الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي:.....

رقم التسجيل:.....

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر

تخصص: علم النفس العيادي

بعنوان:

قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على العمليات القيصرية

ـ دراسة ميدانية بمستشفى سليمان عميرات بالمسيلة ـ

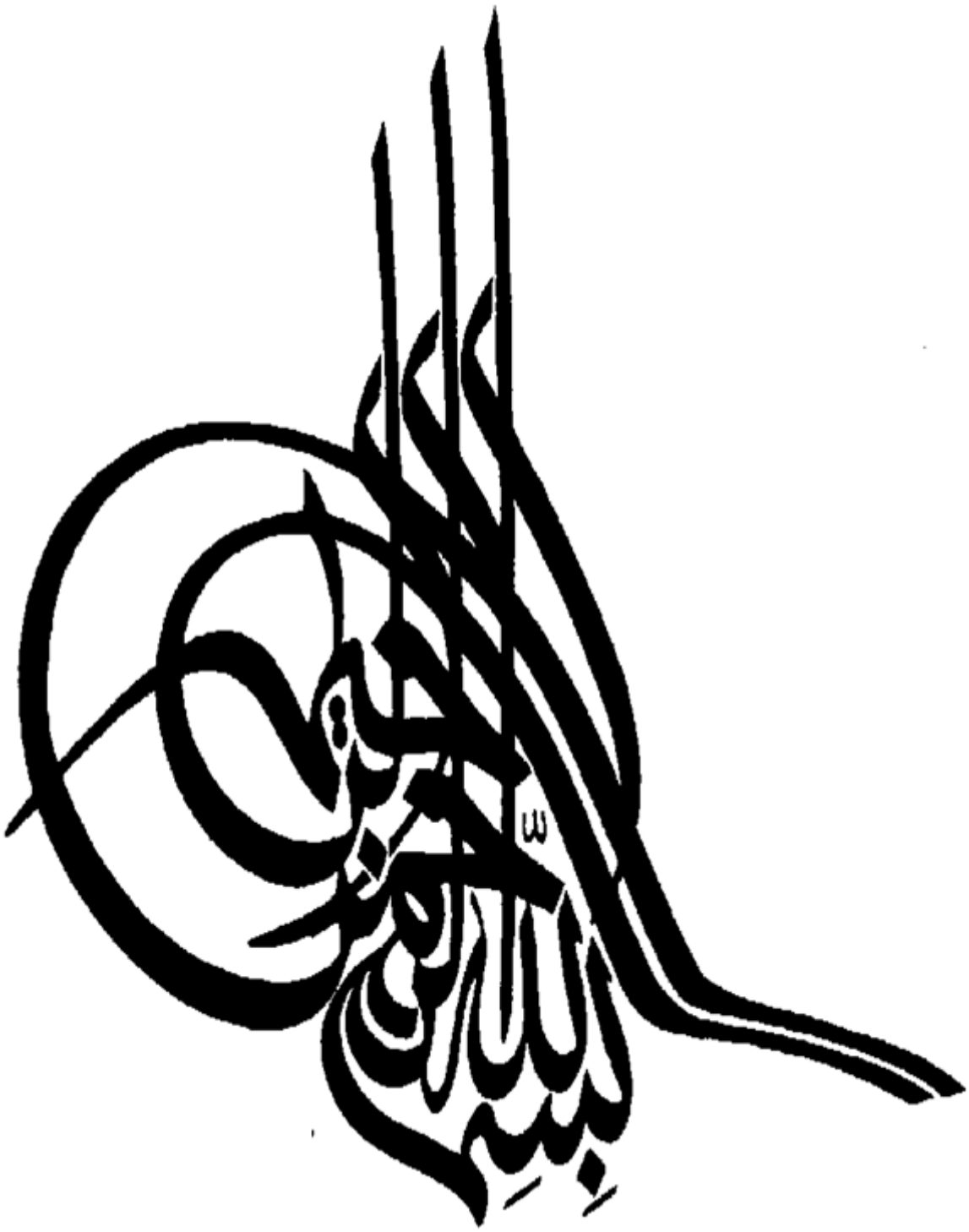
إعداد الطالبة:

✍ خولة رحالي

إشراف الدكتورة:

✍ شهرزاد دهيمي

السنة الجامعية: 2019-2020


بسم الله الرحمن الرحيم

** شكر وتقدير **

الحمد لله حمدا يوافي نعمه وبكافي مزيده، أحمده كما ينبغي بجلال وجهه وعظيم سلطانه

وأسلم على النبي الأمي الذي علم المتعلمين، وبعث الأمل في قلوب اليائسين،

وقادة سفينة العالم انطلاقا من قوله من قوله عز وجل "

﴿تأذن ربكم لئن شكرتكم لأزيدنكم﴾ سورة إبراهيم الآية(07) فلا يستحق الشكر

إلا الله العلى القدير الذي سهل لنا هذا العمل من فيض علمه الذي وسع كل شيء فله الحمد، والشكر أولا

وأخيرا يليق بجلاله ويوازي نعمته. إذ ومصداقا لقول رسول الله صلى الله عليه وسلم« لا يشكر الله من لا

يشكر الناس»

فالاعتراف بالفضل لذويه فضيلة سامية، فإذا كان الشكر ترجمان النية ولسان الطوية، وشاهد الإخلاص

فنجدوا الزمان علينا وبعدا أن وفقنا الله في إنجاز هذا العمل.

نتقدم بخالص الشكر وعظيم الامتنان إلى أستاذتي " شهرزاد دهيمي" المشرفة

على رسالتي على ما حظيت به من إشراف كريم وصبر جميل وتوجيه مفيد ونصح سديد

فجزاها الله عني خير الجزاء

كما أسجل بكل اعتزاز وتقدير واسمي آيات الشكر والتقدير والعرفان

إلى من قدم لنا يد المساعدة من قريب أو بعيد

إلى كل هؤلاء وغيرهم ممن من قدم لنا العون وبنصيحة وإرشاد وتوجيه ولو بكلمة طيبة،

أو تشجيع، نتقدم لهم بالشكر الجزيل والتقدير الكبير سائلين الله تعالى لهم التوفيق والسداد.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات	
فهرس الجداول	
شكر	
مقدمة	أ–ب
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
1- الإشكالية	4
2- الفرضيات	5
3- أسباب اختيار الموضوع	5
4-أهداف الدراسة	5
5-أهمية الدراسة	6
6- حدود الدراسة	6
7- مصطلحات الدراسة	6
8- الدراسات السابقة	7
الفصل الثاني: قلق الموت	
تمهيد	13
1- تعريف القلق	14
2- أنواع القلق	16
3- تشخيص القلق	18
4- القلق كحالة والقلق كسمة	22
5- أسباب القلق	24
6- أعراض القلق	25
7- التناولات النظرية لتفسير القلق	27
8- أدوات قياس القلق	32
9- علاج القلق	33
ثانيا: قلق الموت.	36
تمهيد	36
1- نبذة تاريخية عن قلق الموت	36
2- تعريف قلق الموت	37
3- أنواع قلق الموت	38
4 مكونات قلق الموت	39

5- أسباب قلق الموت	40
6- أعراض قلق الموت	41
7- النظريات المفسرة لقلق الموت	42
8- علاج قلق الموت	45
خلاصة	46
الفصل الثالث: الحمل والعملية القيصرية	
أولا: الحمل	48
تمهيد	48
1-مفهوم الحمل	49
2-تشخيص الحمل	49
3- مظاهر الحمل التي تطرأ على المرأة الحامل	50
2- مراحل الحمل	53
5- عملية الولادة	56
6- موقف المرأة من الحمل	57
7- اتجاهات نحو المرأة الحامل	58
8- العوامل المؤثرة على المرأة الحامل	59
9- الرعاية النفسية للمرأة الحامل	62
10- المراقبة الطبية	62
11- إرشادات عامة للمحافظة على سلامة الأم والجنين	63
خلاصة	64
ثانيا: العملية القيصرية	65
تمهيد:	65
1- تاريخ العملية القيصرية	65
2- العملية القيصرية	67
3- أسباب القيام بالعملية القيصرية	68
4- أنواع العملية القيصرية	69
5- مخاطر العملية القيصرية	69
6- خطوات إجراء العملية القيصرية	70
7- دور الطبيب المختص القيصرية	71
خلاصة الفصل	72

الفصل الرابع: إجراءات الدارسة الميدانية	
أولا: منهج البحث	74
1-تعريف المنهج	74
2-تعريف المنهج الاكلينيكي	74
ثانيا: الدراسة التطبيقية	74
1-مجالات الدراسة	75
2- عينة الدراسة التطبيقية	75
3-ادوات البحث	75
الفصل الخامس: عرض النتائج ومناقشة الفرضيات	
1-دراسة الحالة الأولى	81
2-دراسة الحالة الثانية	87
3-دراسة الحالة الثالثة	91
4-دراسة الحالة الرابعة	**95**
الاستنتاج العام ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات	100
خاتمة	104
قائمة المراجع	
الملاحق	

فهرس الجداول:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	جدول رقم (01) يبين الاختلاف بين القلق والخوف	16
02	جدول رقم 02: خصائص ومواصفات عينة الدراسة الأساسية	75
03	الجدول رقم 03: يوضح سلم مقياس قلق الموت لدونالد تيمبلر	79
04	جدول رقم (04) يوضح المقابلات العيادية للحالة الاولى	81
05	جدول رقم (05): يوضح نتائج مقياس قلق الموت للحالة الأولى	84
06	جدول رقم 06: يوضح المقابلات العيادية للحالة الثانية	87
07	جدول رقم 07: يوضح نتائج مقياس قلق الموت للحالة الثانية	90
08	جدول رقم 08: يوضح المقابلات العيادية للحالة الثانية	92
09	جدول رقم 09: يوضح نتائج مقياس قلق الموت للحالة الثانية	94
10	جدول رقم 10: يوضح المقابلات العيادية للحالة الرابعة	96
11	جدول رقم 11: يوضح نتائج مقياس قلق الموت للحالة الرابعة	98

ملخص الدراسة:

جاءت دراستنا عنوان: قلق الموت لدى النساء الحوامل المقبلات على العمليات القيصرية حيث يهدف البحث إلى التعرف على مدى تعرض النساء المقبلات على الولادة بالعملية القيصرية لقلق الموت، وقد تم اختياري لهذا الموضوع انطلاقا من توجهي إلى المؤسسة الاستشفائية سليمان عميرات بالمسيلة، وقد تبلورت الإشكالية الرئيسية لبحثنا كالآتي: هل النساء المقبلات على العملية القيصرية عرضة للإصابة بقلق الموت؟ وانبثق من السؤال الرئيسي أسئلة جزئية تتعلق بمتغيرات البحث وهي كالآتي:

- هل لسن النساء المقبلات على الولادة بالعملية القيصرية دورا في تعرضها لقلق الموت؟
- هل تعدد ولادتهم بالعملية القيصرية يزيد في تعرضهم لقل الموت؟
- هل حمل النساء ذو الخطورة يعرضهم لقلق الموت؟
- هل إقبالهم على الولادة بالعملية القيصرية يعرضهم لقلق الموت؟

تكمن أهمية هذا البحث في التعرف على قلق الموت لاعتباره قد أصبح حاجزا لدى النساء المقبلات على العملية القيصرية، ولفت أنظار المسؤولين إلى توفير طاقم طبي متكامل بما فيه أخصائيين نفسانيين قصد المتابعة النفسية للمرأة الحامل في مختلف مراحل الحمل، وحتى أثناء العملية وما بعدها ونشر الوعي لدى العائلة والمحيطين بالمرأة الحامل من أجل الدعم النفسي لها

ولتحقيق أهداف بحثي اعتمدت على المنهج الإكلينيكي كخطوة مهمة في البحث، مع تطبيق مجموعة من الأدوات متمثلة في الملاحظة والمقابلة العيادية ومقياس دونالد تمبلر لقياس درجة قلق الموت المترجم إلى اللغة العربية، على العينة المتكونة من أربع حالات متمثلة في نساء مقبلات على الولادة بالعملية القيصرية. لنخرج في الأخير بأهم نتيجة في البحث هو تحقق فرضيتنا الرئيسية المتمثلة في أن النساء المقبلات على الولادة بالعملية القيصرية عرضة للإصابة بقلق الموت، وبدرجات مرتفعة، وإضافة إلى تحقق فرضيتان جزئيتان تتمثلان في تعدد ولادات المرأة يزيد في تعرضها إلى قلق الموت، وحمل المرأة ذو الخطورة يعرضها لقلق الموت. وعدم تحقق الفرضيتان الجزئيتان: لسن المرأة المقبلة على الولادة دور في تعرضها لقلق الموت، وإقبالها على الولادة بالعملية القيصرية

Study Summary:

The study, entitled: Death concern among pregnant women, the apprenatal women, aims to know how long the women who are coming to birth are subjected to the cesarean operation of death anxiety, and was chosen from my direction to the hospital institution Sulaiman Amirat by means of the medical system, and the main problem of our research has been crystallized as follows: Are women who are accepted into the cesarean operation liable to death concern? Part questions about search variables emerged from the main question:

– is it a role for women who are not at birth in the cesarean process to be killed?

– Is the multiplicity of their birth by the cesarean operation increasing their vulnerability to death?

– is carrying dangerous women at risk of death?

– are their birth in the cesarean process subject to death?

The importance of this research is to identify the death concern as it has become a barrier for women who are taking the cesarean process, and to draw the attention of officials to the provision of a medical team, including psychologists, to monitor the psychological situation of pregnant women at various stages of pregnancy. Even during the process and beyond, and raising awareness among the family and the surroundings of pregnant women for their psychological support

To achieve research goals based on the clinical approach as an important step in research, applying a set of tools, such as observation, clinical interview, and Donald Ttembler scale, to measure the degree of death anxiety translated into Arabic, The sample consisting of four cases of women who are accepted for delivery is to be made in cesarean. The most important result of our research is that our main thesis is that women who are given birth in the cesarean process are at risk of death, high degrees, and two double-pruned hypotheses that are in the form of multiple births of women, which increase their vulnerability to death, and high-risk female pregnancy, which cause death concern. The two parts of the situation are not fulfilled: The woman's coming age for childbirth has a role in her death-anxiety and her acceptance of the birth by the cesarean process

مقدمة

مقدمة:

يمكن أن نسمي العصر الحال بعصر القلق *Age of Anxiety* فالقلق أصبح السمة السائدة لدى الأطفال الكبار والشيوخ، وترجع هذه التسمية (عصر القلق) إلى أساليب عديدة ودوافع شتى، يقع اضطراب *Anxiety Disorder* من وجهة نظر علم النفس المرضي في القلق من الاضطراب النفسي، ويعتبر القلق بمثابة العرض الجوهري المشترك لتلك الاضطرابات النفسية بل وفي أمراض عضوية متنوعة، وهو أكثر فئات العصاب شيوعا إذ يكون من 30%-40% من الاضطرابات العصابية طبعا للتصنيفات المبكرة، لكن لا يمكن اعتبار القلق في جميع الحالات ظاهرة غير طبيعية أو مرضية فالإنسان السوي يشعر بالقلق في بعض الظروف بدرجات متفاوتة تتناسب مع المثيرات والأسباب.

