى، اقتصادية وطبية... إلخ، وبالتالي كل هذا إذا توفر لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة سيؤدي بالضرورة إلى زرع الثقة بالنفس، والقدرة على التكيف والدمج الاجتماعي وتقدير الذات، ومن خلال نتائج هذه الفرضية تمت ملاحظة أمور عديدة منها أن النساء اللاتي يذهبن إلى قسم الولادة راضيات على جودة الحياة التي يعشنها، وبالرغم من رضاهن عن الحياة التي يعشنها وذلك بتوفير كل الظروف الحياتية المواتية إلا أنهن تعانين من القلق بدرجة عالية، فالقلق يبقى بمثابة المتلازم الذي يلزم النساء اللاتي يذهبن إلى قسم استقبال حالات الولادة بغرض الولادة وليس الفحص، وقد يكون في بعض الأحيان قلقا لامبررله، فالمرأة بحكم تكوينها النفسي والفزيولوجي وطبيعة الأدوار التي تلعبها تكون أكثر عرضة

للإصابة بالضغوطات النفسية خاصة في فترة الحمل والولادة بحكم أنهما تجربة تشمل العديد من التغيرات التي تؤثر على نفسية المرأة.

وتتفق نتيجة هذه الفرضية مع ما تم عرضه في الجانب النظري، فقد أوضح علاء الدين كفاي (1990) أن القلق عملية شائعة بين الناس فالكل يشعر ويعاني منه في بعض المواقف فهو خبرة حياتية عند الإنسان في جميع الأعمار، فقد أكد الباحثون أن القلق قد يرجع إلى الأسباب البيولوجية خاصة هرمون الأستروجين فقد وجد الباحثون أن ارتفاعه في جسم الحامل يجعلها أكثر عرضة للقلق، وهذا ما أكدته دراسة طبية أمريكية تناولت 198 امرأة حاملا في الأسبوع 29 تم فحص الهرمون لديهن فتبين أنه كلما زاد الهرمون زادت شحنات القلق، فالمرأة تخوض تجربة الحمل من اليوم الأول إلى غاية 9 أشهر فطيلة فترة حملها وهي تسأل كل من مر بهذه التجربة، فهناك خوف وقلق على صحة الجنين بالإضافة إلى المخاوف التي تتعلق بالآلام المصاحبة لعملية الولادة، ومع تقدم الحمل يزيد قلقها، وهذا ما تؤكدته دراسة السوالمه (2012) التي هدفت إلى التعرف على مستوى الضغوط النفسية وقلق حالة لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة، وأسفرت النتائج إلى أن النساء تعانين من القلق بدرجة عالية.

كما اختلفت نتيجة الفرضية مع نتائج دراسة الهمص (2010) التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين قلق الولادة وجودة الحياة وأسفرت النتيجة بأن هناك علاقة بين قلق الولادة وجودة الحياة، فالقلق عند الأمهات الراضيات عن الحياة التي يعشنها هن الغالبية العظمى ممن طبق عليهن مقياس قلق الولادة وهو في معظمه ما بين قلق قليل ومتوسط، وهذا الأمر يعكس بصورة عامة مدى الرضا عن المعيشة التي تعيشها الأمهات، فجودة الحياة تساهم في التقليل من شدة القلق.

عموما نتائج الدراسات السابقة جاءت مخالفة مع نتيجة هذه الفرضية التي أكدت بأنه لا توجد علاقة بين قلق الولادة وجودة الحياة، وهذا يعني أنه بالرغم من رضا المرأة عن الحياة التي تعيشها إلا أنها تعاني من القلق بصورة كبيرة.

1-4 عرض و مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

الفرضية الرابعة نصت على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن، ولاختبار هذه الفرضية تم حساب اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة هل هناك فروق في قلق الولادة لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن حيث تم تقسيم هذا المتغير إلى ثلاث مجموعات وهي: (18-24)، (25-34)، (أكثر من 34)، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (22): يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير السن.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	
11.37466	61.8710	31	24- 18
10.99563	64.3673	49	34- 25
10.44031	66.8000	25	أكثر من 34
11.02418	46.2095	105	المجموع

في حين جاءت نتائج تحليل التباين الأحادي كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (23): يوضح الفروق في قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن.

الدالة	ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.25	1.40	169.25	2	338.519	بين المجموعات
		120.59	102	12300.872	خارج المجموعات
			104	12639.390	المجموع

من خلال النتائج الموضحة في الجدول يتضح لنا أن قيمة (ف) جاءت تساوي 1,40

وهي غير دالة وهذا يعني أن قلق الولادة لا يختلف حسب اختلاف السن.

وتفسر هذه النتيجة على أن المرأة الحامل المقبلة على الولادة سواء كانت كبيرة أو صغيرة في السن لا فرق بينهما في درجة الشعور بالقلق، لأن كل النساء تعشن بنفس الضغوط النفسية الناتجة عن ارتفاع في هرمون الأستروجين وهذا ما يحدث لديهن تغيرات على مزاجهن، كما تم ملاحظة أن النساء اللاتي طبق عليهن مقياس قلق الولادة تعانين من القلق بدرجة مرتفعة، فالقلق لا يختلف باختلاف السن، وهذه النتيجة تتفق مع ما تم عرضه في الجانب النظري، فالولادة هي عملية شاقة للمرأة، فهناك خوف وقلق على صحة الجنين وعلى ولادته بصورة طبيعية، بالإضافة إلى الآلام المرافقة لعملية الولادة، وجميع النساء باختلاف السن يتعرضن لنفس التجربة.

وتتفق نتيجة الفرضية مع نتائج دراسة الهمص (2010) التي هدفت إلى التعرف على الفروق في قلق الوالدة تعزى لمتغير السن ولقد أسفرت النتائج إلى أنه لا توجد فروق في قلق الولادة تعزى لمتغير السن، كما اتفقت نتيجة الفرضية مع نتائج دراسة دلالة (2015) التي هدفت إلى التعرف على الفروق في الضغط النفسي تعزى لمتغير السن، وأسفرت النتائج إلى أنه لا توجد فروق في الضغط النفسي للمرأة تعزى لمتغير السن، فقلق الولادة لا يختلف حسب اختلاف السن، فكل النساء يتعرضن لهذا القلق.

