



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة  
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية  
قسم: علم النفس



الرقم التسلسلي: ..... / 2023

عنوان المذكرة:

قلق الموت والاستجابة الاكتئابية عند المرأة الحامل المقبلية  
على الولادة

دراسة ميدانية بمستشفيات (بلحوسين رشيد ومحمد بناني وبوسعادة)

إشراف الأستاذة:

- د. نوال صديقي

إعداد الطلبة:

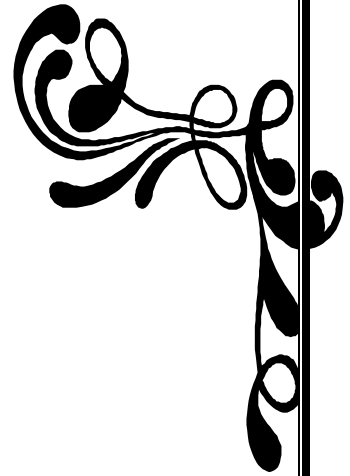
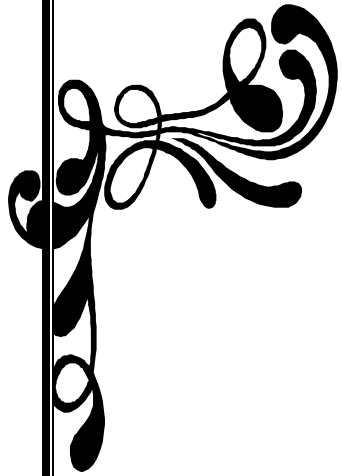
- بوراس شيماء

- ياسمين جفال

- هناء خنوف

- حشاد شيماء

السنة الجامعية: 2022 - 2023





# شكر و عرفان بالجميل

بفضل المولى عز وجل وبتوفيق منه تمكنا من تقديم هذا العمل المتواضع فالحمد

والشكر لله.

كما لا يفوتنا أن ننوه بالذين كان لهم الفضل سواء من قريب أو من بعيد و بالامتنان

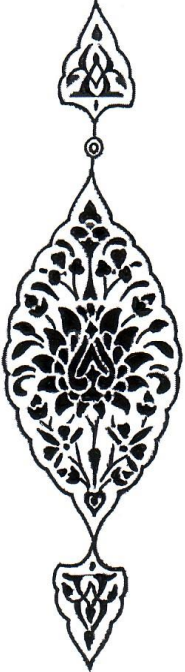
على ما قدموه لنا من المعونة والمساعدة والنصح والمشورة مما كان لها لوقع

الحسن على قلوبنا والحرارة الكبيرة التي غدت إرادتنا للخروج

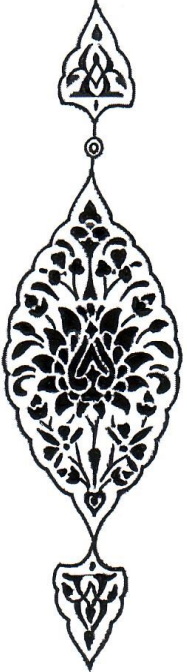
بهذا العمل المتواضع والبسيط، فلهم جميعا

نقدم كلمة شكر وتقدير خاصة بالأستاذة المحترمة: " نوال صديقي "

والتي كانت بتوجيهاتها وملاحظاتها ونصائحها القيمة قائدا لهذا العمل



# فهرس المحتويات



الصفحة	العنوان
-	شكر وعرافان
	إهداء
-	ملخص الدراسة
أ-ج	مقدمة
<b>الفصل الأول: الإطار العام للدراسة</b>	
04	1. إشكالية الدراسة.
05	2. فرضيات الدراسة
05	3. أهمية الدراسة.
06	4. أهداف الدراسة.
06	5. تحديد مصطلحات الدراسة.
07	6. الدراسات السابقة.
<b>الجانب النظري</b>	
<b>الفصل الثاني: قلق الموت</b>	
	<b>تمهيد</b>
17	1. نبذة تاريخية عن قلق الموت
18	2. تعريف قلق الموت
19	3. النظريات المفسرة لقلق الموت
22	4. أنواع قلق الموت
29	5. مكونات قلق الموت
25	6. أسباب قلق الموت
26	7. أعراض قلق الموت
28	8. علاج قلق الموت
	9. خلاصة الفصل
<b>الفصل الثالث: الاستجابة الإكتئابية</b>	
	<b>تمهيد</b>
33	1. لمحة تاريخية عن الإكتئاب
34	2. تعريف الإكتئاب
34	3. النظريات التي تفسر الإكتئاب
35	4. تصنيفات الإكتئاب
40	5. أعراض الإكتئاب

47	6. أسباب الاكتئاب
48	7. تشخيص الاكتئاب
49	8. الوقاية من الاكتئاب
58	9. علاج الاكتئاب
60	10. الاستجابة الاكتئابية
62	11. اعراض الاستجابة الإكتئابية
61	12. خصائص الاستجابة الاكتئابية
62	13. خلاصة الفصل
الفصل الرابع: الحمل	
50	1- تعريف الحمل
50	2- تعريف النفسي للحمل
50	3- أعراض الحمل
52	4- أنواع الحمل
53	5- مراحل الحمل
54	6- الانعكاسات النفسية للحمل
56	7- اهمية وتحضير وتهيئة الحامل
الفصل الخامس: اجراءات الدراسة	
59	تمهيد
60	1- الدراسة الاستطلاعية
60	2- منهج الدراسة
60	3- حدود الدراسة
60	4- مجتمع وعينة الدراسة
61	5- أدوات جمع البيانات
64	6- الخصائص السيكمترية
65	7- المعالجة الإحصائية للدراسة

67	خلاصة الفصل
الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
70	1- عرض وتفسير ومناقشة نتائج على ضوء الفرضية العامة
72	2- عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الفرعية الأولى
73	3- عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الفرعية الثانية
78	خاتمة
80	المصادر والمراجع
	الملاحق

### فهرس الجداول

الرقم	الجدول	الصفحة
01	يوضح ثبات مقياس قلق الموت عن طريق التناسق الداخلي	64
02	يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس قلق الموت	64
03	يوضح ثبات مقياس الاستجابة الاكتئابية عن طريق التناسق الداخلي	65
04	يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس الاستجابة الاكتئابية	65
05	يوضح التحقق من شرط إعتدالية التوزيع بالنسبة للمتغيرات محل الدراسة	70
06	يوضح العلاقة بين قلق الموت والاستجابة الاكتئابية لدى عينة الدراسة	71
07	يوضح مستوى قلق الموت لدى عينة الدراسة	72
08	يوضح مستوى الاستجابة الاكتئابية لدى عينة الدراسة	73

## ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة إلى دراسة قلق الموت والاستجابة الاكتئابية عند المرأة الحامل المقبلية علي الولادة وفق المنهج الوصفي الارتباطي وتكونت عينة الدراسة من 35 امرأة حامل مقبلية علي الولادة باستخدام مقياس قلق الموت (تمبلر) ومقياس الاكتئاب (بيك)، وفي الأخير توصلت النتائج إلي :

- لا توجد علاقة ارتباطية بين قلق الموت والاستجابة الاكتئابية لدي عينة النساء .
- مستوى قلق الموت لدي عينة الدراسة متوسط .
- مستوى الاستجابة الاكتئابية لدي عينة الدراسة متوسط

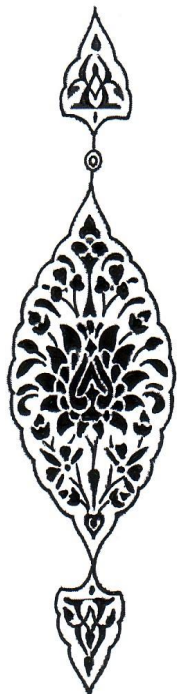
## **Study summary**

**This study aims to study death anxiety and depressive response in pregnant women who are about to give birth from the descriptive correlative approach and the composition of the study sample of 35 pregnant women who are about to give birth using the death anxiety scale (timbler) and depression scale (bic)**

**Finally the results reached the following :**

- there is no correlation between death anxiety and depressive response in the study sample**
- the level of death anxiety among the study sample is medium**
- the level of deressive response is average.**

# مقدمة





## مقدمة:

يعاني المجتمع في العصر الحالي من مشكلة الاضطرابات النفسية التي بلغت حجما كبيرا، وذلك يرجع إلى عدة اسباب وعوامل سببت ضغوطات نفسية للإنسان، وساهمت في ظهور هذه الاضطرابات أبرزها القلق والإكتئاب اللذان أصبحا مرض العصر نظرا لانتشارهما بكثرة في مختلف المجتمعات، حيث يرى "فرويد" أن القلق " هو شيء ما يشعر به الفرد، او الإنسان أو حالة انفعالية نوعية غير سارة لدى الكائن العضوي، ويتضمن مكونات ذاتية، فيزيولوجية وسلوكية تتكرر بين الحين والآخر بشكل ضيق في الصدر التنفس او آلام في المعدة او زيادة في عدد ضربات القلب أما الإكتئاب اعتبره "فرويد" تفاعل قائم بين الدوافع والعواطف وقارن بين الحزن والإكتئاب وافترض أنه في الحزن يكون الأنا سليم وفقدانه يكون على مستوى اللاشعور وقد أثبتت العديد من الإحصائيات أنه ينتشر عند النساء أكثر منه عند الرجال بسبب إختلاف المرأة في تكوينها عن الرجل فشخصية المرأة وحياتها النفسية بها الكثير من أوجه الخصوصية إذا انتقلنا إلى مراحل حياتها خاصة مرحلة الحمل بالرغم من إعتبارها حدث مهم ونقطة تحول في حياتها وإحساسها بإحتواء كائن حي في أحشائها، إلا أن هذه المرحلة تغير جذريا من نفسية المرأة بما فيها تغير سلوكياتها وتصرفاتها وتكون بذلك المرأة مختلفة فيزيولوجيا ونفسيا عن حالتها قبل الحمل وبعده فهي فترة جد حساسة إلى جانب أنها تمر بمواقف إنفعالية متعددة ولعل السبب في ذلك هو ما تتميز به من خصائص فيزيولوجية متعلقة باختلال في الهرمونات الأنثوية التي تؤثر على حالتها النفسية بالسلب، مساعدة على حدوث مجموعة من الاضطرابات النفسية بما فيها قلق الموت والاكئاب فهاجس الموت لا يفارق ذهنها طيلة فترة الحمل خاصة اذا لم يكن هناك دعم من العائلة والمحيطين بها، لذلك وجدنا أنه من الضروري التطرق إلى هذا الموضوع وتسلط الضوء عليه وعن ما يخلفه قلق الموت والإكتئاب لدى المرأة الحامل من أثار نفسية في حياتها ... وقد اشتملت دراستنا على جانبين: جانب نظري واخر تطبيقي واحتوى الجانب النظري على الفصول الآتية:

الفصل الأول: تم فيه تقديم البحث من حيث تحديد الإشكالية، والفرضيات وأهداف وأهمية البحث وتحديد المفاهيم اجرائيا إلى جانب عرض عدد من الدراسات السابقة مع التعقيب عليها .

الفصل الثاني: والذي يتمحور حول قلق الموت حيث تناولنا فيه تمهيد والقلق بصفة عامة كل من تعريفه انواعه اسبابه القلق كحالة والقلق كسمة، اضافة إلى النظريات المفسرة ثم انتقلنا إلى قلق الموت حيث تناولنا فيه تعريفه ونبذة تاريخية عنه وانواعه واسبابه، اعراضه مكوناته ، النظريات المفسرة لقلق الموت وعلاج قلق الموت ثم خلاصة الفصل.

الفصل الثالث: تطرقنا إلى تعريف الإكتئاب ،أنواعه ،أسبابه ونظرياته وتصنيفاته ،أعراضه ومقاييسه وصولا إلى تشخيصه ثم العلاج بعدها عرضنا مفهوم الاستجابة الاكئابية وأنواعها وخصائصها



الفصل الرابع: بخصوص هذا الفصل فقد خصص للحمل والولادة حيث تم تعريفه، أعراضه، أنواعه، مراحل الانعكاسات المصاحبة للحمل وأهمية تهيئة الحامل لعملية الوضع اما عن الولادة فقد تطرقنا الى تعريفها، أعراضها، مراحلها وأنواعها وأيضاً أسباب الوفيات لدى الحوامل وإجراءات التخفيف من الاضطرابات المصاحبة للولادة.

أما الجانب التطبيقي فقد تضمن ما يلي:

الفصل الخامس: تم التطرق فيه إلى تمهيد، ثم الإجراءات المنهجية للدراسة من حيث تحديد منهج الدراسة وعينة الدراسة وخصائص الدراسة وأدواتها، وحدود الدراسة، والدراسة الاستطلاعية ثم الخلاصة

الفصل السادس: تم فيه عرض نتائج الدراسة الاستطلاعية، إضافة إلى تحليل ومناقشة النتائج المتوصل إليها مع مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات ومجموعة من الاقتراحات لينتهي البحث بخاتمة وقائمة المصادر والمراجع ثم الملاحق.

# الإطار العام للدراسة

01 / إشكالية الدراسة.

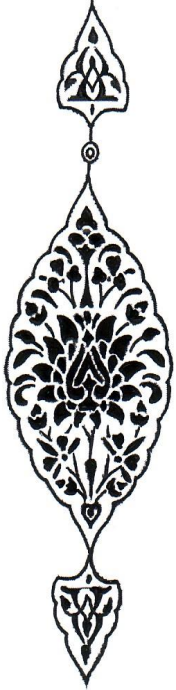
02 / فرضيات الدراسة.

03 / أهمية الدراسة.

04 / أهداف الدراسة.

05 / تحديد مصطلحات الدراسة.

06 / الدراسات السابقة





## 1- إشكالية الدراسة:

يعد القلق من أكثر المواضيع التي حظيت باهتمام كبير من طرف الباحثين والمختصين في علم النفس، لأنه أصبح من الأمراض العصرية الأكثر انتشاراً في مختلف المجتمعات والثقافات، فهو خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بالخوف أو تهديد منشئ ما، وخاصة لدى المرأة ولهذا نجد الكثير من الدراسات التي تناولت القلق عند المرأة لأن هذه الأخيرة أكثر عرضة للقلق من الرجل لأنها تمر في حياتها بعدة تغيرات نفسية وفيزيولوجية بداية من سن البلوغ، ولأنها لها مكانة خاصة في الأسرة والمجتمع كونها النواة التي تستمر بها الحياة وتحافظ على سيرورة النسل، فقد أوكل الله إليها أكبر الوظائف التي تستمر بها الحياة وهي وظيفة الحمل والولادة، ويصاحب معه عدة تغيرات وتقلبات تحدث للمرأة منها الفسيولوجية كالأرق والتعب وفقدان الطاقة، ومنها النفسية نتيجة الضغط الذي يسببه الحمل، فأغلب النساء يتعرضن لهذه التغيرات كما جاء في دراسة (سكران كريمة وبوشقيف أمينة 2018) حيث توصلت نتائج الدراسة إلى تحقق الفرضية الرئيسية المتمثلة في أن المرأة المقبلة على الولادة عرضة للإصابة بقلق الموت وبدرجات مرتفعة بالإضافة إلى تحقق الفرضيتان الجزئيتان في تعدد ولادات المرأة المقبلة على الولادة وحملها ذو خطورة يعرضها لقلق الموت، وتزداد هذه الاضطرابات كلما اقترب موعد الولادة وذلك نتيجة للمخاوف التي تصيب المرأة الحامل والتي يتولد عنها الشعور بعدم الأمان والخوف من الموت، ومن أهم الهواجس التي يمكن أن تتعرض لها المرأة الحامل هذا الشعور ينشأ ويتراعى عند المرأة منذ الأيام الأولى للحمل، وتزداد حدته مع اقتراب عملية الولادة ويتطور هذا الشعور مؤدياً إلى ظهور عدة اضطرابات نفسية منها قلق الموت وهو نوع خاص من القلق العام يشير إلى حالة انفعالية غير سارة تتضمن الخوف والتكيف من الاحتضار لدى الشخص نفسه أو نوبه، وهذه المخاوف تؤدي إلى مشكلات في التكيف وإلى اضطرابات نفسية مصحوبة باستجابات فسيولوجية. (سكران كريمة، بوشقيف أمينة 2018. ص 20) خاصة مع اقتراب عملية الولادة إذ ترتفع مخاوف المرأة وقلقها ويزداد هذا الشعور عند المرأة الحامل ويكون أعراض نفسية مصاحبة له تكون كاستجابة ورد فعل لهذا القلق ومنها الاكتئاب وهو اضطراب انفعالي يتمثل في الشعور بالحزن الشديد واليأس المستمر، يكون مرتبطاً بفقدان شخص قريب أو عزيز وتظهر على الفرد حالة من العجز والشعور بالنقص وانخفاض تقدير الذات (بوغازي أمينة، مجالدي مروة، 2017، ص 31) فقد يتولد الاكتئاب للمرأة الحامل نتيجة كثرة تفكيرها في الموت، وهذا ما سنحاول التطرق إليه بطرح التساؤل التالي:

### 1-1 التساؤل العام

ما علاقة قلق الموت بالاستجابة الاكتئابية عند المرأة الحامل المقبلة على الولادة؟

#### 1-2- التساؤلات الجزئية:

- ما مستوى قلق الموت عند المرأة الحامل المقبلة على الولادة؟
- ما مستوى الاستجابة الاكتئابية عند المرأة الحامل المقبلة على الولادة؟

### 2- فرضيات الدراسة:



## 1-2- الفرضية العامة:

علاقة قلق الموت بالاستجابة الاكتئابية عند المرأة الحامل المقبلية على الولادة.

## 2-2- الفرضيات الجزئية:

- ما مستوى قلق الموت عند المرأة الحامل المقبلية على الولادة
- ما مستوى الاستجابة الاكتئابية عند المرأة الحامل المقبلية على الولادة

## 03- أهمية الدراسة:

### 1-3- الأهمية النظرية:

- المساهمة في إثراء ميدان علم النفس بهذا النوع من الدراسات (قلق الموت والاستجابة الاكتئابية عند المرأة الحامل المقبلية على الولادة)، فهذه الدراسة قد تساهم في سد النقص الملحوظ في الدراسات النفسية في البيئة الجزائرية.
- تكمن أهمية هذه الدراسة في محاولة تقديم فهم نظري لطبيعة تلك العلاقة بين قلق الموت والاستجابة الاكتئابية عند المرأة الحامل المقبلية 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.

### 2-3- 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 المقبلية على الولادة والتعريف بمخاطر قلق الموت والاكتئاب ومدى تأثيرهما على صحتها وصحة جنينها .
- دراسة تأثير قلق الموت والاكتئاب على المرأة الحامل المقبلية على الولادة والخروج بنتائج واقتراحات تساعد في التخفيف من شدتهما .

## 4- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية الى التعرف على ما يلي:

- وجود علاقة بين قلق الموت والاستجابة الاكتئابية عند المرأة الحامل المقبلية على الولادة.
- معرفة مستوى قلق الموت عند المرأة الحامل المقبلية على الولادة.
- معرفة مستوى الاستجابة الاكتئابية عند المرأة الحامل المقبلية على الولادة.

## 5- تحديد مصطلحات الدراسة.

### 1-5- تعريف قلق الموت:

\*اصطلاحا:

القلق هو حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يهدده أو ينتظر وقوعه أو يخشى من وقوعه وهو يتميز بتوتر انفعالي تصطحبه اضطرابات فيزيولوجية مختلفة". (مياس محمد، 1997، ص 54).



**\* اجرائيا:**

يقصد بها الدرجة التي يتحصل عليها افراد عينة الدراسة من خلال تطبيق مقياس قلق الموت لـ " دونالد تمبلر "

**5-2- مفهوم الاستجابة الاكتئابية:**

**\* اصطلاحا:**

هي عبارة عن رد فعل من النفس إزاء صدمة أو حرمان ناجمين عن حادث مفاجئ، كخسارة، صدمة أو خيبة. (يعقوب سعيد حافظ ، 1984 ص25)

**\* اجرائيا:**

يقصد بها الدرجة التي يتحصل عليها افراد عينة الدراسة من خلال تطبيق مقياس الاكتئاب "لأرون بيك " ( 1996 )

**5-3- المرأة الحامل المقبلة على الولادة:**

هم الأمهات الحوامل المقبلات على الولادة المتواجدين بـ مستشفى محمد بناني برأس الوادي بـ برج بوعريريج في مصلحة التوليد.

- مستشفى بلحسين رشيد بـ برج بوعريريج في مصلحة التوليد

- مستشفى بوسعادة في مصلحة التوليد

**6-الدراسات السابقة:**

**6-1- عرض الدراسات السابقة:**

(سكران كريمة، بوشقيف أمينة 2018)

بعنوان قلق الموت لدى المرأة المقبلة على الولادة، هدفت هذه الدراسة الى التعرف الى مدى تعرض المرأة المقبلة على الولادة لقلق الموت ومعرفة دور سن المرأة المقبلة على الولادة في تعرضها لقلق الموت، وايضا معرفه نوعيه ولادتها ومعرفه دور تعدد ولادتها في زياده تعرضها لقلق الموت كذلك دور حمل المرأه ذو خطورة في تعرضها لقلق الموت.

■ تكمن الفرضيات الموضوعية في فرضية رئيسية تمثلت في ان المرأة المقبلة على الولادة عرضة للإصابة بقلق الموت.

وفرضيات جزئية تمثلت في ان لسن المرأة المقبلة على الولادة وكذلك نوعيه ولادتها وتعدد ولاداتها ولحملها ذو خطورة دوره تعرضها لقلق الموت.

■ تكونت عينة الدراسة من 4 حالات متمثلة في نساء مقبلات على الولادة تتراوح اعمارهم ما بين 23 الى 40 سنة.

■ اعتمدوا على المنهج العيادي والملاحظة والمقابلة العيادية وعلى مقياس قلق الموت " لدونالد تمبلر ".

■ حيث توصلت نتائج الدراسة الى تحقق الفرضية الرئيسية المتمثلة في ان المرأة المقبلة على الولادة عرضة للإصابة بقلق الموت وبدرجات مرتفعة، بالإضافة الى تحقق الفرضيتان الجزئيتان في تعدد ولادات المرأة المقبلة على الولادة وحملها ذو خطورة يعرضها للقلق الموت



وعدم تحقق الفرضيتان الجزئيتين أن لسنا المرأة المقبلة على الولادة وكذلك نوعية ولادتها دور في تعرضها للقلق الموت. (سمية العيطر، 2020)

هذه الدراسة المعنونة بقلق الموت لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم هدفت، الى تحديد مستوى قلق الموت لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم والتعرف اكثر على حالتهم النفسية وكذلك التعرف على اسباب ظهور قلق الموت لدى هذه الفئة، حيث كانت الفرضية الموضوعية من قبل الباحثة ان المصابين بارتفاع ضغط الدم يعانون من قلق الموت، بالإضافة الى ان درجة قلق الموت لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم تختلف باختلاف السن، وتختلف باختلاف الجنس كذلك، وتختلف هذه الدرجة باختلاف مدة الإصابة أيضا.

■ تكونت عينة الدراسة من 50 مصاب بارتفاع ضغط الدم تم اختيارها بطريقة قصدية واعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي، كما اعتمدت على مقياس قلق الموت " لتمبرلر".

■ حيث توصلت نتائج الدراسة الى أن المصابين بارتفاع ضغط الدم هم عرضة للإصابة باضطرابات نفسية كقلق الموت الذي نجده بدرجات مختلفة، كما توصلت لمعرفة درجة معاناه هذه الفئة من قلق الموت.

( دراسة شبؤون دانيا. 2011)

هدفت الدراسة الى الكشف عن العلاقة بين القلق بوصفه حالة والقلق بوصفه سمة وبين الاكتئاب لدى المراهقين من تلاميذ الصف التاسع من التعليم الاساسي في مدارس مدينة دمشق الرسمية، كما يهدف الى معرفة الفروق بين المراهقين في القلق بوصفه حالة والقلق بوصفه سمة وبين الاكتئاب تبعا لمتغير الجنس (ذكور واث)، وقد تكونت عينة الدراسة من 655 طالبا وطالبة من تلاميذ الصف التاسع من التعليم الاساسي موزعين الى 303 ذكور و352 اناث تم اختيارهم بطريقه عشوائية طبقية من مدارس مدينة دمشق الرسمية، وطبق عليهم اختبار حالة وسمة القلق للكبار STAI من اعداد عبد الرقيب أحمد البحيري 2005 واختبار الشعور بالاكتئاب لدى المراهقين من اعداد الباحثة بعد ان قامت بتطبيقه على عينة استطلاعية وتأكدت من صدقه وثباته .