حيث نجد أن من أهم أنواعه قلق الموت الذي تعرفه هولتر (*HOLTER*) بأنه: "استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على التأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت" (عثمان، 2011: 74) وأثبتت العديد من الإحصائيات أنه ينتشر عند النساء أكثر منه عند الرجال بسبب اختلاف المرأة في تكوينها عن الرجل، فشخصية المرأة وحياتها النفسية بها الكثير من أوجه الخصوصية، اذا انتقللنا إلى مراحل حياتها خاصة مرحلة الحمل بالرغم من اعتباره حدث مهم ونقطة تحول في حياتها وإحساسها باحتواء كائن حي ونمو حياة جديدة في أحشائها، إلا أنها تمر بمواقف انفعالية متعددة ولعل السبب في ذلك وهو ما تتميز به من خصائص فيزيولوجية متعلقة بالاختلال في الهرمونات الأنثوية التي تؤثر على حالتها النفسية بالسلب، مساعدة على حدوث قلق الموت الذي يظهر خاصة مع اقتراب موعد الولادة، ويعود السبب كما يعتقد الباحثون أنها ناجمة عن عامل السن ونوعية الولادة، أو تجربة الولادة الخطيرة من قبل، وتاريخ الماضي في العائلة للاضطرابات النفسية الذي له دور في الاصابة بهذا المرض، ويرى بعض العلماء أنه بالرغم من سعادة المرأة باستقبالها لطفل جديد إلا أن هاجس الموت لا يفارق ذهنها طيلة شهور الحمل، خاصة اذا لم يكن هناك دعم من العائلة والمحيطين بها

والطاقم الطبي المشرف على العملية القيصرية، لذلك وجدنا أنه من الضروري الخوض في هذا الموضوع والكشف عنه وعن ما يخلفه قلق الموت لدى المرأة المقبلة على الولادة بالعملية القيصرية من آثار نفسية في حياتها وحتى المحيطين بها.

وقد اشتملت دراستنا على جانبين النظري والتطبيقي، قبل ذلك سيسبقان بمقدمة هي بمثابة العتبة التي يقف المرء عندها قبل ولوجه في أجواء البحث الدقيق

الجانب النظري كان كالآتي: حيث تناولنا في الفصل الأول الإطار المنهجي للدراسة أما الفصل الثاني فخصصناه لدراسة قلق الموت وفي الفصل الثالث قمنا بدراسة حول الحمل والعملية القيصرية.

أما الجانب التطبيقي فكان كالآتي: الفصل الرابع خصصناه لدراسة منهجية البحث وإجراءاته أما الفصل الخامس فقمنا بعرض وتحليل ومناقشة نتائج البحث وفي الخاتمة توصلنا لمجموعة من النتائج والتوصيات.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1- الإشكالية

2- الفرضيات

3- أسباب اختيار الموضوع

4-أهداف الدراسة

5-أهمية الدراسة

6- حدود الدراسة

7- مصطلحات الدراسة

8- الدراسات السابقة

1- الإشكالية:

كان القلق ومازال أحد المواضيع المهمة التي تشغل بال الكثير من المتخصصين في فروع علمية مختلفة، وربما كان علماء النفس على رأس قائمة المهتمين بهذا الموضوع، ولا يأتي الاهتمام بهذا الموضوع لمجرد أنه موضوع جيد للبحث، وإنما لكونه واحد من حقائق الحياة وثوابتها، ولكونه قضية تهم العامة والخاصة فلا يكاد يوجد إنسان على وجه الأرض لا يعاني من القلق بأشكال مختلفة وبصورة تكاد تكون يومية ويتفاوت هذا القلق في شدته وحدته ونوعه من شخص لآخر ولدي الشخص نفسه، ويرجع الاهتمام بدراسة القلق في جانب منه أيضا إلى التبعات السلبية التي يسببها القلق وأطياف واسعة من الاضطرابات النفسية لدى الجنسين على حد سواء وربما لدى المرأة بشكل أكبر فلطالما اهتم الباحثون في علم النفس بدراسة المرأة وسلوكها باعتبارها جزءا جوهرية في أي مجتمع كونها المسؤولة الأولى عن استمرارية النسل البشري وحفظه إذ أوكل إليها الله سبحانه وتعالى أعظم الوظائف التي تضمن الوجود الإنساني إلى وهي الولادة وهذه العملية تتأثر كغيرها من العمليات البيولوجية بعوامل فيزيولوجية ونفسية متعددة ، ولعل أهم عامل يؤثر على المرأة الحامل المقبلة على الولادة بالعملية القيصرية هو قلق الموت كونه أول الاستجابات الانفعالية في معجم المواقف وخاصة في هذه الفترة التي تمر بها المرأة، ومن هنا جاءت مشكلة الدراسة والتي تتمثل في الإجابة عن التساؤل التالي:

- هل المرأة المقبلة على الولادة بالعملية القيصرية عرضة للإصابة بقلق الموت ؟

وينبثق عن تساؤلنا أسئلة فرعية :

- هل لسن المرأة المقبلة على الولادة بالعملية القيصرية دور في تعرضها لقلق الموت ؟
- هل تعدد ولاداتها بالعملية القيصرية يزيد في تعرضها لقلق الموت؟
- هل حمل النساء ذو الخطورة يعرضهم لقلق الموت ؟
- هل إقبال المرأة على الولادة بالعملية القيصرية يعرضها لقلق الموت؟

2- فرضيات الدراسة:

انطلاقا من تساؤلات الدراسة يمكن تحديد الفرضيات كما يلي:

الفرضية العامة:

المرأة المقبلة على العملية القيصرية عرضة للإصابة بقلق الموت؟

الفرضية الجزئية الأولى:

سن المرأة المقبلة على العملية القيصرية عرضة للإصابة بقلق الموت.

الفرضية الجزئية الثانية:

تعدد ولادة المرأة بالعملية القيصرية يزيد في تعرضها للإصابة بقلق الموت.

الفرضية الجزئية الثالثة:

حمل المرأة ذو الخطورة يعرضها لقلق الموت.

الفرضية الجزئية الرابعة:

إقبال المرأة على الولادة بالعملية القيصرية يزيد في تعرضها للإصابة بقلق الموت

3-أسباب اختيار الموضوع :

وتتلخص في عدة أسباب منها:

أ- حداثة موضوع الدراسة.

ب - توفر عينة الدراسة.

ج- قدرة الباحث على دراسة الموضوع.

د - بحكم انتماء الباحثة وتخصصها في علم النفس العيادي رأت أنه من الجيد اختيار هذا الموضوع للدراسة.

4- أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف يمكن حصرها فيما يلي:

أ- الكشف و التعريف بالقلق الموت .

ب- معرفة ما إذا كانت المرأة المقبلة على العملية القيصرية تعاني من القلق الموت.

ج – إلقاء الضوء على أهم الأعراض الجسدية والنفسية لقلق الموت لدى المرأة المقبلة على الولادة بالعملية القيصرية.

ت – تقديم مجموعة من المقترحات والتوصيات المناسبة في ما يخص موضوع الدراسة سواء للعاملين في مجال البحث العلمي أو الصحة النفسية.

5- أهمية الدراسة:

أما عن أهمية الدراسة فهي نابعة من كون موضوع الولادة أحد المواضيع المهمة والحيوية، إلا أن الدراسات حوله ما زالت في الجزائر بشكل عام وفي ولاية المسيلة بشكل خاص قليلة وبالحاجة إلى المزيد من البحث، إذ أن هذا الموضوع لم ينل نصيبه من الدراسة بالقدر الكافي.

كما أن تناول موضوع القلق عند المرأة المقبلة على الولادة بالعملية القيصرية وتسليط الضوء عليه قد يفيد العمال في مجال الصحة النفسية في خلق أفضل سبيل للتعامل مع هذه الفئة.

6- حدود الدراسة:

أ- **الحدود المكانية:** تم تطبيق هذا البحث في كل من:

- المؤسسات الجوارية للصحة العمومية سليمان عميرات – قسم الولادة –

ب - الحدود الزمنية: ابتداء من أواخر شهر أوت إلى غاية 15 / 09 / 2020 م .

7- مصطلحات الدراسة:

أولا: القلق: تعريفه:

أ-لغة: قلق، يقلق ، قلق الرجل: اضطرب وانزعج. لم يستقر في مكان واحد – لم يستقر على حال فهو قلق. **(بن هادية وآخرون، 1991، ص: 856)**

ب – اصطلاحا:

يعرفه سيغموند فرويد على أنه : " حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، يسبب له الكثير من الكدر، الضيق والألم." **(فرويد ، 1989 ، ص: 13)**

التعريف الإجرائي

القلق حالة من توتر شاملة ومستمرة نتيجة توقع أو تهديد بخطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصحبها خوف غامض وأعراض فيزيولوجية ونفسية.

ثانيا: المفاهيم الطبية:

1. الرحم: هو أهم عضو في الجهاز التناسلي الأنثوي، و هو عبارة عن تحويف شبيه بالمعدة

يستقبل الجنين طيلة فترة الحمل.

2. الحمل: هو اندماج نواتين الذكرية و الأنثوية عن طريق الإخصاب فتحس المرأة بوجود كائن

حي جديد في رحمها، حيث تكون استضافة البيضة الملقحة مدة 9 أشهر ليخرج طفل.

3. العملية القيصرية: هي عملية جراحية تتم تحت تخدير عام أو جزئي، و ذلك بفتح البطن ثم فتح جدار الرحم من أجل إخراج الجنين عندما تستحال الولادة العادية، فيلجا الأطباء لها و ذلك لعدة أسباب مثل ضيق الرحم أو كبر حجم الجنين .

8- الدراسات السابقة:

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

كل على حدة وارتباطه بمتغيرات أخرى، فهناك من الدراسات من ربطت موضوع القلق بالأمراض السيكوسوماتية وأخرى بالسلوكات الإنسانية وأخرى بنمط الحياة ودراسات أخرى ربطت موضوع الولادة بالاكتئاب و بالإمراض النفسية والجسدية وأخرى بالمستوى المعيشي وجودة الحياة، ولقد اختار الباحث الدراسات القريبة إلى بحثه والتي تخدم موضوعه وهي كالآتي :

1- دراسة (النيال ، 1991)

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

وتكونت العينة للدراسة من (23) مريضة عضوية ذكرا كانوا يجرون عمليات جراحية من النوع الكبير، وكان متوسط أعمارهم (36.2) سنة.

واستخدمت (النيال) مقياسا لحالة القلق ومقياسا لقلق الموت، وتم تطبيقهما مرتين، الأولى قبل إجراء الجراحة بأربعة وعشرون ساعة والثانية بعد إجراء الجراحة بخمسة أيام. وأشارت النتائج إلى وجود فروق جوهرية في مقياس حالة القلق وقلق الموت بين حالتي ما قبل الجراحة وبعدها.

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

2- دراسة (حداد، 1995):

هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة الارتباطية بين سمة القلق ومستوى الدعم الاجتماعي لدى طلبت بكالوريوس التربية الابتدائية في الجامعة اليرموك بالأردن والفروق بين هذه العلاقات وفقا المتغيري الجنس ومكانة الإقامة.

وقام (حداد) بتطبيق مقياس سمة القلق ومقياس اليرموك للتقييم الذاتي ومقياس الدعم الاجتماعي.تكونت العينة للدراسة من (157) طالبا وطالبة، و استخدم (حداد) من الناحية الإحصائية اختار (ت) واختبارات إحصائية أخرى.

وأظهرت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سمة القلق تعزي إلى الجنس أو مكان الإقامة وإلى وجود فروق في مستوى الدعم الاجتماعي بين سكان المدينة وسكان القرية لصالح سكان المدينة. ودلت النتائج أيضا على وجود علاقة ارتباطيه عكسية بين سمة القلق ومستوى الدعم الاجتماعي، وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية وفقا لمتغير الجنس ومكان الإقامة.

واللافت للنظر هنا أنه من إحدى نتائج الدراسة تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سمة القلق تعزي للمتغيرين الموجودين في الدراسة وهذا ربما يخالف بعض الدراسات التي بينت نتائجها وجود فروق في سمة القلق تعزي للجنس. **(حداد، 1995)**

3- دراسة (أبو المعاطي الرحاب، 2001)

هدفت الدراسة إلى التعرف بأهمية التنبؤ بالعيوب الخلقية للجهاز العصبي في الفترة ما بين الأسبوع الرابع عشر حتى الأسبوع الثاني والعشرين في السيدات الحوامل.
إن هذه الدراسة تبين أهمية التنبؤ بالعيوب الخلقية للجهاز العصبي في السيدات الحوامل اللاتي حملن بأطفال ذوي عيوب في الجهاز العصبي في نفس الفترة.

وتكونت عينة الدراسة من 50 سيدة حامل ولها تاريخ لطفل يعاني عيوب خلقية وتم وضعهن تحت الفحص الشامل والمتابعة المستمرة وتم عمل قياس نسبة الفا-

فتوبروتين وتم عمل قياس نسبة الجونادوتروبين ونسبة الأستريول و عمل موجات صوتية لاكتشاف العيوب الخلقية.

وكان من أهم نتائج الدراسة اكتشاف أن هناك علاقة مباشرة بين تغير نسبة هذه المواد ووجود عيوب خلقية بالجهاز العصبي في هذه الفترة الزمنية من الحمل. (**أبو المعاطي الرحاب، 2001**)

4- دراسات (Ahmed and others ،1994)

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

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

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

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

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

5- دراسة (Wing Cheung and others ،2006)

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

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

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

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

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

(Wing Cheung and others 2006)

الفصل الثاني:
قلق المـــوت

أولا: القلق

تمهيد:

إن العصر الذي نعيشه حافل بالكثير من المشاكل والصراعات النفسية، لهذا فقد سمي ب: عصر القلق، فهو حالة مرتبطة بالوجود الإنساني وهو ضروري لحياة الإنسان ولتكيفه مع ما يتعرضه من أخطار في حياته ما لم تتعدى درجاته وتأثيراته جانبه الإيجابي، وهو العرض المشترك بين الكثير من الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية وكذا الأمراض العضوية.

ويتفق علماء النفس على أن القلق العادي يمكن أن يصبح مرضيا إذا زادت شدته ومدته، فقد يكون عرضا أو قد يشتد ويكون مرضا أوليا فيتبع بشعور بالتوتر والشد والكدر والتهديد والخوف الدائم دون سبب واضح، وتتسم استجابة القلق بأنها تكون مفرطة لا تتناسب مع الموقف أو المثير لأن مثل هذه المواقف لا تحمل خطرا حقيقيا ولكنها تحمل الخطر من وجهة نظر الفرد فقط سواء في مخيلته أو في بيئته الخارجية.