كما اختلفت نتيجة هذه الفرضية مع نتائج دراسة الريموي (2012) التي هدفت إلى التعرف على الفروق في درجة الضغوط النفسية تعزى لمتغير السن، وأظهرت النتائج على أنه توجد فروق في درجة الضغوط النفسية لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن، أي أن الضغوط النفسية التي تتعرض لها المرأة تختلف باختلاف السن.

ويمكن القول أن نتيجة الفرضية الرابعة أثبتت أنه لا توجد فروق في قلق الولادة تعزى لمتغير السن سواء كان سن المرأة ما بين (18-24)، (25-34)، (أكثر من 34)، فالقلق يبقى المتلازم الذي يلزم النساء اللاتي يذهبن لقسم الولادة، فالولادة في حد ذاتها تستدعي القلق لذا لا يختلف قلق الولادة بين صغيرة في السن ولا كبيرة.

1-5- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

الفرضية الخامسة نصت على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لعدد مرات الحمل ، ولاختبار هذه الفرضية تم حساب اختبار (ت) لعينتين مستقلتين بهدف معرفة الفروق في قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لعدد مرات الحمل (مرة واحدة -أكثر من مرة) والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (24): يوضح الفروق في قلق الولادة لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لعدد مرات الحمل .

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	عدد مرات الحمل	
غير دالة	0.19	103	10.77468	64.0694	72	مرة واحدة	قلق
			64.5152	64.512	33	أكثر من مرة	الولادة

من خلال النتائج الموضحة في الجدول يتضح لنا أن قيمة (ت) المحسوبة جاءت تساوي -0.19 وهي قيمة غير دالة وهذا يعني أن قلق الولادة لا يختلف حسب عدد مرات الحمل.

وتفسر هذه النتيجة على أن المرأة المقبلة على الولادة سواء كانت حاملا مرة واحدة أو أكثر من مرة فهي تبقى تعاني من قلق الولادة ، وهذا يتفق مع ما تم عرضه في الجانب النظري، حيث تعتبر عملية الولادة عملية يشوبها الكثير من القلق (الهمص، 2005، ص5) فالمرأة تعاني من القلق أثناء الحمل والولادة، فبعض النساء قد يكون عندهن قلق من عملية إخراج الجنين وما يتبع ذلك من تدخل جراحي، ورغم أن الأمهات صاحبات الخبرة والتي مررن بتجربة الحمل والإنجاب أكثر من مرة، واكتسبن الخبرة اللازمة حول مراحل الحمل والولادة، إلا أنهن تعانين من قلق الولادة بصورة كبيرة بالإضافة إلى العوامل المقبلة على الولادة لأول مرة فهن أيضا يعانين من هذا القلق، فالقلق يبقى يزاوّل المرأة الحامل المقبلة

على الولادة سواء كانت حاملا لأول مرة أو أكثر من مرة، فتجربة المرأة وخبرتها في الحمل والولادة لا تشفع لها في التخلص من قلق الولادة .

وتتفق هذه الفرضية مع نتائج دراسة الريماوي (2012) التي هدفت إلى التعرف على الفروق في قلق الولادة تعزى لعدد مرات الحمل وأسفرت النتائج إلى أنه لا توجد فروق في الضغوط النفسية لدى النساء المقبلات على الولادة تعزى لمتغير عدد مرات الحمل.

وتختلف نتيجة الفرضية مع نتائج دراسة الهمص (2010) التي هدفت إلى التعرف على الفروق في القلق تعزى لعدد الولادات، وقد أظهرت النتائج إلى أنه كلما قل عدد الولادات كلما زادت نسبة القلق المتعلق بعملية الولادة وأن أكثر السيدات قلقا من عملية الولادة هن صاحبات العدد الأقل في عملية الولادة (ولادتان فأقل)، والسيدات صاحبات العدد الأكثر (ولادتان - 5 ولادات) القلق يكون متوسط أما أكثر من 6 مرات فالقلق يندمج عندهن، فهذه الدراسة أثبتت أن خبرة الحمل والولادة تلعب دور في التقليل من درجة القلق.

لكن نتيجة هذه الدراسة اختلفت مع نتيجة الفرضية الخامسة التي أكدت على أنه لا توجد فروق في قلق الولادة تعزى لعدد مرات الحمل، فالقلق لا يختلف حسب عدد مرات الحمل.

1- 6- عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:

نصت الفرضية السادسة على انه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لطبيعة الولادة (طبيعية - قيصرية) وإخبار هذه الفرضية تم حساب اختبار (ت) لعينتين مستقلتين بهدف معرفة الفروق في قلق الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لطبيعة الولادة (طبيعية - قيصرية) والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (25): يوضح الفروق في قلق الولادة لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لطبيعة الولادة (طبيعية - قيصرية).

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	نوع الولادة	
غير دالة	0.28-	103	11.54394	64.0260	77	طبيعية	قلق
			9.62580	64.7143	28	قيصرية	الولادة

من خلال نتائج الموضح في الجدول يتضح لنا أن قيمة (ت) المحسوبة جاءت تساوي 0.28- وهي قيمة غير دالة وهذا يعني أن قلق الولادة لا يختلف حسب طبيعة الولادة.

وتفسر هذه النتيجة على أن النساء المقبلات على الولادة سواء كانت ولادتهن طبيعية أو قيصرية فهن يشعرن بالقلق من عملية الولادة، وتتفق نتيجة الفرضية مع ما تم عرضه في الجانب النظري، حيث تعتبر الولادة الحدث الأكثر إثارة في حياة المرأة، وفيما يتعلق بطبيعة عملية الولادة فتشير المراجع المتخصصة في علم النفس إلى أن هناك نوعين من الطرق إحداها طبيعية والأخرى قيصرية، وكلاهما ينتج عنهما آلام وتحتاجان إلى تدخل جراحي من طرف الأطباء، وتعتبر الولادة الطبيعية والقيصرية عملية فزيولوجية تحدث في نهاية فترة الحمل، فالمرأة المقبلة على الولادة تعاني لساعات قبل أن تلد، فأغلب النساء في العالم يجعلن من عملية الولادة خوفا يشغل بالهن خاصة عند اقتراب الشهر التاسع والأخير من الحمل، يزيد القلق لديهن، وهذا ما أكدته نتيجة الفرضية على أنه لا توجد فروق في قلق الولادة تعزى لطبيعة الولادة، سواء كانت طبيعية أو قيصرية.