وقد اشارت نتائج الدراسة إلى:

■ وجود ارتباط بين القلق بوصفه حالة والقلق بوصفه سمة وبين الاكتئاب لدى مراهقي عينة البحث جميعا، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه حالة والاكتئاب 0.63 بينما بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه سمة والاكتئاب 0.69.

■ وجود ارتباط بين القلق بوصفه حالة والقلق بوصفه سمة وبين الاكتئاب لدى المراهقين من الجنسين ، حيث بلغت قيمه معامل ارتباط بين القلق بوصفه حالة والاكتئاب عند الذكور 0.63 بينما بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه حالة والاكتئاب عند الاناث 0.67 في حين بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه سمة والاكتئاب عند الذكور 0.74 بينما بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه سمة والاكتئاب عند الاناث 0.70.

- تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والاناث في القلق بوصفه حالة.



- تبين وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث في القلق بوصفه سمة وذلك لصالح الاناث .
- تبين وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث والاكنتاب وذلك لصالح الاناث.

#### دراسة ( بيتر بايلينغ وآخرون (peter bielug et al 1998

**عنوان الدراسة ومكانها:** قائمة حالة وسمة القلق STAI نسخة السمة \_ اعادة البناء والمضمون \_ أجريت الدراسة في ولاية فيلاديلفيا بأمريكا .  
**هدف الدراسة:** هدفت الدراسة الى الكشف عن قدرة قائمة حالة وسمة القلق STAI في قياس القلق، بالإضافة الى الكشف على قدرة نسخة سمة القلق في قياس الاكنتاب لدى عينة تعاني من انواع مختلفة من القلق.  
**عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من 261 شخص من الذكور والإناث المرضى بالقلق تم أخذهم من عيادة لعلاج القلق في معهد الطب النفسي بفيلاديلفيا، وقد تراوحت أعمارهم بين 18 الى 65 سنة .

**أدوات الدراسة:** استخدمت الدراسة قائمة حالة وسمة القلق " STAI لسبيلبرجر و زملائه 1983 " واختبار الاكنتاب والقلق والضغط ل " لوفايوند 1995 " " وقائمة بيك وستير للقلق 1990 " وقائمة " بيك وآخرون للاكنتاب 1979 " .

**نتائج الدراسة:** أشارت نتائج الدراسة الى قدرة قائمة حالة وسمة القلق STAI في قياس القلق، كما أشارت النتائج أيضا الى أن المفحوصين الذين حصلوا على درجات عالية على اختبار سمة القلق حصلوا على درجات عالية في اختبار الاكنتاب وهذا يدل على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين سمة القلق وبين الاكنتاب.

#### دراسة ( هيلين ميلز وآخرون (helen miles et al 2004

**عنوان الدراسة ومكانها:** الإدراكات المعرفية لاستعادة الأحداث الماضية والتأمل فيها والتطلع الى المستقبل عند المراهقين \_ القلق والاكنتاب والشعور السلبي والايجابي \_ أجريت الدراسة في امريكا.

**هدف الدراسة:** هدفت الدراسة الى فحص العلاقة بين الذكريات السلبية والذكريات الايجابية وبين الشعور بكل من القلق والاكنتاب عند المراهقين.  
**عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من 123 مراهقا ومراهقة، وقد تراوحت أعمارهم بين 11 الى 16 سنة بمتوسط عمري قدره 13.55 سنة .

**أدوات الدراسة:** استخدمت الدراسة اختبار الشعور بالاكنتاب " CDI-S لكوفاكس 1980 " واختبار الشعور بالقلق ل " راينولدز وريتشموند 1978 " واختبار الشعور السلبي والايجابي ل " واتسن وآخرين 1988 " وقائمة التفكير بالمستقبل ل " ماكلود وآخرين 1997 " .

**نتائج الدراسة:** أشارت نتائج الدراسة الى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين القلق والاكنتاب وبين الذكريات السلبية لدى المراهقين، كما أشارت النتائج أيضا الى وجود علاقة ارتباطية



موجبة بين القلق والاكتئاب، فالمرهقون الذين حصلوا على درجات عالية في القلق حصلوا أيضا على درجات عالية في الاكتئاب .

**دراسة ( باتريسيا فوجيك وآخرون 2007 patricia vuijk et al )**

**عنوان الدراسة ومكانها:** فحص طرق الجنس المحدد من ضحايا الأقران في كل من القلق والاكتئاب عند المرهقين في مرحلة المراهقة المبكرة من خلال تجربة عشوائية، أجريت الدراسة في هولندا.

**هدف الدراسة:** هدفت الدراسة الى فحص الفروق بين الجنسين في دور كل من ضحايا الأقران الجسدي والعلائقي في الشعور بالقلق والاكتئاب عند المرهقين في مرحلة المراهقة المبكرة .  
**عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من عينة عشوائية وعددها 448 مرهقا ومرهقة في مرحلة المراهقة المبكرة، وقد تراوحت أعمارهم بين 7 الى 13 سنة .

**أدوات الدراسة:** اعتمدت الدراسة على تقارير المدرسين لأعراض القلق والاكتئاب التي يلاحظونها لدى المرهقين، كما طلب من المرهقين أيضا كتابة تقارير ذاتية عن مدى شعورهم بالقلق والاكتئاب، جراء تعرضهم للإيذاء الجسدي والعلائقي من قبل أقرانهم في المدرسة.  
**نتائج الدراسة:** أشارت نتائج الدراسة الى أن المرهقين الذكور حصلوا على درجات أعلى من الإناث في تعرضهم للإيذاء الجسدي من قبل أقرانهم بينما لم توجد فروق بين الجنسين في تعرضهم للإيذاء العلائقي من قبل الأقران، هذا وأشارت نتائج الدراسة أيضا الى أن الإناث حصلوا على درجات أعلى من الذكور في شعورهم بكل من القلق والاكتئاب .

## 6-2- التعقيب على الدراسات السابقة

**من حيث العينة:** من خلال عرض الدراسات السابقة نرى أن الدراسة الأساسية اتفقت مع دراسة ( سكران كريمة، بوشقيف أمينة 2018 ) من حيث اختيار عينة النساء المقبلات على الولادة واختلفت من حيث العينة مع الدراسات الأخرى.

**من حيث المنهج:** نرى أن الدراسة الأساسية اتفقت مع دراسة ( سمية 2020 ) ودراسة (دانيا 2011 ) ودراسة ( هيلين وآخرون 2004 ) ودراسة ( بيتر وآخرون 1998 ) واختلفت من حيث المنهج مع دراسة (باتريسيا وآخرون 2007 ) ودراسة ( سكران وبوشقيف 2018 ).

**من حيث الأدوات:** نرى ان الدراسة الأساسية اتفقت من حيث الادوات مع دراسة ( دانيا 2011 ) ودراسة ( سمية 2020 ) ودراسة ( هيلين وآخرون 2004 ) ودراسة ( بيتر وآخرون 1998 ) ودراسة ( سكران وبوشقيف 2018 ) واختلفت من حيث الادوات مع دراسة ( باتريسيا وآخرون 2007 ).

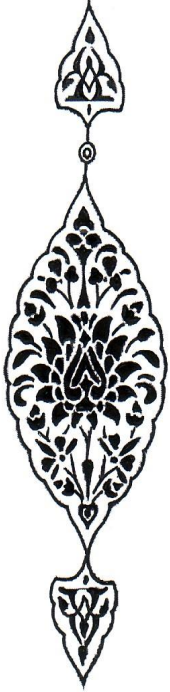
**من حيث المتغيرات:** اتفقت دراستنا من حيث المتغير مع دراسة ( سكران وبوشقيف 2018 ) ودراسة ( سمية 2020 ) واختلفت من حيث المتغيرات مع دراسة ( دانيا 2011 ) ودراسة ( هيلين 2004 ) ودراسة ( بيتر 1998 ) ودراسة ( باتريسيا 2007 ) .



# الجانب النظري

تمهيد

1. نبذة تاريخية عن قلق الموت
  2. تعريف قلق الموت
  3. النظريات المفسرة لقلق الموت
  4. أنواع قلق الموت
  5. مكونات قلق الموت
  6. أسباب قلق الموت
  7. أعراض قلق الموت
  8. علاج قلق الموت
- خلاصة الفصل





## تمهيد

يصف كثيرا من الناس في عصرنا الحالي بأنه ذو ارتفاع شديد في التقلب وكثير الصراعات والضغوط النفسية، فالقلق من أبرز هذه الاضطرابات التي عانى منها الإنسان منذ القدم والتي تشعره بعدم ارتياح نفسي، ومن أشد أنواعه حدة قلق الموت والخوف من الموت يعتبر أمر شائع وعام لدى البشر رغم أن القلق حالة انفعالية غير سارة تتضمن الخوف الغامض إزاء كل ما يتعلق بالمجهول أو الموت إلا أنه حقيقة ثابتة لا يمكن أن يرفضها العقل. وسنحاول في هذا الفصل التطرق إلى كل ما يتعلق بقلق الموت، تعريفه، أنواعه، مكوناته، أسبابه، أعراضه والنظريات المفسرة له وكيفية علاجه.

## 1- نبذة تاريخية عن قلق الموت:

تتبع جذور دراسة قلق الموت من فحص مسألة الموت، وقد اهتمت الديانات السماوية جميعا أي اهتمام بموضوع الموت فالموت أهمية مركزية في كل ديانة وفي كل نسق فكري وفلسفي متماسك ولقد استخدم النوم على أنه شبيه طبيعي للموت فصور قدماء اليونان النوم على أنه أخ توأم للموت، كما أن اليهود السنين وهم يستيقظون من نومهم في الصباح يشكرون الله على أنه أعادهم إلى الحياة مرة ثانية كذلك صور القرآن الكريم النوم بأنه الوفاة الأولى للإنسان في الحياة ولكنها وفاة مؤقتة ففي سورة الأنعام "وهو الذي يتوفاكم بالليل ويعلم ما جرحتم بالنهار ثم يبعثكم فيه ليقضي أجل مسمى". الآية 6 من سورة الزمر يقول الله سبحانه وتعالى: "اللَّهُ يَتَوَفَّى الْأَنْفُسَ حِينَ مَوْتِهَا وَالَّتِي لَمْ تَمُتْ فِي مَنَامِهَا ۖ فَيُمْسِكُ الَّتِي قَضَىٰ عَلَيْهَا الْمَوْتَ وَيُرْسِلُ الْأُخْرَىٰ إِلَىٰ أَجَلٍ مُّسَمًّى ۗ إِنَّ فِي ذَٰلِكَ لَآيَاتٍ لِّقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ". (الآية 42).

إن الوعي بالموت له تاريخ طويل يسبق محاولة "سقراط" تهدئة ثورة أصدقائه وتلاميذه قبل أن يتجرع السم وقد عرفت ملحمة "جلجاميش" للسومريين عام 3000 ق.م، والتي يحتمل أن يرجع أصلها إلى ما قبل هذا التاريخ وتعتبر هذه الملحمة عن كل من الرغبة العميقة في النصر على الموت والشك في أن السحر أو المكر أو الفضيلة أو القوة يمكن أن تحقق هذا الهدف ولم تكن إطالة العمر وتحديد الحياة موضوعين بارزين في "كتاب الموت" فحسب بل أيضا على امتداد الحضارة المصرية القديمة التي حفلت بموضوع الموت إلى حد كبير واهتمت السيمياء أو الكيمياء السحرية في العصور الوسطى بأمرين أساسيين هما: إطالة العمر وتحويل المعادن إلى ذهب وفي هذا العصر الوسيط زادت بشدة معدلات الوفيات وانخفضت معدلات الأعمار وعلى الرغم من أن تجارب الدكتور "فرانكنشتين" كانت على صفحات رواية فإن الأشخاص الحقيقيين قد استكشفوا إمكانية إعطاء فرصة الحياة مرة أخرى للشخص الذي يبدو أنه ميت وذلك عن طريق التنبيه "الجلفاني" في القرن التاسع عشر ميلادي، ومن هنا نشأت العلاقة بين التكنولوجيا والموت منذ وقت مبكر وعلى الرغم من أن علم النفس قد نشأ في أحضان التقاليد الاجتماعية والفلسفة، حيث كان الموت مشكلة بارزة، فإن العلم الجديد كانت لديه أولويات أخرى لبحثها ومع ذلك ففي عام 1836م وضع "فخنر" أحد مؤسسي علم النفس التجريبي كتابا صغيرا عن الحياة بعد الموت وأعجب "وليام جيمس" بهذا العمل وكتب عام 1910م عن "الخلود" على حين أجرى "ستانلي هول" عام 1915م دراسة امبيريقية مبكرة عن رهاب الموت أو مخوفة الموت.

كذلك اهتم علم الاجتماع بالموت كتاب "دوركايم" عن الانتحار كما نلمس إهتماما لأنثروبولوجيا الشديد بالموضوع ذاته فمن الصعب أن نتخيل هذا المجال الأخير دون فحص مفصل لممارسات الجنازة وطقوس الحداد وغير ذلك، وفي عام 1901م قدم "مشينكوف" وهو حاصل على جائزة نوبل في البيولوجيا الطبية مصطلح علم دراسة الموت والاحتضار وفي الخمسينات من هذا القرن بدأ اهتمام علم النفس والمجالات القريبة منه بشكل مفصل بالموت والموضوعات المرتبطة به وفي عام 1970م أسست مجلة "النهاية" مجلة الموت والاحتضار وهناك أيضا "دورشان" هما مجلة علم الموت والاحتضار ومجلة التربية المتصلة بالموت، وفي 1977م صدر أول مسح نقدي لسيكولوجية الموت بين دفعتي دورية "العرض السنوي لعلم النفس" كما صدرت في السنين الأخيرة بحوث متعددة عن خبرة الإقتراب من الموت أو ما يسمى بعلم دراسة مشارف الموت.

ولقد ارتبط التطور في مجال دراسة قلق الموت بتطوير أدوات موضوعية للقياس فوضع "بويار" مقياس الخوف من الموت في رسالة دكتوراه عام 1964م وقدم "تمبلر" مقياس قلق الموت نتاجا لرسالته التي قدمها للحصول على الدكتوراه عام 1967م ونشره عام 1970م ويذكر "تمبلر" أنه في منتصف الستينات كان الموت موضوعا محرما ليس فقط لدى الجمهور العام ولكن أيضا عند العلماء السلوكيين والعاملين في مهنة الصحة النفسية. (عبد الخالق، 1987: 39-40).

2- تعريف قلق الموت:

إن مفهوم قلق الموت أصبح مركزيا في علم النفس في السنوات الأخيرة وبذلك يعرفه علماء الطب النفسي بأنه ارتقاب شر أو توقع خطر أو سوء حظ في المستقبل يصاحبه شعور بعدم الارتياح أو الأعراض الجسمية للتوتر وقد يكون مركز الخطر داخليا أو خارجيا وهو انفعال واستجابة وسمة وحالة، إضافة إلى كونه زملة من الأعراض السريرية. (زعطوط رمضان، 2002-2003: 45).

كما نجد من أبرز التعاريف تعريف أحمد عبد الخالق "هو نوع خاص من القلق العام يشير إلى حالة انفعالية مكدره ومشاعر شك وعجز وخوف ويتركز حول كل ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه ومن الممكن أن شر أحداث الحياة هذه الحالة الإنفعالية غير السارة وترفع من درجتها". (سميرة عامرة- طعيلي محمد الطاهر، 2017: 91).

كما نجد "أتورانك" يذهب إلى أن القلق الأولي يتخذ صورتين تستمران مع الفرد في جميع مراحل حياته وهما خوف الحياة وخوف الموت إذ أن هذا الأخير هو قلق من التأخر وفقدان الفردية إنه خوف من أن يضيع في المجموع أو خوفه من أن يفقد استقلاله الفردي ويعود إلى حالة الاعتماد على الغير. (فرويد، 1989، ص 35).

كما نجد تعريف عيد 1993 بأنه شعور يهيمن على الفرد بأن الموت يتربص به أينما كان وأينما إتجه في يقضه ومنامه، في حركته وسكونه الأمر الذي يجعله حزينا محصورا في مجرد العيش على نحو طبيعي.

بينما يعرفه عباس 1998 على أنه حالة من التحسس الذاتي يدركها المرأ على شكل شعور من الضيق وعدم الارتياح إتجاه الموضوعات المتصلة بالموت والاحتضار لدى الشخص أو ذويه مما يؤثر على صحته النفسية وأداء التزاماته ووظائفه الحياتية. (بوقرة مختار- شعنبي نور الدين، 2017: 179).

كما يرى كارل يونغ أن قلق الموت مصدر أساسي للبؤس العصابي خصوصا في النصف الثاني من حياة الإنسان.

ويعتقد "أرنيست بيكر" أن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها يمكن أن تصنف جميعا في إطار واحد هو الخوف من الموت.

ويرى "أرفريد أدلر" أن المرض العقلي يتكون نتيجة لفشل في تجاوز الخوف من الموت.

(عثمان، 2001، ص 74).

كما يعرفه "هولتر" بقوله "أنه إستجابة انفعالية يتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة والمرتبطة بالموت". بينما يعرفه "ديكستين" بأنه التأمل الشعوري في حقيقته الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة. (عبد الخالق، 1987: 38).

كما نجد من أبرز التعاريف القاموسية نجد التعريف المقدم من معجم مصطلحات علم النفس 2008 حيث يتم الإشارة إلى قلق الموت على أنه نوع من القلق المترتب على القلق

العضوي والمتسبب في ألم أو إصابة وتستمر مع الشخص لمدة طويلة كما أنه نوع من الإكتئاب يختلط فيه القلق من الموت. (أحمد يحي عبد المنعم، 2014: 58-59).

كما يعد قلق الموت انفعال يتواجد في طيات الشعور وهو نوع وحيد من القلق حيث يعتبر اضطراب ميتافيزيقي لا يعالج، فالشيء الوحيد الذي لا يمكننا إخفائه هو أن قلق الموت لا يعتبر قلق عادي أو داء يمكن تشخيصه حيث لا يعرف له موضعاً. (قواجلية، 2012-2013، ص 26).

وعليه يعد قلق الموت نوع من القلق العام الذي يتميز بمستويات عالية وثابتة من القلق المفرط على العديد من الظروف الحياتية التي تستمر لأكثر من أيام كما ورد أيضاً في القرآن الكريم ذكر قلق الموت لقوله تعالى: "قل أن الموت الذي تفرون منه فإنه ملائكم". [سورة الجمعة الآية 8]

وقوله تعالى: "كل نفس ذائقة الموت ثم إلينا ترجعون" [العنكبوت الآية 57].

وقوله تعالى: "أينما تكونوا يدرككم الموت ولو كنتم في بروج مشيدة" [النساء/ 190].

(توفيق- ربايعة، 2018: 216).

ومن خلال التعاريف السابقة نلاحظ أنها ركزت على الجانب الإنفعالي وأنها تشترك في نقطة أساسية وهي الموت، حيث إتفق معظم العلماء على أن قلق الموت هو إستجابة انفعالية تتضمن مشاعر من الشك والعجز يدور حول الموت أو الموضوعات المتصلة به كالاحتضار والدفن. (عمامرة- طعيلي، 2017، ص 92)

### 3- النظريات المفسرة لقلق الموت: هناك العديد من النظريات التي حاولت تفسير قلق الموت:

#### - نظرية التحليل النفسي:

يعتقد فرويد أن قلق الموت هو أساس كل قلق ويرى رواد التحليل النفسي أن قلق الموت يكون بمثابة حالة يكون فيه الأنا غير قادر على تقبل الموت وإذا استنادا إلى ما جاء به فرويد فيما يخص التفريق بين القلق العصابي وقلق الموت فيه اشار إلى أن قلق الموت له ميكانيزم أساسي يقع بين الأنا والأنا الأعلى.

#### - النظرية السلوكية:

يعتبر السلوكيون القلق بمثابة خوف من ألم أو عقاب يحتمل أن يحدث لكنه غير مؤكد الحدوث وهو انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر لكنه يختلف عن الخوف ويثيره موقف خطر مباشر ملائم أمام الفرد والقلق ينزع إلى الأزومات فهو يبقى أكثر من الخوف العادي وقد يرتبط بالموت إذا زاد عن حده ولا ينطلق في سلوك مناسب يسمح للفرد بإستعادة توازنه إذن فهو يبقى خوف محبوس لا يجد له مصرفاً كذلك إن الإنسان حيث يشعر بانفعال قلق الموت أو الخوف فإن التأثيرات الإنفعالية تصاحبها تغيرات جسمية قد تكون بالغة الخطورة إذ

تكرر الانفعال وأصبحت الحالة الانفعالية من مزمنة، فقد اتضح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصعب الانفعال.

### - نظرية التعلم الاجتماعي:

يتحدث "دولار وميلر" أن علاقات المسن تقتصر على تحقيق الذات وترتبط بالدور الاجتماعي للمسند كما أن القلق كونه شكلاً من أشكال الخوف الذي يكون مصدره غامضاً ويعتقدان أن أساس القلق صراع داخلي وإدراك الفرد للمثير حيث أن هذا المثير يتحكم بدرجة القلق، فالإنسان يستجيب للمثيرات المكروهة أو الخطر فيتجنب هذه التهديدات وبما أن الموت تهديد حقيقي ولا مفر منه ولا يمكن مواجهته والموت مرداف للتلاشي فينشأ قلق خطير يطلق عليه قلق الموت.

### - النظرية المعرفية:

إن المشكلات العصابية تعكس أخطاء نسبية في الحكم ويعتبر قلق الموت بناء على ذلك، سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي يكونها الفرد حول نفسه بما في ذلك ما قد يصيبه من أمراض وهذه الأفكار التي تخرج عن حدود المنطق يكون بموجبها خطأ نسبياً وحتى يتم التخلص من الاضطرابات المعرفية يجب القيام بتغيير بنوي للفكرة من خلال تزويد الفرد المصاب بالاضطرابات النفسية المتمثلة في مستوى قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة.

### - نظرية الذات:

يرى رواد هذه النظرية ومنهم روجرز أن أي خبرة يمر بها الفرد في حياته ولا تتفق مع تنظيم أو بناء ذاته يستعمل كتهديد له وكلنا ازداد هذا التهديد ازدادت جهود الذات وهذا من شأنه أن يصيب الفرد بالقلق الذي يدفع الفرد إلى انكار مسببات هذا القلق وإبعادها عن طريق آليات الدفاع في محاولة للإبقاء على صورة الذات متماسكة في حال تواتر الخبرات المؤلمة في تفكير الفرد سوف يضطرب وينشأ قلق الموت. (أريج خليل محمد القيق، 2016، ص 17-18)

### - النظرية الدينية:

شهدت الإنسانية أول قصة موت في الصراع على البقاء بين هابيل وقابيل ابني آدم عليه السلام، ومن ذلك التاريخ بدأت الإنسانية تنشغل في مسألة الحياة والموت ولا سيما في الفكر الديني السماوي والوضعي وصار جزء من تفكير الإنسان يهتم بما يصير عليه بعد هذه الحياة التي لا تعلم كما يحي بها ويصل إلى أجله المحتوم، ويرى عيشه بهذه الحياة ماهي إلا فترة انتظار تطول أو تقصر لا يعلم بشيء عنها مهما أوتي من العلم والمعرفة، لقد اختلت فكرة البعث والخلود كثيراً في تفكير الديانات على تنوعها فكان العراقيون القدماء قبل الميلاد يرون أن الموت ما هو إلا انفصال الروح عن الجسد وأن الروح تحيي بعد الموت ولا يؤمن بالفناء المطلق وانتهاء الحياة بعد الموت، وهذا التفكير قد يكون عاملاً لتخفيض قلق الموت.

أما سكان الصين يؤمنون بالعقيدة الطاوية ويرون أن الموت لا بد من الهرب منه فقاموا بترك منازلهم والذهاب للجبال للتعبد، ويرى بعض الباحثين أن الأشخاص ذو التدين العالي وذو التدين الواطئ كلاهما لديهم قلق الموت واطئ موازنة بالأشخاص الذين يقعون بين هاتين

المجموعتين المتطرفين وفي دراسة تمبلر وجد أن تغيير الديانة لدى المرضى السايكتربيين لديهم قلق الموت أعلى موازنة بغيرهم المرضى السايكتربيين ممن بقوا على عقيدتهم الأصلية. كما تنظر الديانة اليهودية للموت على أنه شر أعظم وأن حلول الموت يعود لخطأ الإنسان ولقد خلق الإنسان ليحيا لا ليموت.