وبالرغم من أن الحمل حدث هام في حياة الزوجين خصوصا والمحيط العائلي عموما وأنه لا يشكل أي خطر على صحتها –إلا في حالات استثنائية– إلا أن التغيرات التي تحصل لها خلال تلك الفترة، هي التي تؤثر عليها تأثيرا واضحا على نظام حياتها وصحتها النفسية، بحيث تتوقع أمورا كثيرة وهموما يجعلها تعيش القلق، وبما أن المرأة الحامل تكون معرضة جدا لاضطراب القلق سوف نتطرق إليه في هذا الفصل عن طريق تعريفه، أسبابه، أعراضه، و التناولات النظرية له.

1- تعريف القلق:

يعرّف القلق في المعجم السيكولوجي بأنه " حالة انفعالية ثابتة تتشكل لدى الفرد نتيجة عدم قدرته على التكيف والاستقرار مع توقف الخطر، إما يكون ما يبرره خارجيا أو يكون ذاتيا. (sillamy, 1991).

ويعرفه سيغموند فرويد Freuds بأنه " حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يتملك الإنسان ويسبب له الكثير من الكدر والضيق والألم" وهو عبارة عن "رد فعل لخطر فقدان الموضوع". (سغمو ند فرويد، تر: نجاتي، 1985، 13).

أما حامد زهران فيرى أن القلق يتمثل في " خوف غامض غير محدد مصحوب بالتوتر والضيق والتأهب وتوقع الأذى، وعدم الاستقرار العام يعوق الفرد عن الإنتاج ويجعل سلوكه مضطربا، ويصاحب القلق أعراضا نفسية وجسمية، وقد يغلب القلق ويصبح هو نفسه عصابا أساسيا ومرضا قائما بذاته هو "عصاب القلق". (زهران، 2003 : 150).

وفي نفس السياق يرى عثمان يخلف (2000) في تعريفه للقلق أنه: " انفعال يتميز بخطر مسبق وتوتر وحزن مصحوب بتيقظ الجهاز العصبي السمبثاوي. (يخلف، 2000، 120).

حسب التعاريف السابقة الذكر يتبين أن القلق يتمثل في حالة سيكولوجية داخلية تنشأ نتيجة عدم القدرة على التوفيق بين مختلف أجزاء الجهاز النفسي وهو ما يجعلها تظهر على شكل أعراض جسمية، نفسية وسلوكية معينة.

أما سوليفان Sullivan.H.S (نقلا عن الأزرق بوعلو) يعتبر أن مصدر القلق هو الفشل في العلاقات الإنسانية، فالأطفال الذين يعانون الحرمان في علاقاتهم مع الأهل والأشخاص المهيمن في حياتهم، معرضون للقلق أكثر من غيرهم. (بوعلو، 1993، 64).

حسب هذا التعريف يتبين أن القلق يرتبط بصراع خارجي ناتج من عدم على التكيف مع الأفراد المحيطين بالفرد أي الفشل في الحياة العلائقية.

كما يرى مسرمان Masserman أن القلق يمثل حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف. (ماجدة عبيد، 2008 : 184).

في هذا التعريف إشارة إلى صورة القلق الناتج عن عدم القدرة على التكيف مع البيئة الداخلية للفرد ولا الخارجية له.

في حين يرى كوترو (Cottraux.J,2001) أن القلق يظهر عند الأفراد وعند مواجهة عوائق تحد من تحقيق أهدافهم وحاجاتهم في الحياة(Cottraux. J,2001: 110).

فحسب هذا الرأي هناك ربط بين حدوث القلق والبناء العقائدي والمعرفي للفرد الذي يحدد توقعاته عن قدرته على إشباع حاجاته.

وفي نفس الصدد يرى إليس Ellis. A أن من يعتنق اعتقادات غير منطقية يرفضها معظم الناس الأسوياء هي السبب في حدوث اضطراب القلق. (فايد، 2005).

فحسب رأي إليس فإن حجم القلق الذي يمكن أن يسببه الفرد لنفسه ينشا ويتزايد لو اعتقد أنه يجب ان يكون على درجة كبيرة من الكفاءة والمنافسة والإنجاز في كل شيء.

ويعتبر Beck. A أن مدى القلق الذي يشعر به الفرد يستدعي زيادة المنبهات ولذلك فأي حركة أو أصوات أو تغيرات في الوسط الذي يعيش فيه تتم ترجمتها إلى نوع من الخطر، حيث ينتاب المريض أفكارا من الخطر المتوقع، ويركز عليه، مما قد يفقده تحكمه الإرادي في المنبهات الخارجية وهذا ما يؤدي إلى زيادة القلق. (عادل عبد الله ، 192:2000- 192).

أما كيلي Kelly وحسب نظرية بناء الشخصية، فهو يرى أن الإنسان بناء وهو منظم لمعارفه، وهذا التنظيم يمكن أن يزوده بمفاهيم جديدة بمجرد أن يتفاعل الفرد مع المحيط حيث يتكيف مع مواقف جديدة، وهنا يعدل بناءاته الأولى التي يتماشى وهذه المواقف الجديدة، فيكتسب معلومات جديدة، والقلق يكون في مركز هذه العمليات التكيفية حيث يعتبر كنتاج انفعالي للبنيات المعرفية غير المناسبة لمواجهة الفرد لمحيطه.

فحسب هذه النظرية يعتبر القلق نتاج التفاعل بين تقييم المواقف (الأحداث) وتقييم القدرات الممكنة لمعالجة هذه المواقف والاستجابة لها، والبنية المعرفية الصعبة التغيير بالنسبة للفرد قد تجعله أكثر انفعالا لينال منه القلق لما تتطلبه من قوة للتكيف (Graziani. R, 2005 : 22).

هذه التعاريف السابقة الذكر مؤداها أن القلق يرجع إلى البناء العقائدي والمعرفي للفرد أي إلى الأفكار اللاعقلانية التي يتبناها الفرد مما يجعل إدراكه للمواقف خاطئ وهو ما يسبب له القلق.

قد يحدث خلط بين الخوف والقلق لكونهما يمثلان حالة انفعالية تنطوي على الضغط والتوتر الداخلي وعدة تغييرات فيزيولوجية فكلاهما يستثار لوجود خطر يهدد الشخص ويدعوه للعمل من أجل الدفاع والمحافظة على البقاء وللتمييز بينهما نستعرض الجدول التالي:

جدول رقم (01) يبين الاختلاف بين القلق والخوف

القلق	الخوف
-لا يكون الفرد منتبها إلى مصدره عادة على مستوى لا شعوري، خوف داخلي. -يبقى غالبا رغم زوال مصدره الأصلي طالما لم يتناوله الفرد بالدراسة والتحليل. -قد ينشا كرد فعل لوضع محتمل غير قائم ولكنه متوقع. -يوجد صراعات.	-خوف من أمور خارجية يواجهها الفرد مصدرها معروف وتكون على مستوى الشعور. -يزول بزوال مثيره. -ينشأ كرد فعل الوضع قائم فعلا. -لا يوجد صراعات

(Savant. D, parquet. P.H, 1995 : 03).

2- أنواع القلق:

ميز الباحثون بين نوعين من القلق: القلق الموضوعي والقلق العصابي، أما الموضوعي فهو ما يكون أقرب لمفهوم الخوف العادي، إذ يدرك الفرد مصدر الخطر الذي يتهدده من بيئته الخارجية كأن يكون الشخص مارا في الطريق وتأتي ناحيته سيارة مسرعة.

ويرى حامد عبد السلام زهران، أن القلق الموضوعي يمثل خوف من خطر خارجي معروف ويطلق عليه أحيانا اسم: القلق الواقعي (القلق السوي)، وللقلق العادي وظائف حيوية هامة يمكن للإنسان استغلالها، فهو يساعد على تنشيط المراكز العصبية العليا فتزيد قوة التركيز والتمييز واتخاذ القرارات وحل المشكلات ونجد "راجي وكار" (1964) Ragier et Carr في كتاب حامد زهران يرون أنه قد يلعب دور الدافعية نحو السلوك الهادف، وكذا دور إشارة توجيه الفرد إلى إدراك التهديدات بحساسية شديدة وتنبيه للقيام بعمل توافقي. (زهران، 1987: 397).

و يقول عبد الخالق في هذا الصدد أن: القلق هو ظاهرة طبيعية و إحساس متوقع تحت ظروف معينة، أحيانا يكون له وظائف حيوية تساعد على النشاط و كذلك حفظ الحياة، كما أنه استجابة انفعالية غير سارة تتسم مباشرة بالتوتر و العصبية و الارتعاش كما تضاعف تنشيط الجهاز العصبي الذاتي و زيادة تنبيهه (عبد الخالق، 1987:29).

من هنا نستنتج أن القلق العادي (الموضوعي) هو استجابة للظروف التي يمر بها الفرد في حياته اليومية أو هو رد فعل للضغط اليومي، ولكن، ولظروف أخرى يتطور هذا القلق ويصبح مرضيا.

القلق العصابي وهو داخلي المصدر مبهم، أسبابه لا شعورية مكبوتة غير معروفة، لا مبرر له ولا يتفق مع الظروف الداعية إليه، يعوق التوافق والإنتاج والتقدم والسلوك العادي. (زهران ، 1987: 398).

وقد يصبح القلق مرضيا إذا تعدى 6 أشهر إذ يصبح مزمنا ويمكن أن ينتهي بإلحاق الضرر بالنشاطات اليومية وبإثارة المتاعب الزوجية، العائلية و المهنية، أي عندما يصبح الفرد مشلول الوظائف. (Ladouceur. A, et al, 1999).

كما يرى جان لابلانش وبونتاليس (2002)، أنه عصاب راهن يتصف بتراكم الإثارة الجنسية التي قد تتحول إلى المستوى الجسدي على شكل قلق. (لابلانش وبونتاليس، 2002: 342).

ويرى فرويد أنه قلق مزمن لا يكون الخوف فيه ذاتيا فقط، بل يكون لا شعوريا مكبوتا، وهو رد فعل لخطر غريزي، داخلي. (سيغموند فرويد، تر: نجاتي، 1985).

إذن، فالقلق العادي إنتاجي، أما القلق العصابي فهو مرضي وهناك عدة اضطرابات تشخَص ضمن اضطراب القلق.

3- تشخيص القلق:

حسب الجمعية الأمريكية للطب النفسي تتمثل اضطرابات القلق في تصنيف DSM-IV عام 1994 في:

3-1 اضطرابات الهلع:

يشكل الهلع حالة من الخوف المرعب، وتتسم نوبته عند حدوثها بالخوف الشديد المفاجئ والترقب والرعب مع شعور بالهلاك المحتوم، ويصاحبها عدد من الأعراض التي تصل إلى ذروتها في الحدة خلال 10 دقائق من بداية ظهور أول عرض.

وقد تستمر الأعراض من بضعة دقائق إلى ساعات طويلة، وهذه الطبيعة المفاجئة للهلع هي ما تميزه كاضطراب عن باقي اضطرابات القلق الأخرى.

من الأعراض الفيزيولوجية: الخفقان، العرق، الدوران، الغثيان، انخفاض معدل التنفس.

أما أعراضها المعرفية: التجريد من الواقعية، الخوف من الموت أو الجنون، إضافة إلى أعراض سلوكية تعبيرية تتضمن في الغالب الحاجة الملحة إلى الفرار أو الهروب من الموقف الراهن.

كما أن نوبة الهلع غالبا ما تصاحب ببعض الاضطرابات ومشاعر العجز كالقلق الخوف، اليأس، القلق العام والمخاوف النوعية والخوف الاجتماعي والوسواس والاكتئاب، وكذا توهم المرض والآلام الجسمية. (عادل عبد الله، 2000: 87).

وحسب تصنيف DSM IV فإن نوعية الهلع لا تعد اضطرابا مستقلا، وتتسم تلك النوبة بحدوث الخوف الشديد والتوتر والانزعاج في فترة تتوفر خلالها على الأقل 4 أعراض

من بين 13 عرضا لتتطور فجأة وتصل إلى ذروتها خلال 10 دقائق من بداية ظهور أول عرض.

أما اضطراب الهلع غير المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة فهو يتسم ب:

- تكرار حدوث نوبات الهلع غير المتوقعة.

- انشغال الفرد بإحدى النوبات لمدة شهر على الأقل كحد أدنى و بواحد على الأقل مما يلي:

* الانشغال الدائم بحدوث نوبات أخرى.

* الخوف من النتائج التي تترتب على حدوث النوبة كفقدان السيطرة على الذات أو حدوث نوبة قلبية، أو الإصابة بالجنون وتغير واضح ودال في السلوك يرتبط بتلك النوبات وأن هذه الأخيرة لا تعود إلى أي آثار فيزيولوجية للمواد التي قد يتعاطاها الفرد، ولا ترجع إلا حالة طبية عامة كالإفراط في إفراز الغدة الدرقية أو إلى اضطراب عقلي. (نفس المرجع السابق، 2000: 198).

3-2 اضطراب القلق العام:

هو قلق غير محدد الموضوع وهو شعور غامض غير سار، تصاحبه بعض الأعراض الجسمية والنفسية دون أن ترتبط بشكل خاص أو محدد بأي حدث أو ظرف كما قد تظهر دون تجديد المثير بدرجة كافية، أو قد يحدث المثير بدرجة كافية أو قد تحدث الاستجابة لأي مثير منخفض، ويتخلل القلق الجوانب المختلفة لحياة الفرد ويوزع الشعور به على الوقت، وبذلك فهو قلق شامل، وقد يكون هذا القلق حادا أو مزمنا وقد يرتبط في حالة الأزمات بحضور من أعضاء الجسم ويسمى باسمه في هذه الحالة.

ويرى أحمد عكاشة (1992) أنه إذا استمر الصراع لفترة طويلة وأصبح القلق غير محتمل فعادة ما تتحول أعراض القلق إلى أحد هذه المظاهر الثلاث: المخاوف أو عصاب الأعضاء أو قلق الهستيريا ويحدد DSM IV اضطرابات القلق العام بأنه قلق مفرط أو توقع وترقب يحدث بشكل مستمر لمدة لا تقل عن 6 أشهر وذلك في عدد من الأحداث والأنشطة

كالعمل أو الأداء المدرسي ويصعب على الفرد أن يسيطر على قلقه أو انشغاله الذي يرتبط بثلاثة أعراض على الأقل من بين 6 أعراض هي:

- الشعور بالاستياء والملل أو شعور الفرد بأنه محبوس أو مقيد.
- سرعة الشعور بالتعب.
- الهيجان المفرط.
- التوتر العضلي.
- صعوبة التركيز أو الوصول إلى النقطة المستهدفة.
- صعوبات النوم كأن يجد الفرد صعوبة في الاستغراق في النوم أو البقاء نائما أو حدوث النوم غير المشبع. (Ladouceur. R, et al, 1999 : 84).