واختلفت نتيجة هذه الفرضية مع نتائج دراسة دلالة (2012) التي أكدت بأن المرأة المقبلة على العملية القيصرية تعاني من ضغوط نفسية وهذا يعني أن قلق الولادة يختلف حسب طبيعة الولادة، لكن نتائج هذه الدراسة قد اختلفت مع نتيجة الفرضية السادسة التي

أظهرت بأن قلق الولادة لا يختلف باختلاف طبيعة الولادة، سواء كانت المرأة مقبلة على الولادة بطريقة طبيعية أو قيصرية.

1-7- عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة:

الفرضية السابعة نصت على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن، ولإختبار هذه الفرضية تم حساب اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة هل هناك فروق في جودة الحياة لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن (18-24)، (25-34)، (أكثر من 34) والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (26): يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن .

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	
11.91475	89.8065	31	24- 18
15.14903	84.9184	49	34- 25
11.36882	91.4000	25	أكثر من 34
13.59831	87.9048	105	المجموع

في حين جاءت نتائج تحليل التباين الأحادي كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (27): يوضح الفروق في جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لمتغير السن.

الدالة	(ف)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
		427.268	2	854.535	بين المجموعات
0.098	2.37	180.162	102	18376.512	خارج المجموعات
غيردالة			104	19231.048	المجموع

من خلال النتائج الموضحة في الجدول يتضح لنا أن قيمة (ف) جاءت تساوي 2.37

وهي غير دالة وهذا يعني أن جودة الحياة لا تختلف حسب اختلاف السن.

وتفسر هذه النتيجة على أن المرأة الحامل المقبلية على الولادة سواء كانت كبيرة في السن أو صغيرة لا فرق بينهما في درجة الشعور بجودة الحياة، فجودة الحياة لا تختلف باختلاف السن وهذا ما تم عرضه في الجانب النظري حيث تعتبر جودة الحياة بالنسبة للمرأة الهدف الأسمى نحو مستقبل أفضل للأسرة، فالمرأة هي الحوض الدافئ والملاذ الآمن للأطفال والزوج وبدونها لا تكون هناك أسرة، وبغيابها تفتقد معاني الحب وهي التي تتحمل العبء الأكبر في الرعاية والاحتواء، وهذا الدور الأساسي والفعال في الأسرة يجعلها تثق في نفسها بشكل كبير مما يؤدي إلى استمتاعها بالحياة، مهما كان سنها، وجودة الحياة بالنسبة للمرأة هي مدى تقييمها لمستوى الخدمات المادية والمعنوية التي تقدم لها، ومدى قدرتها على إشباع حاجاتها الذاتية والموضوعية، وفي سياق الإطار الثقافي الذي تعيشه وانعكاس ذلك على حالتها الصحية والنفسية و علاقاتها الاجتماعية وتوافقها مع البيئة المحيطة، فالنساء المقبلات على الولادة باختلاف السن يشعرن بالرضا عن الحياة التي يعشنها، والولادة بالنسبة لهن إضافة نوعية للأسرة.

واتفقت نتيجة هذه الفرضية مع نتائج دراسة عناد مبارك (2012) التي هدفت إلى التعرف على الفروق في جودة الحياة وفق متغير السن، وأسفرت النتائج على أنه لا توجد فروق في السن، كما اختلفت نتيجة هذه الفرضية مع نتائج دراسة بابلين (2000) pablin التي أشارت إلى أن الشعور بجودة الحياة يتغير بتغير المراحل العمرية التي يتقدم بها الفرد فكلما تقدم الفرد في العمر كلما توضحت وتمايزت لديه حالة الشعور بجودة الحياة (حرطاني، 2013، ص8).

عموما يمكن القول أن نتيجة هذه الفرضية أكدت أنه لا توجد فروق في جودة الحياة حسب متغير السن، لأن السن لا يعيق ويقلل من مستوى جودة حياة المرأة.

8-1 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة:

الفرضية الثامنة نصت على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لعدد مرات الحمل ، ولاختبار هذه الفرضية تم حساب اختبار (ت) لعينتين مستقلتين بهدف معرفة الفروق في جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لعدد مرات الحمل (مرة واحدة -أكثر من مرة) والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (28): يوضح الفروق في جودة الحياة لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لعدد مرات الحمل .

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	عدد مرات الحمل	
دالة 0.05	2.33	103	12.11499	89.9583	72	مرة واحدة	جودة الحياة
			15.65653	83.4242	33	أكثر من مرة	

من خلال نتائج الموضح في الجدول يتضح لنا أن قيمة (ت) المحسوبة جاءت تساوي -2.33 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0.05 وهذا يعني أن جودة الحياة تختلف حسب عدد مرات الحمل.

وتفسر هذه النتيجة على أن المرأة الحامل المقبلة على الولادة تختلف جودة حياتها باختلاف عدد مرات حملها، فالمرأة الحامل لأول مرة تشعر بدرجة عالية من جودة الحياة أي أنها راضية بشكل أكبر، أما المرأة صاحبة التجارب الأكثر في الحمل والولادة لا تشعر بالرضا عن الحياة، فعدد مرات الحمل يؤثر في جودة حياتها ويقلل من مستواها، فالمرأة المقبلة على الولادة لأول مرة لم تتعرض لتجربة الحمل والولادة من قبل، لذا تكون جودة حياتها عالية، أما المرأة التي عايشة الحدث من قبل نجدها تعيش دائما في اضطراب نفسي يتمثل في الخوف والقلق من جراء عملية الولادة مما يتسبب في التقليل من سعادة المرأة ومستوى رضاها عن الحياة.

عموما نتيجة هذه الفرضية قد اتفقت مع ما تم عرضه في الجانب النظري في حين اختلفت مع نتائج الدراسات السابقة.

1 - 9- عرض ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة:

نصت الفرضية التاسعة على انه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لطبيعة الولادة (طبيعية - قيصرية) ولاختبار هذه الفرضية تم حساب اختبار (ت) لعينتين مستقلتين بهدف معرفة الفروق في جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تعزى لطبيعة الولادة (طبيعية - قيصرية) والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (29): يوضح الفروق في جودة الحياة لدى المرأة المقبلة على الولادة تعزى لطبيعة الولادة (طبيعية - قيصرية).