وفي الديانة المسيحية جاء في سفر التكوين أن الموت كان قصاصا لخطيئة. سينتقلان والجسد إلى السماء كما العذراء مريم ويسوع المسيح فلا يريان القبر، ونلاحظ في الإسلام الدعوة إلى كثرة ذكر الموت وقول رسول الله (أكثرها ذكرها دم اللذات) وهذا دلالة واضحة على أهمية الانشغال بمسألة الموت وورد في القرآن كثيرا من الآيات تتعلق بالحياة والموت ومنها قوله تعالى: "تمنوا الموت إن كنتم صادقين" وهذا خطاب موجه لمن أظلم عن ذكر الله يبين الله أن قلق الموت يكون أكبر لدى غير المؤمن ويبدو الخوف من الموت في الإسلام سمة إشارات لها الآيات والأحاديث وهما الموت وقلة الموت وكذلك مرة سئل جماعة أبو ذر العفاري لم نكره الموت وطبعا في مضمون السؤال إشارة إلى القلق منه فأجابهم: "لأنكم عمرتم الدنيا وخربتم الآخرة" وخلصنا لما تقدم نلاحظ أن جميع الديانات الوضعية منها والسموية أعطت مساحة للتفكير في الموت ومخاوفهم وجعلت الإنشغال في الموت هو حالة لتخفيف القلق منه وتبيان هذا الاختلاف بين الخرافة والإيمان لأن الموت إنتقالة مفاجئة للفرد حتى لو كانت المقدمات متوافرة لكن مهما أوتينا من علم ومعرفة يظل زمان حدوثه مجهول.

#### النظرية الفلسفية لقلق الموت:

يتضمن التراث الفلسفي إشارات وتحليلات لقلق الموت وينظر هيرقليدس بوصفه فيلسوفا إغريقيا أن الإنسان لكي يكون في مصاف الآلة فإن الموت ينبغي أن يكون في ساحات القتال ليسمو نفسه بالإطمئنان ويرى أفلاطون أن الموت هو إنعتاق النفس من الجسم وتأثيرها يتعلق بالجسد وشبه الموت الإنتقال من حالة اليقظة إلى النوم ويرى أفلاطون أن خلود النفس نابع من إشتياقها إلى السعادة ويرى هناك مكافأة في العالم الآخر للأعمال الصالحة، أما أرسطو يرى أن الموت قد تكون شرا ولكن ليس عبثا، أما الفلسفة الإسلامية ينظر الغزالي إلى الموت على أنه يعتبر حال وأن الروح باقية بعد مفارقة الجسد، ويرى ابن موسكو أن الخوف من الموت يعود إلى الجهل ببقاء النفس، أما الفلسفة الوجودية أن (هيدجر) يشير أن الموت هو الخطر المحتوم المحطم للوجود الإنساني والمهدد لحياته ويوشح حياة الإنسان بحالة من الجزع والقلق لأن وجوده محدود ويبين بأن الإنسان ينبغي أن يتمتع بحريته ليواجه الموت دون قلق، ويتفق مع سارتر إذ يقول: "أن إنكار فكرة الموت يؤدي إلى القلق ونكران الذات ولكي يفهم الإنسان لنفسه عليه أن يواجه الموت". (ربايعة، 2018، ص 217-218-219)

#### 4- أنواع قلق الموت: هناك نوعان من قلق الموت:

##### 4-1/ قلق الموت المزمن:

يذكر عبد الخالق أن قلق الموت المزمن هو كالمرض الذي طالته مدة مكثه لدى المريض (بوشندوقة- بوديسة، 2019-2020، ص 18)؛ مثال ذلك طائفة عريضة من أمراض القلب، ونلاحظ أن قلق الموت المزمن يرتبط ارتباطا إيجابيا طرديا بدرجة العصبية لدى الفرد.



#### 4-2/ قلق الموت الحاد:

هو زملة من الأعراض العنيفة والملحة التي تظهر خلال زمن قصير ومن الملاحظة أن قلق الموت الحاد يرتبط بتغيرات الحياة الواقعية كموت قريب. (وقاد-مكي، 2020، ص 257).

#### 5- مكونات قلق الموت:

حدد الفيلسوف جاك شورون مكونات ثلاثة للخوف من الموت هي:

1- الخوف من الإحتضار.

2- الخوف مما سيحدث بعد الموت.

3- الخوف من توقف الحياة.

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

1- عملية الإحتضار.

2- الموت الشخصي.

3- فكرة الحياة الأخرى.

4- السمة الشخصية أو المطبقة التي تزخرف حول المحتضر.

أما ليفتون فقد رأى أن قلق الموت يتركز حول مخاوف يتكون من مايلي:

1- التحلل أو النفسخ.

2- الذكور أو التوقف.

3- الانفصال.

كذلك ميز ليستر من وجهة نظر سيكولوجية بين جوانب أربعة للخوف من الموت في بعدين لكل منهما قطبان كما يلي: (الموت/ الإحتضار) (الذات/ الآخرون). ومن ثم تشتمل هذه الجوانب على ما يلي:

1- الخوف من موت الذات.

2- الخوف من احتضار الذات.

3- الخوف من موت الآخرين.

4- الخوف من احتضار الآخرين. (بوسبسي آمال، 2017-2018، ص 40-41).

#### 6- أسباب قلق الموت:

أشار الفيلسوف الإسلامي "لين مسكوية" إلى أسباب الخوف والقلق من الموت وهي عدم معرفة ماهية الموت والظن أن النفس تضمحل كالجسد عند حلول الجسد وأن العالم سيبقى موجودا وهو ليس موجودا فيه وأن الموت ألما عظيما وأن عقوبة كبيرة تنتظره بعد الموت؛ في حين يرى " عبد الخالق 1987 " من خلال الدراسات التي قام بها بأن قلق الموت يعود إلى:

- الخوف من الحساب والعقاب.

- الخوف على الأولاد.

- الخوف من مصير الجسد بعد الموت.



- الخوف من الموت بعد مرض عظام.
- الخوف من التوقيت في أية لحظة مفاجئة.
- حب البقاء والتمسك بالدنيا.
- انعدام الإيمان بالله وضعف الوازع الديني.
- الخوف من النار ويوم القيامة.
- توقع الموت في كل لحظة.
- أما السعدي 2007 فقد أشار إلى الأسباب التالية لقلق الموت:
- غموض حقيقة الموت.
- الشعور بالخطيئة عن الذنوب والمعاصي.
- الافتراق عن الأحبة والملذات والآمال.
- انحلال الجسد.
- فقدان القيمة الاجتماعية والمعنوية.
- تحول الشخص إلى شيء مخيف وكريه. (أميرة خضر عيسى جبران، 2014، ص 12-13).

كما أعزى شولتز أسباب قلق الموت فيما يلي:

- الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الإحتضار.
- الخوف من الإذلال شحنة الألم الجسدي.
- الخوف من العقاب الإلهي.
- الخوف من العدم.
- ومن خلال ما سبق يمكن أن نحمل أسباب قلق الموت فيما يلي:
- **الجانب الانفعالي:** ويشمل المعاناة من أحد الإضطرابات النفسية، والخوف من الوحدة ونهاية الحياة.
- **الجانب الفسيولوجي:** ويتمثل في الخوف من مصير الجسد بعد الموت، الخوف من ألم الإحتضار، الخوف من الموت بطريقة بشعة مثل: القتل، الحرق.
- **الجانب الاجتماعي:** يوقف السعي نحو الأهداف تأثير الموت فيمن سيتركهم الشخص من أسرته خصوصا الأطفال منهم، ثقافة المجتمع اتجاه موضوع الموت وما يتسم به من حزن والتنشئة الأسرية التي تثبتت الخوف من موت الأفراد من صغره.
- **الجانب الديني:** الخوف من المصير المنتظر والذي يحتمل أن يكون النار مصير الشخص المذنب، الخوف من الظلام وعذاب القبر. (ريم عوض محمد الأشهري، 2019، ص 354-355).

#### 7- أعراض قلق الموت:

هناك عدة أعراض نذكر منها:

#### الأعراض البدنية:

- التوتر الزائد.



- الأحلام المزعجة.
- سرعة النبض أثناء الراحة.
- فقدان السيطرة على الذات.
- نوبات العرق.
- تمييلات اليدين والذراعين. (عاشور نسيمه، 2017/2016، ص 16).
- الأعراض النفسية:**
- الميل إلى توقع الشر والمصائب اللذان يفقدان صاحبهما الثقة بنفسه.
- هلاوس الإضطهاد والمرتبطة بالموت.
- توتر الأعصاب وسرعة الغضب.
- عدم القدرة على التركيز والارتباك والتردد في إيجاد القرارات.
- العزلة والانسحاب وانتظار الموت.
- الشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع. (بولقرون- مناني، 2022، ص 192-193).
- أعراض عصبية ونفس عصبية:**
- اضطراب في السلوك.
- الحصر.
- اضطراب النوم واليقظة.
- الاختلال.
- الأعراض التنفسية:** اضطرابات تنفسية مع ضيق في التنفس.
- اضطرابات بولية:** وهي الاضطرابات الأكثر توترا وتشكل للمريض مصدر ازعاج.
- اضطرابات أخرى:**
- اضطرابات البلع.
- اضطرابات هضمية.
- تعب عام.
- فقدان الشهية. (سكران- بوشقيف، 2018-2017: 23-24).

### 8- علاج قلق الموت:

يعتبر قلق الموت أحد أنواع القلق ويصلح لعلاجه ما يستخدم في علاج القلق والعلاج السلوكي هو أكثر طرق علاج القلق بمختلف أنواعه حيث أنه يحقق أعلى نسب شفاء من بين كل الطرق العلاجية المتاحة، إذ كان قلق الموت مرتفع عرضا مستقلا نسبيا لدى شخص في حالة من الصحة النفسية أساسا إضافة إلى خبرات سيئة فإنه يجب أن ينقص بطرق العلاج السلوكي، وقد أجريت دراسة حديثة على طلاب يدرسون التمريض بهدف التعرف على نتائج العلاج السلوكي في تقليل الحساسية والتدريب على الإسترخاء. (بن جاوحدو، 2019-2018: 30).

في علاج قلق الموت المرتفع، وظهرت فعالية العلاج السلوكي وبحاجة بالمقارنة بالمجموعة التي لم تتلقى علاجاً وهذا ما أكده وجهة نظر تمبلر وزملائه القائلة بأن قلق الموت وحدة مرنة ومعرضة لتأثير الحوادث البيئية ويمكن علاج قلق الموت المرتفع إذ كان مستقلا

سببها ناتجا عن خبرات بيئية غير مواتية بتقليل الحساسية المنظم، أما إذا كان مصاحبا أوليا لحالة مرضية أكثر شمولاً كالإكتئاب أو عصاب القلق أو الوسواس القهري، فيكون العلاج عرضيا بالعلاج السلوكي أو العقاقير أو العلاج الكهربائي التشنجي فقلق الموت المرتفع المصاحب للإكتئاب يمكن خفضه من خلال معالجة أعراض الإكتئاب، كما يوجد ما يسمى علاج الحزن الموجه لعلاج الشخص الذي فقد عضو مهما في أسرته كالزوج أو الإبن.(رحالي، 2019-2020، ص 45).

فالعلاج بتقنية الإسترخاء تساعد بعض الناس على خفض القلق على الأقل لفترات قصيرة عن طريق تعليمهم تدريبات الإسترخاء، ويمكن أن نحصل على الإسترخاء بأن يكون لدينا حاسة عضلية عن طريق توتير مجموعة عضلات مثل عضلات ذات رأسين في العضد وأن تشعر بالتوتر فيها ثم ندعها تسترخي، ثم يقوم بتوتيرها واسترخائها مرة أخرى، ويبدأ التدريب في العادة بعضلات اليدين والقدمين ثم إلى عضلات الرأس والرقبة.

وعندما يقوم المريض باسترخاء كل مجموعة مهمة من العضلات بنجاح فإنه يقوم بعد ذلك بتعليم التنسيق بين استرخاء جميع هذه المجموعات المختلفة من العضلات معا ويستدل على الحصول على استرخاء جيد ثبات البدن، وارتخاء العضلات والتنفس المنظم وعدم حركة جفون العين.(إيزاك م- ماركس، 1998، ص 304-305)

### خلاصة الفصل:

وفي خلاصة ما احتواه هذا الفصل من تعريف حول قلق الموت ونبذة تاريخية له وكذلك أنواعه ومكوناته وأسبابه وأعراضه والنظريات المفسرة له وعلاجه يمكن القول أن قلق الموت حاز باهتمام كبير من قبل علماء النفس لكونه حالة انفعالية تجعل الفرد في دوامة من الصراع بينه وبين خوفه إلا أن الموت حتمية على كل البشر لقوله تعالى: "نحن قدرنا بينكم الموت وما نحن بمسبقين" [سورة الواقعة: الآية 60].

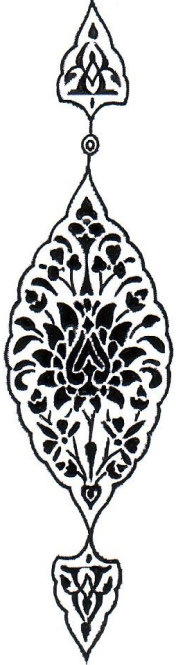
وانطلاقاً من هذا الفصل سنحاول اكتشاف فصل الإكتئاب والحمل والولادة.



# الفصل الثالث: الاستجابة الاكتئابية

## تمهيد

- 1- لمحة تاريخية عن الإكتئاب
  - 2- تعريف الاكتئاب
  - 3- النظريات التي تفسر الاكتئاب
  - 4- تصنيفات الاكتئاب
  - 5- أعراض الاكتئاب
  - 6- أسباب الاكتئاب
  - 7- تشخيص الاكتئاب
  - 8- الوقاية من الاكتئاب
  - 9- علاج الاكتئاب
  - 10- الاستجابة الاكتئابية
  - 11- أعراض الاستجابة الإكتئابية
  - 12- خصائص الاستجابة الاكتئابية
- خلاصة الفصل





## تمهيد:

يعد الاكتئاب من الأمراض العصبية الأكثر انتشارا في عصرنا، وهذا راجع لكثرة الأزمات الاقتصادية و لكثرة المشاكل اليومية مما ينتج عنها ضغط شديد، حيث كل واحد منا عرضة للإصابة بهذا النوع من الأمراض إذا سمحت الظروف وكان للشخص الاستعداد لذلك، ويتميز هذا الاضطراب الوجداني بالحزن الشديد واليأس والكرب الذي يمنع الفرد المصاب به من ممارسة حياته وأنشطته بشكل طبيعي، وعادة يكون ذلك نتيجة لأسباب مختلفة مثل الاسباب البيولوجية والوراثية والبيئية والنفسية وغيرها.

وفي ما يلي سنتطرق إلى لمحة تاريخية عن الاكتئاب وتعريفه والنظريات المفسرة له ونوضح تصنيفاته وأعراضه وأسبابه لنصل إلى تشخيصه والوقاية وأنواع العلاج .

## 1- لمحة تاريخية عن الإكتئاب:

الاكتئاب النفسي مرض قديم قدم الإنسانية وسجل لنا التاريخ وصفا لمرض الاكتئاب في أوراق البردي التي تركها قدماء المصريين قبل الميلاد بحوالي 1500 عام ومما ورد في هذا التاريخ أن هذا المرض كان موجودا بصورة تشبه تماما ما نراه الآن.

كما ورد في مراجع التاريخ أيضا أن الأمراض النفسية ومنها الاكتئاب كان يتم الاهتمام بها وعلاجها بوسائل وطرق تتشابه كثيرا مع الطرق المستخدمة في العلاج في وقتنا الحالي، فقد ورد وصف للأنشطة الترفيهية والعلاج بالماء واستخدام الإبحاء والعلاج الديني للاضطرابات النفسية، كما احتوت البرديات القديمة على بعض النظريات التي تربط الأمراض النفسية مثل الاكتئاب بحالة الجسم وأمراض القلب وهذا يتماثل مع النظريات الحديثة التي تؤكد العلاقة بين الجسد والنفس بين الأمراض العضوية والأمراض الجسدية .

كما ورد في كتابات الإغريق عن طريق الأساطير والشعر والأدب حالات تشبه الاكتئاب النفسي بمفهومه الحالي فقد ورد في جمهورية أفلاطون بعض التفاصيل عن حقوق المرضى النفسيين وكيفية علاجهم، كما نجد أبوقراط من أوائل الذين وصفوا حالة الاكتئاب النفسي ونقيضه مرض الهوس وصفا لا يختلف عن الوصف الحالي أين ربط أبو قراط بين الجسد والروح أي بين الجسم والعقل. وأكد وجود تأثير متبادل بينهما، كما قام الأطباء الرومان بوصف بعض الأمراض من بينها الاكتئاب وتم تصنيفه إلى نوع داخلي وخارجي مثل بعض التصنيفات الحديثة في الطب النفسي (لطي الشربيني، 2001، ص 13-17).

## 2- تعريف الاكتئاب:

**لغة:** يعرف ابن منظور (دست) الكآبة بأنها سوء الحال والإنكسار والحزن وأكتئب إكتئابا- حزن واغتم وإنكسر فهو كتيب والكآبة أيضا تغير النفس بالإنكسار من شدة الحزن والهم، وهو كتيب مكتئب.

يشترك اسم الإكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي كآب ويشير هذا الفعل إلى اسم الكآبة، يقال، إكتئاب فلان أي حزن، وإغتم وإنكسر، والكآبة تغير النفس إما بالإنكسار من شدة الهم والحزن، و الكآبة فهي الحزن الشديد (سرحان وآخرون، 2001، ص 11).

**إصطلاحا:** يقدم كمال تسوقي (1989) الإكتئاب في صورتين السوية والمرضية ففي حالة السوي يتميز بعدم الكفاية التشاؤم من المستقبل، أما في الحالات المرضية فيظهر المكتئب في حالة وخفض النشاط وبالغة الشدة من عدم الاستجابات للتنبيهات مع الحط من تقدير الذات و توهمات عدم الكفاية وفقدان الأمل، وفي حالات المرض العقلي يتميز الإكتئاب بصعوبة في التفكير وتأخر نفسي حركي الذي قد يكون مقنعا بالقلق والتفكير الوسواسي والتهيج في بعض الحالات الإكتئابية خصوصا في البنية الذهنية (الدسوقي، 1989، ص 373).

بينما يصف طه فرج وآخرون (1993) الاكتئاب بأنه حالة من الاضطراب النفسي تبدو أكثر ما تكون وضوحا في الجانب الانفعالي لشخصية المتعالج إذ تتميز بالحزن الشديد واليأس من الحياة ووخز الضمير على الشر، لم ترتكبها الشخصية في الغالب تكون مستوهمة إلى حد بعيد. (فرج عطية، 1993، ص 110)

## 3- النظريات التي تفسر الاكتئاب :

### 3-1- نظرية التحليل النفسي والاكتئاب:

#### نظرية فرويد:

يعتبر فرويد أب نظريات التحليل النفسي، بحيث أنه فسر مرض الاكتئاب واعتبره تفاعل قائم بين الدوافع والعواطف وقارن بين الحزن والاكتئاب، وافترض أنه في الحزن يكون الأنا سليم وفقدانه يكون على مستوى اللاشعور. ودرس فرويد الحزن وما يعرف بالحداد في مجموعة من المقالات تحت عنوان الحداد والسوداوية سنة 1915م ووجد بأنه ناتج عن فقدان الموضوع، وفرق أيضا بين كل من الاكتئاب والملاخوليا ووجد أن الاكتئاب حالة من الألم النفسي وضرب من الحزن، بينما الملاخوليا فهي العذاب المصحوب بالإحساس بالذنب



الشعوري وانخفاض في تقدير النفس لذاتها وفي النشاط العقلي والحركي (محمد الحجار، 1989، ص90\_95)

إن فقدان الحب هو الموقف الرئيسي الباعث على الاكتئاب سواء كان الإنسان محبوباً أو لم يكن كذلك، فانقطاع علاقة وثيقة متبادلة من الحب نجدها أساس كل حالات الاكتئاب فالفرد يكتئب عندما يفقد موضوعاً قد رغب لا شعورياً في موته وكأنه فاعله وفرويد يرى أن فقدان الموضوع يصحب فقدان الأنا، وهو يشبه الاكتئاب بحالة الحداد الذي يمكن له أن يتحول إلى اكتئاب ذهاني، ويتضح من ذلك طبيعة العلاقة بين الاكتئاب وموضوعه بحيث أنها تتسم بالانرجسية إلى حد كبير، أي أنه لا يحب الموضوع ذاته بل أنه بحاجة إليه كي يحتفظ باتزان الانفعالي من حيث تنظيم الدفاعات الغريزية من حب وعدوانية فإذا ما اختفى الموضوع شعر الشخص المكتئب بخسارة أهم جزء من نفسه فيجد في نفسه وجهاً لوجه أمام عدوانيته المتفجرة وهكذا يرى فرويد أن الاكتئاب يتكون من تحول علاقة حب وثيقة إلى علاقة عدوانية ضحيتها المريض فالليبدو والعدوان اللذان كانا متجهان إلى الموضوع الخارجي يصبحان متجهين إلى الأنا فتتسبب بذلك حالات الشعور بالنقص وتأييب الضمير والإكتئاب.

(A champion, 1992, p36)

### 3-2- نظرية أبراهام ماسلو:

كانت محاولته الأولى عام 1911 وجاءت أعماله بعنوان ملامح تاريخ النمو الليبيدي سنة 1924 بحيث افترض أن مشاعر العدوان والكراهية المدمرتين للقوة العاطفية تتجمان عن رغبات جنسية مكبوتة، فالعدوان يكون نتيجة الإسقاط المعكوس نحو الذات الذي يخلق مشاعر الإثم والانتقام وهذا ما يتسبب في مرض الاكتئاب. وسع أبراهام ماسلو نظرية فرويد، واهتم بالدراسة النفسية العيادية للاكتئاب، ووجد أن الاكتئاب هو بمثابة نكوص إلى المرحلة الفمية واعتبره انفصال التوازن الذي يحدث بين النشاط الليبيدي والنشاط العدواني، فالإكتئاب يصيب أنا ضعيف عاجز غير قادر على إيجاد الحلول بمفرده للبقاء وهذا ما يؤدي للتبعية الإتكالية. والمرحلة الفمية هي أولى مراحل التطور الليبيدي، حيث يسود فيها ارتباط اللذة الجنسية ويظهر فيها نشاط المص، أما المرحلة الثانية فهي المرحلة الفمية السادية وهي فترة ثانية من المرحلة الفمية يظهر فيها نشاط العض ويتخذ فيها الاندماج بين حب الموضوع وتدميره فيتجه كل من الليبيدو والعدوانية نحو نفس الموضوع فالفرد المصاب يتأثر بصدمة الضعف والحرمان من طاقته، وهكذا فالإكتئاب لا يكون فقط ناتجاً عن فقدان أو الحرمان بل ناتج أيضاً عن كبت لهذا فقدان وكيث لكراهية الموضوع المتسبب في استجابة غريزية لهذا الحرمان، إن الأشخاص ذوي استعدادات للاكتئاب والذين يعانون من فشل على مستوى علاقتهم يكشف هذا الأخير عند وجود اضطرابات بدائية في علاقاتهم هكذا يرجع أبراهام ماسلو الاكتئاب إلى الطفولة المبكرة ويفسر المرحلة الفمية المتمثلة في البحث عن اللذة التي يرافقها هدف تدميري يهدد موضوع الحب ويعرضه للتدمير. (جلال سعد، 1985، ص232).

### 3-3- نظرية ملاني كلاين:

اهتمت ملائي كلاين بالأعراض الاكتئابية عند الطفل وأطلقت عليها اسم الوضعية الخورية (الالهبارية) وهي نمط من العلاقات بالموضوع، تكون في حدود الشهر الرابع من العمر ويتم تجاوزها تدريجيا خلال السنة الأولى رغم العثور عليها ثانية خلال مرحلة الطفولة وتوجد إمكانية إعادة تحريكها عند الراشد وخصوصا أثناء الحداد والحالات الخورية حيث يصبح الطفل قادرا منذ ذلك الحين على مقارنة الأم باعتبارها موضوعا كليا.