3-3- اضطراب الرهاب(الخوف المرضي):

الرهاب هو الفوبيا أو الخوف المرضي الذي يدرك المريض خلاله أن مخاوفه ليست عقلانية وغير معقولة أو مع ذلك يضل خوفه من تلك الأشياء التي لا تخيف في العادة ويكون خوف المريض عاما غير محدد، كما يكون الخوف من موضوع أو وضع معين يكون غير مخيف بطبيعته ولا يستند إلى أساس واقعي أو منطقي. (Servant. D, parquet, P.H, 1995 : 26).

ويرى أحمد عكاشة (1992) أن استجابة الخوف المرضي (الرهاب) هي حيلة دفاعية لا شعورية يحاول المريض أثناءها عزل القلق الناشئ عن فكرة أو موضوع في موقف معين في حياته اليومية، وتحويله إلى فكرة أو موضوع أو موقف رمزي ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي، وقد يكون هذا الخوف خوفا من الأماكن الواسعة أو من شيء أو من موقف محدد أو من حيوان ما، كما قد يكون خوفا من الأماكن الواسعة أو من شيء، ويختلف هذا الخوف عن القلق العام في أنه هنا يكون شديدا ومتمركزا حول موضوع معين يدركه المريض، وتسمى المخاوف باسم ما ترتبط به، فيقال مثلا فوبيا الحيوانات، الظلام...الخ. (عادل عبد الله، 2000: 202).

كما نجد حسب تصنيف DSM IV ثلاثة أنواع من استجابات الخوف المرضي هي:

3-3-1- الخوف من الأماكن الواسعة Agoraphobia:

وتتضمن المخاوف المرتبطة بفوبيا الأماكن الواسعة مجموعة من المواقف التي تتضمن وجود الفرد في أي وسط وحيدا بعيدا عن منزله، أو وسط حشد من الناس في نفق السفر في أي وسيلة من وسائل المواصلات العامة كالسيارة القطار أو الحافلة، ولا يتعلق الخوف بواحد فقط، وإلا أصبح ذلك من المخاوف النوعية، كما لا يرتبط التجنب هذا بمواقف اجتماعية معينة، وإلا أصبح ذلك ضربا من الخوف الاجتماعي.

يتسم الخوف من الأماكن الواسعة بالقلق من جانب الفرد حول وجوده في أماكن أو مواقف يصعب الهروب منها، أو قد لا يتاح تقديم المساعدة له فيها وذلك لحدوث نوبة هلع غير متوقعة أو حدوث أعراض شبيهة بأعراض الهلع.

3-3-2- المخاوف الاجتماعية Social phobia:

ويتسم بالخوف من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية حينما يتواجد الفرد وسط الغرباء، أو عندما يكون موضع اهتمام من الآخرين، ويؤدي التعرض إلى مثل هذه المواقف أو ذاك أو يأخذ شكل نوبة الهلع، ويدرك الفرد تماما أن مخاوفه مبالغ فيها وغير معقولة، ولكنه مع ذلك يخاف المواقف الاجتماعية ويتجنبها مما يؤثر سلبا على أدائه.

ولا يجب أن يرجع هذا الخوف إلى أي مرض عقلي أو نوبة هلع مصحوبة أو غير مصحوبة بفوبيا الأماكن الواسعة أو قلق الانفصال، أو اضطراب صورة الجسم كما يجب أن لا يرجع إلى اضطراب الشخصية شبه فصامية.

3-3-3- المخاوف النوعية المحددة Specific phobia:

وهي تتسم بكم مفرط من الخوف غير الواقعي الذي يثيره وجود أو توقع وجود شيء أو موقف معين كالطيران، الارتفاعات، الحيوانات...الخ، ويؤدي التعرض المثير المسبب للخوف استجابة قلق مباشرة، قد تأخذ شكل نوبة هلع ترتبط بذلك الموقف، وقد يحدث ذلك بالنسبة للأطفال على هيئة صراخ، نوبات غضب، التجمد أو التشبث بالآخرين.

والشخص الراشد يدرك أن هذا الخوف مبالغ فيه وغير معقول، ومع ذلك لا بد له أن يتجنب الموقف وإلا حدثت استجابة قلق شديدة تؤثر سلبا على أدائه، هذه المخاوف لا ترجع إلى مرض عقلي، الوساوس القهرية، عصاب ما بعد الصدمة، قلق الانفصال، الخوف الاجتماعي، اضطراب الهلع المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة ، ويبدأ هذا النوع من المخاوف في مرحلة الطفولة. (عادل عبد الله، 2000: 223-224).

4- القلق كحالة والقلق كسمة:

إضافة إلى الأنواع السابقة الذكر للقلق، نجد سبيلبرجر Spielberger. C (1984) وهو يميز بين نوعين من القلق هما: القلق حالة والقلق سمة، فالأولى تتمثل في حالة انفعالية مؤقتة تختلف في شدتها، فهي تمثل المظاهر الحاضرة خلال الحوادث، أي مؤشرات الحالة التي يتسم بها الفرد داخليا. والقلق سمة يعتبر سمة في الشخصية. (Elligaes. M, Neuss, p, 1999 : 133-134).

بالنسبة لحالة القلق فهي تعتبر تبعا لتغير مواقف التهديد والخطر فترتفع عندما يشعر الفرد بالتهديد وتنخفض عندما لا يكون الموقف مهددا بخطر وتزداد حالة القلق لدى الأفراد ذوي سمة القلق المرتفع في المواقف التي يدركون فيها تهديد تقدير الذات أكثر منها في المواقف التي يدركون فيه التهديد بالأذى الجسمي، كما تتصف حالة القلق بارتباطها بموقف معين بسببها وترتبط بمشاعر من الهم، التوتر، تنشيط الجهاز العصبي المستقل، وتكون هذه الحالة مدركة شعوريا.

ويمكن لحالات القلق أن تثار بطرق متنوعة، فيمكنها أن تثار من المواضيع أو من خلال الأشخاص أو من خلال تركيبات بيئية بالإضافة إلى الإحساسات الجسدية السلبية والتصورات المهددة تثير كذلك مشاعر القلق. (رضوان، 2007: 269).

أما سمة القلق حسب أحمد عبد الخالق (1992) فإن مفهوم سمة القلق تشير إلى فروق ثابتة في الاستهداف للقلق بوصفه سمة في الشخصية، ولا تظهر سمة القلق مباشرة

في السلوك، وإن كان يمكن استنتاجها من تكرار ارتفاع حالة القلق لدى الأفراد عبر الزمن وشدة هذه الحالة. (فايد، 2004: 129).

القلق كسمة من سمات الشخصية (كمتغيرة)، فهي تبدو على أنها تحتوي دافعا أو استعدادا سلوكيا مكتسبا، يجعل الفرد يملك استعدادا لأن يعيش عددا كبيرا من الظروف غير الخطيرة موضوعيا على أنها مهددة، وأن يستجيب لهذه الظروف بحالات من القلق تكون شدته غير متناسبة مع حجم الخطر الموضوعي... والأفراد الذين يمتلكون درجة مرتفعة من سمة القلق يميلون لإدراك مواضيع أو أشخاص أو مواقف على أنها مهدِدة، وتكون الاستجابة طبقا لهذا التهديد بحالة من القلق. (رضوان، 2007: 269).

ويرى أيزنك Eysenck (1992) أن سمة القلق تمثل أيضا عامل استهداف لاضطرابات القلق، وكذا فإنها ليست وراثية بالضرورة، ويمكن أن تشكل عامل خطر لاضطرابات جسدية على سبيل المثال: أمراض الأوعية الدموية، الربو، الأرق، الشقيقة...الخ. (Graziani. R, 2005, 20).

وعلى ضوء نظرية القلق (الحالة–السمة) فإن الشعور بالقلق في مواقف الإحباط والصراع مسألة نسبية تختلف من شخص لآخر بحسب الاستعداد للقلق عند كل منهما فالشخص صاحب الاستعداد العالي للقلق (سمة القلق) يظهر عنده القلق والتوتر في مواقف الإحباط والصراع أكثر من الشخص صاحب الاستعداد المنخفض للقلق، لأن الأول يدرك العجز والفشل بسرعة، ولا يثق في قدراته وإمكانياته بتوقع الشر ويحط من قدر نفسه ويتوجس من المستقبل، وينمو لديه الاستعداد للقلق من التفاعل بين المعطيات الوراثية وأساليب التنشئة الخاطئة. (Graziani. R, 2005, 20).

5- أسباب القلق:

تعددت أسباب القلق بتعدد النظريات والتفسيرات ومن بين أسبابه نجد:

5-1- أسباب نفسية:

هي نتيجة الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي لمكانة الفرد وأهدافه كما أن التوتر النفسي الشديد والشعور بالنقص والعجز من شأنها أن تؤدي إلى الإصابة بالقلق. فبالنسبة للمدرسة التحليلية يمثل القلق الصراع اللاشعوري بين قوى الغرائز وسلطة تحكم الضمير.

أمّا هورني فقد أرجعت القلق إلى 3 عناصر تمثلت في الشعور بالعجز، الشعور بالعداوة والشعور بالعزلة، أما السلوكيون فيرون أن القلق يمثل الاجتماع الشرطي بين انفعال وشيء، وبالنسبة للمدرسة المعرفية فإن القلق يتمثل في تقييم الوضعية وكأنها مهدِدة، أي المبالغة في تصور الأخطار. (Le guén. C, 1997 :183).

5-2- مواقف الحياة الضاغطة:

تتمثل في الضغوط الحضارية والثقافية والبيئية الحديثة و مطالب الحياة اليومية، عدم تقبل مد الحياة وجزرها، البيئة المشبعة بعوامل الخوف والهم، مواقف الضغط والوحدة والحرمان وعدم الأمن، اضطراب الجو الأسري، التفكك الأسري والمسؤوليات الضخمة التي تفوق تحمل الفرد. (زهران، 1987: 398).

5-3- الأسباب البيولوجية:

أظهرت دراسات التوائم والأسر أن العوامل الجينية يمكن أن تسهم في العديد من هذه الاضطرابات كالفوبيا البسيطة، الهلع والوسواس القهري، وأنه إذا أصيب أحد التوائم المتطابقة باضطراب الهلع مثلا فاحتمال إصابة الثاني تصل إلى 30%، وأن المرضى المصابين باضطراب القلق لديهم كل من اضطراب القلق والوجدان في عائلاتهم وخاصة الأقارب من الدرجة الأولى.

كما ترجع هذه الاضطرابات إلى الموصلات العصبية أيضا، خاصة السيروتونين Sérotonine، ونقص GABA، فالاختلال في السيروتونين يرتبط بالوسواس القهري، والثاني يرتبط بكل اضطرابات القلق. (حسيب، 2005: 95).

5-4- أسباب مرضية:

قد يكون القلق نتيجة لبعض الأمراض الحادة والمزمنة كالربو وداء السكري، السرطان. (Schweitzer. M, B, 2002 : 85).

فحسب Friedman (1987) وآخرون القلق يرتبط بالعديد من الأمراض الجسدية (الربو، اضطراب المعدة، الشقيقة، الأمراض القلبية)، وهو ما يدل على أن القلق مرتبط بالمشاكل الصحية. (Le guén. C, 1997 : 189).

5-5- الضغوط النفسية الاجتماعية:

يتعرض الإنسان في حياته إلى بعض الأحداث التي قد تحدث له القلق كعدم الاستقرار، سرعة الحركة، الانتقال من مكان لآخر وهذا قد يعكر ويشوش الإحساس بالانتماء إلى مكان معين، تغيير المقاييس الأخلاقية وما إلى ذلك.

من خلال هذا العرض لمختلف الأسباب التي تكون نتيجتها ظهور القلق وهذا الأخير يكون مصحوبا بالأعراض المذكورة أدناه.

6- أعراض القلق:

ترافق القلق اضطرابات فيزيولوجية ونفسية تكون بمثابة مظاهر أو أعراض له، وهي تتفاوت من حيث الشدة تبعا لشدة القلق.

6-1- الأعراض النفسية:

وهي تظهر في عدد من الأشكال:

-يميل الشخص القلِق إلى العصبية، التوتر العام، عدم الاستقرار، الشعور بعدم الراحة والحساسية النفسية الزائدة، وسهولة الاستثارة والهياج؛

-هناك شعور بالخوف لا يستطيع القلِق تسميته أو الإشارة إلى عوامله المباشرة الذي قد يصل إلى درجة الفزع؛

- الشك والارتباك والتردد في اتخاذ القرارات؛

- يميل القلِق إلى توقع الشر والمصائب و يخاف من المستقبل الغامض كما يشعر أن أهدافه فارغة، وأن مساعيه تذهب سدى وقد يرتاب حتى في علاقاته مع الناس لأنه يهمل علاقاته العائلية والاجتماعية؛

- قد ترتبط حالة القلق بأفكار خاصة كتوهم المرض والإحساس بقرب النهاية والخوف من الموت، وهذا ما يؤدي إلى شرود الذهن، وضعف الذاكرة وكذا ضعف القدرة على العمل والإنتاج والإنجاز وسوء التوافق الاجتماعي والمهني. (زهران، 1987: 400).

6-2- الأعراض الفيزيولوجية:

يؤثر القلق سلبا على جسم الإنسان، إذ يؤدي إلى ظهور العديد من الاضطرابات أهمها:

- برودة الأطراف، تصبب العرق، فقدان الشهية، اضطرابات في النوم كالأرق أو النوم المتواصل وعدم الحصول على الإشباع الكافي رغم الساعات الطويلة التي يقضيها في النوم، الأحلام المزعجة، الكوابيس و التعب عند الاستيقاظ؛

- يشعر المريض بآلام عضلية فوق القلب والناحية اليسرى من الصدر مع سرعة دقات القلب، والإحساس بالنبضات في أجزاء مختلفة من الجسم وارتفاع ضغط الدم نتيجة الانفعال؛

- كما تظهر أعراض الجهاز الهضمي في عسر الهضم وجفاف الفم والحلق والقيء والإسهال، وبعض حالات الإمساك بالإضافة إلى آلام شديدة في البطن؛

- يؤثر القلق على الجهاز العصبي حيث يلاحظ لدى الشخص القلق ارتجاف الأطراف خصوصا الأيدي مع الشعور بالدوار والدوخة والصداع، ويسبب القلق زيادة إفراز الغدة الدرقية مما يؤدي إلى تضخمها وإلى البول السكري وزيادة إفراز هرمون الأدرينالين من الغدة

فوق الكظرية، إضافة إلى العديد من الأمراض الجلدية كالبهاق خاصة والبرص، حب الشباب...الخ.