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	نوع الولادة	
غير دالة	0.29-	103	12.79876	88.1429	77	طبيعية	جودة الحياة
			15.82924	87.2500	28	قيصرية	

من خلال نتائج الموضح في الجدول يتضح لنا أن قيمة (ت) المحسوبة جاءت تساوي 0.29- وهي قيمة غير دالة وهذا يعني أن جودة الحياة لا تختلف حسب طبيعة الولادة.

وتفسر نتيجة هذه الفرضية على أن جودة الحياة لا تختلف حسب طبيعة الولادة، سواء كانت طبيعية أو قيصرية، فالنساء المقبلات عن الولادة راضيات عن الحياة التي تعشنها وأن طبيعة الولادة لا تعيق مستوى جودة حياة المرأة، فالنساء اللاتي يذهبن لأقسام الولادة راضيات عن نوعية الحياة التي يعشنها من جميع الجوانب سواء المتعلقة بالبيئة الأسرية أو العلاقات الاجتماعية أو الاقتصادية خاصة النفسية منها والجسمية وغيرها من جوانب الحياة التي تعشنها النساء، فالمرأة تشعر بالسعادة بإقبالها على الولادة ، أي أن الطفل المنتظر بالنسبة لها إضافة نوعية للأسرة فمهما اختلفت طبيعة الولادة بصورة طبيعية كانت

أو قيصرية فالأهم بالنسبة للمرأة هو لحظة رؤية جنينها أمام أعينها، فطيلة حملها وهي تنتظر هذه اللحظة بشغف.

ونتيجة هذه الفرضية تتفق مع ما تم عرضه في الجانب النظري فالمجتمع يلعب دور كبير وأساسي وفعال اتجاه النساء المقبلات على الولادة من حيث تقديم الدعم اللازم في كافة المجالات النفسية والجسدية والاجتماعية والاقتصادية والصحية والمادية وغيرها من المجالات، وهذا ما يجعل المرأة تشعر بأن حياتها ذات معنى وبالتالي يزيد تقديرها لذاتها وتصبح راضية عن الحياة التي تعيشها، وتجدر الإشارة إلى أن الجزائر من بين بلدان العالم النامية التي أولت اهتماما كبيرا وبالغا بصحة الأمومة، فقد بذلت جهود كبيرة في هذا الميدان منذ عام (1970) في إطار نظام الأمم المتحدة والمنظمة العالمية للصحة، كما يبدو واضحا الاهتمام من قبل الدولة الجزائرية ومحاولتها القضاء على أساليب التوليد القديمة والتي كانت تشكل خطرا على المرأة المقبلة على الولادة، ولهذا فإن الدولة الجزائرية تسعى إلى توفير كل الخدمات الصحية ذات النوعية من خلال تقديم الخدمات الصحية لكل النساء دون تمييز وتفرقة، وكذلك محاولة تحسين الاستقبال وتنظيم المصالح المرشدة وتحسين الكفاءات التقنية للمستخدمين عن طريق تكوينهم في مجال الصحة، كما تم توفير كل الظروف المناسبة لضمان ولادة سهلة وناجحة للمرأة، وهذا ما يجعلها تذهب إلى قسم الولادة وهي مطمئنة وراضية عن الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية المتخصصة في طب النساء و التوليد، وهذا ما يزيد من تحسين جودة حياة المرأة المقبلة على الولادة، حيث تصبح لا تفكر في طبيعة الولادة المقبلة عليها سواء كانت طبيعية أو قيصرية فكلاهما لا يقلل من رضاها عن الحياة التي تعيشها.

وتختلف نتيجة الفرضية مع نتائج دراسة بروجن جورج (2002) التي هدفت إلى تحديد وتمييز اختلاف جودة الحياة لدى النساء اللاتي يلدن بطرق ولادية مختلفة (طبيعية، قصرية) وتأثير الألم على جودة الحياة، وقد أسفرت النتائج إلى أن السيدات اللاتي يلدن

ولادة قيصرية لديهن درجات أقل في جودة الحياة من اللاتي يلدن بصورة طبيعية، أي أن جودة الحياة تختلف تبعاً للألم.

يمكن القول أن نتيجة هذه الدراسة تختلف مع نتيجة الفرضية التاسعة التي أكدت على أنه لا توجد فروق في جودة الحياة تعزى لطبيعة الولادة، وهذا يعني أن جودة الحياة لا تختلف حسب طبيعة الولادة (طبيعية - قيصرية).

خاتمة

خاتمة

يتضح من خلال ما سبق عرضه في الجانب النظري والجانب الميداني أن نفسية المرأة الحامل المقبلة على الولادة مرآة تعكس ما بداخلها من اضطرابات هرمونية لوجود كائن جديد في أحشائها، وبالرغم من سعادة المرأة بإقبالها على الولادة إلا أن اضطراب الهرمونات والتغيرات سواء كانت جسدية أو نفسية، كلها عوامل تؤدي إلى تغير في نفسية المرأة الحامل المقبلة على الولادة، وذلك يجعل من الحامل المقبلة على الولادة إنسانة رقيقة المشاعر مرهفة الحس، فالمرأة تعاني من القلق أثناء الحمل والولادة بدرجة مرتفعة، فهي تتصور أن هناك خوف من المجهول ومخاوف على صحة الجنين وعلى ولادته بصورة طبيعية بالإضافة إلى المخاوف المتعلقة بالألم المصاحب للولادة، وهذا ما أثبتته الدراسة الأساسية التي أكدت أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة وجودة الحياة، وبالرغم من رضا المرأة على الحياة التي تعيشها من جميع الجوانب وتقديم لها الدعم في كافة المجالات سواء الاقتصادية أو الاجتماعية أو الطبية أو النفسية وغيرها، إلا أنها تبقى تعاني من قلق الولادة بدرجة عالية، فقلق الولادة ليس له علاقة بجودة الحياة، وهذا يعني أن قلق الولادة لا ينعكس بالسلب على تكيف المرأة وشعورها بالرضا، فتبقى المرأة الحامل المقبلة على الولادة تشعر بالرضا عن الحياة التي تعيشها بدرجة مرتفعة بالرغم من وجود القلق، فيبقى القلق بمثابة المتلازم الذي يلزم النساء اللاتي يذهبن إلى المستشفى بغرض الولادة، كما أكدت الدراسة الأساسية على أنه لا توجد فروق في قلق الولادة، فالنساء باختلاف السن، وعدد مرات الحمل، واختلاف طبيعة الولادة، فهن تعانين من القلق بدرجة عالية، وهذا راجع إلى شخصية المرأة في حد ذاتها وإلى التغيرات النفسية والجسدية المصاحبة للحمل والولادة .