كما أنها تخفف من حدة الانشطار بين الموضوع الحسن والموضوع السيئ بحيث تميل النزوات الليبينية والعدوانية إلى التمرکز على نفس الموضوع. فالنظرية الكلاينية تفسر طبيعة العلاقة القائمة بين الأم والوليد وهي تتدرج حول الوضعية الخورية، وذلك في أعمال فرويد وماسلو، فقد وضع كل منهما إنكار فقدان الموضوع المحبوب، في الدرجة الأولى من الخور (الانهيار) السوداوي، بينما كلاين فقد تجد نقاط تثبيت هذا الانهيار في النمو النفسي الجنسي في المرحلة الفمية الثانية لأبراهام ماسلو وأكدت على القرابة القائمة ما بين الخور وبين العمليات السوداوية مثل الحداد، وبينت أن الوضعية الخورية تنشأ في حوالي منتصف السنة الأولى وتكون مع سلسلة من التغيرات التي تمس الموضوع والأنا من جهة والنزوات من جهة أخرى.

(serge baumgarten,2008,p115)

### 3-4- الاكتتاب في النظريات السلوكية:

توجد عدة نظريات حول الاكتتاب المشتقة من الاشتراط الإجرائي (operant Conditionnement) والنموذج الأكثر انتشارا هو العجز المكتسب. وانطلاقا من نظريات الاشتراط الإجرائي لقد بين الباحثون أن غياب الأحداث المفرحة في المحيط ينقص الدافعية لدى الشخص بحيث يصبح تدريجيا بدون نشاط وحزين، السلوك الذي يكون خال من العواقب الإيجابية (consequence positives) ينتهي بالانطفاء، كذلك كثرة الأحداث السلبية المفاجئة والمفاجئة (versits) يؤدي إلى نفس النتيجة السلوك أين يكون نتائجه سلبية بصفة دائمة تنتهي به إلى الضياع من فهرس الفرد. (jean cottraux,1993,p48)

الشخص المكتتب يحمل ظاهرة الانطفاء الراجعة إلى نقصان كبير أو خطير في الدعم الاجتماعي الإيجابي وتبقى الظواهر الاكتئابية الوحيدة المدعمة. حسب لويسوهن (lewisohn) سنة 1974 هناك في الأصل سبب نفسي مرضي الذي يمكن أن

يؤدي إلى تدعيم إجرائي اكتتابي. بالنسبة إلى سلقمان (seligman) سنة 1975 الاكتتاب هو نتيجة فقدان الشخص إمكانية وضع بين الفعل والدعم الإيجابي، وخلال تجربته التي قام بها حول الكلاب يرى أن الكف عن الكلاب المصدومين (عن طريق الكهرباء والتي سماها " بالعجز المكتسب " أو خيبة أمل مكتسبة انطلاقا من تجاربه هذه يرى seigman بأن كل الحيوانات والأشخاص المكتتبين بعد تعرضهم إلى تجربة صدمة مطولة أو صدمات متكررة يتوقفون عن إعطاء إجابات منتجة، لقد استخدم نموذج العجز المكتسب في الإطار المعرفي من طرف كل من أبرمسون abramson و سلقمان seligman و تسدال "teasdal" سنة 1978 بحيث الشخص المكتتب أمام الفشل مثلا يعطي حكم سببي الانتساب أو عزو الأسباب يكون داخلي، عام وثابت ( الشخص يرجع كل المسؤولية إلى الفشل انتساب داخلي) ويعتبر هذا



الفضل دائم ( ثابت ويعممه في كل مجالات حياته (تعميم) والعكس في حالة النجاح أو حادث إيجابي يعطي الأحكام التالية أحكام خارجية (الصدقة الآخرين هم السبب) أحكام خاصة (الحادث معزول) وأحكام غير مستقرة. (jean cottraux, 1993, p49)

cottraux, 1993, p49)

### 3-5- الاكتئاب في النظرية المعرفية :

من الجانب المعرفي، أصحاب النموذج المعرفي للاكتئاب بيك وشركائه (1979) ينادون بنموذج معالجة المعلومة.

المكتب يجهل المعلومة الإيجابية ويمت المعلومة السلبية فالانحرافات المعرفية في حالات الاكتئاب حسب النموذج المعرفي هي:

1- التدخل العشوائي (rinference arbitraire): ويتمثل في استنتاج خلاصات بدون أدلة خلاصات مبنية على معلومات ناقصة. (مصطفى ناصف، 1983، ص127)

2- التجريد الانتقائي (labstraction selective): ويتمثل في التركيز على جزء خارج المضمون وعدم إدراك الشكل والمعنى العام للموقف. بحيث يعمم الشخص تجربته الحزينة على كل المواقف الممكنة مثلا إخفاق مهني محدود يصبح في المستقبل إخفاق على كل المواقف اللاحقة.

3- بخص الإيجابيات والانتقاء السلبي la magnification et la minimisation يتمثل في إعطاء قيمة كبيرة إلى الإخفاقات أو الأحداث السلبية ونقص من قيمة النجاحات والمواقف المفرحة.

4- العزو الشخصي (la personnalisation) يفكر الشخص بصفة أوتوماتيكية بأنه المسؤول الوحيد على كل ما يمكن أن يحدث من أحداث سلبية، وينتهي به الأمر إلى تحويل الواقع إلى معاش محزن من خلال المخطط الاكتئابي.

5- التفكير الاكتئابي: la pensee depressive : مجموع هذه التشويهات خاصة التدخل العشوائي تترجم عياديا بأحداث معرفية التي تكون مسجلة بنمط من التفكير الثنائي ( style de pensee dichotomique أين ينظر الشخص إلى الأحداث والناس طبقا لمبدأ الكل أو لا شيء، ليس لديه أية قيمة ليس لديه ما ينبغي أن يكون لديه، الشخص يغلق في عدم النشاط وعدم الإنتاج. (jean cottraux, 1993, p74)

3-6- الاكتئاب في التحليل الوظيفي : l'analyse fonctionnelles لكي يكون تمثيل دقيق للتحليل الوظيفي للاكتئاب وضع جون كوترو (jean cottraux) شبكة التحليل الوظيفي (secca) التي تجمع العناصر التالية: منبه، مشاعر، معارف (الأفكار العقلية، نظام الاعتقادات سلوك توقعات هذه الشبكة التي هدفها تطبيقي تحتوي على جزء أني (حالي) الذي يسمح بتحليل جانب سلوكي (منبه، عاطفة، أفكار سلوك، توقعات وعلاقتهم بالمحيط الاجتماعي، كما تحتوي على جزء تاريخي يسمح بتنظيم التاريخ الماضي للمريض (jean cottraux, 2001, p51).

### 4- تصنيف الاكتئاب:



ظهرت عدة تصنيفات الاضطراب الاكتئاب، تتضمن في محتواها اختلاف التوجهات النظرية للعلماء، وذلك وفقا لاسم نظرية مختلفة، وفيما يلي نتعرض إلى تصنيف الرابطة الأمريكية للطلب التي أصدرت عدة إصدارات من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطراب في العقلية (DSM)، وهي:

- الإصدار الأول (1952) DSMI.

- الإصدار الثاني (1968) DSM II.

- الإصدار الثالث (1980) DSM III.

- الإصدار الثالث المرجع (1987) DSM III-R.

- الإصدار الرابع (1994) DSM IV.

والآن نتطرق إلى تصنيف الاكتئاب حسب الإصدار الرابع (1994)، الذي صنفه إلى الاكتئاب العادي، ثم الاكتئاب الإكلينيكي الفرعي، ثم ينتهي باكتئاب إكلينيكي، وهو كما يلي:

#### 4-1 الاكتئاب العادي:

يشير إلى تقلبات المزاج التي يخبرها كل فرد، ويعبر عنها بمشاعر الحزن، وهو ما يطلق عليه المختصون الاكتئاب الاستجابي".

والذي يكون أيضا استجابة لحادثة محزنة يمكن تحديدها والتعرف عليها بالفعل، وبزوال الظروف تزول الحالة الاكتئابية.

#### 4-2 الاكتئاب الإكلينيكي:

هو حزن مستمر بدون وجود أسباب واضحة، يمكن أن تصاحبه عدة أعراض، منها اضطرابات النوم والشهية، فقدان روح المبادرة العقاب الذاتي الانسحاب الاجتماعي، انعدام الحيوية، فقدان اللذة.

ونجد فيه نوعين وهما:

4-2-1 الاكتئاب الأحادي القطب: وهو اضطراب يتسم بحدوث نوبات اكتئاب عظمى واحدة أو أكثر بدون نوبات هوس.

ويتضمن الديثيمي (dyathymie) وهنا يبدو الإنسان عاديا ويمارس كل النشاطات، مع الشعور بعدم السعادة والمرارة وعدم الحماس، رغم ذلك يدفع نفسه للقيام بواجباته وتحمل المسؤولية، تنتابه موجات حزن لا يعرف لها سببا، تستمر هذه الحالة شهورا وتزول، وتعاوده من جديد، كما تستمر لسنوات دون أن يعرف المريض ولا حتى أسرته بأنه مصاب، وبذلك يتعذب ويتألم صامتا.

كما يتضمن الاضطرابات الوجدانية الموسمية، وهي نوع من الاكتئاب الذي يشيع عند بعض الأشخاص في بعض شهور السنة، خاصة في أشهر الشتاء، حيث النهار قصير والليل طويل، وبالتالي فإن كمية الضوء المتاحة قد تثير بعض التأثيرات البيولوجية المتمثلة في تزايد إفرازات بعض الهرمونات التي ترتبط بالتعرض لفترات طويلة من العتمة، ولهذا نجد أن من ينصح بأن يحاول الشخص المعرض للإصابة الموسمية للاكتئاب أن يأخذ قسطا وافيا من أشعة

الشمس خاصة قبل غروبها، وتتمثل أعراض الاكتئاب الموسمي في الرغبة في الانعزال، والميل للأحسن، مع ميل شديد لتناول الأطعمة الغنية بالدهون والكربوهيدرات.

#### 4-2-2 الاكتئاب ثنائي القطب:

وهنا تنتاب المكتئب موجة اكتئابية لمدة معينة، ثم تليها مباشرة نوبة تختلف على الأولى في الصورة الإكلينيكية، ثم تتبع بموجة اكتئابية جديدة، وفي الأخير بموجة هوسية. وهناك تصنيفات أخرى للاضطراب والاكتئاب، وتتمثل فيما يلي:  
الاكتئاب البسيط الحاد، المقنع التفاعلي الانتكاسي القهري، العصابي، الذهاني

#### 4-3 الاكتئاب البسيط:

يكون المريض في حالة ذهول، غير قادر على تحمل المسؤولية ويشعر بالذنب والتفاهة، ولكن لا يوجد لديه اختلال في الوظائف العقلية. (عبد الحميد محمد الشاذلي، 2001، ص 134) وهو أشد صور الاكتئاب، ولقد أرجع "هيبوقراط" و"جالين" الاكتئاب لزيادة السوداء في الدم، ووصف أصحابها بالمنغولية العميقة الحزن المفرط.

#### 4-4 الاكتئاب المقنع:

الاكتئاب المقنع كحالة من حالات الاضطرابات الوجدانية والعاطفية يأخذ مظهر الاضطرابات الجسمية، مثل الإصابة بالأرق أو الإمساك أو فقدان الشهية والصداع، ومع التقدم التكنولوجي في علم الكيمياء والتشريح فزيولوجيا الأعصاب، وكذلك العلوم السلوكية، تمكن العلماء بالاستدلال على وجود مناطق في المخ مختصة بنقل الخبرات العاطفية الوجدانية، وهذه المناطق هي: منطقة قاعدة المخ المعروفة باسم (الهيبوتالاموس)، كما أثبتت الدراسات أن هناك نوع من الأحماض الأمينية في المخ تؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب، مثل مادة النور أدريالين، فهناك مجموعة من العقاقير تبطل مفعول هذه المادة في المخ، فيتسم سلوك المريض بالهدوء والاكتئاب، وعلى العكس من ذلك، هناك أدوية تعمل على تنشيط مادة (النور أدريالين)، وبالتالي تكثير السلوك ولا تصيب المريض بأي نوع من الاكتئاب. وبالتالي هناك عوامل فيزيولوجية سيكولوجية كيميائية لها تأثير على التركيب الكيميائي لمخ الإنسان تؤثر على سلوكه.

#### 4-5 الاكتئاب التفاعلي قصير المدى:

وهو رد فعل لحدوث الكوارث، مثل رسوب طالب أو خسارة مادية أو فقدان عزيز، ويكون المريض بصفة عارضة.

#### 4-6 الاكتئاب الانتكاسي:

إن هذا الصنف من اضطراب الاكتئاب يصاب به الإنسان في سن اليأس والسبب يعود إلى التغييرات الهرمونية المصاحبة لانقطاع الطمث في هذه السن، الذي يؤدي له التأثير الخافض في معنويات المرأة، وقد يرجع أيضا إلى سوء التوافق الانفعالي المترتب على هذه التغييرات، خاصة وأن المرأة في هذه السن تمر بها تغييرات تفاعلية واسعة تشمل كل نشاطاتها، كفقدان الأبوين أو بعض الإخوة والأخوات، وفي هذه السن أيضا تجد المرأة أن أولادها لم يعودوا يعتمدون عليها بعد أن كانت تشغل وقتها بهم، فصارت إلى فراغ يشعرها بالوحدة

النفسية، وقد تفسر انقطاع الطمث أنه ما عادت أنثي وأنها قد شاخت ولم تعد مطلوبة، ويحدث الاكتئاب الانتكاسي خلال الأربعينات أو الخمسينات، وأعراضه المتميزة هي القلق والضيق الشكوى المستمرة من أوجاع بدنية مبهمة أفكار هذيانية.

#### 4-7 الاكتئاب القهري:

إن هذا الصنف من اضطراب الاكتئاب يصاب به الأشخاص من النمط الجامد الوسواسي الذي يأتي أفعاله وكأنه مغصوب عليها، ونراه يفعل أو يسلك وهو متوتر، وقد يبدأ اليأس والقلق، وسيطرت عليها الوسواس والظنون، وقد يظهر الاكتئاب على الشخصية القهرية، إذ أصيل بينها وبين القيام بالأعمال الروتينية المنطوقة بها، وأكثر ما يكون اكتئابها في الإجازات أو العطل الرسمية، ويطلقون عليها اسم اكتئاب نهاية الأسبوع، ومن أعراضه التوتر والضيق وعدم راحة البال والقلق.

#### 4-8 الاكتئاب العصابي:

هو حالة من الحزن الشديد المستمر، يعيش فيها الفرد دون أن يدري السبب الحقيقي لاكتتابه، وهو بهذا يختلف عن الاكتئاب الطبيعي أو العبادي، والذي قد يكون له مبرر في الخارج، والشخص الذي يعاني من الاكتئاب العصابي فقد يصل في تشاؤمه وإحساسه بالشفاء وضعف الثقة بالنفس والشعور بعدم القيمة إلى محاولة الانتحار.

ويمكن اعتبار هذا الصنف من الاكتئاب معتدل الشدة وخاليا من الأعراض الذهنية، ومن ابرز أعراضه الإكلينيكية هي: القلق، شعور بالحزن، الرغبة في البكاء، اضطراب النوم، فقدان الشهية للطعام، ضعف الطاقة الجنسية، نقص واضح في الوزن، الإمساك، السرعة في ضربات القلب الشعور بالتشاؤم.

أي يشير الاكتئاب العصابي إلى حالة من الحزن و البلادة و الخمول او جمود الحس ولوم الذات و هو اقل حدة من اكتئاب الذهان.

4\_9 / الاكتئاب الذهاني: إن هذا الصنف من الاضطراب الاكتئاب يمكن اعتباره حاد الشدة يحتوي على أعراض ذهانية وبيولوجية واضحة ومن ابرز أعراضه الإكلينيكية هي: العزلة التامة عن الآخرين، شعور دائم بالقلق دون أسباب واضحة، الضجر والسام اليأس اضطرابات النوم مع كوابيس الخطيئة والشعور بالذنب، تحقير الذات الصداق الشديد الإمساك المزمن، أفكار انتحارية. والمريض بالاكتئاب الذهاني نجده لا يستطيع أن يواصل حياته المهنية الاجتماعية كذلك نجده حقيقة يشعر بأنه شخص تافه وذو سلوك قدر ويرى أن كل ما يحدث له بسبه وليس بسبب الآخرين، كما نجد عند المريض اكتئاب الذهاني أن تظهر عليه توهمات وهلاوس وهواجس، وأعراض اكتئابية بدنية، وإن أعراض هذا الاكتئاب لدى المرضى لا تتأخر بتغير البيئة. (زواوي سليمان، 2011، ص42\_46).

#### 5- أعراض الاكتئاب:

#### 5-1 الأعراض النفسية:

رغم الأعراض التي تنتسب لكل نوع من أنواع الاكتئاب المصنف وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM4 للاضطراب العقلي، فإن الاكتئاب يعبر عنه بمجموعة من الأعراض المركبة التي يطلق عليها:

#### 5-1-1 المزاج الحزين:

ومن بين الأعراض المتعلقة بالمزاج هو الشعور بالحزن والبكاء الشديد رغم أن المصابين بالاكتئاب كثيرا ما يكونون غير قادرين على البكاء، ذلك أنهم يعانون من فراغ داخلي مطلق وقد أطلق الطبيب النفسي الألماني (كورتشنييدر KURTSHENEIDER) على هذه الحالة الشعور بفقدان المشاعر.

#### 5-1-2 إضطراب الدافع:

إن الأشخاص المكتئبين غالبا ما يعانون صعوبة شديدة في القيام بأداء عمل كما يعانون من شلل في القدرة على اتخاذ قراراتهم وفي الحالات الشديدة قد يكون الشخص المكتئب لا يفارق السرير ويكون غير قادر على القيام بشيء وهذا يشمل الكلام أيضا فالكلام معه صعب لأنه صامت لا يتكلم.

#### 5-1-3 فقدان الاهتمامات المعتادة:

وتشمل فقدان الاهتمام بالمجالات المهنية الأسرية والشخصية.

#### 5-1-4 أفكار اكتئابية:

وتشمل:

أ\_ **اتهامات الذات:** وهي مشاعر الذنب التي ينسبها الشخص لنفسه ذلك أنه . سبب الأحداث الأليمة التي يتعرض لها، وتمتد هذه الاتهامات إلى درجة يقول المعني أنه لم يرتكب في حياته سوى الأخطاء ويمكنها إن تتصاعد لتصل إلى درجة الهدبان الاكتئابي، الذي هو عبارة عن هذيان حول ذنب يعتقد المريض أنه اقترفه وأنه لا بد من أن يعاقب عليه.

ب\_ **التشاؤم:** ويكون بمثابة طية أمل ونظرة سوداء للحياة واجترار لأفكار سوداء والاعتقاد بأن الأمل له في الشقاء والانخراط في التأمل في أوضاع الحياة وعدم القدرة على الاستمتاع بمباهجها

ج\_ **أفكار تدمير الذات (الانتحار):** إن الإنسان المكتئب يصف الحياة على أن الماضي يأخذ مظاهر الوحشية والأخطاء الكبيرة والحاضر مرعب أما المستقبل يعبر عن الخوف وبهذا الوصف يصل الفرد المكتئب إلى نتيجة مفادها إلى الحياة لا معنى لها، وإن جميع الناس سوف يعيشون سلام دون وجود لذلك من الأحسن له أن ينتحر. إن الاكتئاب غالبا ما يصحب فكرة الانتحار حتى في بعض الحالات العابرة فكثيرا من المكتئبين من يميل إلى الانتحار لكن لا يقدمون على ذلك.

د- **القلق:** إن القلق يمكن أن يدوم شهورا وفي بعض الأحيان يكون أكثر من المزاج الحزين فبعض المكتئبين يستيقظون وهم قلقين فالقلق مرتبط دائما بسرعة الهيجان والغضب وقليل من السلوك العدواني مما جعل الاتصال معهم يكون صعبا.



## 2-5 الأعراض الجسمية:

تشير إلى التغيرات الجسمية التي تصاحب الاكتئاب وتشمل:

**1-2-5 اضطرابات في النوم:** وتبدو هذه الاضطرابات في ثلاث مراحل أرق أول الليل، منتصف الليل وآخر الليل، فقد يستيقظ المريض في الثاني من الليل إثر كوابيس وأحلام مزعجة متخوفا مذعورا يخاف العودة إلى النوم تحسبا لعودة هذه الكوابيس، أما أرق آخر الليل أن يستيقظ المريض باكرا جدا (الساعة الثالثة صباحا) فيصعب عليه النوم ثانية، ويقضي طول ما تبقى من الليل يفكر وتدور في ذهنه أفكار سوداء.

**2-2-5 فقدان الشهية والوزن:** عادة ما يعني مرضى الاكتئاب من ضعف في الشهية الأمر الذي يقود إلى فقدان الوزن، كما يتوقف بعضهم عن الأكل والشرب لكن الحالة نادرة.

**3-2-5 أوجاع الجسدية:** يشتكي المكتتبون من أبسط الآلام الجسدية التي تتموقع في ناحية الرأس، الظهر، والصدر حيث يشعرون بانقباض في الصدر وضغط شديد على القلب وإمساك، ولكن في بعض الأحيان تكون هذه الأوضاع شديدة إلى درجة التراجع عن الشكاوي النفسية وهذا ما يصعب تشخيص الحالة.

**4-2-5 فقدان الليدو:** إن الاكتئاب يرتبط بالخفاض في الليدو، وهذا راجع إلى عدة أسباب، فالحزن العميق الذي ينغمس فيه الأشخاص المكتتبون يعيقهم ويفقداهم اهتماماتهم الجنسية، وأمام شعورهم السلبي نحو الحياة فإنهم لا يصلون إلى الشعور بالراحة وهذه المشاكل النفسية لها الدور الأساسي في اضطراب العلاقات الجنسية، حيث أن الرجل لا يصل إلى الانتصاب أما المرأة فيمكنها أن تعاني من جفاف المهبل وهذا ما يجعل العلاقة الجنسية مؤلمة، ومن ناحية أخرى فالعادة الشهرية لديها تكون مضطربة.

## 3-5 الأعراض المعرفية:

تشير إلى عدم القدرة على التركيز الدائم بسبب الأفكار والشكوك التي تقضيه في الفكر ومن خلال كل ما سبق بحد أن الاكتئاب تظهره الأعراض التي تكتسبها أو تتمظهر بها الحالة أو الفرد فنحن لا يمكن أن نحكم على الاكتئاب من خلال عرض واحد ولكن بتجميع كل الأعراض المذكورة بشد مقاومتها وتأثيرها على الحالة النفسية والعقلية والجسمية للفرد. (دريبين أمينة، 2011، ص52\_54)

## 6- أسباب الاكتئاب:

يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية التي تصيب مختلف الفئات العمرية حيث تعددت التفسيرات التي تناولت مرض الاكتئاب من حيث الأسباب المؤدية إليه حيث أن هناك عدة أسباب تتداخل معا لظهور أعراض الاكتئاب ومن هذه الأسباب ما يلي:

## 1-6 الأسباب النفسية ومنها:

- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية (مثل موت عزيز أو طلاق أو سجن بريء أو هزيمة.... إلخ) والانهازم أمام هذه الشدائد.
- الحرمان ( ويكون الاكتئاب استجابة لذلك ) وفقد الحب والمساندة العاطفية وفقد حبيب أو فراقه أو فقد وظيفة أو فقد ثروة أو فقد المكانة الاجتماعية أو فقد الكرامة أو فقد الشرف أو فقد الصحة أو فقد وظيفة حيوية والفقر الشديد.
- الصراعات اللاشعورية.
- الإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق.
- ضعف الأنا الأعلى واتهام الذات والشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق، والحنوسة وسن القعود (سن اليأس) وتدهور الكفاية الجنسية والشيخوخة والتقاعد.
- الخبرات الصادمة والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات. التربية الخاطئة التفرقة في المعاملة والتسلط والاهمال.... إلخ).
- عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي أو المدرك وبين مفهوم الذات المثالي.
- سوء التوافق ويكون الاكتئاب شكلا من أشكال الانسحاب والكره أو العدوان المكبوت ولا يسمح الأنا الأعلى للعدوان أن يتجه للخارج ويتجه نحو الذات، حتى قد يظهر في شكل محاولة الانتحار ويكون الاكتئاب هنا بمثابة (الكفارة).

#### 6-2 الأسباب العضوية:

لقد تبين أن الاكتئاب ينتقل بالوراثة عبر الأجيال عن طريق الجينات حيث يزيد حدوث المرض بين الأقارب وفي بعض العائلات، وهناك بعض الناس لديهم استعداد للإصابة بالاكتئاب ويميل تكوينهم النفسي إلى الحزن والعزلة الكآبة حتى قبل أن تظهر لديهم أعراض هذا المرض، كما تبين أن بناء الجسم المكتنز القصير البدين يرتبط بمعدلات أعلى من قابلية للإصابة بالاكتئاب لكن ذلك لا ينفي أن أي شخص بدين أو قصير القامة سوف يصاب حتما بالاكتئاب.