يتبين من خلال هذا العرض أن القلق له تأثير سلبي على حياة الفرد باختلاف ميادينها، لذا فهو مجبر على علاج هذا الاضطراب بشتى الطرق نفسية كانت أو طبية.

7- التناولات النظرية في تفسير القلق:

إن تعدد واختلاف التحاليل حول مسببات القلق ومصادره، أدى إلى تعدد النظريات المفسرة، و فيما يلي سيتم التركيز على أهم التناولات النظرية من خلال عرض بعض المدارس النفسية.

7-1- نظرية التحليل النفسي:

لقد أرجع فرويد القلق في نظريته الأولى إلى كونه عملية منبثقة عن كبت الطاقة الجنسية نتيجة الحرمان الجنسي والعاطفي وعمليات الإحباط الجنسي التي يتعرض لها الفرد باستمرار، فتتحول هذه الغريزة فيما بعد إلى قلق بمختلف أشكاله، ويصبح الفرد في حالة ,هروب من مواجهة واقعه وقد يقوم ببعض وسائل الدفاع الأخرى التي هي عبارة عن نشر الأعراض العصابية المختلفة.

ونتيجة لما تعرضت له هذه النظرية من انتقادات من قبل بعض المحللين النفسانيين أمثال أوترنك Ottorank وهندرسون Henderson لما تحمله من تناقض. كونه يرى أن القلق رد فعل عام يحدث في الأنا لمواقف الكدر والخطر، كما يعتقد أن اللبيدو الذي يرفضه الأنا يتحول مباشرة إلى قلق عصابي، وهذا ما جعل فرويد يعدل نظريته حيث فرق بين نوعين من القلق : القلق العصابي الذي يرجع إلى مصادر غريزية، والقلق الموضوعي الذي يصدر عن الأنا نتيجة خطر حقيقي. (سيغموند فرويد، تر : نجاتي، 1985).

ومنه توصل فرويد إلى أن القلق ينبع من الصراع بين قوتين في النفس، قوة الغرائز التي يعبر عنها بالهو، والقوة المقابلة لها وهي قوة المعايير الأخلاقية والتي يعبر عنها "بالذات العليا" وفي هذه الحالة يكون الأنا هو موضوع الخطر و الاضطراب يسبب عجز

الأنـا تجـاه "الهـو" واتجـاه "الـذات العليـا" أي الشـخص نفسـه يشـعر بالضـعف والعجـز عـن التصرف السليم والتوافق مع الواقع الخارجي، نتيجة وقوعه تحت ضغط قوتين متصارعتين "الأنا الأعلى" و"الهو". (فهمي، بدون سنة : 202).

ويرى آدلر A .Adler أن القلق ترجع نشأته إلى طفولة الإنسان عند الشعور بالقصور الذي ينتج عنه عدم الشعور بالأمن، وهذا القصور يكون إما عضويا أو معنويا، فالعصاب حسب آدلر هو محاولة الفرد تحرير نفسه من الشعور بالنقص، وذلك لكي يشعر بالنجاح والتفوق على الآخرين. (g guén. G, 1997 : 96.).

7-1-1- نظرية كارن هورني Karen Horny:

ترى هورني (1937) أن القلق هو استجابة انفعالية لخطر موجه إلى مكونات الشخصية، حيث أن هذا الخطر يجب أن يهدد قيمة حيوية بالنسبة للفرد، في الوقت الذي يشعر فيه الفرد بالخطر الذي يهدد حياته ويهدد شعوره بالأمن ينشأ لديه صراع وتضطرب مكونات شخصيته وتفرق هرموني بين شيئين:

-القلق بوصفه مظهرا عصابيا؛

-الخوف الطبيعي أو السوي وهو شعور الإنسان بالعجز في مواجهة بعض الأخطار الفعلية القائمة مثل: المرض، الموت، قوى الطبيعة والأعداء.

وسمى هرموني القلق العصابي تسمية خاصة هي" القلق الأساسي " وتذهب إلى أنه ينشأ أساسا من الصراع بين اعتماد الطفل على والديه الذي يستوجب عليه احترامهما، وتمرده عليهما ورغبته في التحرر منهما نتيجة لما يصيبه منهما من مقاومات وإحباطات، ولكن الطفل لا يستطيع أن يحل هذا الصراع عن طريق العدوان لما يشعر به من اعتماده على والديه، ولما قد يترتب على تنفيذ العدوان عند حرمانه من عطفهما، وتؤدي هذه الحالة إلى الحد من تلقائية الفرد وإعطاء الضحية الشعور بالضياع وفقدان الإرادة والتعب. (فهمي، 1987 : 206).

7-1-2- نظرية أوتورانك Ottorank:

يذهب أوتورانك إلى أن الانفصال عن الألم خلال صدمة خروجه من رحمها هو أول صدمة يعيشها (صدمة الميلاد) و اعتبار قلق الخصاء بمثابة صدى لقلق الميلاد (الداهري العبيدي.1999).

فهو يرى أن انتقال الطفل من دفء الأم إلى البرودة الخارجية بمثابة الصدمة الأساسية التي تولد ردود أفعال غير مكيفة مع الحالة الحديثة التي تسيير في كل الجسم، والتي تولد استجابات القلق الطفلي. (سي موسي ، زوقار ،2002).

حسب أوتورانك صدمة الميلاد هي المصدر الأول للقلق الذي يشعر به الفرد في مقتبل حياته، وذلك على أساس التهديد بأنه انفصل عن مأوى الحب والأمن والطمأنينة، كما يرى أن العصابي هو إنسان اتكالي وغير ناضج انفعاليا. (Le Call A ;1980 :38).

7-2- نظرية العلاقات الإنسانية لسوليفان Sullivan:

حيث يرى أن الشخصية يمكن دراستها من خلال العلاقات الإنسانية المتبادلة، فالقلق يحدث نتيجة لأخطار حقيقية أو خيالية وهمية، تهدد شعور الفرد بالأمن، ويؤكد على أهمية العوامل الاجتماعية والنفسية والطبيعية التي تشكل تهديدا مباشرا أو غير مباشر لحياة الإنسان، وتؤدي إلى اضطراب علاقاته مع الآخرين، فتحدث ظاهرة القلق لديه. (.Lonscy S, 2000).

7-3- المدرسة السلوكية:

يرى السلوكيون أن القلق استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة، ثم تعميم الاستجابة بعد ذلك.

وحسب شافر ودوركس Shaffer et Durkks فإن القلق المرضي استجابة مكتسبة وقد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة، تتعمم بعدها الاستجابة المقلقة، فإسراف الوالدين في الحماية قد يعرض الأطفال للشعور بالخطر عندما يتعرضون لمواقف خارجية بعيدة عن مجال الأسرة كما أظهر أصحاب هذه المدرسة أهمية للعوامل الاستعدادية

أي للأخطاء في التركيب العضوي كاختلال في الأوعية الدموية أو في الجهاز الدوري أو القلب. (مصطفى فهمي، 1987: 205).

7-4- القلق من وجهة نظر لازاروس Lazarus. R,:

استعمل لازاروس (1991) مفهوم الذعر أو الفزع (Effroi) مع القلق ، والخوف والذعر يقترب من مفهوم الرعب (Panique) ويمثل حالة انفعالية تحدث نتيجة لخطر واقعي مباشر كضرر أو أذى جسدي مداهم، والذعر مثل القلق يتصف صاحبه بالحيرة، والخطر يكون دوما من المستقبل، لكن ما يجعل الذعر يختلف عن القلق هو قصر وقت الاستجابة أثناء مواجهة خطر مداهم مقارنة مع حالة القلق، فبالنسبة للازاروس الشخص القلق هو الذي لديه مشاعر النقص والإحساس بعدم الأهمية، ويعتبر القلق ضمن الانفعالات التي تنتج من جراء الإدراك الخاطئ للوضعيات من طرف الشخص مقارنة بالأهداف التي حددها لنفسه، وهو يعرف القلق على أنه "علاقة بين الفرد والمحيط الذي يتكيف معه، والذي يتجاوز قدراته ويهدد حياته الصحية والجسدية.

(Granziani. D, 2005 : 16-17).

7-5- المدرسة المعرفية:

يرى Ellis.A أن المعتقدات أو الأفكار اللاعقلانية يمكن أن تؤدي إلى حدوث القلق، ويرى أن الناس يتعلمون طرقا أو اتجاهات للتفكير حول أعمالهم هي التي تسبب لهم القلق.

حسب Ellis فإن حجم القلق يمكن أن يسببه الفرد لنفسه، وينشأ ويتزايد لو اعتقد أنه يجب أن يكون على درجة كبيرة من الكفاءة والمنافسة والإنجاز في كل شيء حتى يمكن أن نعتبره شخصا ذا أهمية ، ويمكن أن يتسبب الفرد لنفسه في القلق الاجتماعي أيضا وذلك لو اعتقد أنه من الضروري بالنسبة له أن يكون محبوبا من كل المحيطين به ، ومرضيا عنه عندهم.

أمّا بيك Beck. A فيرى أن مدى القلق الذي يشعر به الفرد يستدعي زيادة المنبهات ولذلك فأي حركة أو أصوات أو تغييرات في الوسط الذي نعيش فيه تتم ترجمتها إلى نوع من الخطر، حيث يخبر المريض أفكارا من الخطر المتوقع ويكون تفكير الفرد مشتتا ومشوها، ويرتبط تركيزه بمفهومه عن الخطر وعلامات هذا الخطر مما يفقده تحكمه الإرادي في المنبهات الخارجية، وهو الأمر الذي يؤدي به إلى زيادة القلق، إذ تعكس أفكار الفرد تقييمه للموقف وليس الموقف الفعلي، كما تثير استجاباته الانفعالية والسلوكية. (عادل عبد الله،2000: 191).

7-6- نظرية سبيلبرجر Spielberger:

تقوم نظرية سبيلبرجر Spielberger. C.D في القلق على أساس التمييز بين نوعين من القلق هما: قلق الحالة Anxiety- state، والقلق سمة Anxiety- trait ويشير سبيلبرجر إلى أن سمة القلق تمثل القلق العصابي أو القلق المزمن وحالة القلق تمثل القلق الموضوعي أو القلق الموقفي، وسمة القلق هي استعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي يجعل الفرد قلقا يعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية، بينما حالة القلق موقفية وتعتمد بصورة أساسية ومباشرة على الظروف الضاغطة.

وفي نظريته للضغوط يربط بين قلق الحالة والضغط ، ويعتبر أن الضغط الناتج عن ضاغط معين مسببا لحالة القلق وما يثبته في علاقة قلق الحالة بالضغط، يستبعده في علاقة القلق السمة أو القلق العصابي الناتج عن الخبر السابقة بالضغط حيث أن الفرد يكون من سمات شخصيته القلق أصلا.

ويهتم سبيلبرجر في الإطار المرجعي لنظريته بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة والتي تكون ضاغطة ،ويميز بين حالات القلق الناتجة عنها ويحدد العلاقة بينها وبين ميكانيزمات الدفاع التي تساعد على تجنب تلك النواحي الضاغطة، فالفرد في هذا الصدد يقدر الظروف الضاغطة التي أثارت حالة القلق لديه، ثم يستخدم الميكانيزمات الدفاعية

المناسبة لتخفيف الضغط، أو يستدعي سلوك التجنب الذي يسمح بالهرب من الموقف الضاغط. (Spielberger C. D, 1966 : 16).

وإذا كان سبيلبرجر قد اهتم بتحديد خصائص طبيعة المواقف الضاغطة التي تؤدي إلى مستويات مختلفة لحالة القلق فإنه لا يساوي بين المفهومين (الضغط–القلق)، ذلك لأن الضغط النفسي وقلق الحالة يوضحان الفروق بين خصائص القلق كرد فعل انفعالي والمثيرات التي تستدعي هذه الضغوط ، فالقلق كعملية انفعالية تشير إلى تتابع الاستجابات المعرفية السلوكية التي تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغط، وتبدأ هذه العملية بواسطة مثير خارجي ضاغط.

يميز أيضا بين مفهوم الضغط ومفهوم التهديد، فكلمة ضغط تشير إلى الاختلافات في الظروف والأحوال البيئية التي تتسم بدرجة ما من الخطر الموضوعي، أما كلمة تهديد فتشير إلى التقدير والتفسير الذاتي لموقف خاص على أنه خطير أو مخيف، بمعنى توقع الخطر أو إدراك ذاتي للخطر. (الرشيد، 1999: 53–54).

اختلفت تفسيرات القلق لأسبابه ومصدره وهذا بحسب اختلاف الأطر النظرية، كما سعت هذه النظريات إلى وضع مقاييس واختبارات لقياس درجات القلق بنوعيه: القلق حالة والقلق سمة.

8– أدوات قياس القلق:

من الأدوات التي استعملت ومازالت تستعمل لقياس القلق حالة والقلق سمة ما يلي:

–اختبار PF 16 لكاتل (1962) Catell، حيث يحتوي على 40 بندا موزعة على 5 عوامل: عدم الأمن، وتأنيب الضمير بالنسبة للقلق سمة، نقص الرقابة، التوتر و الانفعالية بالنسبة للقلق حالة.

–اختبار القلق سمة–حالة أو V BATE بوني (BONIS 1972) الذي يحتوي على قسمين، في كل قسم يوجد 37 بند، ويظهر هذا الاختبار في ثلاثة أبعاد (البعد النفسي، الجسدي، الخوف الخاص).

– La Cas (Concept Specific Anxiété Squale) لأوتين وقول Cole et (1972) Betting، يستعمل خاصة في البحوث وهو يميز الاستجابة الفيزيولوجية أو القلق حالة، والمزاج الدائم أو القلق سمة.

الاختبار الأكثر استعمالا والأكثر فعالية هو اختبار القلق سمة–حالة لسبيلبرجر (Spielberger et al, 1983) وترجم إلى الفرنسية من طرف شويتز (Paulhanet Bruchon Schweitzer 1993).(Ellipses. M , Nus. P,1999 : 134)

إضافة إلى وجود العديد من الاختبارات الأخرى التي لم نذكرها كالاختبارات الإسقاطية والمتمثلة في TAT واختبار الرورشاخ، وتعمل هذه الأدوات على الكشف عن درجة القلق التي يعاني منها الفرد لسبب ما، والأسباب المؤدية للقلق كثيرة ومتشعبة.