كما أثبتت هذه الدراسة على أنه لا توجد فروق في جودة الحياة حسب متغير السن وتوجد فروق حسب عدد مرات الحمل لصالح المرأة الحامل لأول مرة أما جودة حياة المرأة لا تختلف باختلاف طبيعة الولادة، سواء خضعت إلى العملية القيصرية أو كانت ولادتها بطريقة

طبيعية، فطبيعة الولادة لا تعيق وتقلل من مستوى جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة.

وفي الأخير يمكن أن نشير إلى أن هذه الدراسة يمكن أن تكون مرحلة تمهيدية لمواضيع بحث مستقبلية لعلم النفس.

الاقتراحات:

من خلال النتائج المتحصل عليها في الدراسة الأساسية، وفي ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة فان الباحثة تقدم بعض الاقتراحات التي من شأنها أن تفيد النساء الحوامل المقبلات على الولادة، نتمنى أن هذه الاقتراحات أن تلقى صدى في الواقع وهي على النحو الآتي:

وضع برامج إرشادية للأمهات الحوامل المقبلات على الولادة للعمل على تخفيف من حدة قلق الولادة.

توعية وإرشاد المرأة الحامل بمراحل الحمل والولادة وصعوبتها.

- العمل على تفعيل دور الأسرة والتي لها الأثر الكبير في التغلب على عقبات ومشاكل عمليتي الحمل والولادة.

- ضرورة تقديم الرعاية والأمان للمرأة الحامل المقبلة على الولادة.

- توعية النساء والتعريف بمخاطر قلق الولادة ومدى تأثيرها على صحتها وصحة جنينها.

- توفير كل الوسائل اللازمة في المستشفى ومساعدة المريضة في التغلب على مخاوفها من عملية الولادة.

- تطوير مراكز الرعاية التي تعنى بالأمهات وذلك بالتركيز على الأبعاد النفسية لعملية الولادة.

- عقد ورشات عمل في مجال الإرشاد النفسي وذلك بغية محاولة الوصول إلى معايير معينة تساعد في تخفيف حدة الآثار النفسية المترتبة على عملية الولادة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة.

- لا بد من المتابعة النفسية والصحية للمرأة الحامل ووضع حماية خاصة لها كونها حساسة جدا وتعيش مجموعة من التغيرات.

-لابد من الأخذ بعين الاعتبار الجوانب المتعلقة بالبيئة الأسرية والاجتماعية والاقتصادية
والنفسية المحيطة بالمرأة الحامل.

-أن يتم عمل برامج إعلامية وتثقيفية تتعلق بمشاكل الحمل والولادة.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

أولاً: المصادر:

-القرآن الكريم:

-سورة الأنبياء، [الآية 89]

-سورة الأحقاف، [الآية 15]

ثانياً: المراجع باللغة العربية:

*الكتب:

1. أبو حلاوة محمد السعيد(2010): جودة الحياة المفهوم والأبعاد، (د ط)، الإسكندرية: كلية التربية.

2.سرى إجلال محمد (1990): علم النفس العلاجي، (ط1)، مصر: عالم الكتب.

3.راجح أحمد عزة (1999): أصول علم النفس، (ط11)، القاهرة: دار المعارف.

4.عبد الخالق أحمد محمد (2004): أصول الصحة النفسية (د ط)، القاهرة: دار المعرفة الجامعية.

5.عبد الله أحمد محمد (2000): علم النفس المرضي، دراسة الشخصية بين السواء والاضطراب، (د ط)، القاهرة: دار المعرفة الجامعية.

6.الخالدي أديب محمد (2006): مرجع في علم النفس الإكلينيكي (المرضي)، الفحص والعلاج، (ط1)، عمان: دار وائل.

7.بن علو الأزرق (2003): كيف تتغلب على القلق وتنعم بالحياة، (د ط)، القاهرة: دار البقاء، القاهرة.

8.الحسين أسماء عبد العزيز (2002): المدخل الميسر إلى الصحة النفسية والعلاج النفسي، (ط1)، دار علم الكتب.

9.يونس انتصار (1993): السلوك الإنساني (د ط)، القاهرة: دار المعارف.

قائمة المراجع

10. فوزي إيمان (د ت): الصحة النفسية، (د ط)، الجزائر: المكتبة الجامعية، ديوان المطبوعات الجامعية.
11. الحسيني أيمن (2004)، موسوعة العناية بالحامل، (د ط)، القاهرة: ابن سينا للنشر.
12. إيهاب الببلاوي (2001): قلق الكفيف تشخيصه وعلاجه، (ط2)، مصر: مكتبة الزهراء الشرق.
13. الشيباني بدر إبراهيم (2000): سيكولوجية النمو، تطور النمو من الإخصاب حتى المراهقة (ط1)، الكويت: دار الوراقين.
14. فوزي جبل محمد (2000): الصحة النفسية والسيكولوجية، (د ط)، الإسكندرية: المكتبة الجامعية الازاريطة.
15. زهران حامد عبد السلام (1997): الصحة النفسية والعلاج النفسي، (ط3)، القاهرة: عالم الكتب.
16. الآغا حسان (1997): البحث التربوي عناصره مناهجه أدواته، (ط2)، غزة: مطبعة مقداد.
17. منسي حسين (2001): الصحة النفسية، (د ط)، الأردن: دار الكندي.
18. العناني حنان عبد الحميد (2000): الطفل والأسرة والمجتمع، (ط1)، الأردن: دار الصفاء.
19. الخطيب جمال (1995): تعديل السلوك الإنساني، (ط3)، الكويت: مكتبة الفلاح.
20. معوض خليل ميخائيل (2000): الاضطرابات السلوكية والانفعالية، (ط1)، لبنان: دار الفكر.
21. الخولي وليم (1976): الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب العقلي، (د ط)، القاهرة: دار المعارف.
22. الوقفي راضي (1998): مقدمة في علم النفس، (ط3)، الاردن: دار الشروق.