وقد كشفت الأبحاث عن وجود تغييرات كيميائية في الجهاز العصبي يصاحب حدوث الاكتئاب منها نقص بعض المواد مثل السيروتونين Serotonin والنورابنفرين Norepinephrin .

التغيرات الكيميائية في النواقل العصبية تتمثل في نقص الدوبامين ، وناقل السيروتونين والنورادرينالين، فتكون مستويات هذه الناقلات متدنية في المشابك، الأمر الذي يؤدي إلى عيب في الإتصال الدماغى ونقل الرسالة وهذا ما يسمى أعراض الاكتئاب(عباسة فوزية، 2018، ص17\_19).

#### 7- تشخيص الإكتئاب:

يصنف الكتيب DSM4 أنواع الاكتئاب المختلفة تبعا للأعراض الموجودة التي تتبع تشخيصا محددًا، وبالرجوع إلى قائمة الأعراض والتحقق من وجودها يمكن للطبيب النفسي أن يصنف حالة المريض في فئة بعينها فنجد مثلا في الكتيب توضيحا لمرحلة من مراحل الاكتئاب الشديد على أنها تدوم أسبوعين على الأقل يسيطر خلالها على المريض مزاج اكتئابي وفقدان

للاهتمام والمتعة بجميع نشاطاته اليومية تقريبا. بالإضافة إلى ذلك فلا بد من توافر خمسة أعراض على الأقل من الأعراض التالية:

- . اكتئاب في المزاج معظم اليوم.
- . تقلص في الشعور بالاهتمام والاستمتاع.
- . زيادة ملحوظة أو نقصان ملحوظ بالوزن.
- . اختلاف عدد ساعات النوم بالزيادة والنقصان.
- . نقص القدرة على السيطرة على حركات الجسم.
- . الإرهاق.
- . الشعور بالتفاهة أو الذنب.
- . التفكير بالموت أو الانتحار.

لا يزال الحد الفاصل بين الاكتئاب الشديد والاكتئاب المزمن الأقل حدة غير واضح تماما، أما الحد بين الاكتئاب الخفيف وذاك الشديد فهناك مسافة وعرة قد تعد متسلسلة أحيانا وعلى الطبيب أن يقرر أين يقع تصنيف مريضه بالتحديد ضمن تلك المتسلسلة لكن احتمال اختلاف الاكتئاب الشديد في النوع والشدة يظل أمرا واردا. أما الاكتئاب المزمن فيتم قياسه بدخول المريض في مزاج مكتئب مدة أسبوعين على الأقل مع وجود عارضين من الأعراض التالية:

- . فقدان الشهية أو الشراهة.
- . اختلاف عدد ساعات النوم زيادة أو نقصانا.
- . الارهاق وفقدان الطاقة.
- الشعور بالتفاهة.
- . انخفاض القدرة على التركيز واتخاذ القرارات.
- . الشعور باليأس.

لا تتضمن المقاييس التي وضعتها منظمة الصحة العالمية في التصنيف العالمي للمرض استخدام مصطلح الاضطراب الاكتئابي الشديد بل مصطلحي الاضطراب الاكتئابي" والاضطراب الاكتئابي المتكرر" ويتطلب الاضطراب الخفيف وجود أربعة عوارض اكتئابية أما الاضطراب المتوسط فيتطلب وجود ستة عوارض، ويتطلب الاضطراب الحاد وجود ثمانية عوارض، ويشير اختلاف التصنيفات السابقة إلى عدم وجود تشخيص واحد ومحدد للاكتئاب أو حتى تشخيص واحد محدد للتفريق بين الاكتئاب الحاد والخفيف. (بوغازي آمنة، مجالدي مروة، 2016، ص39\_41).

#### 8- الوقاية من الاكتئاب:

#### الوقاية الأولية من الاكتئاب:

يعد الاكتئاب أحد أشهر الاضطرابات النفسية شيوعاً لدى المراهقين، حيث يقدر انتشاره على مدى الحياة ما بين 15% إلى 20% (انظر Essau & Dobson, 1999) ويظهر الاكتئاب أيضاً مشتركاً مع اضطرابات نفسية أخرى. وبعد مراجعة ست دراسات مجتمعية خلص Angold and Costello (1993) إلى أن وجود الاكتئاب لدى المراهقين يزيد من

احتمال وجود اضطراب آخر عشرين مرة على الأقل. وبعد القلق أكثر الاضطرابات تشاركاً مع الاكتئاب وتسبق مشكلات القلق حدوث اضطراب الاكتئاب (Essau 2002). ويتكرر حدوث السلوك التخريبي (مثل اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة، واضطراب السلوك، واضطراب المعارضة الجريئة واضطراب استخدام المواد المؤثرة نفسياً أيضاً مع الاكتئاب ويعد الاكتئاب من الاضطرابات التي تعاود الحدوث وتكون مصحوبة بعجز في مجالات مختلفة من مجالات الحياة، ليس فقط أثناء حدوث الاكتئاب ولكن أيضاً عندما لا تكون الحالة مقابلة لمعايير تشخيص الاكتئاب وعلى الرغم من الآثار السلبية للاكتئاب، فلا يتلقى العديد من المراهقين المصابين بالاكتئاب في المجتمع أية مساعدة رسمية (Essau, Conradt, , 1995) فقط من المراهقين الذين يستوفون معايير تشخيص الاكتئاب الجسيم يسعون لطلب المساعدة الرسمية (من الممارسين العاميين في الغالب لاضطرابهم (Essau 2002) .

ومن بين الذين يسعون لطلب المساعدة الرسمية، يكون تشخيص الاكتئاب خاطئاً وغير محدد. وبناء على ذلك، فالمرهقون المكتئبون لا يتلقون في الغالب أي علاج ملائم لاضطرابهم وربما يتعرضون للعديد من الفحوص الطبية غير اللازمة.

وقد تؤدي هذه الإجراءات إلى ارتفاع نفقات الإنفاق على الفحوص الطبية وقد تؤدي إلى زيادة إزمان الاكتئاب ولقد كشفت الدراسات أيضاً أن الأفراد الذين يصابون مبكراً بالاكتئاب عموماً لا يستجيبون بصورة جيدة للعلاج (Essau, 2002; Lewinsohn, Rohde, , 1998) . ولقد وجد (Lewinsohn et al 1995) أن المراهقين الذي تلقوا علاجاً كانوا قد أصيبوا بعراض اكتئابي آخر أثناء طفولتهم وكذلك الذين لم يصابوا به من قبل. وفي دراسة Bremen للمراهقين Essau (2002). ظل 40 ٪ من المراهقين الذين تلقوا علاجاً للاكتئاب مكتئبين في الفحوص اللاحقة أثناء المتابعة.

وتعد النتيجة القائلة بأن قسماً صغيراً من الشباب المصاب بالاكتئاب هو الذي يبحث عن المساعدة الرسمية قضية مهمة. فالأطفال في العادة لا يحيلون أنفسهم العلاج من المشكلات السلوكية، وأيضاً يؤخذ مثل هذا القرار تماماً من الراشدين (في العادة الأبوان أو المدرسون). ولقد أشار Mash and Kran (1995) إلى أن الوالدين الذين سوف يبحثون عن المساعدة لأبنائهم ربما يتأثرون بـ (أ) المدي الذي تكون عليه سلوكيات الطفل ملحوظة ومزعجة، (ب) الحالة النفسية للأبوين وتاريخ العلاج، (ج) الجدوى المرجوة من العلاج. وتعد المظاهر الإكلينيكية للطفل محددات مهمة لاستخدام العلاج. ومن بين هذه المظاهر تاريخ محاولات الانتحار وخبرة الإصابة باضطرابات مشتركة، والمشكلات الأكاديمية والبناء الأسرى المفكك والنوع الأنثوي Essau 2002 (Lewinson, et al., 1998) . والعوامل الأخرى التي تحدد طلب المساعدة الرسمية هي إتاحة خدمات الصحة النفسية وتكلفة وآلية الإنفاق (2000) (Essau, et al.,

وتؤكد كل هذه النتائج على أهمية إعداد وتقييم وتطبيق البرامج الهادفة للوقاية والتي تستهدف اكتئاب المراهقة، فالوقاية الأولية في الشباب - الموضوع الرئيسي لهذا الفصل - لها مزايا عديدة

استهداف كل السكان (مثل تلاميذ المدارس)، ويتجنب المشكلات المصاحبة لتحديد مجموعة معينة قد تخشى من الوصم (مثل، حينما ينسلخ المراهقون من أقرانهم المشاركة في برامج الوقاية، 1997 Durtak & Wells). وفي الأونة الأخيرة، تم إعداد العديد من البرامج التي تستند على الوقاية الأولية في المدارس وأصبح تطبيقها جزءاً من المناهج الدراسية. وتقدم هذه البرامج حلولاً ممكنة لمشكلات اختيار المستهدفين والوصم الناتج عن الاختيار (مثل 2001 Shochet et al.). وثانياً. ربما تساعد برامج الوقاية الأولية الأفراد على تطوير وتعزيز مهارات معرفية وانفعالية واجتماعية عديدة ترجح تخفيض تفجر الاكتئاب وثالثاً، تسمح الوقاية الأولية بالتدخل الوصول إلى أكبر عدد من الناس. ولكون هذا المستوى من الوقاية يقدم أيضاً التدخل لعدد كبير ممن لديهم أعراض إيجابية كاذبة (بمعنى الأفراد الذين لم يصبحوا مكتئبين بأي حال من الأحوال)، فإن الوقاية الأولية ربما لا تكون كافية أو مناسبة التكاليف كالوقاية من الدرجة الثانية أو الثالثة. ومع ذلك، ربما تأمل الوقاية الأولية في خفض عدد الأفراد الذين يخبرون الاكتئاب. وسوف أعرض في هذا الفصل بعض برامج الوقاية الأولية الكبرى للاكتئاب التي تحن كلاً من الصحة البدنية والنفسية لدى هؤلاء الشباب. وقبل عمل هذا سوف أعرض لبعض عوامل الخطورة للإصابة بالاكتئاب وعوامل الحماية منه.

#### الوقاية من الدرجة الثانية للاكتئاب:

عوامل الخطورة وقابلية الإصابة والتدخل:

وضح Dozois and Westra في الفصل الثاني من هذا المجلد أن الاكتئاب يسبب انشغالاً دالاً في ميدان الصحة العامة. فلقد وجد المسح الوطني للاعتلال المشترك (1994 Kessler, et al.,) أن معدلات الاكتئاب لمدى الحياة كانت 16.1%، كما كانت تقديرات المعهد الوطني لوبائيات الصحة النفسية (Weissman, Bruce Lee, Floris & Holzer, 1991) أن معدل انتشار الاكتئاب 0.058. وعلى الرغم من وجود تحفظات كثيرة على هذه التقديرات، فإنها أقرت بأن الاكتئاب واحد من أشهر الاضطرابات النفسية شيوعاً لدى السكان كما يصيب ملايين الناس حول العالم، ويعد من أشهر الأحوال المرضية التي تستدعي تلقي الأفراد المصابين به علاجاً سريريا (Gollib & Hammen, 1992)، وكما تحذرنا هذه التقديرات فإن بعض البيانات يشير إلى أن حدوث الاكتئاب يتزايد

لدرجة أن بعض الباحثين يرون أن المجتمع يواجه اضطراباً وبائياً (Seligman, 1990). وإلى جانب التعاسة الانفعالية المصاحبة للاكتئاب، فإن الاكتئاب يرتبط بمشكلات أخرى عديدة، تشمل الانسحاب الاجتماعي، والعجز عن العمل، واضطراب العلاقات الشخصية المتبادلة. وأبعد من ذلك فإذا ترك الاكتئاب بدون علاج، فإنه يستمر من سنة إلى 6 سنوات (1982 Keller, Shapiro, Lavori, & Wolfe).

وفي بعض الحالات يستطيع الأفراد أن يخبروا الأعراض لأكثر من عامين (Good win & Jamison, 1990) ويمكن للاكتئاب أن يصل إلى الحالة المزمنة مع ارتفاع معدلات

الانتكاسة ومعاودة حدوثه (Hammen, 1991; Ingram, Miranda, Segal, 1998). إن الأفراد الذين يخبرون معاودة حدوث الاكتئاب يكونون أيضاً في خطر حقيقي لظهور الاكتئاب المرضى وحالات نفسية أخرى. كما أن الانتخار ومحاولات الانتحار ليست من الأمور غير الشائعة أثناء حدوث الاكتئاب، وتشير معدلات الانتشار إلى أن إصابة النساء ضعف إصابة الرجال باضطراب الاكتئاب الجسيم. ولهذا ليس من العجيب أن يتزايد الاهتمام بالوقاية من الاكتئاب كل الأوقات.

وكما ذكرنا في العديد من التفاصيل عبر هذا المرجع، فإن الوقاية الأولية هي الأنشطة التي تهدف إما إلى إلغاء حدوث الاكتئاب لدى عينات كبيرة أو لخفض حدوث الاكتئاب لدى السكان. ومن منظور الصحة العامة، فإن قليلين لا يوافقون على التفضيل الدائم للوقاية الأولية لأشكال أخرى من الوقاية أو العلاج المبدئي بعد حدوث اضطراب ما وفي بدايته. وبالتالي فإنه من المعروف صموية نجاح تطبيق الوقاية الأولية (Clark 1999)، ولهذا حينما لا تكون الوقاية الأولية ناجحة أو ليست مجدية فإن الوقاية من الدرجة الثانية تؤدي وظيفة أكثر أهمية، وسوف ندرس في هذا الفصل عدداً من أوجه الوقاية من الدرجة الثانية، بداية من الإشكاليات التعريفية إلى تطبيقاتها في العديد من الدراسات المعلوماتية. ونظراً لأنه ليس من المجدي فحص كل هذه الإشكاليات والدراسات في فصل واحد، فلسوف نركز على الإشكاليات المفاهيمية الأبرز مع فحص الدراسات التي لا تقدم بيانات معلوماتية عن فعالية الوقاية من الدرجة الثانية فقط ولكن أيضاً ربما نقدم نماذج ورؤى للجهود المستقبلية في مجال الوقاية من الدرجة الثانية من الاكتئاب بصورة خاصة وقبل مناقشة الوقاية من الدرجة الثانية من الاكتئاب، فإنه من المهم أن نعرف أن الاكتئاب ليس اضطراباً متجانساً. وفي الواقع هناك أشكال كثيرة وأنواع فرعية من الاضطرابات الاكتئابية. ويمكن القول بأن كل أشكال الاكتئاب تستحق جهود الوقاية. فعلى سبيل المثال، فإن كلا من البيانات النظرية والإمبريقية لا تعترف بالاكتئاب أحادي القطب فقط، وإنما تميزه عن الاكتئاب الثنائي أيضاً. وعلى الرغم من أن الاضطراب الثنائي حالة سيكايترية منهكة، فإن الاكتئاب أحادي القطب أكثر شيوعاً وأكثر استهدافاً بمحاولات الوقاية، ولسوف نركز في هذا الفصل على الاضطراب الاكتئابي الجسيم أحادي القطب كما هو محدد في المصادر مثل الطبعة الرابعة من دليل التشخيص الإحصائي للاضطرابات النفسية (1) -DSM- (Association, 2000) (IV-TR ; American Psychiatric الرغم من أن كل الأعراض الاكتئابية يمكنها أن تكون موضع تركيز جهود الوقاية 2000 (Gillham, Shatter & Frees). فإننا سنركز على الوقاية من الاضطرابات الاكتئابية. ولهذا سنبدأ اكتشافنا للوقاية من الدرجة الثانية من الاكتئاب بمناقشة أسس الوقاية من الدرجة الثانية وبعد ذلك نفحص مفهوم الخطر ونميز بينه وبين مفهوم التهيو المسبق للإصابة. وسوف نذكر العديد من عوامل الخطورة للإصابة بالاكتئاب ونفحص الدراسات التي وثقت جهود الوقاية من الدرجة الثانية من هذا الاضطراب ولسوف نخص بتقديم بعض الأفكار عن القضايا المستقبلية في ميدان الوقاية من الدرجة الثانية من الإصابة بالاكتئاب.

**تعريفات الوقاية من الدرجة الثانية**

يمكن أن تأخذ الوقاية العديد من التعريفات (Cowen 1997)، وعلى الرغم من أن المصطلح أحياناً ما يستخدم لتمييز الوقاية عن العلاج وعلى الأقل في حالة الوقاية من الدرجة الثانية فإن هذا التمييز وهمي. ففي الواقع، تتضمن الوقاية من الدرجة الثانية توفير بعض أنواع العلاج عموماً (Muhoz & Ying, 1993; Munaz, Le, Clarke & Jaycox, 2002). وكما سنرى لاحقاً بالتفصيل أن الوقاية من الدرجة الثانية تتضمن تحديد الأطفال المعرضين للخطورة بصورة مرتفعة وبعد ذلك تقديم بعض أشكال التدخلات إما بصورة فردية أو جمعية لمنع حدوث الاضطراب بشكل كامل (Heller, Wyman, & Allen, 2000). وبالنسبة لنا فإن الوقاية من الدرجة الثانية والعلاج المصاحب لها يمكن أن يتما بأحد طريقتين الأول من خلال التركيز على التحديد المبكر لحالات الاكتئاب لاستهدافها بالعلاج قبل أن يتفجر الاضطراب بصورته الكاملة. ولقد ناقشنا هذا بصورة مختصرة لأن معظم جهود الوقاية من الاكتئاب تؤكد الاتجاه الثانى الذى يركز على تحديد عوامل الخطورة حتى عندما لا توجد أعراض وبالتالي يكون التدخل نموذجياً على الأقل عندما يكون قبل حدوث الاضطراب وفي كلتا الحالتين فإن الهدف هو تجنب بداية ظهور الاكتئاب ونكره بصورة مثالية)، أو لتخفيض شدة حدوثة ومدة استمراره (Heller et al., 2000).

وبينما تهدف الوقاية من الدرجة الثانية إلى منع أو تقليص ظهور الأعراض لدى الأفراد المعرضين للخطورة بصورة مرتفعة، فإن الوقاية من الدرجة الثالثة تركز على منع الانتكاسة أو معاودة حدوث الاكتئاب انظر الفصل الرابع من هذا المجلد). وعلى أية حال، في العديد من الحالات فإن التفريق بين الوقاية من الدرجة الثانية والثالثة يكون ضمناً أكثر منه واقعياً. وكما ذكرنا سابقاً فى هذا الفصل فإن الاكتئاب السابق بعد عامل خطورة واضحاً للاكتئاب اللاحق وإذا كان من الممكن الافتراض بأن الشخص يكون في حالة سكون كامل لحالة مرضية من الاكتئاب، فإن الوقاية من الدرجة الثانية يمكن أن تكون مشروعة بالتركيز على الأفراد الذين سبق لهم معايشة خبرة حدوث سابق للاكتئاب ويمرون بحالة سكون، وعلى الرغم من أنه غير واضح أين ترسم الخط الفاصل بين الانتكاسة بمعنى معاودة حدوث أو وجود حالي أو سابق المرض وحدث حالة مرضية جديدة ومختلفة (Hollon, DeRobeis, & Evan, 1996) ويمكن اعتبار الجهود لمنع بدايات ظهور مرض جديد وقاية من الدرجة الثانية على الأقل في حالات الشفاء التام.

التدخلات من الدرجة الثالثة للاكتئاب والوقاية من الانتكاسة:

من المسلم به أن الاكتئاب في المعدل الإكلينيكي مشكلة مزعجة للصحة العامة. ويعد واحداً من أكثر المشاكل التي نشاهدها في الممارسة الإكلينيكية (Eaton et al., 1989)، وهناك نتائج تشير إلى تزايد معدلات الاكتئاب مع الوقت (Ormel et al., 1994). وتتفق نتائج البحوث في أن المرأة معرضة للإصابة بالاكتئاب ضعف الرجل (Amari)، وطبقاً لانتشار حدوث الاكتئاب، وارتباطه بالتكلفة المادية في الرعاية الصحية، والخسارة في القدرة الإنتاجية، وحتى خطره المميت، فلقد تنبأت منظمة الصحة العالمية بأن الاكتئاب سوف يكون العبء الأكبر في

الرعاية من أي اضطراب آخر على مستوى العالم بحلول عام ٢٠٢٠ (Murray Lo can (pezi, 1997. (Psychiatric Associations, 2000 ويعتبر الاكتئاب من الاضطرابات متكررة الحدوث على الرغم من تباين تقديرات معدلات الانتكاسة، حيث يعتقد عموماً أن ٤٠% إلى ٦٠% من الأفراد الذين تم علاجهم من عارض اكتئابي ما معرضون لزيادة حدوث هذا العارض الاكتئابي مرة على الأقل على مدار حياتهم & (Belsher & Costello, 1988 ;Keller, Lavor, Rice Corell وتشير البحوث أيضاً إلى أن الشخص الذي يصاب بأحد أنواع الاكتئاب يمكن أن تتكرر إصابته بمقدار ٤,٣ من العوارض الاكتئابية الجسيمة على مدار حياته (Parris, 1992)، وتزيد هذه العوارض الإضافية أيضاً من احتمالية الانتكاسة في المستقبل (American , 2000 , Psychiatric Associations).

وبعد التركيز على منع الانتكاسة للاكتئاب أمراً مهماً لعدد من الأسباب، أولها إلقاء الضوء على المظاهر النفسية لهذا الاضطراب المزمن والمتكرر الحدوث، لأن معاودة حدوث الاكتئاب تسبب قصوراً واضحاً لدى الأفراد في العلاقات الحميمة والعلاقات الاجتماعية والأداء المهني Ormel et al., 1994 ويصاحب باعتلال في الصحة العامة وعجز حقيقي لدى الأفراد (Winchen, 1006) (Murray & Lopez, 1997; Sartorius, Ustun, Lecrubier & وثانياً، يتزايد خطر الانتحار في غياب علاج فعال للاكتئاب لأن معدلات الانتحار تكون مرتفعة بصورة دالة لدى الأفراد المكتئبين بالنسبة لمجموع السكان (1998) (Angst, Angst & Stassen, 1996; Chen & Dilsaver, الانتكاسة ربما يطور معرفتنا عن الانتحار والوقاية منه، وثالثاً، سوف يساعد التركيز على الانتكاسة في تحديد القضايا المفاهيمية المرتبطة بالنتائج الجزئية مقابل الشفاء الكامل من الاكتئاب (Judd et al., 1998; Judd et al., 2000) ورابعاً: سوف يشجع التركيز على تخفيض الانتكاسة للاكتئاب بطبيعته على دراسة أحوال الاعتلال المشترك مع اضطرابات القلق وسوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً أو الاعتماد عليها مع التدخل للتعامل معها 1991 (Sartorius et al., 1996) (Rohde, Lewensohn & Seeley, وتطوير استراتيجيات فعالة للوقاية من الاكتئاب، فسوف نتوقع زيادة متساوية للتكلفة التي تتطلبها الرعاية الصحية المرتبطة باستراتيجيات الوقاية ومثل هذا التأكيد المزدوج على الناتج الإكلينيكي والجدوى الاقتصادية سوف يكون مهماً لتكامل استراتيجيات الوقاية مع نظام الرعاية الصحية.

إن فهم الانتكاسة للاكتئاب الإكلينيكي أساس مهم لتحسين الصحة العامة. وتفرض معدلات الاكتئاب وطبيعة حدوثه المتكرر تكلفة الاضطراب، فكلاهما يشكل معاناة إنسانية وتكلفة باهظة بالنسبة للرعاية الصحية الأولية (Keller et al., 1986). وحديثاً، أدرك فريق عمل بحوث الوقاية من الاضطرابات النفسية بالمعهد الوطني للصحة النفسية للمجلس الوطني الاستشاري أهمية استخدام الوقاية من الانتكاسة لدى المجموعات في البحوث التي تم مراجعتها عن استراتيجيات الوقاية تكون استراتيجيات الوقاية مطلوبة بشكل حاسم لمنع الانتكاسة وأحوال



الاعتلال المشترك كجزء من طرائق علاجية شاملة National Advisory Mental Health Council Work group on Mental Disorders Prevention on , 2001) (Wilson : 1988, 1992 (Belsher & Costello Research. وهناك أيضا مزايا منهجية للباحثين الذين يدرسون الانتكاسة في سياق الاكتئاب إكلينيكي غالبا ما يحضرون لأماكن الرعاية الأولية، ولهذا فمن السهل تحديد هؤلاء المهنيين للانتكاسة.