9- علاج القلق:

إن حالات القلق هي أكثر الأمراض انتشارا ويبدأ علاجها بمعرفة السبب المؤدي لحالة القلق، وذلك لتعدد مصادره وأسبابه، ويختلف علاج القلق حسب شخصية الفرد، شدة القلق وكذا وسائل العلاج المتاحة، ومن أهم الطرق العلاجية نجد:

9-1- العلاج النفسي:

يعمل المعالج على توثيق علاقته بمريضه حتى يتمكن هذا الأخير من الإفصاح والترويح عن نفسه والتنفيس عن مشاكله، ثم الكشف عن الصراعات المكبوتة من خلال سلسلة من اللقاءات والأحاديث وتفسير الأحلام، ثم محاولة إفهام المريض بأصل القلق الذي يعانيه، ودفعه للشفاء برفق وبالتشجيع والتوجيه والإيحاء غير المباشر(ماجدة عبيد، 2008، 196). و حسب تعبير فرويد يعاون المحلل النفسي مريضه في إحلال الحكم العقلي محل الكبت اللاشعوري.(صبرة، 2004: 106).

9-2- العلاج الاجتماعي:

يتم من خلال دراسة حياة المريض وظروفه المختلفة، وكذا تشخيص مصادر القلق إن وجد، ومن ثم العمل على التخلص منها بتغيير الوضع العائلي، أو المحيط الاجتماعي

أو ظـروف العمـل غيـر المناسـبة، وكـل مـا مـن شـأنه إثـارة آلامـه وانفعالاتـه. (ماجـدة عبيد،2008 : 198).

9-3- العلاج السلوكي والسلوكي المعرفي:

يتم بتدريب الفرد على بعض التقنيات السلوكية كالاسترخاء، مراقبة الذات، المذكرات اليوميـة، ، التـدريب علـى مهـارات التنظـيم الـذاتي لتعـديل السـلوك، إعـادة البنـاء المعرفـي، التدريب على إدارة القلق وغيرها.

وقدم جولد فرايد Gold Fried فنية جديدة يتم من خلالها تشجيع العملاء على إعادة تقييم رؤيتهم غير الواقعية لمواقف الحياة المختلفة، مما يساعدهم على التمييز بين تهديد حقيقي في البيئة وتهديد محسوس بشكل خاطئ على أنه خطر، فيدمج بين الاسترخاء والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في فنية أسماها إعادة البناء العقلاني. (عادل عبد الله، 2000: 220).

إذ يعتمد أسلوب العلاج العقلاني الانفعالي على تعديل الأفكار السلبية الخاطئة لدى الفرد ، باعتبار أن تلك الأفكار الخاطئة هي المسببة للاضطراب ، و مناقشتها منطقيا ثم العمل على إثبات أنها خاطئة(شقير ،2005).

9-4- العلاج الكميائي:

توصف الأدوية المستعملة لعلاج القلق من طرف طبيب مختص وتكون حسب الحالة وشدة القلق. ومن بين الأدوية التي تستعمل في مجال القلق نجد:

- الميبروبامات Meprobamet، هيدروكسيزين Hydroxizine وهي تستخدم لتهدئة القلق والاضطرابات الناجمة عن الأمراض الجسدية .

- كلورازيبات Chlorezepat وهو من أكثر المهدئات فعالية كمضاد للقلق، كما يستعمل في حالات الضغط المؤدي إلى إحداث اضطرابات جسمية (هضمية، قلبية...).

كما تستعمل المنومات لعلاج بعض حالات القلق ونجد منها لوفلازيبات Loflazepate.(النابلسي، 1994: 70).

يوجد كذلك البينزوديازيبين Benzodiazipine وهو يعطي نتائج ملاحظة وسريعة، هذا العلاج يستعمل خاصة في حالات القلق العام ويمكن علاجه ب (Lexanil)، (Pysanxia)، (Valium) ولكن مشكل الجرعة هنا يكون من الصعب تعديله ،حيث تبقى الجرعات مرتفعة. (Le guén . c ,1997 :128-129)

9-5- العلاج الأسري:

في بعض الأحيان تكون الأسرة هي المسبب في حدوث الاضطرابات و المشكلات النفسية لدى أفرادها ، نتيجة معاناة هذه الأسرة من اضطرابات متعددة يتأثر بها الجميع. ويعتمد هذا الأسلوب العلاجي على أهمية الأسرة كوحدة بالنسبة لنمو الشخصية والتوافق النفسي لأفرادها ،هدفه تحقيق التفاهم المتبادل بين أعضاء الأسرة الواحدة والتخلص من التوتر الانفعالي و حل الصراعات و كذا القلق الذي يعكر صفو الحياة الأسرية.

من بين مزايا هذا العلاج أنه يزيد من تقبل الفرد للآخرين و من تقبل الآخرين له، وهو ما يتيح لنمو العلاقات الاجتماعية وحل المشكلات ، و له تأثير نفسي حيث تنطلق الانفعالات و تقلل من مشاعر القلق (صبرة ،2004: 280).

ثانيا: قلق الموت.

تمهيد:

يعد القلق من أبرز الاضطرابات التي عانى منها الإنسان منذ القدم، نتيجة الجوع والمرض والعبودية و الحرمان والحروب ... وازداد انتشار هذا الاضطراب بمرور السنين وأصبح أكثر شيوعا بسبب ما نواجهه من تعقد حضاري وتغيرات اجتماعية وتطلعات إيديولوجية، وكثرة الصراعات وتعددها.

ويعد قلق الموت نوع من أنواع القلق العام والخوف من الموت يعتبر أمر شائع وعام لدى البشر، ورغم أن القلق حالة انفعالية غير سارة تتضمن الخوف من الموت، إلا أنه حقيقة ثابتة لا يمكن أن يرفضها العقل.

1- نبذة تاريخية عن قلق الموت:

ترجع جذور دراسة قلق الموت إلى اهتمام الديانات السماوية جميعها بموضوع الموت، لما له من أهمية مركزية لدى كل ديانة. فقد استخدم النوم على أنه شبيه طبيعي للموت، كما أعتبر اليونان القدامى النوم Hypnose على أنه أخ توأم للموت Thanatos.

أما اليهود السنيين فيشكرون الله عند استيقاظهم من النوم لأنه أعادهم للحياة مرة أخرى. أما القرآن الكريم صور النوم على أنه الوفاة الأولى للإنسان في الحياة ولكنها وفاة مؤقتة.

يقول الله سبحانه وتعالى: (الله يتوفى الأنف جي مؤثها و التي لم تمت في منامها فيمسك التي قضى عليها الموت و يزيل الأخرى إلى أجل مسمى (سورة الزمل، الآية: 42) وقد عبرت ملحمة جلجاميش للسومريين عام 3000 ق.م عن كل من الرغبة العميقة في النصر عن الموت والشك في أن السحر والمكر أو الفضيلة والقوة يمكن أن تحقق هذا الهدف. أما الحضارة المصرية القديمة فقد اهتمت بموضوع الموت إلى حد كبير باهتمام السيمياء alchimie أو الكيمياء السحرية في العصور الوسطى بأمرين أساسين هما إطالة العمر وتحويل المعادن إلى ذهب.

أما في القرن ال19 نشأت العلاقة بين التكنولوجيا و الموت من خلال تجارب الدكتور فرانكشتاين (Frank chitine). في وجود إمكانية إعطاء في وجود إمكانية إعطاء فرصة أخرى لحياة الشخص الذي يبدو أنه ميت، عن طريق التنبيه الجلفاني. (عبد الخالق، 1987: 39)

وعلى الرغم من أن علم النفس نشأ في أحضان التقاليد الاجتماعية والفلسفية حيث كان الموت مشكلة بارزة، فان العلم الجديد كانت لديه أولويات أخرى ليبحثها. مع ذلك ألف "فخنر"(Phikhne أحد مؤسسي علم النفس التجريبي كتابا عن الحياة والموت 1936، وكذا وليام دوركايم (Derkime) عن الانتحار، وفي عام 1901 قدم مشينكوف (Michinkove) مصطلح علم دراسة الموت و الاحتضار thanatologie إلى غاية 1970 حين أسست العديد من المجلات التي تهتم بالموت . النهاية: مجلة الموت والاحتضار"، "مجلة علم الموت والاحتضار"...وصولا إلى تطوير أدوات موضوعية لقياس الموت لاتمبلر (1967 (Tembler و نشره عام 1970 ثم ازدادت البحوث في العقدين الآخرين حول قلق الموت زيادة كبيرة.(عبد الخالق، 1987: 40)

2- تعريف قلق الموت:

اختلفت وتعددت آراء الباحثين حول مفهوم قلق الموت، فهناك عدة تعريفات نذكر منها: : تعريف أرنست بيكر Arneste Bikerm:"إن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها يمكن أن تصنف جميعا في إطار واحد هو الخوف من الموت" (عثمان، 2001: 74).

- تعريف تمبلر 1984Tembler :"حالة انفعالية غير سارة يعجل بها تأمل الفرد في وقته هو."

- تعريف هولتر 1979 Holter :"استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت." :

– يعرفه كارل يونجKarl Yong :"ان قلق الموت مصدر أساسي للبؤس العصابى خصوصا في النصف الثاني من الحياة." :

– ألفريد أدلر Alfred Adler :"المرض العقلي يتكون نتيجة لفشل في تجاوز الخوف من الموت."

– ستانلي هول Stanly Hol:"نوعا من الفوبيا أطلق عليها مخافة الموت."(عثمان،2001: 74): هو انفعال يتواجد في طيات الشعور ، وهو نوع وحيد من القلق حيث يعتبر اضطراب ميتافيزيقي لا يعالج. والشيء الوحيد الذي لا يمكن إخفاؤه هو أنه لا يعتبر قلق عادي، أو داء يمكن تشخيصه. بحيث يعد قلق الموت لا يعرف له موضعا لكن هو قلق على المستقبل في حد ذاته، أي قلق وحدث لا توجد للفرد أي سلطة عليه." (حنفى،1997: 179)

– أما عبد الخالق فهو يعتبر تعريف قلق الموت قد يعد مشكلة. لأنه لا يشير بشكل تقليدي إلى خوف محدد ولكنه نوع من القلق العام غير الهائم أو الطليق. يتركز حول موضوعات متصلة بالموت والاحتضار لدى الشخص أو ذويه ويرى انه يمكن نقد فكرة أن قلق الموت لا يشير إلى الخوف من الوحدة أو التقدم في العمر. الذي يؤثر فينا ونخشاه.كما توجد فروق فردية في الاستجابة لمقاييسه. (عبد الخالق ،1987: 38) .

في الأخير، ومن خلال التعاريف السابقة نستنتج تعريفا جامعا عن قلق الموت. هو نوع خاص من القلق العام، يشير إلى حالة انفعالية غير سارة تتضمن الخوف من القلق والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه. وهذه المخوف تؤدي إلى مشكلات في التكيف والى اضطرابات نفسية مصحوبة باستجابات فسيولوجية.

3– أنواع قلق الموت:

هناك نوعان من قلق الموت، يميز بينهما على أساس:

1– حدة قلق الموت.

2– شدة هيمنة فكرة الموت على تفكير الشخص وهما: قلق الموت المزمن وقلق الموت الحاد.

3-1- قلق الموت المزمن: وهو الذي تطول مدته وتزداد فيه معاناة المريض.

3-2- قلق الموت الحاد: تظهر فيه مجموعة أعراض تكون عنيفة ملحة، ولكن في زمن قصير وترتبط بخبرات كموت قريب أو مرض شديد. (فقيري،2015: 77-78)

4 مكونات قلق الموت:

حسب الفيلسوف "جاد شورون" فانه صنف ثلاثة مكونات للخوف من الموت:

1- الخوف من الاحتضار.

2- الخوف مما سيحدث بعد الموت.

3- الخوف من توقف الحياة. أما كافانو(Kavano) من خلال كتابه "مواجهة الموت" صرح بوضوح عن مكونات مخاوفه الشخصية نحو الموت وهي كالتالي:

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

أما البفتون (Lebeyton) فقد رأى أن قلق الموت يتركز حول مخاوف متمثلة في:

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

أما من الناحية السيكولوجية فقد ميز ليستر(Lester) بين أربع جوانب للخوف من الموت في بعدين لكل منهما قطبان : الموت/الاحتضار ، الذات الآخرين.

- الخوف من احتضار الذات.
- الخوف من الآخرين.
- الخوف من احتضار الآخرين. (عبد الخالق، 1987: 45-46)

5- أسباب قلق الموت:

هناك عدة عوامل تدفع الإنسان إلى قلقه من الموت، ولكل إنسان عوامل وأسباب خاصة به.

- شرلتز (Sharletz) يرجع أسباب قلق الموت إلى:

* الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار.

* الخوف من الإذلال نتيجة الألم الجسمي.

* الخوف من توقف السعي نحو الأهداف، إذ تقاس الحياة دوما بما حققه الإنسان.

* الخوف من تأثير الموت على أسرة الشخص وخاصة الأطفال.

* الخوف من العدم. (قواجلية،2013: 30).

- أما بيكر وبرونر (Brunner & Becker) فيران أن الخوف من الموت هو خوف فطري موروث يرجع إلى أسباب دنيوية مثل:

* كراهة الجثة وغرابتها.

* العدوى الاجتماعية للحزن.

* الاشمئزاز الحضاري.

* التفاعل العاطفي.

* الخوف من الصدمة.

* تخيل التحلل أو التعفن.(عبد الخالق، 1987: 193)

أما أسباب قلق الموت حسب دراسات أحمد عبد الخالق عند العرب التي أجراها في ثلاث بلدان عربية مصر والمملكة العربية السعودية ولبنان. والتي نجمعها في هذه النقاط باختصار:

- الخوف من الحساب والعقاب (العقاب الإلهي خاصة لدى المتدينين).
- الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار.
- الخوف من الإذلال نتيجة للآلام الجسدية.

- الخوف من العدم. الخوف من نهاية الحياة.
- الخوف على الأولاد والأسرة ومفارقة الناس.
- الخوف من طقوس الموت.
- عدم تحقيق الأهداف قبل الموت.
- قلة الإيمان.
- الخوف من ظلام القبر وعذابه.(عبد الخالق، 1987: 191-193).

6- أعراض قلق الموت:

هناك عدة أعراض لقلق الموت، نذكر منها:

6-1- أعراض بدنية:

تتمثل هذه الأعراض في:

- فقدان السيطرة على الذات والتوتر الزائد، والأحلام المزعجة.
- سرعة نبضات القلب أثناء الراحة مع نوبات العرق.
- غثيان أو اضطراب المعدة.
- دوخة وإغماء . (شيهان،1998: 35)

6-2- أعراض نفسية:

تتمثل الأعراض النفسية في:

- الاكتئاب والانفعال الزائد.
- عدم القدرة على التمييز.
- الهلع التلقائي واختلاط التفكير والعدوانية.
- سهولة توقع أشياء سلبية في الحياة.
- سرعة الغضب والهيجان.
- توتر الأعصاب والعزلة والانسحاب.
- انتظار لحظة الموت.

- الشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع. (شيهان، 1998: 35)

6-3- أعراض عصبية ونفس عصبية:

وتتمثل في:

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

6-4- أعراض تنفسية:

- اضطرابات تنفسية مع ضيق في التنفس.