قائمة المراجع

23. ملحم سامي محمد (2004): علم نفس النمو، دورة حياة الإنسان، (ط1)، الأردن: دار الفكر.
24. السبعي عدنان (1980): سيكولوجية الأمومة، (جزء1)، بيروت: الشركة المتحدة للتوزيع.
25. تمل سعيد (2007): مناهج البحث العلمي، تصميم البحث والتحليل الإحصائي، (ط1)، الأردن: دار المسيرة.
26. جاسم السعيد (2014): الصحة النفسية الفرد والمجتمع، (ط1)، عمان: دار الرضوان.
27. سيغموند فرويد (1989): الكف والعرض والقلق، ترجمة محمد عثمان ناجي، (د ط)، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
28. سيغموند فرويد (1997): الكف والعرض والقلق، ترجمة محمد نجاتي، (ط4)، القاهرة: دار الشروق.
29. شكشك أنس (2009): الأمراض النفسية والعلاج النفسي، (ط1)، عمان: دار الشروق.
30. الداھري صالح أحمد (2005): مبادئ الصحة النفسية، (ط1)، الأردن: دار وائل.
31. علي صبره محمد (2004): الصحة النفسية والتوافق النفسي، (د ط)، القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
32. منصور طلعت (1978): أسس علم النفس العام، (د ط)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
33. حسين طه عبد العظيم (2008): العلاج النفسي المعرفي، (ط1)، مصر: دار الوفاء.
34. لماضة عاطف (د ت): متاعب المرأة النفسية والصحية، (د ط)، القاهرة: الدار الذهبية.
35. الرواجبة عايده (1999): دليل المرأة الحامل، (ط1)، لبنان: مكتبة الثقافة.
36. الشاذلي عبد الحميد محمد (2001): الصحة وسيكولوجية الشخصية، (ط2)، القاهرة: المكتبة الجامعية.
37. الوافي عبد الرحمان (2007): مدخل إلى علم النفس، (ط2)، القاهرة: دار هومة.

قائمة المراجع

38. العيسوي عبد الرحمن (1989): الإحصاء السيكولوجي التطبيقي، (د ط)، القاهرة: دار النهضة العربية.
39. العيسوي عبد الرحمن (1988): أمراض العصر، (د ط) ، دار المعرفة الجامعي.
40. سي موسى عبد الرحمن (2002): الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق، (ط1)، الجزائر: جمعية علم النفس.
41. المطوع عبد العزيز (1999): برنامج تحسين الجودة في الأداء الفني للمرشد المدرسي، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي، القاهرة: جامعة عين شمس.
42. عبد السلام عبد الغفار (1976): مقدمة في علم النفس، (د ط)، القاهرة: دار النهضة العربية.
43. أبو الخير عبد الكريم قاسم (2002): التمريض النفسي مفهوم الرعاية التمريضية
44. فرج عبد اللطيف حسين (2009): الاضطرابات النفسية، (ط1)، دار الحامد.
45. نور عصام (2006): سيكولوجية الطفل، (د ط)، القاهرة: مؤسسة شباب الجامعة.
46. عكاشة أحمد (1996): الطب النفسي المعاصر، (د ط)، القاهرة: مكتبة أنجلو المصرية.
47. كفاي علاء الدين (1990): الصحة النفسية، (د ط)، القاهرة: مكتبة هجر.
48. عثمان فاروق السيد (2001): القلق وإدارة الضغوط ، (ط1)، القاهرة : دار الفكر العربية.
49. السيد باهي فؤاد (2008): الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، (ط2)، القاهرة: دار الفكر العربي.
50. خير الله الزراد فيصل محمد (1984): الأمراض العصابية والذهنية، (ط1)، لبنان: دار القلم.
51. مجدي أحمد محمد عبد الله (1996): علم النفس المرضي، دراسة بين السواء والاضطراب، (د ط)، القاهرة: دار المعرفة الجامعية.

قائمة المراجع

52. الغيومى محمد إبراهيم (1985): القلق الإنساني، (ط3)، القاهرة: دار الفكر العربي.
53. علاوي محمد حسين (1998): علم النفس الرياضي، القاهرة: دار المعارف.
54. شفيق محمد (2001): البحث العلمي، الخطوات المنهجية لإعداد البحوث ، (د ط)، الإسكندرية: المكتبة الجامعية.
55. محمد محمد محمود (2007): أصول علم النفس في ظل الإسلام ، (ط1)، القاهرة.
56. مرسى محمد (2000): أزمة الهوية والمراهقة والحاجة إلى الإرشاد النفسي، (ط1)، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
57. محمد محمد نعيمة (2004): مشكلات الصحة النفسية، (د ط)، الأردن: دار الثقافة.
58. عبد الناصر مرفت (د ت): هموم المرأة، تحليل شامل لمشاكل المرأة النفسية، (د ط)، مصر: مكتبة مدبولي.
59. غالب مصطفى (1983): التغلب على القلق، (ط5)، بيروت: مكتبة الهلال.
60. فهمي مصطفى (1967): علم النفس الإكلينيكي، (د ط)، مصر: دار المعارف.
61. فهمي مصطفى (1987): الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التكيف(ط1)، القاهرة: دار القلم.
62. جلييلة معيزة (2002): مدخل إلى علم النفس المعاصر، (ط2)، عمان: دار المطبوعات الجامعية.
63. المليجي حلمي (2000): علم النفس الاكلينيكي، (ط1)، لبنان: دار النهضة العربية.
64. أنجرس موريس (2006): منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، (د ط)، الجزائر: دار القصة.
65. أبو حجلة نظام (د ت): الطب النفسي التشخيص والعلاج، (د ط)، الأردن: دار زهران.
- *المجلات العلمية:**
66. بخش أميرة طه (2006): جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصريا والعادين، مجلة كلية التربية، العدد35، مصر: جامعة طنطا.