وثانيا، لأن نسبة الناس الذين يخبرون الانتكاسة بعد حدوث الاكتئاب أعلى من معدلات الشكوى من الاكتئاب لدى مجموع السكان، ويحتاج الأمر لعينات بنفس الحجم للوصول إلى معرفة إحصائية قوية في الدراسات التنبؤية. وأخيرا، تدفع الانتكاسة بطبيعتها إلى الدراسة باستخدام التصميمات البحثية التنبؤية والطولية، والتي ينظر إليها عموماً بالأمل في دراسة النماذج السببية للأمراض النفسية.

ونظراً لارتفاع معدلات الانتكاسة للاكتئاب، فإنه ليس من المدهش أن يهتم المنظرون والإكلينيكيون ويؤكدوا حديثاً على محاولات فهم عمليات الانتكاسة واستنباط الاستراتيجيات لتخفيض الانتكاسة المحتملة. وسوف نناقش في هذا الفصل بعض الإشكاليات المفاهيمية الأولية التي ظهرت في الكتابات البحثية. كما سنعرض المتغيرات الخطورة التي تم دراستها في ارتباطها ببرامج منع الانتكاسة. وسوف يتم دراسة ومناقشة الأدلة المتعلقة بالانتكاسة المصاحبة لطرائق علاجية مختلفة للاكتئاب. وسوف خلص الفصل إلى توصيات نظرية وبحثية والممارسات الإكلينيكية أيضاً. (عبد الله السيد عسكر، 2006، ص 283\_355).

## 9- علاج الاكتئاب:

### 9-1 العلاج العقاقيري:

تنقسم العقاقير المضادة إلى:

أ- **عقاقير منبهة للجهاز العصبي** ومن أمثلتها مشتقات الأمفيتامين (المنشطات) مثل : ديكسدرين، بريلودين، اليدبران، وريثالين مكسانون ... وغيرها. وتعمل هذه العقاقير على تنبيه المراكز العصبية في الجهاز العصبي لإزالة حالة التأخر وبعث الطاقة الحيوية، إلا أنه قد اكتشفت عدة مضار لهذه العقاقير، وأهمها الإدمان ويضعف مفعول العقار مع طول مدة استخدامه.

ب- **العقاقير الخفيفة المضادة للاكتئاب** مثل : النياميد والماريلان النارددين، وتعمل على تغيير كمية الهرمونات العصبية في مركز الانفعال كما أن لها أعراض جانبية مثل الدوار وانخفاض ضغط الدم وجفاف الحلق وصعوبات التبول مع اضطراب وظائف الكبد وزيادة أو تناقص القدرة الجنسية وقد يتحول الاكتئاب إلى مرح تحت تأثير هذه العقاقير .

### 9-2 العلاجات النفسية :

#### أ- العلاج المعرفي :

وهو علاج قصير الأمد يقوم به المعالج يتفاعل مع المريض ، ويكلف المريض بالقيام بواجبات منزلية بين الجلسات تهدف إلى دحض وتفنيت الأفكار السلبية اللاعقلانية التي يعتقدونها

الشخص واستبدالها بأفكار جديدة عقلانية تقوم على بث الأمل والطمأنينة والدعم الاجتماعي، وتسير عملية العلاج حسب وجهة نظر بيك المعرفية ضمن خطوات محددة هي:

- . ملاحظة أو مراقبة المريض لأفكاره السلبية.
- . تنظيم العلاقة بين الإدراك والسلوك.
- . اختيار المريض للدلالات والشواهد حول تفكيره الآلي الهدام.
- . ابدال أفكار وطرق تفكير المريض السلبية الخاطئة) بأفكار وطرق واقعية .

#### ب- العلاج السلوكي :

ويستند إلى نظرية التعلم الإشرط التقليدي والإجرائي) قصير الأمد وبصفة عامة والذي يهدف إلى تصحيح أنواع محددة من السلوك الغير مرغوب فيها، حيث ينصب الاهتمام الرئيسي للمعالج السلوكي على توفير مصادر مختلفة وحقيقية للتعزيز الايجابي عن طريق تقديم نشاطات توفر فرصا أكبر للتعزيز الايجابي .

#### ج - العلاج التحليلي :

يهدف إلى كشف محتويات اللاشعور وإخضاعها للمحاكم الشعورية بتقوية الأنا بهدف جعل السلوك مبنيا على الواقع بشكل أكبر وتركز الأساليب التحليلية على إعادة بناء خبرات الطفولة، وفهمها ومناقشتها وتحليلها التطوير مستوى جيد من فهم الذات ثم احداث التغيير اللازم في بناء الشخصية. أما أهم الأساليب العلاجية فتتضمن التداعي الحر الذي ينفس فيه المكتئب عما يجول في خاطره من أفكار ومشاعر بحيث يتم من خلال هذا التداعي الكشف عن الرغبات والتخيلات والصراعات والدوافع اللاشعورية لديه وتجميع الخبرات السابقة واسترجاع المشاعر الكبوتة. وبالتداعي الحر والأساليب الأخرى مثل تحليل الأحلام، وزلات اللسان ، والاختبارات الاسقاطية والعلاقة العلاجية نفسها يتم الكشف عن اللاشعور وتفسير السلوك الدفاعي والانفعال والصراع الذي تركز عليه. ومن خلال هذا التفسير يسمح للأنا باستيعاب الأحداث الجديدة المكتشفة اللاشعورية ويحدث الشفاء.

#### د - العلاج النفسي التدعيمي :

وذلك من خلال القيام بالآتي :

- تحسين مهارات الفرد المعرفية والاجتماعية.
- تحسين التزام المريض باستعمال الدواء وقدرته على تحمل الآثار الجانبية.
- القيام بتوعية المريض وأسرته بمسار المرض البيولوجي.
- تقديم التدعيم البيئي لإتاحة الفرصة للشخص كي يتجاوز المحنة.
- تكوين صداقات جديدة .
- تحسين صورته المدركة عن نفسه.
- تصحيح تدني اعتبار الذات الناتج عن أزمان المرض.(بوغازي أمنة، مجالدي

مروة،2016،ص41\_44)

#### 10- تعريف الإستجابة الإكتئابية:



يعرفها (حافظ يعقوب) الاستجابة الاكتئابية: " هي عبارة عن رد فعل من النفس إزاء صدمة او حرمان ناجمين عن حادث مفاجئ، كخسارة، صدمة أو خيبة أي أنها عبارة عن شكل مجسم لما يحدث للشخص العاديين تصيبه نكبة طارئة".

الاستجابة الاكتئابية هي استجابة الشخصية المريضة لوضعية، أو لمحيط غير ملائم او الصدمة نفسية مؤلمة، كما نعني بمفهوم الاستجابة الاكتئابية كل العلامات ذات المظهر الاكتئابي الناجمة من حدث خارجي مؤلم، أو وضعية حيوية شاقة. العامل المفجر للاستجابة الاكتئابية هو عامل خارجي المنشأ، كما أن هذه الحالة الاكتئابية ذات علاقة مباشرة مع الحادث الخارجي، مع الوضعية المصدمة، مثل حالات الحداد، مشاكل زوجية اجتماعية مهنية، عدم الطمأنينة، الأمراض الخطيرة والمزمنة. فالاستجابة الاكتئابية تظهر عند وجود ضغط كبير، مهما كان مصدر هذا الضغط (انفعال حداد، أمراض خطيرة (الذي يعاش من طرف الفرد).

### 11- أعراضها:

- الحزن ويظهر نتيجة اليأس، التشاؤم، فقدان الأمل.
- الإنهاك: حيث يبدأ هذا الأخير من الإحساس البسيط بالتعب بسهولة أكثر من العادة، وهذا المرض يعاني منه أكثر من 80% من المصابين.
- الكبح النفسي: وهو ناتج عن التعب ويتمثل في عدم القدرة على التفكير بصورة واضحة.
- الحصر النفسي: الشعور بالضيق الشكاوى من الام جسدية كالصداع الخوف من الموت والعزلة والمستقبل.
- المحاولات الانتحارية: وهي تحمل عدة معاني وأهداف مثل جلب الاهتمام وعطف الآخرين أو تكون عبارة عن نداء للمساعدة.
- اضطرابات جسمية: أهمها: اضطراب النوم، يمس أكثر من 60% من المصابين، وتكون إما على شكل فقدان النوم او صعوبة النوم مع الاستيقاظ المؤلم، فقدان الشهية. اضطرابات جنسية.
- اضطرابات علائقية: تتمثل في فقدان الاهتمام بالآخرين نتيجة العزلة والانطواء على الذات.

### 12- خصائصها:

- هي غير ذهانية أي بدون هذيانات وهلاوس مع وجود اضطرابات الذاكرة أو أعراض تخص فقدان العلاقة مع الواقع. 11 لا نجد أعراض داخلية المنشأ كاليقظة في الصباح، نقص في الوزن، درجة كبيرة من الشعور بالذنب واتهام الذات.
- \*تأتي عادة بعد حدث مصدم.
- \* تظهر عند الأشخاص الذين لهم اضطرابات نفسية مرضية.
- \* غياب العوامل الوراثية.
- \* حسب التحليل النفسي تعود صراعات لاشعورية.
- \* وجود عامل مفجر خارجي.
- \* الأعراض الاكتئابية اقل عمقا. (زواوي سليمان، 2011، ص51\_53).



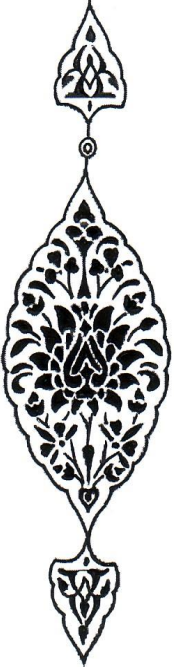
### خلاصة الفصل:

من استعراض ومراجعة ما سبق في الفصل نستخلص بأن الاكتئاب من الاضطرابات النفسية أكثر انتشارا وهو حالة مرضية تتميز بمظاهر مختلفة: انفعالية نفسية بدنية، ومعرفية. أسبابه متعددة منها اجتماعية، بيولوجية وأخرى نفسية، وان التعامل مع المريض المصاب بالاكتئاب يحتاج الى عمل وتعاون بين أسرة المريض والفريق الطبي المتكون من الطبيب النفسي والاختصاصي النفسي ويجب ان يكون هناك اهتمام متبادل ورغبة في مساعدة المكتئب على تجاوز هذه الحالة النفسية والتخفيف من حدتها وذلك من خلال معرفة الاسباب الحقيقية المؤدية الى الاكتئاب ومحاولة العبور به الى الجانب الايجابي والمضيء من الطريق.

# الفصل الرابع: الحمل

تمهيد

- 1- تعريف الحمل
  - 2- التعريف النفسي للحمل
  - 3- أعراض الحمل
  - 4- أنواع الحمل
  - 5- مراحل الحمل
  - 6- الانعكاسات النفسية للحمل
  - 7- أهمية وتحضير وتهيئة الحامل
- خلاصة الفصل





## تمهيد:

تعد فترة الحمل من الفترات التكوينية الأولى في حياة المرأة وفي فترة مليئة بالإثارة، وتعد البيئة الرحيمة هي أول بيئة تحيط بالمرأة و تتضمن تفاعلات وتغيرات.

وخلال هذه الفترة تطرأ عدة تغيرات بشكل أو بآخر على نمط حياتها ككل فهي فترة حد حساسة . فهذا الحدث يمر بعدة تغيرات جسمية، فيزيولوجية ونفسية. ورد فعل المرأة اتجاه الحدث يختلف بين القبول حين تكون ظروفها ملائمة لاستقبال هذا الحمل وبين الرفض حين تكون ظروفها غير ملائمة أهمها إصابة الأم بعدة أمراض مختلفة وان لم تحظى بالرعاية التامة فان هذا سيؤثر سلبا على سلامتها .

الحمل ظاهرة فيزيولوجية طبيعية تمر بها المرأة بفترات من التغيرات تقريبا 280 يوما، وأن أغلب الولادات تتم ما بين 40 الى 42 أسبوع من مدة انقطاع الطمث.

## 1- تعريف 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 تلقح بويضة بواسطة نطفة واستقرار هذه البويضة الملقحة في تجويف الرحم في الحالات الطبيعية أو خارجية عن الرحم في الحالات الغير طبيعية.

يعرف أيضا أنه مرحلة تكوينية تمتد من لحظة الإخصاب إلى الميلاد. ويبلغ الحمل تسعة أشهر قمرية , ففي هذه الفترة تتضاعف الخلية أو البويضة الملقحة ليصل عدد الخلايا الى "30" مليون خلية تقريبا . كما تتضاعف وزنها ليصل إلى مليون ضعف وتحول الى نظام جسمي معد بن عكوش (2014, ص 44).

## 2- التعريف النفسي للحمل :

"الحمل ليس فقط تطور بيولوجي لكن هو وضعية نفسية, انفعالية, تدوم تسعة أشهر, حيث يكون هناك انبعاثات لحياة جديدة وسريعة, كما أن التطورات العضوية التي تصاحب الحمل لها انعكاسات نفسية على الحامل, والعكس صحيح, حيث أن الحالة النفسية للحامل, تؤثر على سير الحمل وتطوراته الجسمية". (إبراهيم يوسف, ص 82).

## 3- أعراض الحمل :

- نجد مجموعة من العلامات دالة على وقوع الحمل أهمها :
- انقطاع الطمث أو الدورة الشهرية حتى الولادة
- الشعور بالغثيان وحدوث القيء في الفترة الصباحية وهذا خلال الشهر الأول إلى غاية الشهر الثالث.
- كثرة التبول، ولكن بكميات قليلة وكذلك بسبب ضغط الرحم على المثانة
- ازدياد الوزن وتضخم الثدي
- الوحم أي اشتها بعض المأكولات في غير مواعدها.
- أما الفحص البيولوجي فيه يعمل على تأكيد الحمل عن طريق فحص البول الحامل، حيث بعد 10 أيام أو أكثر من انقطاع الطمث يظهر في بول المرأة مواد كيميائية معينة و هرمون المشيمة أي هرمون الحمل و إذا تعذر ذلك يمكننا فحص الدم لها لإثبات صحة الحمل أو عدمه (Luton et all, 2003).

## 4- أنواع الحمل:

### الحمل الطبيعي:

يحدث عندما تتأخر الدورة الشهرية المنتظمة عن مواعدها، حيث تستطيع المرأة التأكد من حملها عندما تشعر بالغثيان في فترات الصباح، وعندما تشعر بوجود حكة في منطقة الثدي وخاصة حول الحلمة، وعندما تزداد رغبتها في التبول، حيث إن هذه الأعراض لا تعدّ دليلاً قاطعاً على وجود الحمل؛ لأنه من الممكن أن يتهياً للمرأة وجود حمل بسبب إصابتها ببعض التوترات، أو الأمراض، ولهذا يفضل القيام باختبارات الحمل لكونها تعطي نتائج إيجابية. الحمل العنقودي: يحدث نتيجة وجود خلل في المشيمة بعد أن تمّ تلقيح البويضة، وهذا النوع من الحمل يعتبر خطيراً، وقليل الحدوث، وله أنواع مختلفة، ومنها: حمل عنقودي كامل: يحدث عندما يقوم حيوانان منويان بتلقيح بويضة فارغة، الأمر الذي يعمل على تكوين مشيمة ببويضة تحتوي على 46 كروموسوم بدون جنين، ولهذا يُظهر اختبار الحمل نتيجة إيجابية، مع إنّ صورة الأشعة لا تُظهر وجود أي جنين، والسبب في تكوّن هذا الحمل هو الجنين نفسه، أمّا طريقة

علاجه تكون من خلال التخلّص من المشيمة المضطربة حتى تتجنب المرأة حدوث أورام خبيثة، مع تناول بعض الأدوية لمنع الحمل طوال سنة، حتى يتأكد الطبيب من مدى صحة رحم المرأة. حمل عنقودي جزئي: يحصل عندما يتم تلقيح بويضة واحدة بحيوانين منويين، ممّا يؤدي إلى تشكل مشيمة وجنين غير كامل لكون البويضة تحتوي على 69 كروموسوم، الأمر الذي يؤدي إلى موت الجنين، واستمرار المشيمة في النمو بشكل مضطرب، وأعراض هذا الحمل: تأخر في العادة الشهرية، وكثرة القيء، وأيضاً وجود ارتفاع في نسبة هرمون الحمل في الدم، بالإضافة إلى حدوث نزيف مهبلي، وأمّا علاجه فيكون من خلال شفط كلّ شيء موجود بالرحم، وعدم ترك أي بقايا من الحمل مع متابعة العلاج مع الطبيب المختص، أو من خلال استئصال الرحم وخاصة من قبل السيدات اللواتي لا يرغبن بإنجاب الأطفال. (فاطمة الزهراء, 2005, ص 97).

#### الحمل خارج الرحم:

يعني نمو البويضة الملقحة خارج الرحم أي في منطقة المبيض، أو في الأنبوب الرحمي، والسبب في ذلك يعود إلى الالتهابات الحوضية التي تمنع دخول البويضة إلى الرحم، أو وجود أورام في المسالك التناسلية، حيث تظهر هذه الأسباب على المرأة عندما تعاني من كبر الثديين، والشعور بالغثيان، وتغيّر مستمرّ في المزاج مع تراجع في الوضع الصحي، وتتمّ معالجته عن طريق شق البطن واستئصال الحمل والأنبوب.

#### الحمل بتوأم:

تزداد نتيجة حصوله عندما يتمّ تناول الأدوية التي تنشط المبايض لإنتاج أكثر من بويضة، أو عن طريق الوراثة، ولهما نوعان فالأول يحدث بسبب تلقيح بويضتين في دورة واحدة، والثاني يحدث بسبب تلقيح بويضة واحدة انقسمت لقسمين. (فاطمة الزهراء, نفس المرجع, 99).

#### 5- مراحل الحمل:

##### - مرحلة المضغة (L'embryon) :

تمتد من نهاية الأسبوع الثالث، ففيه تتكاثر الخلايا وتكون جمعا من ثلاث طبقات الطبقة الخارجية (L'ectoderme) والتي يتشكل منها الجهاز العصبي، الحواس،

الجلد، الشعر، الأظافر ثم الطبقة المتوسطة (La mesodeme) و ينشأ منها الهيكل العظمي، العضلات الجهاز الدوري و الإخراجي وأخيرا الطبقة الداخلية (L'endodeme) و منها يتشكل الجهاز الهضمي، الكبد، البنكرياس، الغدد اللعابية و الدرقية و الرئة كما تتكون طبقة أخرى خارجية تمثل الكيس الأمينيوزي المغمور بسائل الأمينيوزي الذي يغطي المضغة لتواصل نموها حتى مرحلة الجنين، هذا السائل يؤمن الحماية من الصدمات الحفاظ على درجة حرارة الجنين 37م و يمنع الالتصاق بين الجنين و الغشاء الأمينيوزي (أحمد محمد الزغبى (2001).

##### - مرحلة الجنين (feotus) :

قال تعالى: {الذي أحسن كل شيء خلقه و بدأ خلق الإنسان من طين ثم جعل نسله من ماء} و قال {وجعل لكم السمع والأبصار والأفئدة قليلا ما تشكرون} و الآية الكريمة تستخلص أن هذه المرحلة الجنين يأخذ طابع إنساني و يدخله الروح، و هذه المرحلة تبدأ من أواخر الشهر الثاني إلى نهاية الحمل، حيث تصبح الأطراف متناسقة مع الجسم وتتمايز الأعضاء التناسلية وتتشكل كل الأعضاء، وفي الشهر الرابع يستطيع أن يتحرك وتشعر الأم بهذه الحركات، أما الشهر السادس، تظهر الأطراف بوضوح و تفتح العينان، وهذا ما ذكره عز وجل في الآية الكريمة {جعل لكم السمع والأبصار} أما الشهر السابع، فهو تمام النمو و يمكن أن يولد الطفل في هذا الشهر، ويعيش، أما الشهر التاسع فهو اكتمال نمو كل الأعضاء وإمكانية سير وظيفتها ويكون نشاط الجنين وحركاته أكبر وأكثر استمرارية، وهذا ما يفسر تغيير موضع الجنين في الرحم، وأخيرا خروج الجنين إلى العالم الخارجي، بعد مروره بمجموعة من التغيرات والتطورات في البيئة الداخلية الرحمة لقوله تعالى: " {هو الذي يصوركم في الأرحام كيف يشاء لا إله إلا هو الحكيم} ويكون الوليد تقريبا بطول 50 سم، و وزنه 3.250 كلغ (سيد أحمد وآخرون، 1998).

#### 6- الانعكاسات النفسية للحمل:

إن الحمل يجعل المرأة تعاني من مشاكل وصراعات داخلية نفسية وجدانية والتي من الصعب عليها تجاوزها. وتظهر لديها مشاعر متناقضة كذلك الشعور بالذنب وفي هذه المرحلة المهمة تحول المرأة كل طاقتها نحو الداخل وتكون عاما خاصا متمركز حول الذات والذي تعبر عنه عن طريق رغبتها في بعض أنواع الطعام وبعض السلوكيات الغير مؤلفة في طبعها وذلك يدخل ضمن ما يسمى فترة الرغبات.

كما أن الضغوطات الشديدة والشحنة العاطفية قد تؤدي إلى الإجهاض أحيانا وهما نتطرق إلى المعاش النفسي للحمل على مستوى الاستيهامي. فمثلا قد يلعب المجتمع دورا في تنمية أو توجيه رغبات الأم واستيهاماتها. مثل ما هو الحال في المجتمع العربي الذي يفضل المولود الذكر على المولود الأنثى الاعتبار عدة كحمل اسم العائلة والحفاظ على سلالة الآباء والأجداد. وكونه عونا للعائلة و مستقبلا.

يقول طبيب النساء البروفيسور : FECHENETHER للتصور عائلة عندها خمسة أولاد ذكور وهي تتمنى أن يولد لها بنت لكن الطبيب يؤكد لها أن مولودها السادس سيكون ذكرا . كما تظهر عند بعض الحوامل أمراض سيكوسوماتية وأحيانا أمراض عقلية أو انهيار أو فسام وقد يرجع ذلك إلى اندماج العلاقة فتعتقد الأم بأنها وطفلها شخص واحد كما أن القلق الناجم عن الخوف من المرض قد يؤدي إلى الانهيار.

كما انه كثيرا ما يلتقي المتناقضان الرغبة في الحمل والخوف منه معا فيعملا كمحطم لتوازنات المرأة الحامل. ويخلق لها مشاكل علائقية أو اجتماعية كعلاقتها مع زوجها مثلا وقد ينعكس هذا المشكل على عضو معين فيسبب لها غرضا من أعراض الأمراض السكوسوماتية. و بالتالي فان محيط المرأة الحامل بشتى تفاعلاته ونظرة من حولها كزوجة وأم مستقبلية وامرأة يؤثر كله

على نفسياتها و فيزيولوجيتها بالسلب أو الإيجاب بل وقد يصقل تصورهما لذاتها و للحمل والأمومة والحياة الزوجية.

وتجدر الإشارة أيضا إلى أن المراحل الحساسة من حياة المرأة تسيطر عليها آليتان بشكل مكثف وهما النكوص والانطواء و باعتبار الحمل أو فترة دوامه مرحلة جد حساسة في حياة كل امرأة فان هذان الآليتان تفرضان سيطرتهما بشكل واضح.

**النكوص:** ويمكن تعريفه كآلية دفاعية ضرورية أمام الصعوبات الجسمية حيث نجد المرأة الحامل نكوصها كمخرج وحيد من حالة القلق والتوتر وهي بذلك عن مكان في الداخل تشعر فيه بالأمان والحماية

**الانطواء:** تصبح المرأة الحامل غير مبالية بالأعمال التي كانت تستغلها قبل الحمل فتصبح عديمة الأهمية بالنسبة لها فيصبح الجنين مركز اهتماماتها وانشغالاتها والمسيطر على كيانها الداخلي.

تعتبر الإشارة هنا على ضوء تعريف النكوص وتعريف الانطواء على أنهما مرتبطان في الظهور إذ قد تعتبر أن الانطواء هو مصدر النكوص وممتدا له. وهذا دليل على أن الأزمات الجسمية التي تعانيها المرأة الحامل قد تجد ملاذ أو حلولاً نفسية محضة ما يعود بنا إلى التأكيد على أهمية الجانب النفسي للمرأة . ( محمد قرني 1999 ص 69).

#### 7- أهمية تحضير وتهيئة الحامل لعملية الوضع:

إن أهم المخاوف التي تصيب المرأة الحامل وجعلها للتطورات النفسية والفيزيولوجية للحمل والولادة فقد تؤثر على السير الحسن لعملية الوضع خاصة وإذا كان حملها لأول مرة وهذا قد يسبب لها مشاكل في الولادة وظهور اضطرابات نفسية بعد الولادة التي قد تتطور على أعراض عصابية أو ذهانية.