6-5- اضطرابات بولية: وهي الاضطرابات الأكثر تواترا وتشكل للمريض مصدر إزعاج.

6-6- اضطرابات أخرى وأعراض عامة:

- اضطرابات البلع.
- اضطرابات هضمية (امساك ، قيئ) .
- تمزق الغشاء الفمي الرقيق. .
- تعب عام أو كلي. .
- جفاف الجسم.
- فقدان الشهية. (قواجلية،2013: 35)

7- النظريات المفسرة لقلق الموت:

7-1- النظرية المعرفية:

تعتبر الاضطرابات العصبية انعكاسا لأخطاء نسبية في الحكم، وبالتالي يعتبر قلق الموت سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي يكونها الفرد حول نفسه وكذا ما يصيبه من أمراض. وخروج هذه الأفكار عن حدود المنطق تكون بموجبها خطأ نسبيا، وبالتالي ليتم التخلص من الاضطرابات المعرفية، يجب إحداث تغيير بنيوي للأفكار بتزويد الفرد المصاب

بالاضـطرابات النفسـية المتمثلـة فـي قلـق المـوت بمفـاهيم معرفيـة جديـدة. (108 : 1984 ,fontaine؛ قواجلية،2013: 36)

7-2- النظرية السلوكية :

يركـز السـلوكيون علـى العامـل المـوقفي ولا يهتمـون بـالمعنى الرمـزي للعـرض فـي الاضطرابات السيكوسوماتية. ويعتبرون القلق بمثابة خوف من الألم أو الخطر. أو العقاب المحتمل حدوثه لكن غير مؤكد أن يحدث. ويرون أن القلق هو انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر. لكنه يختلف عن الخوف ويثيره موقف خطر مباشر ملائم أمام الفرد. . وقد يرتبط بالموت إذا زاد عن حده. ويبقى خوف محبوس لا يجد له مصرفا لأنه لا ينطلق في سلوك مناسب يستعيد الفرد من خلاله توازنه. والإنسان حين يشعر بانفعال قلق المـوت أو الخـوف أو الحـزن أو الغضـب؛ فـان هـذه التـأثيرات الانفعاليـة تصـاحبها تغيـرات واضـطرابات جسـدية فيزيولوجيـة قـد تكـون بالغـة الخطـورة. وإذا مـا تكـررت هـذه الانفعـالات وأصبحت الحالـة الانفعاليـة مزمنـة؛ ومن الواضـح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل ، قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصاحب الانفعال .(عزت، 1994: 15-26)

7-3- النظرية المعرفية السلوكية:

يرى اليس (Ellis) أن السلوك ينتج عن اعتقادات وأفكار الإنسان التي يكونها عن واقع الحياة التي يتعرض لها. فهو يعتبر الاضطرابات السيكولوجية الانفعالية للفرد كالاكتئاب والقلـق ذات صـلة وثيقـة بالأفكـار غيـر عقلانيـة. فاكتسـاب أفكـار لا منطقيـة اسـتنادا لـتعلم خـاطئ وغير منطقـي يطغـى علـى طريقـة تفكيره ويتسبب فـي اضـطرابات سلوكية، قد تظهر بأشكال مختلفة كالانفعالات كما هو الحال بالنسبة كذلك الانفعال قلق الموت.(14: 1983 ,Speillger؛ قواجلية،2013: 36)

7-4- نظرية الذات:

أمـا روجـرز (Rogers) فيعتقـد أن أي خبـرة يمـر بهـا الفـرد فـي حياتـه ولا تتفـق مـع تنظيم أو بناء ذاته، ستشكل تهديدا لـه. وكلما ازداد هذا التهديد ازداد جمود الذات مما يؤدي

إلى الشعور بالقلق. محاولا الإبقاء على صورة الذات متماسكة، وقلق الموت حسب روجرز ينشأ عند اضطراب تفكير الفرد، نتيجة تواتر الخبرات المؤلمة. (ضحى، محمود،2015: 361).

7-5- نظرية التحليل النفسي:

أما فريد (Freud) فانه يرى أن الغرائز تتجمع في غريزتين أساسيتين هما أساس الحياة النفسية عند الإنسان. وهما غريزة الموت وغريزة الحياة، وكلاهما تعمل نقيضا لعمل الأخرى؛ فغريزة الحياة تهدف إلى استمرار الحياة، أما غريزة الموت دافعها العدوان والتدمير والانتحار. فتتصارع غرائز الفرد وتهدده بفقد التحكم. وغرائز الموت تعمل في صمت، فحسب فريد فان غريزة الموت إذا ما اتجهت إلى الخارج بدت في صورة رغبة في العدوان والتدمير والكراهية، وإذا ما اتجهت إلى الداخل بدت في صورة قلق الموت. (مروة، سيد ، 2015: 27)

7-6- قلق الموت من منظور الدين الإسلامي:

يرى أحمد عبد القادر 1986 أن للموت حكمة وغاية كالحياة تماما. والتي تهدف إلى اختبار الإنسان وامتحانه في حياة أخرى باقية. يقول الله تعالى في محكم تنزيله : تبارك الذي بيده الملك وهو على كل شيء قدير الذي خلق الموت والحياة ليبلوكم أيكم أحسن عملا وهو العزيز الغفور و (الملك، الآية: 1-2) إن الموت قضاء الله وحكمته، والموت في الإسلام هو انتقال بين حياتين وليس نهاية المطاف. وإنما الآخرة هي دار المقام التي يكون فيها الخلود والدوام. المؤمن الصادق في إيمانه لا يخاف الموت لأنه يعلم أنه سينقله إلى نعيم الحياة الباقية وهو قادم لا ريب فيه. قول الله تعالى لنبيه الكريم محمد صلى الله عليه وسلم : (إنك ميت وإنهم ميتون) -الزمر، الآية:30. وقوله تعالى: (وما جعلنا لبشر من قبل الخلد أفإن مت فهم الخالدون كل نفس ذائقة الموت وتبلوم بالشر والخير فتنة وإلينا ترجعون) - الأنبياء، الآية: 34-35- وعلى ذلك فان الإيمان بالله تعالى وبالحياة الآخرة وبالبعث

والثواب والعقاب والجنة والنار، يجعل المؤمن لا يخشى الموت أو يخافه، ويجعل لحياته في الدنيا هدف ومعنى. (مروة،سيد ،2015: 30-31)

8- علاج قلق الموت:

عموما يستخدم في علاج قلق الموت ما يصلح لعلاج القلق بصفة عامة. كون قلق الموت نوع من أنواع القلق، ويعتبر العلاج السلوكي أنجح العلاجات للقلق بأنواعه المختلفة وأفضلها، لما يحققه من نسب عالية في الشفاء. وهذا ما توصلت إليه دراسة حديثة على طلاب يدرسون التمريض بهدف التعرف إلى نتائج العلاج السلوكي (تقليل الحساسية المنظم والتدريب على الاسترخاء في علاج قلق الموت المرتفع. وظهرت فعالية العلاج السلوكي ونجاحه بالمقارنة بالمجموعة التي لم تتلق علاجا، وهذا ما أكدته وجهة نظر تمبلر وزملائه القائلة بأن قلق الموت وحدة مرنة ومعرضة لتأثير الحوادث البيئية. ويمكن علاج قلق الموت المرتفع إذا كان عرضا مستقلا نسبيا ناتج عن خبرات بيئية غير مواتية بتقليل الحساسية المنظم. أما إذا كان مصاحبا أوليا لحالة مرضية أكثر شمولا كالإكتئاب أو عصاب القلق أو الوسواس القهري فيكون العلاج عرضيا Symptomatic بالعلاج السلوكي أو العقاقير أو العلاج الكهربائي التشنجي ، فقلق الموت المرتفع المصاحب للاكتئاب يمكن خفضه من خلال معالجة أعراض الاكتئاب. | كما يوجد بما يسمى علاج الحزن Grief Therapy الموجه لعلاج الشخص الذي فقد عضوا مهما في أسرته كالزوج أو الابن وغير ذلك.(عبد الخالق، 1987: 204-206).

العلاج بتقنية الاسترخاء تساعد على خفض القلق والتخلص من التوتر بصفة مؤقتة، من خلال توتير مجموعة من عضلات الجسم ثم ندعها تسترخي لعدة مرات. مما يساعد على ثبات البدن وارتخاء العضلات، والتنفس المنتظم...وهي طريقة مكملة وأحد طرق العلاج المذكورة سابقا كتقليل الحساسية المنظم . (ايزاك ؛وماركس،1998: 304-305).

استخدم الاسترخاء في الطب والعلاج وعلم النفس الإكلينيكي منذ فترة طويلة على يد الطبيب النفسي جيكبسون Jacobson سنة 1929 في كتابه المشهور" الاسترخاء

التصاعدي " (1-2-3) الذي قرر أن استخدام هذه الطرق يؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة لدى مرضى القلق، ويعرف بالمعنى العلمي بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر. ويجمع علماء العلاج النفسي والسلوكي اليوم على فائدة التدريب على الاسترخاء في تخفيض القلق وتطوير الصحة النفسية في الولايات المتحدة الأمريكية. وهناك العديد من المعالجين النفسانيين استخدموا أساليب وطوروها في الاسترخاء مثل جوزيف ولبي Josef Wolpe ونظريته الكاملة في العلاج النفسي التي تقوم على إرخاء العضلات إرخاء عميقا (إبراهيم، 1980: 103 ؛ 1994: 153-154).

خلاصة:

نال موضوع قلق الموت اهتمام العديد من العلماء بما فيهم علماء النفس من خلال العديد من الدراسات العربية والأجنبية، التي اهتمت بقلق الموت لما له من تأثير كبير في ظهور اضطرابات نفسية وفزيولوجية عند الفرد وهذا ما يجعله يعيش في معاناة وألم كبيرين. فقد تناولنا في هذا الفصل أولا القلق وتعريفه وأنواعه وأهم التوجهات النظرية المفسرة للقلق. ثانيا قلق الموت نبذة تاريخية عنه ، تعريفه وأنواعه ثم مكوناته وأسبابه وأعراضه وفي الأخير أهم النظريات المفسرة القلق الموت و علاجه.

وانطلاقا من هذا الفصل سنحاول اكتشاف في الفصل الموالي فصل الحمل والولادة، احتمالية معاناة المرأة المقبلة على الولادة من قلق الموت، لما تتخلله عملية الولادة من مخاطر ومضاعفات قد تؤدي إلى فقدان حياة المرأة الحامل.

.

الفصل الثالث:

الحمل والعملية القيصرية

أولا: الحمل

تمهيد:

فترة الحمل هي الفترة التكوينية الأولى في حياة الإنسان فيها يحدث انتقال الصفات الوراثية للطفل، وتعد البيئة الرحمية هي أول بيئة تحبط الإنسان بما تتضمن من تفاعلات وتغييرات. (حسونة، 2004، 107).

وتبدأ خلال هذه الفترة الرحلة السحرية للجنين وتحدث له عدة تطورات من نطفة إلى علقة إلى مضغة حتى آخر يوم من هذه المرحلة ليصبح كائنا كاملا يقول الله تعالى " ولقد خلقنا الإنسان من سلالة من طين (12) ثم خلقناه نطفة في قرار مكين (13) ثم خلقنا النطفة علقة فخلقنا العلقة مضغة فخلقنا المضغة عظاما فكسونا العظام لحما ثم أنشأناه خلقا أخر فتبارك الله أحسن الخالقين(14) [سورة المؤمنين الآيات 12، 13، 14]. وعلى الرغم من أن الحمل هو حدث فيزيولوجي طبيعي يحدث في كالكائنات الحية التي تتكاثر بنفس الطريقة، إلا انه في المرأة يحمل الكثير من الارتباطات والدلالات البيولوجية والنفسية والاجتماعية في استقبال المرأة لهذا الحدث وتقبلها أو رفضها، والتفاعل مع الجنين سلبا وإيجابا حتى لحظة الولادة. (المهدي، 2004 :49).

يحدث الحمل عدة تغييرات في المرأة مما يؤدي بها إلى الوقوع في عدة اضطرابات نفسية، اجتماعية وصحية، لذلك فهي ملزمة بالمتابعة الطبية والنفسية، تفاديا لمختلف المشاكل التي ستواجهها خلال هذه الفترة وحفاظا على سلامتها و سلامة جنينها، وهذا ما سيتم التطرق إليه في هذا القسم.

1-مفهوم الحمل:

يحدث الحمل بعد عملية الإخصاب، عندما يتحد حيوان منوي مع بويضة، وفي حين أن الرجل يفرز مئات الآلاف من الحيوانات المنوية في كل مرة، فإن واحدا منها يخترق جدار البويضة ويتمكن من إخصابها. ويتم الإخصاب في إحدى القناتين الفال وبيتين (القناة المتصلة بين الرحم والمبيض) وفي أغلب الأحيان في الأسبوع الثاني من بدء الطمث. وتبقى البويضة المخصبة في القناة الفالوبية حوالي عشرة أيام تأخذها بعدها في الهجرة للرحم حيث تلتصق بجدارها (حسونة، 2004: 107).

وإذا لم يحدث الإخصاب خلال رحلة هذه البويضة تحللت في الرحم بعد أيام قليلة وذهبت مع الدورة الحيية بالتالي لن يحدث الحمل.

فالحمل هو مرحلة التحولات الجسمية الفيزيولوجية التي تغير من جسم المرأة، تتحول من شهر لآخر لتساهم في نمو الجنين. (Larousse médicale ,2005 :451)

2-تشخيص الحمل:

يعتمد الطبيب على دلالات لتشخيص الحمل من بينها:

2-1- ملاحظات الحامل: وتتمثل في الأعراض المصاحبة للحمل والتي تشعر بها أية امرأة وقد يساهم هذا في قلب مزاجها.

2-2- الفحص الطبي: يلاحظ الطبيب تمدد الرحم وكبر حجمه بواسطة الكشف الطبي، الذي يجريه عن طريق اللمس "المهبلي" ولكل من أشهر الحمل هناك قياس معروف لحجم الرحم، والطريقة الثانية هي الإصغاء لنبضات الجنين إما بواسطة مسمع خاص يوضع فوق البطن، وتطبق الأذن فوقه، وإما بواسطة المتموجات ما فوق الصوتية التي أخذت تحل محل المسمع الخشبي البدائي، ويكون سماع نبضات قلب الجنين ابتداء من ثلاثة أشهر الأولى.

2-3- الفحص المخبري: يتم الفحص المخبري عن طريق إرسال كمية من البول إلى المخبر لإجراء التحاليل المخبرية اللازمة لاكتشاف الحمل، فهذا الإجراء ضروري بعد انقطاع الطمث، كما أنها تعتمد على نفس المبدأ تقريبا وهو قياس هرمون **HCG** في البول، وقد

أصبحت حاليا متوفرة في الصيدليات اختبارات الحمل إذ يمكن للمرأة استعمالها في حال تأخر الحيض ليوم واحد، فهي فعالة في تأكيد نتيجة الحمل.