قائمة المراجع

67. مبارك بشرى عناد (2012): جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج، مجلة كلية الآداب، العدد 99، جامعة ديالى.
68. الشيوون دانيا (2011): القلق وعلاقته بالاكنتاب عند المراهقين، مجلة جامعة دمشق: العدد 3-4.
69. مشري سلاف (2014): جودة الحياة من منظور علم النفس الايجابي (دراسة تحليلية)، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد 8، الجزائر: جامعة الوادي.
70. كامل سهير (1991): قلق الشباب، مجلة الدراسات النفسية، القاهرة: العدد 1.
71. سوالمة عائشة (2012): فعالية العلاج الواقعي الجسمي في تخفيف الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى الحامل، مجلة العلوم التربوية، الأردن: مجلد 8، عدد 4.
72. شعيب علي محمد (1987): قلق الاختبار في علاقة بعض المتغيرات المرتبطة بطلاب الثانوية بمكة المكرمة، مجلة الدراسات التربوية، السعودية: العدد 2، الجزء 8.
73. عبد الفتاح كاميليا (1993): مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة: عدد 28.
74. بلان كمال يوسف (2009): دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين، مجلة دمشق: العدد 1-2.
75. المشاقبة محمد أحمد خدام (2015): جودة الحياة كمبنى لقلق المستقبل لدى طلاب كلية التربية والآداب، مجلة جامعة طيبة للعلوم التربوية، المجلد 10، العدد 1، جامعة الحدود الشمالية.
76. علوان نعمات شعبان (2007): الرضا عن الحياة وعلاقته بالوحدة النفسية، مجلة الجامعة الإسلامية، فلسطين: العدد 2.
77. محمد موسى هاشم سامي (2001): جودة الحياة لدى المعوقين جسميا والمسنين وطلاب الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي، مصر: العدد 13.
78. سرحان وليد (1999): القلق النفسي مجلة الشريعة، العدد 399.

79. حلمي يوسف (1960): القلق النفسي، مجلة الصحة النفسية ، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

***الرسائل والأطروحات الجامعية:**

80. قحطاني أمينة (2014): جودة الحياة لدى الأمهات وعلاقتها بالمشكلات السلوكية عند البناء، رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، الجزائر: جامعة وهران.

81. أيلول أمال (2001): الضغط النفسي لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة للمرة الأولى، رسالة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس، الجزائر: جامعة البويرة.

82. بحرة كريمة (2014): جودة حياة التلاميذ وعلاقتها بالتحصيل الدراسي، رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير في التنمية البشرية، الجزائر: جامعة وهران.

83. البديري نبيل عبد العزيز (2003): القلق وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلبة الجامعة، رسالة مكملة لنيل شهادة ماجستير، كلية التربية، العراق: جامعة تكريت.

84. جدي ليلي (2013): جودة الحياة وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى معلمي الطور الابتدائي، رسالة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر: جامعة المسيلة.

85. بن عكوش خديجة (2014): الضغط النفسي لدى النساء الحوامل اللاتي تلقين خبر إصابة الجنين بمتلازمة داون، رسالة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، الجزائر: جامعة البويرة.

86. دلالة سارة (2014): القلق وعلاقته بالضغط النفسي لدى المرأة الحامل المقبل على العملية القيصرية، شهادة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر: جامعة مسيلة.

87. زردوم خديجة (2005): المعاش النفسي عند الأمهات العازبات، رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الاجتماعي، كلية علم النفس، الجزائر: جامعة باتنة.

قائمة المراجع

88. -شيخي مريم (2013): طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة، رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر: جامعة تلمسان.
89. الهمص صالح إسماعيل عبد الله (2010): قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية في قطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة، دراسة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، كلية التربية، فلسطين: الجامعة الإسلامية غزة.
90. العكايشي بشرى أحمد جاسم (2000): قلق المستقبل وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلبة الجامعة، رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير كلية التربية، العراق: جامعة تكريت.
91. داهم فوزية (2014): جودة الحياة وعلاقتها بالأفكار اللاعقلانية المرتبطة بقلق الامتحان لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي، رسالة مكملة لنيل شهادة الماستر إرشاد وتوجيه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر: جامعة الوادي.
92. لكحل كريمة (2014): جودة الحياة لدى المتعاقدين دراسة استكشافية على عينة المتعاقدين، رسالة مكملة لنيل شهادة الماستر، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر.
93. أبو ذينة لطيفة (2005): المشكلات النفسية والصحية وأثرها على سلوك التلاميذ ومستوى تحصيلهم الدراسي، رسالة مكملة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي، الجزائر: جامعة الجزائر.
94. محمد عليان وفاء مصطفى (2014): الجمود الفكري وقوة الأنا وعلاقتها بجودة الحياة لدى طلبة الجامعات في محافظات غزة، رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير كلية التربية، فلسطين: جامعة الأزهر.
- *القواميس والمعاجم:**
95. ابن منظور (1986): قاموس لسان العرب، (د ط)، القاهرة: دار المعارف.
96. البعلبكي منير (1992): المنجد في اللغة والإعلام، (ط3)، لبنان: دار الشروق.
97. مجمع اللغة العربية (1406هـ): المعجم الوسيط (د ط)، قطر: إدارة إحياء التراث الإسلامي.

ثالثا: المراجع باللغة الأجنبية:

98. Christopher A.K earuey Timothy j. Trull (2010) : Abnormal psychology and life, Columbia.

99. Philippe Nubukopo (2006) : guide pratique de psycho gériatrie, Paris.

رابعا: المواقع الإلكترونية:

https://baby.webteb.com/articles/14106/.99 - تقلبات في نفسية الحامل، تاريخ الاطلاع عليه (11-2-2017) الساعة 3:31 مساءا.

100. Www. 123 esaaf. Com/ prgnaucy/ book/ n.008.html. ، التغيرات التي تطرأ على المرأة الحامل، تاريخ الاطلاع عليه (15-1-2017)، الساعة 4:00 مساءا.

101. Www. Uobabay lon. Edn. Iq/ uobcleges/lectre. Aspx ? fid=11 dl cid= 35519.. - ، ضياء عويد حرجي العرنوسي، العوامل المؤثرة في نمو الجنين، تاريخ الاطلاع عليه (17-1-2017)، الساعة 2:17 مساءا.

102. www. 123lsaaf.com/ pregnancy/ book/ n.001.html .. ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل، تاريخ الاطلاع عليه (9-1-2017)، الساعة 6:30 مساءا.

103. kenanouline.com/users/najy daoud/posts..، ناجي داود(2011): القلق كحالة وكسمة (إحترس من أن يتحول قلقك من حالة إلى سمة تهدد حياتك، تاريخ الإطلاع عليه (5-2-2017)، الساعة 10:15 صباحا.