ولكي نتخطى ذلك وتتجاوز الصعوبات فعلى أن نهيب المرأة الحامل على عملية الوضع سواء من الناحية النفسية أو العضوية، فهذا يجب:

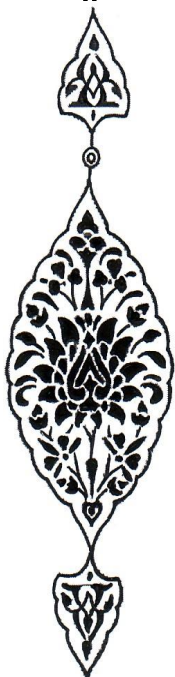
- إعطائها معرفة شاملة بمجريات الحمل والولادة وكذا التغيرات التي تطرأ عليها حتى تستطيع تفهم وضعها والحفاظ على صحتها إما عن طريق نصائح وإرشادات تتلقاها أثناء تردها كنظام التغذية، النظافة حتى لا تصاب بأمراض، قيامها ببعض التمارين التي تساعد على تدريب الأعضاء للدفع وكذا عملية الاسترخاء العضلي والعصبي الذي يساعد على تحقيق القلق والخوف الذي ينتابها وإحداث الثقة بها.

- العمل على رفع معنوياتها وتقوية أناها وغرس فيها الرغبة والشعور بالأمومة وإعطائها روح نفسية جيدة لاستقبال مولودها.

- إن تضافر كل من المحيط والفرقة الطبية في العمل التحضيري للوضع يجعل النتائج مثمرة ويفتح المجال أمام التوعية والإرشاد وتغيير الأفكار المخفية التي تحطم المرأة وتدخلها في صعوبات وتعقيدات خاصة أثناء الوضع.(علي, 1994, ص 65).



# الجانب التطبيقي



# إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

-الدراسة الاستطلاعية

-منهج الدراسة

-حدود الدراسة

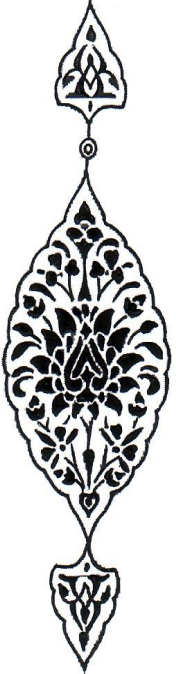
-مجتمع وعينة الدراسة

-أدوات جمع البيانات

-الخصائص السيكومترية

-المعالجة الإحصائية للدراسة

خلاصة الفصل





تمهيد:

يشكل الجانب المنهجي جزءا هاما في الجانب التطبيقي وذلك بعد الإلمام بجانبها النظري يأتي الجانب التطبيقي المتمثل في وضع إطار منهجي وذلك يكون من خلال إتباع مجموعة من الإجراءات لتحقيق أهداف البحث .

ولقد تمثلت الإجراءات المنهجية لهذه الدراسة بداية بالدراسة الاستطلاعية وبعدها اختيار المنهج المناسب لهذه الدراسة المتمثل في المنهج الوصفي الارتباطي ثم التطرق إلي حدود الدراسة الزمانية والمكانية والبشرية وكذلك مجتمع وعينة الدراسة وأخيرا ذكرنا أدوات جمع البيانات المتمثلة في مقياس قلق الموت والاستجابة الاكتئابية والتعريف بهم وذكر الخصائص السيكومترية لكلا المقاييس وكذلك المعالجة الإحصائية المتبعة في هذه الدراسة وختمنا بملخص لهذا الفصل

## 1- الدراسة الاستطلاعية

تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة المهمة للقيام بأي بحث علمي إلا أننا دراستنا الاستطلاعية هدفت عينة من النساء الحوامل المقبلين علي الولادة .

ومن هذا المنطلق حصلنا علي رخصة من طرف الجامعة فقمنا بعد ذلك بالتوجه إلي المستشفى من أجل توقيع هذا الطلب من طرف مدير المستشفى وكذلك للقيام بهذه الدراسة في مصلحة التوليد المتواجدة بولاية برج بوعريريج ولمسيلة إلا أننا حضينا باستقبال جيد من طرف سيادته وقام بتوجيهنا إلي رئيسة مصلحة التوليد والأخصائيين النفسانيين المتواجدين بالمستشفى الذين شرحنا لهم سبب مجيئنا والذي ساعدونا كثيرا ورافقون لتعرف علي هذه المصلحة والهيكل الموجودة بها وكذلك عرفون علي النساء اللواتي مقبلن علي الولادة الذين سيفيدوننا في إجراء دراستنا وبعدها قمنا بتوزيع المقاييس قلق الموت والاستجابة الاكتئابية علي هذه الفئة من النساء المتواجدين في مصلحة التوليد التي بلغت خمسة وثلاثون امرأة حامل

## 2- منهج الدراسة



**المنهج الوصفي الإرتباطي:** تدرس العلاقة بين المتغيرات أو تتنبأ بحدوث متغيرات من متغيرات أخرى مستخدمة في ذلك أساليب إحصائية متطورة مع التركيز علي العلاقات بين المتغيرات دون التمييز بين هذه المتغيرات لأي أساس نوعها (رجاء محمود أبو علام، 2011: 345)

### 3- حدود الدراسة

**الزمانية:** تم إجراء الدراسة الميدانية في الفترة الممتدة من 2023/4/27 إلى غاية 2023/5/3

**المكانية:** تم إجراء الدراسة الميدانية في:

-مستشفى محمد بناني برأس الوادي ببرج بوعريريج في مصلحة التوليد

-مستشفى بلحسين رشيد ببرج بوعريريج في مصلحة التوليد

-مستشفى بوسعادة في مصلحة التوليد

وذلك بعد الحصول علي التصريح من طرف جامعة محمد بوضياف لمسيلة

**البشرية:** اعتمدت الدراسة علي 35 عينة من النساء الحوامل المقبلن علي الولادة المتواجداً في المستشفيات المذكورة سابقاً

### 4- مجتمع وعينة الدراسة:

تم اختيار العينة بطريقة قصدية.

النسبة المئوية	الأمهات الحوامل	المستشفيات
28,75%	10	مستشفى محمد بناني
28,75%	10	مستشفى بلحسين رشيد
42,85%	15	مستشفى بوسعادة

(الملحق 1)

### 5- أدوات جمع البيانات

#### مقياس قلق الموت:

هو عبارة عن استبيان يتضمن قائمة من طرف الأسئلة التي تسمح بجمع بيانات خاصة بقلق الموت وضع هذا المقياس من طرف الأمريكي " دونالد تمبلر" (donald timbler) ولقد ترجم لعدة لغات وعديدة منها العربية والإسبانية وحتى اليابانية والهندية واستخدم في كثير من البحوث التي أجريت علي عينات متفاوتة من الذكور والإناث من ثقافات مختلفة وهو مرتبط بعدد كبير من الأعمار من 16 إلى 85 سنة ومتغيرات عديدة كالسن، الجنس، الدرجة، التدخين، الصحة الجسمية والعقلية وأنواع أخرى من السلوكيات لذا فهو يعد واحد من أكثر المقاييس انتشاراً في البحوث طبق هذا المقياس لأول مرة سنة 1970

#### طريقة تصحيح وتطبيق المقياس

يمكن تطبيق مقياس "تمبلر" فردياً أو جماعياً تحتوي كراسة الأسئلة علي التعليمات التي توضح طريقة الإجابة وتتمثل في:

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

-إذا كانت العبارة خاطئة ولا تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (خ)

تسجل إجابات المفحوص قراءة التعليمات لإزالة الغموض أو سوء الفهم وعموماً لا يقوم الفاحص بتحديد مدة انتهاء الاختبار مع مراعاة أن لاتطول مدته بشكل مبالغ فيه

يشمل هذا المقياس كما سبق الذكر 15 بنداً (9) منها تصحح "بنعم" و6 تصحح ب"لا" ويكون التنقيط بإعطاء:  
 -نقطة (01) للبنود التي تصحح ب(ص) وأجاب عليها المفحوص ب (صحيح)  
 -نقطة (01) للبنود التي تصحح ب(خ) وأجاب عليها المفحوص ب(خطأ)  
 -صفر (0) للبنود التي تصحح ب(ص) وأجاب عليها المفحوص ب(خطأ)  
 -صفر (0) للبنود التي تصحح ب (خ) وأجاب عليها المفحوص ب (صحيح)  
 جدول رقم 1: يوضح سلم اختبار قلق الموت لدونالد تمبلر

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

(الملحق 2)

يفرض هذا المقياس أن درجة (0) تعتبر أدنى الدرجات التي يمكن لأي مفحوص أن يحصل عليها أما درجة (15) فهي أعلى درجة يمكن الحصول عليها  
 يتم تقدير وجود قلق الموت أو عدمه بأسلوب الدرجة الفاصلة وهي كالتالي:  
 -الدرجة التي تتراوح بين (0-6) تشير إلي عدم وجود قلق الموت  
 -الدرجة التي تتراوح بين(7-8) تشير إلي وجود قلق موت متوسط  
 -الدرجة التي تتراوح بين(9-15) تشير إلي وجود قلق موت مرتفع  
 (بن جاوحدو نريمان واخرون، 2018-2019: 44-45).

مقياس الإكتئاب

-مقياس "بيك" للإكتئاب

نشر أول مرة من طرف الإكلينيكي "أرونبيك" سنة 1961 وكان بصورته الأصلية التي تتكون من 21 مجموعة من الأعراض حيث يتكون كل مجموعة من سلسلة متدرجة من أربعة عبارات تعكس مدي شدة الاضطرابات ولقد استخدمت أرقام التدرج من 10 إلي 3 وتم اختيارها بعد ملاحظات عيادية منظمة ومكثفة للمظاهر الواضحة للإكتئاب.

### -طريقة تطبيق وتصحيح المقياس

يتم إما بالطريقة الفردية أو الجماعية وتحتوي كراسة الأسئلة علي تعليمات تفصيلية توضح طريقة الإجابة وتسجل الإجابات علي كراسة الأسئلة ذاتها فإذا طبق فردي يكفي علي المفحوص قراءة التعليمات الواردة في الكراسة ثم البدء في الإجابة وذلك بعد التأكد من فهمه أما إذا طبق جماعيا فيمكن أن توزع كراسة الأسئلة علي كل مفحوص ويطلب منه كتابة اسمه سنة ومستواه التعليمي ويطلب منه قراءة التعليمات بصوت مرتفع حيث يزيل كل غموض والتباس

وقت المقياس حالياً هو من 5 إلى 7 دقائق وعموماً لا يتم تحديد الوقت بالنسبة للمفحوصين لأن زمن تطبيق هذا المقياس غير محدد بصفة نهائية شرطية أن لا تطول كثيراً  
أما فيما يخص دراستنا فقد اعتمدنا على الطريقة الفردية في تطبيق الاختبار وقد تمثلت التعليمات فيما يلي : في هذه الكراسة مجموعة من العبارات الرجاء أن يقرأ علي حدا كل مجموعة ثم توضع دائرة حول رقم العبارة والتي تصنف حالتك تأكد من قراءة العبارة قبل أن تختار واحدة منها وتأكد من أنك أجبت علي كل المعلومات

فما يخص طريقة التنقيط فهي تتم بجمع الدرجات التي تتراوح بين الصفر كحد أدني وتسعة وثلاثون كحد أقصى ثم توضع هذه المجاميع ضمن درجات فاصلة قصد التعرف علي درجة الاكتئاب ولاتحول الدرجات إلي درجات معيارية فالأسلوب المتبع هو تقدير وجود أو عدم وجود الاكتئاب.

-جدول يوضح درجات الاكتئاب:

مدلول الدرجات	درجة الاكتئاب
لا يوجد اكتئاب	4-0
معتدل	7-5
متوسط	15-8
اكتئاب شديد	أكثر من 16

(الملحق 3)

(زواوي سليمان، 2011-2012: 39-40)

#### 6- الخصائص السيكومترية

ثبات وصدق أدوات الدراسة

أولاً/ ثبات وصدق مقياس مقياس قلق الموت:  
أ/ الثبات:

تم حساب ثبات هذا المقياس بطريقة التناسق الداخلي باستخدام ألفا كرونباخ والقائم على أساس تقدير معدل إرتباطات العبارات فيما بينها بالنسبة للمقياس ككل، وقد بلغ (0.61)، ومنه يمكن القول بأن هذا المقياس ثابت وصالح للاستعمال في الدراسة، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (1) يوضح ثبات مقياس قلق الموت عن طريق التناسق الداخلي		
عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	المقياس ككل
10	0.610	

ب/ الصدق: صدق المقارنة الطرفية:

تم حساب صدق هذا المقياس كذلك باستخدام طريقة المقارنة الطرفية، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (2) يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس قلق الموت

القرار	مستوى الدلالة	T	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	مستوى الدلالة	إختبار التجانس ليفين F	الطرفين	
دال عند 0,01	0.000	735.6	10	3.125	78.16	6	0740.	975.3	الأعلى	قلق الموت
				4.764	62.50	6			الأدنى	

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن هناك فرق واضح بين الطرفين حيث قدر المتوسط الحسابي للطرف الأعلى (78.16) في حين بلغ المتوسط الحسابي للطرف الأدنى (62.50)، وهذا ما أكدته قيمة إختبار الدلالة الاحصائية ( $T_{test}$ ) التي بلغت (6.73) وهي قيمة موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.01)، أي أن الفرق لصالح الطرف الأعلى، وبالتالي يمكن القول بأن مقياس قلق المتوَصِّد لأنه إستطاع أن يميز بين الطرفين.

#### ثانياً/ ثبات وصدق مقياس الاستجابة الاكتئابية: أ/ الثبات:

تم حساب ثبات هذا المقياس بطريقة التناسق الداخلي باستخدام ألفا كرونباخ والقائم على أساس تقدير معدل إرتباطات العبارات فيما بينها بالنسبة للمقياس ككل، وقد بلغ (0.78)، ومنه يمكن القول بأن هذا المقياس ثابت وصالح للاستعمال في الدراسة، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (3) يوضح ثبات مقياس الاستجابة الاكتئابية عن طريق التناسق الداخلي		
عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	المقياس ككل
21	0.738	

#### ب/ الصدق: صدق المقارنة الطرفية:

تم حساب صدق هذا المقياس كذلك باستخدام طريقة المقارنة الطرفية، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (4) يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس الاستجابة الاكتئابية										
القرار	مستوى الدلالة	T	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	مستوى الدلالة	إختبار التجانس ليفين F	الطرفين	
دال عند 0,01	0.000	108.8	10	581.2	33.64	6	7180.	138.0	الأعلى	الاستجابة الاكتئابية
				720.3	33.49	6			الأدنى	

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن هناك فرق واضح بين الطرفين حيث قدر المتوسط الحسابي للطرف الأعلى (64.33) في حين بلغ المتوسط الحسابي للطرف الأدنى (49.33)، وهذا ما أكدته قيمة إختبار الدلالة الاحصائية ( $T_{test}$ ) التي بلغت (8.10) وهي قيمة موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.01)، أي أن الفرق لصالح الطرف الأعلى، وبالتالي يمكن القول بأن مقياس الاستجابة الاكتئابية صادق لأنه إستطاع أن يميز بين الطرفين.

#### 7- الأساليب الإحصائية

تم إستخدام جملة من الأساليب الإحصائية في هذه الدراسة مستعينين في ذلك بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) في نسخته 21، وذلك بتطبيق الأساليب التالية:



أولاً/ فيما يخص الخصائص السيكومترية:

- معادلة ألفا كرونباخ في التناسق الداخلي.
  - معامل الارتباط بيرسون في حساب صدق الاتساق الداخلي.
- ثانياً/ فيما يخص فرضيات الدراسة:

معامل الارتباط بيرسون

المتوسط الحسابي.

الانحراف المعياري

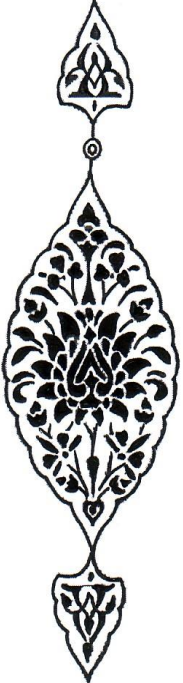
اختبار  $t$  للعينة الواحدة

### خلاصة الفصل:

وفي ختام هذا الفصل يمكن القول أننا تعرفنا علي الإجراءات المنهجية لهذه الدراسة التي قمنا بها والتمثلة في الدراسة الاستطلاعية ومنهج الدراسة المتمثلة في "الصفى الإرتباطي" وحدود الدراسة (الزمانية، المكانية، البشرية) ومجتمع وعينة الدراسة بالإضافة إلي أدوات الدراسة المتمثلة في مقاييس هما: مقياس قلق الموت ل: "تمبلر" ومقياس الاكتئاب ل: "بيك" والخصائص السيكومترية المتعلقة لكلا المقاييس والمعالجة الإحصائية لهذه الدراسة.



# عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة





**تمهيد:**

بعد أن تطرقنا لأهم إجراءات الدراسة الميدانية، سنتطرق في هذا الفصل الى عرض وتحليل وتفسير النتائج المتوصل إليها، وهذا من خلال المعالجة الاحصائية للبيانات المتحصل عليها من تطبيق مقياس "قلق الموت" " لدونالد تمبلر" ومقياس " بيك للاكتئاب" وذلك من أجل التوصل الى النتائج التي نبرهن بها صحة الفرضيات المطروحة.

**عرض وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة**

قبل البدء في مرحلة معالجة الفرضيات باستخدام الاساليب الاحصائية المختلفة والملائمة وجب أولاً التحقق من شرط إعتدالية التوزيع بالنسبة للمتغيرات محل الدراسة الحالية، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (5) يوضح التحقق من شرط إعتدالية التوزيع بالنسبة للمتغيرات محل الدراسة

القرار	Shapiro-Wilk			Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			المتغيرات
	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الاحصاءات	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الاحصاءات	

قلق الموت	0.173	35	0.009	0.941	35	0.059	غير دال
الاستجابة الاكتئابية	0.145	35	0.062	0.936	35	0.042	غير دال

من خلال المعطيات المبينة بالجدول أعلاه نلاحظ وبناء على قيم إختبار كولموغروف سميرونوف وكذا إختبار شبيرو ويلك في درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس قلق الموت جاءت غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.05) وجاءت على مقياس الاستجابة الاكتئابية دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.01) وهنا يمكن اعتمد نتيجة المتغير المستقل، وهذا يعني أن توزيع البيانات إعتدالي وبالتالي فإن كل الاساليب الاحصائية التي ستستخدم في المعالجة هي أساليب بارامترية.

- عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء فرضيات الدراسة:

عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية العامة:

نصت الفرضية العامة لهذه الدراسة على: "توجد علاقة إرتباطية بين قلق الموت والاستجابة الاكتئابية لدى عينة الدراسة"، ومن أجل التحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى معامل بيرسون وذلك بعد التحقق من شرط خطية العلاقة ، فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

الجدول رقم (6) يوضح العلاقة بين قلق الموت والاستجابة الاكتئابية لدى عينة الدراسة

القرار	الاستجابة الاكتئابية	Rho de Pearson	
الارتباط غير دال	273 .-0	معامل الارتباط	قلق الموت
	1120.	مستوى الدلالة	
	35	حجم العينة	

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون بين درجات أفراد عينة الدراسة في مقياس (قلق الموت) ودرجاتهم في (الاستجابة الاكتئابية) بلغ (-0.27) وهي قيمة ضعيفة جداً، ويعني هذا أنه لا يوجد ارتباط بين درجات (قلق الموت) ودرجات (الاستجابة الاكتئابية) لدى أفراد عينة الدراسة، كما أن نتيجة هذا الارتباط جاءت سالبة وغير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0,05$ )، ومنه نستطيع القول بأنه تم قبول الفرض الصفري الذي ينفي وجود العلاقة، وبالتالي يمكن القول بأن هذه النتيجة تعارض فرضية الدراسة العامة القائلة بـ **توجد علاقة إرتباطية بين قلق الموت والاستجابة الاكتئابية لدى عينة الدراسة**، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%.

حيث بينت نتائج الدراسة على عدم وجود ارتباط دال احصائياً أو علاقة ارتباطية بين قلق الموت والاستجابة الاكتئابية لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة ، حيث كانت قيمة

معامل الارتباط ضعيفة جدا، وقد اختلفت نتيجة دراستنا مع جميع الدراسات السابقة ومنها دراسة (دانيا 2001) و دراسة (هيلين 2004) ودراسة (بيتر 1998)، حيث أشارت نتائج الدراسات على أن هناك علاقة ارتباطية بين القلق والاكتئاب مع مراعاة اختلاف المتغيرات وأفراد العينة، وأشارت نتائج الدراسات أيضا الى أن جميع أفراد العينات الذين تحصلوا على درجات عالية في القلق تحصلوا أيضا على درجات عالية في الاكتئاب، مع الأخذ بعين الاعتبار أن ليس بالضرورة وجود قلق الموت والاكتئاب لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة، لأن الحمل والولادة جزء لا يتجزأ منها كما مرأة فطرت على استعدادات غريزية وفيزيولوجية لاستقبال المولود وتقبله، ويمكننا القول أنها قد خلقت لذلك باعتبار أن الأمومة مكتملة لكيانها كامرأة وكأنثى.

### عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الفرعية الأولى:

نصت الفرضية الأولى لهاته الدراسة على: "مستوى قلق الموت لدى عينة الدراسة متوسط"، وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة للعينة الواحدة والقائم على أساس تقدير الفرق بين متوسط استجابات أفراد العينة على مقياس قلق الموت والمتوسط النظري له، وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (7) يوضح مستوى قلق الموت لدى عينة الدراسة

المقياس	حجم العينة	المتوسط النظري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	t	مستوى الدلالة	القرار
قلق الموت	35	15	77.7	224.2	34	-19.229	0.000	دال عند 0.01

من خلال النتائج المبينة بالجدول أعلاه نلاحظ وبناء على المتوسط الحسابي لأفراد عينة الدراسة على مقياس (قلق الموت) والذي بلغ (7.77) أنه أدنى تماما من المتوسط النظري للمقياس والمقدر بـ 15، بناء عليه فإن مستوى قلق الموت لدى عينة الدراسة منخفض، وهذا ما أكدته قيمة "ت" والتي بلغت (-19,22) وهي قيمة سالبة ودالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (0.01) وهذا يعني أن الفروق لصالح المتوسط النظري لأفراد العينة، وبالتالي فإن هذه النتيجة تعارض فرضية الدراسة الأولى والقائلة "مستوى قلق الموت لدى عينة الدراسة متوسط" أي مستوى منخفض، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي 95%، مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%.

بينت نتائج الدراسة ان مستوى قلق الموت منخفض عند أفراد العينة، وقد اختلفت نتيجة دراستنا مع دراسات اخرى بحيث أن أغلب الأحيان يكون مستوى القلق مرتفع عند جميع المرضى بصفة عامة، كما جاء في دراسة (سمية العيطر 2020) حيث توصلت نتائج الدراسة الى أن المصابين بضغط الدم عرضة للكثير من الاضطرابات النفسية كقلق الموت

وبدرجات مختلفة ، وبصفة خاصة لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة كما جاء في دراسة ( سكران وبوشقيف 2018) حيث كانت نتائج الدراسة أن المرأة المقبلة على الولادة عرضة للإصابة بقلق الموت وبدرجات مختلفة، ويمكن ارجاع هذه النتائج الى خصوصية كل دراسة وهذا باختلاف الدراسة الميدانية وعينة البحث.

### عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الفرعية الثانية:

نصت الفرضية الثانية لهاته الدراسة على: "مستوى الاستجابة الاكتئابية لدى عينة الدراسة متوسط"، وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى إختبار الدلالة الاحصائية (T) بالنسبة للعينة الواحدة، وبعد المعالجة الاحصائية تم التوصل إلى النتيجة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (8) يوضح مستوى الاستجابة الاكتئابية لدى عينة الدراسة

المقياس	حجم العينة	المتوسط النظري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	t	مستوى الدلالة	القرار
الاستجابة الاكتئابية	35	42	28.36	285.6	34	-896.4	0.000	دال عند 0.01

من خلال النتائج المبينة بالجدول أعلاه نلاحظ وبناء على المتوسط الحسابي لأفراد عينة الدراسة على مقياس (الاستجابة الاكتئابية) والذي بلغ (36.28) أنه أدنى تماما من المتوسط النظري للمقياس والمقدر بـ 42، بناء عليه فإن مستوى الاستجابة الاكتئابية لدى عينة الدراسة **منخفض**، وهذا ما أكدته قيمة "ت" والتي بلغت (-4,89) وهي قيمة سالبة ودالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (0.01) وهذا يعني أنه توجد فروق بين المتوسط الحسابي والنظري لصالح المتوسط النظري، وبالتالي فإن هذه النتيجة تعارض فرضية الدراسة الثانية والقائلة "مستوى الاستجابة الاكتئابية لدى عينة الدراسة متوسط" أي مستوى الاستجابة الاكتئابية لديهم منخفض، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي 99%، مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

حيث تبين من خلال المعالجة الإحصائية لفرضيات الدراسة الجزئية أن مقياس الاستجابة الاكتئابية أدنى تماما من المتوسط النظري للمقياس وعليه فإن مستوى الاستجابة الاكتئابية لدى عينة الدراسة منخفض وقد اختلفت نتيجة دراستنا مع دراسات أخرى حيث أنه في أغلب الأحيان الاكتئاب يكون مرتفع لدى عامة المرضى والناس خاصة النساء الحوامل، وتبين لنا أنه ليس بالضرورة أن يكون الاكتئاب مرتفع لدى كل النساء الحوامل المقبلين على

الولادة فالالاكتئاب يولد لأسباب عديدة منها نفسية و الفيزيولوجية و الهرمونية وقد تكون وراثية فإذا كان أحد أفراد العائلة مصاب بحالة نفسية أو اضطرابات مزاجية أخرى فقد يكون الشخص عرضة للإصابة بنفس المشاكل، يُمكن للحمل أن يكون فترة سعادة وبهذا لا تصاب المرأة الحامل بالاكتئاب إلا لأسباب كما ذكرنا سابقا أو كأن تأتي للمرأة الحامل أفكار تعكس لها خطورة حملها و أن موعد فراقها قد اقترب أو أنها ستفقد جنينها وكل الأفكار السلبية التي قد تسيطر عليها فترة حملها خاصة مع التغيرات الهرمونية التي قد تحدث لها . وتشير الأبحاث إلى أن حوالي 7 ٪ من النساء الحوامل يصبن بالاكتئاب أثناء الحمل. وقد تكون المعدلات أعلى في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

في الأخير لم نجد دراسة تناولت متغير الاكتئاب عند المرأة الحامل المقبلة على الولادة.

#### مقترحات الدراسة:

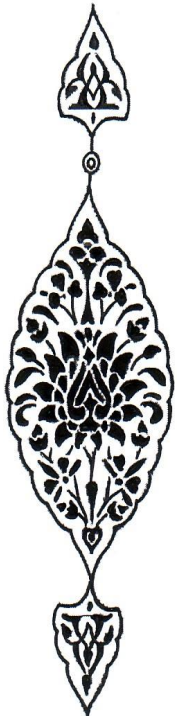
في ضوء الإطار النظري وما توصلنا إليه من خلال دراستنا للمتغيرين قلق الموت والإستجابة الإكتئابية لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة إرتأينا أن نقدم بعض المقترحات التي من شأنها أن تفيد الأمهات الحوامل المقبلن على عملية الولادة والطاقم الطبي القائم على رعايتهم على النحو الآتي:

- تصميم برامج إرشادية للأمهات الحوامل والمقبلات على عملية الولادة للعمل على التخفيف من الضغوطات النفسية لديه نبما فيها الخوف من الموت أثناء الولادة.
- توعية الأمهات للتعرف بمخاطر قلق الولادة ومدى تأثيرها على صحة الأم.
- العمل على زيادة الوعي الصحي لدى القائمين على مصلحة الولادة وتعريفهم بمختلف المشاكل النفسية التي تعترض المرأة الحامل خاصة مع اقتراب عملية الولادة، وضرورة الاهتمام بها حتى لا تتعرض لمضاعفات أثناء الولادة.
- العمل من قبل الجهات المعنية على تحديث أساليب التعامل مع الأمهات الحوامل وزيادة احترام خصوصية الأمهات في حالة الولادة.
- تطوير مراكز الرعاية التي تعنى بالأمهات الحوامل وذلك بالتركيز علي الأبعاد النفسية لعملية الولادة. قيام الجهات المشرفة على النساء الحوامل خاصة مصالح حماية الطفولة والأمومة (PMI) بما فيها القابلات والأخصائيين النفسانية والمساعدين الاجتماعيين بعمل جلسات ميدانية مع النساء الحوامل للوقوف على المشاكل التي تعاني منها والعمل على حلها.
- عمل برامج إعلامية وتثقيفية تعنى بمشاكل الحمل والولادة والتمين شأنها أن تساعد على التثقيف والتوعية النفسية للنساء الحوامل.



- العمل على تفعيل دور الأسرة والمحيطين بالمرأة الحامل، والتي لها الأثر الكبير في التغلب على عقبات ومشاكل عمليتي الحمل والولادة.
- التعمق في دراسة قلق الموت والإكتئاب عند النساء الحوامل المقبلن على الولادة.

# خاتمة

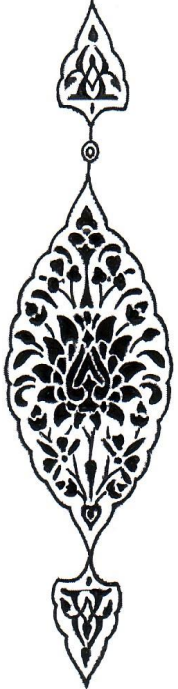




### خاتمة:

إن قلق الموت والاستجابة الاكتئابية لدي النساء الحوامل المقبلات علي الولادة تعد من أهم المواضيع التي عرفت انتشارا بالإضافة إلي كونها من أكثر المواضيع دراسة هدفت هذه الدراسة إلي معرفة ما إذا كانت النساء الحوامل المقبلات علي الولادة عرضت أو يعانون من قلق الموت والاستجابة الاكتئابية وهذا باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي لمعرفة العلاقة بين هذين المتغيرين حيث توضح أنه من خلال النتائج أنه لاتجد علاقة إرتباطية بين قلق الموت والاكتئاب وهذا من خلال الفرضية العامة أما من خلال الفرضيتين الجزئيتين تبين أن مستوي قلق الموت والاكتئاب لدي عينة الدراسة متوسط .

# قائمة المصادر والمراجع



- قائمة المصادر والمراجع

1-الكتب العربية:

1. ابن منظور أبي الفضل جمال الدين محمد مكرم، (1990) ،لسانالعرب، المجلد، بيروت،دار.
2. بوغازي أمينة، مجالدي مروة، الاكتئاب عند مرضى القصور الكلوي، مذكرة لنيل شهادة ليسانس علم النفس العيادي جامعة 8 ماي 1945 قالمة
3. جلال سعد، الصحة النفسية، دار الفكر العربي،1985.
4. دانيا الشبؤون 2011 القلق. علاقته بالاكتئاب عند المراهقين، كلية التربية جامعة دمشق.
5. دريبين أمينة، أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بظهور الإكتئاب عند المراهقين،مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر علم النفس العيادي،جامعة أكلي محند أولحاج.
6. الدسوقي كمال، (1989)،ذخيرة علم النفس،ط01،الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
7. ديفيد جي .أ.دوزيس كيث إس. دوبسن، ترجمة عبد الله السيد عسكر،2006، الوقاية من القلق والاكتئاب النظرية والبحث والممارسة، ط1، دار الكتب والوثائق القومية.
8. زواوي سليمان . ( 2016 ) . -القلق والاستجابة الاكتئابية لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن والخاضعين للهيمودياليزم . مذكرة ماستر علم النفس العيادي . جامعة العقيد اكلي محند اولحاج . البويرة . الجزائر
9. سكران كريمة، بوشقيق أمينة 2018 قلق الموت لدى المرأة المقبلة على الولادة، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس المركز الجامعي بلحاج بوشعيب عين تيموشنت.
- 10.سمية العيطر 2020 قلق الموت لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم مذكرة مكملة لنيل شهادة لماستر في علم النفس جامعة محمد بوضياف، مسيلة.
- 11.طه فرج قنديل وشاكر عطية (1993)، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط01، دار سعاد الصباح، الكويت.
- 12.عبابسة فوزية، التظاهرات الاكتئابية لدى المصاب باضطراب شخصية تجنبية، مذكرة لنيل شهادة ماستر، جامعة محمد خيضر بسكرة.
13. فؤاد البهي السيد، الأسس النفسية للنمو من الطفولة الى الشيخوخة، دار الفكر العربي، القاهرة. 2008
- 14.القواسمة حالم 2005 موسوعة الحمل والولادة دار أسامة للنشر والتوزيع، الاردن. عبد الله صالح اسماعيل 2010 قلق الولادة لدى الأمهات وعلاقته بجودة الحياة في المحافظة الجنوبية، غزة، الجامعة الاسلامية،
- 15.لطفى الشربيني، الاكتئاب المرض والعلاج، منشأة المعارف، 2001 .
- 16.محمدالحجار، الطب السيكولوجي المعاصر، دار العلم للملايين، بيروت،لبنان،ط1، 1989.
- 17.مصطفى ناصف، نظريات التعلم، عام المعرفة، 1983 .

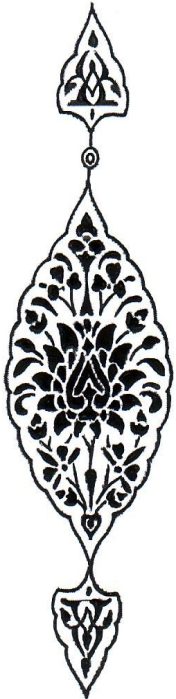


18. وليد سرحان، و، آخرون، (2001) سلوكيات الاكتئاب الأردن، الطبعة الأولى، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

2- الكتب الأجنبية :

1. \_ Serge Baumgarten-l'enfant porte symptome:couple,parentalité.éducation,école-l'harmattan-p115-2008
2. \_Jean Cottraux-les therapies comportementales et cognitives-Zeme tirage-edition massan-1993-p 48.
3. \_A-Champion--adult psychological problems- an introduction London the falmer press-1992P36

# الملاحق



## الملاحق



### مقياس : قلق الموت "دونالد تمبلر"

رقم	العبرة	صحيح	خطأ
01	أخاف كثيراً من الموت		
02	نادراً تخطر لي فكرة الموت		
03	لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت		
04	أخاف أن تجرى عملية جراحية		
05	لا أخاف إطلاقاً من الموت		
06	لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاص		
07	لا يزعجني إطلاقاً التفكير في الموت		
08	أتضايق كثيراً من مرور الوقت		
09	أخشى أن أموت موتاً مؤلماً		
10	إن موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي كثيراً		
11	أخشى فعلاً أن تصيبني سكتة قلبية		
12	كثيراً ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلاً		
13	أقتصر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة		
14	يزعجني منظر جسد ميت		
15	أرى أن المستقبل يحمل شيء يخيفني		

### مقياس: بيك "آرون بيك"

#### أولاً:

- 0- لا أشعر بالحزن.  
 1- أشعر بالحزن.  
 2- أشعر بالحزان طوال الوقت، ولا أستطيع أن أتخلص منه.  
 3- أنني حزين بدرجة لا أستطيع تحملها.

#### ثانياً:

- 0- لست متشائماً بالنسبة للمستقبل.  
 1- أشعر بتشائم بالنسبة للمستقبل.

## الملاحق



- 2- أشعر بأنه ليس هناك شيء يشدني للمستقبل.  
3- أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن.

### ثالثاً:

- 0- لا أشعر بأي فاشل.  
1- أشعر أنني فشلت أكثر من المعتاد.  
2- عندما انظر إلى ما مضى من سنوات عمري فأنا لا أرى سوى الفشل الذريع.  
3- أشعر بأنني شخص فاشل تماماً.

### رابعاً:

- 0- استمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل.  
1- لا استمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه.  
2- لم أعد احصل على استمتاع حقيقي في أي شيء في الحياة.  
3- لا استمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة.

### خامساً:

- 0- لا أشعر بالذنب.  
1- أشعر بأي قد أكون مذنباً.  
2- أشعر بشعور عميق بالذنب في أغلب الأوقات.  
3- أشعر بالذنب بصفة عامة.

### سادساً:

- 0- لا أشعر بأي أتلقى عقاباً.  
1- أشعر بأي قد أتعرض للعقاب.  
2- أتوقع أن أعاقب.  
3- أشعر بأي أتلقى عقاباً.

### سابعاً:

- 0- لا أشعر بعدم الرضا عن نفسي.  
1- أنا غير راضي عن نفسي.  
2- أنا ممتعض من نفسي.  
3- أكره نفسي.

### ثامناً:

- 0- لا أشعر بأي أسوأ من الآخرين.  
1- أفقد نفسي بسبب ضعفي وأخطائي.  
2- ألوم نفسي معظم الوقت على أخطائي.  
3- ألوم نفسي على كل شيء سيء يحدث.

### تاسعاً:

- 0- أشعر بضيق من الحياة.  
1- ليس لي رغبة في الحياة.  
2- أصبحت أكره الحياة.  
3- أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك.

### عاشراً:

- 0- لا أبكي أكثر من المعتاد.  
1- أبكي الآن أكثر من ذي قبل.  
2- أبكي طوال الوقت.  
3- لقد كنت قادراً على البكاء فيما مضى ولكنني الآن لا أستطيع البكاء حتى لو كانت لي رغبة في ذلك.

### الحادي عشر:

- 0- است متوتراً أكثر من ذي قبل.

## الملاحق



- 1- أتضايق أو أتوتر بسرعة أكثر من ذي قبل.
- 2- أشعر بالتوتر كل الوقت.
- 3- لا أتوتر أبداً من الأشياء التي كانت توترني فيما مضى.

### الثاني عشر:

- 0- لم أفقد الاهتمام بالناس الآخرين.
- 1- إنني أقل اهتماماً بالآخرين مما اعتدت أن أكون.
- 2- لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.
- 3- لقد فقدت كل اهتمامي بالناس الآخرين.

### الثالث عشر:

- 0- اتخذ قرارات على نفس المستوى الذي اعتدت عليه.
- 1- لقد توقفت عن اتخاذ القرارات بصورة أكبر مما مضى.
- 2- أجد صعوبة أكبر في اتخاذ القرارات عما كنت أقوم به.
- 3- لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات على الإطلاق.

### الرابع عشر:

- 0- لا أشعر أنني أبداً في حالة أسوأ مما اعتدت أن أكون.
- 1- يقلقني أن أبداً أكبر سناً وأقل حيوية.
- 2- أشعر بأن هناك تغيرات مستديمة في مظهري تجعلني أبداً أقل حيوية.
- 3- أعتقد أنني أبداً قبيحاً.

### الخامس عشر:

- 0- أستطيع أن أقوم بعملتي كما تعودت.
- 1- أحتاج لجهود كبير لكي أبدأ في عمل شيء ما.
- 2- إن علي أن اضغط على نفسي بشدة لعمل أي شيء.
- 3- لا أستطيع أن أقوم بعمل أي شيء على الإطلاق.

### السادس عشر:

- 0- أستطيع أن أنام كالمعتاد.
- 1- لا أنام كالمعتاد.
- 2- استيقظ قبل موعدتي بساعة أو ساعتين وأجد صعوبة في النوم مرة أخرى.
- 3- استيقظ قبل بضعة ساعات من موعدتي المعتاد ولا أستطيع العودة للنوم مرة أخرى.

### السابع عشر:

- 0- لا أشعر بتعب أكثر من المعتاد.
- 1- أتعب بسرعة عن المعتاد.
- 2- أتعب من القيام بأي جهد في عمل أي شيء.
- 3- إنني أتعب لدرجة أنني لا أستطيع أن أقوم بأي عمل.

### الثامن عشر:

- 0- إن شهيتي للطعام ليست أقل من المعتاد.
- 1- إن شهيتي للطعام ليست جيدة كالمعتاد.
- 2- إن شهيتي للطعام أسوأ كثيراً الآن.
- 3- ليس لدي شهية على الإطلاق في الوقت الحاضر.

### التاسع عشر:

- 0- لم ينقص وزني في الآونة الأخيرة.
- 1- فقدت أكثر من كيلو جرامات من وزني.
- 2- فقدت أربعة كيلو جرامات من وزني.
- 3- فقدت سنة كيلو جرامات من وزني.

### العشرون:

## الملاحق



0- لست مشغولاً على صحتي أكثر من السابق.

1- أني مشغول جداً ببعض المشكلات البدنية مثل الأوجاع واضطرابات المعدة والإمساك.

2- أني مشغول جداً ببعض المشكلات اليومية ومن الصعب أن أفكر في أي شيء آخر.

3- أني مشغول جداً ببعض المشكلات البدنية لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر.

### الواحد والعشرون:

0- لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في اهتمامي الجنسية.

1- أنني أقل اهتماماً بالجنس عن المعتاد.

2- لقد قل الآن اهتمامي بالجنس كثيراً.

3- لقد فقدت اهتمامي بالجنس تماماً.



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
FACULTY OF HUMANITIES  
AND SOCIAL SCIENCES  
Faculty of Humanities and Social Sciences  
Vice-Deanship of the Collage for Studies and  
Student Affairs

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
People's Democratic Republic of Algeria  
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي  
Ministry of Higher Education and Scientific Research  
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة  
University Mohamed Boudiaf of M'sila



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
نيابة العمادة للدراسات والمسائل المرتبطة بالطلبة  
الرقم: 2023/

تصريح شرفي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

انا الممضي (ة) ادناه :

السيد(ة) : خنفرة هناء

الصفة(طالب، استاذ باحث، باحث دائم): طالبة

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 110225503

الصادرة بتاريخ : 2018/08/02 عن دائرة : أولاد إبراهيم بوعربوب

المسجل(ة) بكلية: العلوم الاجتماعية قسم: علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي تحت رقم التسجيل: 202033044813

والمكلف بإنجاز اعمال بحث (مذكرة التخرج ليسانس، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، اطروحة

دكتوراه) .

عنوانها: قلق الموت والاستجابة الإكتئابية عند المرأة الحامل  
المقبلة على الولادة

اصرح بشرفي بانني التزم بالمعايير العلمية والمنهجية ومعايير الاخلاقيات المهنية والنزاهة

الاكاديمية المطلوبة في انجاز البحث المذكور اعلاه

المسجلة في:

امضاء المعني (ة):

المرجع: القرار الوزاري رقم، 933 المؤرخ في، 28-07-2016 المحدد للقواعد المتعلقة بالوقاية من السرقات العلمية ومكافحتها.



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
جامعة محمد بوضياف - المسيلة  
Faculty of Humanities and Social Sciences  
Vice-Dean's Office of the College for Studies and  
Student Affairs

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
People's Democratic Republic of Algeria  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
Ministry of Higher Education and Scientific Research  
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة  
University Mohamed Boudiaf of M'sila



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
نهاية العمادة للدراسات والمسائل المرتبطة بالطلبة  
الرقم: 2023/

تصريح شفهي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

انا الممضي (ة) ادناه :

السيد(ة): بوراس شيباء

الصفة(طالب، استاذ باحث، باحث دائم): طالبة

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 4118399

الصادرة بتاريخ: 03/02/2019 عن دائرة: أوداد دجاج - مسيلة

المسجل(ة) بكلية: العلوم الاجتماعية قسم: علم النفس

تخصص: علم النفس العمدي تحت رقم التسجيل: 2019030303

والمكلف بإنجاز اعمال بحث (مذكرة التخرج ليسانس، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير اطروحة  
دكتوراه).

عنوانها: قلة الموت والامتناع عن المشاهدة عند الموت

الحامل المندرج على الوحدة

اصح بشرفي بانني التزم بالمعايير العلمية والمنهجية ومعايير الاخلاقيات المهنية والنزاهة  
الاكاديمية المطلوبة في انجاز البحث المذكور اعلاه

المسيلة هي:

امضاء المعني (ة):

المرجع: القرار الوزاري رقم: 933 المؤرخ في: 28-07-2016 المحدد للقواعد المتعلقة بالوقاية من السرقات العلمية ومكافحتها.



Faculty of Humanities and Social Sciences  
Vice-Deanship of the College for Studies and  
Student Affairs

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
People's Democratic Republic of Algeria  
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي  
Ministry of Higher Education and Scientific Research  
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة  
University Mohamed Boudiaf of M'sila



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
نيابة العمادة للدراسات والمسائل المرتبطة بالطلبة  
الرقم: 2023/

تصريح شرفي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

انا الممضي (ة) ادناه :

السيد(ة): جمال ياسين

الصفة(طالب، استاذ باحث، باحث داور): طالبة

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 103377941

الصادرة بتاريخ: 2019.02.11 عن دائرة: برج بوعمير

المسجل(ة) بكلية: العلوم الاجتماعية قسم: علم النفس

تخصص: علم النفس العملي تحت رقم التسجيل: 202033049367

والمكلف بإنجاز اعمال بحث (مذكرة التخرج ليسانس، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير اطروحة  
دكتوراه).

عنوانها: ملق الموت والايجابية الاكشائية عند المرأة

العامل المتعلق بالولادة

اصرح بشرفي بانني التزم بالمعايير العلمية والمنهجية ومعايير الاخلاقيات المهنية والنزاهة  
الاكاديمية المطلوبة في انجاز البحث المذكور اعلاه

المسيلة في: .....

امضاء المعني (ة):

المرجع: القرار الوزاري رقم: 933 المؤرخ في: 28-07-2016 المحدد للقواعد المتعلقة بالوقاية من السرقات العلمية ومكافحتها.



كلية العلوم  
الإنسانية والاجتماعية  
FACULTY OF HUMANITIES  
AND SOCIAL SCIENCES  
Faculty of Humanities and Social Sciences  
Vice-DeanShip of the College for Studies and  
Student Affairs

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
People's Democratic Republic of Algeria  
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي  
Ministry of Higher Education and Scientific Research  
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة  
University Mohamed Boudiaf of M'sila



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
ديابنة العمادة للدراسات والمسائل المرتبطة بالطلبة

## وثيقة ايداع مذكرة ليسانس

الموضوع:

قائمة المبرزين في امتحان الليسانس في  
الاجتماعيات على المستوى

اعداد الطلبة:

- 1- يوراند مشيخاء رقم التسجيل: 202033048986
- 2- ياسمين حقل رقم التسجيل: 202033044813
- 3- الهناء حنوق رقم التسجيل: 202033049364
- 4- هشام مشيخاء رقم التسجيل: .....

القسم: كالم القس الشعبية: كالم القس التخصص: كالم القس العمادي  
إشراف: محمد دوي دمال الرتبة: محاضر أ

أقر بأنني تابعت العمل المذكور أعلاه في جلسات إشرافية طيلة الموسم الجامعي 2022-  
2023 وأسمح بإيداعه على مستوى إدارة القسم للمناقشة والتقييم.

رئيس القسم

رئيس فريق الاختصاص

موافقة وامضاء المشرفة(ة):



كلية الآداب والعلوم الإنسانية  
FACULTY OF HUMANITIES  
AND SOCIAL SCIENCES

Faculty of Humanities and Social Sciences

Vice-Deanship of the College for Studies and

Student Affairs

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
People's Democratic Republic of Algeria  
وزارة التعليم والبحث العلمي  
Ministry of Higher Education and Scientific Research  
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة  
University Mohamed Boudiaf of M'sila



جامعة محمد بوضياف - المسيلة  
University Mohamed Boudiaf - M'sila

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قيادة العمادة للدراسات والمسابقات المرتبطة بالطلبة

الرقم: 2023/

تصريح شفهي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

انا الممضي (ة) ادناه :

السيد(ة): محمد شمس الدين

الصفة(طالب، استاذ باحث، باحث دائم): طالبة

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم:

الصادرة بتاريخ : عن دائرة :

المسجل(ة) بكلية: علوم اجتماعية قسم: علم النفس

تخصص: علم النفس (العلاجي) تحت رقم التسجيل:

والمكلف بإنجاز أعمال بحث (مذكرة التخرج ليسانس، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، أطروحة

دكتوراه) .

عنوانها: قلب الموت والهرسجانية الكسائية هير

المسألة: الحاصل للمخيلة على العودة

اصرح بشرفي بانني التزم بالمعايير العلمية والمنهجية ومعايير الاخلاقيات المهنية والنزاهة

الاكاديمية المطلوبة في انجاز البحث المذكور اعلاه

المسيلة في:

امضاء المعني (ة):

المرجع: القرار الوزاري رقم: 933 المؤرخ في: 28-07-2016 المحدد للقواعد المتعلقة بالوقاية من السرقات العلمية ومكافحتها.