ملحق رقم 01: مقياس قلق الولادة الصورة النهائية

من إعداد مهند محمد عبد الستار، وشهد سعد ظاهر (سنة 2015).

التعليمات:

أختى المشاركة، ستجدين في الصفحات التالية مجموعة من العبارات تقيس ما يمكن أن تشعر به كل واحدة في مواقف حياتها، المطلوب منك قراءة كل عبارة على حدى والإجابة عليها بوضع علامة (x) أمام بدائل الإجابة المقترحة، ولا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة مع العلم أن المعلومات المصرح بها ستبقى في سرية تامة وتستخدم لغرض علمي فقط.

مع تمنياتي لك بالسلامة التامة

سن الأم:

عدد مرات الحمل: مرة واحد 5 أكثر من مرة 5

نوع الولادة: قيصرية 5 طبيعية 5

نوع الأسرة: أسرة نووية (بيت مستقل) 5 أسرة ممتدة (مع العائلة) 5

هل لديك مشكلة ارتفاع السكر أثناء الحمل؟ نعم 5 لا 5

هل لديك مشكلة ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل؟ نعم 5 لا 5

الرقم	المحاور	تتطبق علي كثيرا	تتطبق علي أحيانا	لا تتطبق علي
01	أشعر بالقلق من الآلام التي ترافق عملية الولادة			
02	أشعر بأني مرهقة وأعصابي مشدودة قبل الولادة			
03	تنتابني الكوابيس والأحلام المزعجة قبل الولادة			
04	أشعر بالخوف من إجراء عملية قيصرية			
05	أخشى من حدوث ولادة مبكرة			
06	أخشى من ولادة طفل مشوه			
07	أعاني من قلة النوم قبل الولادة			
08	ألاحظ بأن نومي مضطرب ومتقطع قبل الولادة			
09	لا أقلق بشأن جنس الجنين			
10	أخاف من تعسر عملية الولادة			
11	لا أخشى من ولادة توأم			
12	أشعر بالخوف على حياة الجنين وسلامته أثناء الولادة			
13	أرغب في إجراء عملية قيصرية للتخلص من آلام الولادة			
14	أشعر بتقلب في المزاج			
15	أعاني من عدم القدرة على التركيز			
16	أشعر بالخوف من ارتفاع الضغط أثناء الولادة			
17	أشعر بالخوف من ارتفاع السكر أثناء الولادة			
18	أعاني من صعوبة في التنفس			
19	لدي زيادة في ضربات القلب			
20	أحس ببرودة في القدمين			
21	أحسن ببرودة في اليدين			
22	أعاني من الغثيان والدوار			
23	أعاني من الصداع (وجع الرأس)			
24	أشكو من تهيج في القولون			
25	أعاني من آلام المعدة			
26	أصيب عرقا بسبب التوتر			
27	أشعر بضيق وألم في الصدر			
28	أعاني من شحوب الوجه			
29	أعاني من فقدان الشهية			
30	أشعر بجفاف في الفم			

ملحق رقم 02: مقياس جودة الحياة في الصورة النهائية

من إعداد منظمة الصحة العالمية (1996).

ترجمة: أحمد محمد عبد الخالق (2008).

الرقم	العبارات
01	ما هو تقديرك لنوعية الحياة؟ (أ) سيئة جدا (ب) سيئة إلى حد ما (ج) جيدة إلى حد ما (د) لا سيئة ولا جيدة (هـ) جيدة جدا
02	ما مدى رضاك عن حالتك الصحية؟ (أ) راض جدا (ب) راض نوعا ما (ج) غير راض نوعا ما (د) لا راض ولا غير راض (هـ) غير راض أبدا
03	في رأيك إلى أي مدى يمكن أن يؤدي مرضك إلى عجزك عن القيام بالعمل؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
04	حتى تستمر حياتك، ما مقدار الرعاية التي تحتاج إليها؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
05	ما مدى استمتاعك بالحياة؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
06	ما مدى شعورك بوجود معنى لحياتك؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
07	إلى أي مدى يمكنك التركيز بعقلك حول مختلف الأمور؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
08	ما مدى شعورك بالأمن في الحياة؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
09	هل هناك اهتمام بالصحة في بيتك؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
10	هل تملك القدرة والقوة الكافية للقيام بواجبات الحياة اليومية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
11	ما مدى تقبلك لبنائك الجسدي؟ (أ) سيئة جدا (ب) سيئة إلى حد ما (ج) جيدة إلى حد ما (د) لا سيئة ولا جيدة (هـ) جيدة جدا
12	هل أنت كفاء لإشباع احتياجاتك؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
13	ما مدى توافر المعلومات اللازمة والتي تحتاج إليها في حياتك اليومية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
14	إلى أي مدى تتوفر لديك الفرصة للراحة والاسترخاء؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
15	كم أنت قادر على التنقل هنا وهناك؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة

16	إلى أي مدى أنت راض عن نومك؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راض ولا غير راض (د) جيد نوعا ما (هـ) راض جدا
17	ما مدى راضك عن أدائك لواجباتك اليومية؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راض ولا غير راض (د) جيد نوعا ما (هـ) راض جدا
18	ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راض ولا غير راض (د) جيد نوعا ما (هـ) راض جدا
19	ما مدى رضاك عن نفسك؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راض ولا غير راض (د) جيد نوعا ما (هـ) راض جدا
20	ما مدى رضاك عن علاقاتك الشخصية؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راض ولا غير راض (د) جيد نوعا ما (هـ) راض جدا
21	ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راض ولا غير راض (د) جيد نوعا ما (هـ) راض جدا
22	كم أنت راض عن المساندة الاجتماعية التي يقدمها لك أصدقاؤك؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راض ولا غير راض (د) جيد نوعا ما (هـ) راض جدا
23	ما مدى رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راض ولا غير راض (د) جيد نوعا ما (هـ) راض جدا
24	ما مدى رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راض ولا غير راض (د) جيد نوعا ما (هـ) راض جدا
25	ما مدى رضاك عن مزاجك ورحلاتك؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راض ولا غير راض (د) جيد نوعا ما (هـ) راض جدا
26	هل تشعر بالحزن، الاكتئاب، القلق؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة

ملحق رقم 03: التعريف بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في أمراض

النساء والتوليد سليمان عميرات بالمسيلة