2-4- التصوير الصوتي: يفضل جهاز الإيكوغرافي يتم الكشف عن وجود الحمل عند المرأة بالتصوير الصوتي في الأسابيع الأولى، وهو يعمل بطريقة المتموجات أو الذبذبات الصوتية (الفاخوري،1987: 24).

3- مظاهر الحمل التي تطرأ على المرأة الحامل:

تطرأ على المرأة الحامل مظاهر عديدة في البدايات الأولى للحمل وتستمر باستمراره، هذه المظاهر هي عبارة تغييرات واضطرابات نجد من بينها:

3-1 تغييرات فيزيولوجية:

3-1-1 زيادة الحجم: حيث تظهر الزيادة في حجم الرحم بسبب امتلائه وتطور الجنين في كل شهر، كما تحدث زيادة في حجم ثديين إذ تحس الحامل بتنميل فيهما والشعور بالألم.

وكذا زيادة في وزنها من 1 إلى 2 كلف في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، ويبقى في زيادة من 350 إلى 450 غ في الأسبوع في باقي شهور الحمل، وتبلغ زيادة في الوزن الطبيعي منذ بداية الحمل حوالي 12 كلف ويزيد على ذلك المرأة التي يكون وزنها أقل من الطبيعي عند بداية الحمل حوالي 10 كلف إذا كانت بدينة الجسم (مريم سليم ،2002 :119).

3-1-2 آلام الظهر: تنتج آلام الظهر غالبا من تعب الحامل ومن كثرة أعمالها المنزلية وقد ينتج هذا التعب بسبب كبر بطنها، ويحدث هذا خصوصا مع الحامل ذات العضلات الرخوة والبطن الكبير، وكذلك مع الحامل التي ترتدي أحذية ذات كعب طويل.

3-1-3 تكرار مرات التبول: إذ أن الحامل تشعر بحاجة ملحة للتبول مرات كثيرة، تفوق ما كانت تشعر به في الأيام العادية قبل الحمل، ويعود سبب ذلك إلى زيادة كمية الإدرار من الكليتين.

3-1-4 القيء أثناء الحمل: هو حالة طبيعية تنتج من التغيرات الهرمونية وما يتبعها من تغييرات كيميائية تحدث استثارة في مراكز القيء وهي غالبا لا تحتاج للعلاج، وإنما يكفي طمأنة الحامل بأنه شيء طبيعي، وتحدث هذه الحالة خلال الشهور الأولى من الحمل، أما في قليل من الأحيان فان القيء يستمر في الصباح والمساء وحتى بعد انتهاء الأشهر الأولى مما يؤدي إلى حالة من الجفاف وفقد الوزن وتغيير في التوازن الكيميائي في الجسم، وهذه الحالة تستدعي تدخل وعلاج طبي لأنها تؤثر على سلامة المرأة والجنين.

3-1-5 تشنج العضلات: يلاحَظ عند بعض الحوامل تشنجات في عضلاتهن في الفترة الأخيرة من الحمل وقد يحدث ذلك في عضلات الأرجل وعضلات البطن. وكذلك من بين التغييرات نجد: حكة الفرج، ضيق التنفس، الإمساك، آلام الأسنان،...الخ.

3-2 التغيرات الهرمونية: ونجد منها:

3-2-1 هرمون البروجسترون (Progesterone) والأستروجين (Estrogène): مما لا شك فيه أنه عندما تكون المرأة حاملا بالضرورة تنقطع العادة الشهرية عندها، لهذا فالهرمونيين: البروج سترون والاستروجين ضروريان جدا في الشهرين الأولين من الحمل لتوقيف عملية التبييض، حيث يساعدان على تغطية أجهزة وأعضاء جسد الجنين بالأنسجة والعضلات، وكذا مساعدة المشيمة كي تقوم بكامل دورها في المحافظة على الجنين وإمداده بكل ما يحتجه لأن هذه الأخيرة في الشهرين الأولين يكون نموها غير مكتمل تماما. كما أن للأس تروجين دور حيوي في تشكيل جسم المرأة وإعدادها للوظائف الأنثوية كالحمل والولادة، وكذا في نمو واستدارة الثديين والفخذين عندها والمحافظة على وظيفة الأغشية المهبلية والأنسجة المحيطة بها كالرحم والمثانة البولية، أما البروج سترون فتَنتج الغدة الكظرية كميات قليلة منه، وهو يحافظ على زيادة سماكة الغشاء المخاطي بعنق الرحم، وزيادة الدورة الدموية في الأوعية الدموية الموجودة بعنق الرحم، كما يقوم بتنبيه الغدة الثديية والأنسجة والقنوات الخاصة بها كي تكون قادرة على إفراز الحليب للقيام بعملية الإرضاع عند الولادة، ويحافظ على حيوية واستمرارية البطانة الرحمية بصورة جيدة للمحافظة على الجنين.

3-2-2 هرمون الجاندوتروبين الإنساني (Gandotropine): تقوم خلايا الطبقة الأروسية لكلس الخلية الجرثومية والمشيمة بإفراز هذا الهرمون بعد نهاية الشهر الثاني من الحمل، وذلك للحفاظ على الجنين. كما يوجد هذا الهرمون في بلازما الدم وفي بول المرأة لمروره عبر الكلى ليخرج قسم منه أثناء عملية التبول، ووجوده في بول المرأة بمثابة مؤشر على كون المرأة حاملا عند القيام بفحص بولها، أو فحص الدم لوجوده في بلازما الدم.

3-2-3 هرمون النمو: يفرز هذا الهرمون من قبل الفص الأمامي للغدة النخامية، يبدأ دوره في النمو الجسمي من الأسبوع الرابع للحمل، وهو يؤثر سلبا في النمو الجسمي للجنين إذا كان هناك نقص في إفرازه منذ الشهر الرابع للحمل، كما أن نقص في السنوات العمرية الأولى يؤدي إلى القوامة والى نقص في النمو العقلي أحيانا، أما زيادة إفرازه قبل البلوغ فإنه قد يتسبب في العملقة، إذ يظهر نماء زائد ينتج عنه طول في عظام الساقين والفخذين والساعدين وأصابع اليدين والقدمين (قاسم،2004: 86-88).

3-3 التغييرات النفسية:

تتخلل فترة الحمل عدة تغيرات انفعالية نجد من بينها:

3-3-1 ظهور القلق: قد يكون مصدر هذا القلق هو الخوف من عملية الوضع أو صعوبتها واحتمال وجود مضاعفات أثناء الولادة أو حتى بعدها (أبوجادو، 2007: 193).

كما أن هذه المخاوف التي تؤدي إلى زيادة القلق، قد تكون عن سابق تجربة كظروف حمل صعبة (إجهاض أو موت الجنين بعد الولادة مباشرة..الخ)، وقد يشعرن بالذنب بسبب تناولها للكحول قبل أسابيع من الإخصاب أو ينتابها القلق إذا تناولت أنواعا غير مأمونة من الأطعمة. (سليم مريم، 2002).

كما تتسبب الأحلام المزعجة والكوابيس في ظهور حالة من القلق. وتشير بعض الدراسات إلى أن الأم التي ترغب في الحمل و تقل مخاوفها منه تكون متوافقة أكثر من زميلتها التي تخاف الحمل ولا ترغب فيه، إلا أن الحمل لأول مرة قد يصاحبه في بعض الحالات القلق الذي يؤثر في صحة المرأة النفسية (زهران،2005: 135 -136).

3-3-2 بيكا pica: في هذه الحالة تأكل المرأة الحامل بعض المواد غير المعتادة مثل: الطين، الرمل، الطباشير.. و توجد هذه الحالة في بعض المجتمعات الفقيرة خاصة، و يوجد هذا الإضطراب أكثر عند الأطفال و حدوثه عند المرأة الحامل يعبر عن حالة نكوص (Régression) إلى مراحل النمو المبكرة.

3-3-3- الوحم: وهو اشتياق المرأة الحامل لبعض أنواع الأطعمة بالذات وعزوفها عن أخرى كأن تشتاق للعنب حتى في غير موسمه، كما أنها تعاف أطعمة أخرى فلا تأكلها أو تكره طعم مشروب أو رائحته.

3-3-4- الحمل الكاذب: هو حالة نادرة في بعض النساء العقيمات حيث تمر المرأة بفترة اشتياق طويلة للحمل، فتظهر أعراض الحمل عليها إذ ينتفخ بطنها وتنقطع الدورة الشهرية ويتضخم الثديين ويحدث غثيان في فترة الصباح من دون أن تكون حاملا (Sillamy ,2004 :124).

هذه الحالات تحتاج لمعالج نفسي و طبيب نسائي توليد حيث يتم عمل تحاليل للحمل وعرضه على المريضة بعدم وجود هذا الحمل، مع تدعيمها نفسيا، فتبدأ الأعراض الكاذبة في الاختفاء التدريجي، لكن يجب أن تبقى المساندة النفسية للمريضة وربطها بالواقع ومساعدتها على احتماله.

4- مراحل الحمل :

يمر الحمل بثلاثة مراحل تكمن فيما يلي:

4-1- مرحلة الزيغوت zygote:

تبدأ هذه المرحلة منذ حدوث الإخصاب وحتى نهاية الأسبوع الثاني من فترة الحمل (من 10 إلى 14 يوما)، تحدث عملية الإخصاب باتحاد خلية منوية من ذكر مع بويضة من الأنثى لتكوين خلية كاملة أولى ذات 46 كروموزوم يطلق عليها اسم الزيغوت (Zygote) والتي تحدث تغيير سريع في غشائها يمنع دخول بقية الحيوانات المنوية، يتم الإخصاب في الثلث الخارجي من قناة الفالوب، لتبدأ البويضة رحلة تمتد من ثلاثة إلى سبعة أيام باتجاه

الرحم لتستقر فيه، خلال هذا الوقت تبدأ بالتكاثر عن طريق الانقسام المضاعف إلى خليتين ثم أربعة ثم 16خلية، وتستمر بذلك الانقسامات الخلوية حتى تصل فترة التنظيم التي حتى الأسبوع الثامن مما يؤدي إلى تشكيل البرعم الجنيني المنتج للمضغة، التي تبقى كذلك حتى الشهر الثالث أين يتحول البرعم الجنيني إلى جنين (Bardo , Henri , 1999 : 19-20) ، هذه الخلايا تنفصل إلى طبقتين إحداهما داخلية وهي التي تشكل الجنين، أما الطبقة الثانية وهي الخارجية تتطور فيما بعد لتشكل المشيمة والحبل السري.

4-2- المرحلة الجنينية:

تبدأ من نهاية الأسبوع الثاني حتى نهاية الشهر الثاني، بعد أن يلتصق الزيوت في جدار الرحم ويصبح جنينا غير مخلق، فتبدأ عملية نمو سريعة باتجاه التخليق وتبدأ الأنسجة والأعضاء تتكون في طبقات الخلية الجنينية على النحو الثاني:

- **الطبقة الخارجية** (**Ectoderme**):

وهي الطبقة التي تكوّن الجهاز العصبي المركزي، والجهاز العصبي المحيطي، والأنسجة المبطنة للأذن، العين، الجيوب الأنفية، تجويف الفم،القناة الشرجية وخلايا الإحساس وبعض أجزاء الأسنان والجلد والأظافر.

-**الطبقة الوسطى:** (**Mésoderme**)

وهي الطبقة التي تكون الجهاز العضلي والجهاز العظمي والجهاز اللمفاوي والجهاز التناسلي و الأنسجة الذهنية و الطحال و الجهاز الدوري.

-**الطبقة الداخلية** (**Endoderme**) :

وهي الطبقة التي تكون الجهاز الهضمي والجهاز التنفسي، الجهاز البولي السفلي (قاسم، 2004). تكون فترة التأسيس في الشهر الثاني حيث يكون النمو سريعا جدا، يصل الطول إلى حوالي 04 سم، وتتضح الصفات الأساسية للجسم، تبدأ أصول الأطراف في الحركة البطيئة وفي الأسبوع الرابع والخامس يكتمل نمو القلب ويبدأ في العمل.

4-3- المرحلة الفيتوسية: (Fœtus) :

وهي مرحلة الجنين المكتمل، إذ تبدأ من نهاية الشهر الثاني وحتى الولادة تحدث خلالها عدة تغييرات وتحسن في تركيبات الجنين الرئيسية لأجزاء جسمه، كما تحدث تغييرات في الوظائف التي تؤديها هذه الأجزاء.

-**الشهر الثالث:** وزن الجنين حوالي 30غ، وطوله حوالي 08 سم وفي هذه المرحلة تتكون أظافر اليدين والرجلين، جفون العينين، الحبال الصوتية، الشفاه، الأنف، ويبقى الرأس اكبر حجما من جسمه إذ يبلغ حوالي ثلث طوله الكلي.

وتتحدد في هذه المرحلة الأعضاء التناسلية، إذ يمكن تمييز جنسه بسهولة ويصبح قادرا على التنفس وابتلاع السائل الامنيوسي، وتبدأ خلايا المعدة في الإفراز ويبدأ نشاط الكبد والكليتين.

-**الشهر الرابع:** يزداد نمو الأجزاء السفلى من الجسم، وتصبح نسبة الرأس الربع تقريبا إلى الجسم ويبلغ طول الجنين مابين 15-25 سم ووزنه حوالي 200غ تقريبا، كما تتطور المشيمة بشكل تام ويصبح الحبل السري بطول الجنين ويستمر في النمو معه.

-**الشهر الخامس:** يصبح وزن الجنين مابين 350-450غ وطوله 30 سم ويصبح لديه أوقات محددة للنوم والاستيقاظ، وله مكان مفضل في الرحم ويصبح أكثر نشاطا ويظهر ذلك خلال سلوك الركل أو التمدد أو التلوي ويمكن سماع دقات قلبه.

-**الشهر السادس:** تتباطأ نسبة النمو قليلا ويصبح طول الجنين حوالي 35 سم ووزنه 1000غ ويكتمل نمو العينين فيصبح الجنين قادرا على فتحها وإغماضها وتحريكها في جميع الاتجاهات ويستطيع استخدام يديه، إذا ولد الجنين في الفترة فان فرصة بقائه حيا محدودة جدا لان جهاز التنفسي مازال غير ناضج بما فيه الكفاية.

-**الشهر السابع:** يصبح طول الجنين حوالي 40 سم، ووزنه ما بين 1.4 و2.3 كلغ، تبدأ الخصيتان بالنزول من التجويف ألبطني إلى كيس الصفن، يستطيع الجنين في هذه الفترة

التنفس، البكاء، البلع ومص إصبعه وتكون فرصة بقائه على قيد الحياة جيدة بشرط أن يزن على الأقل 1500غ.

- **الشهر الثامن:** طوله مابين 45-50 سم ووزنه ما بين 2.25-3.40 كلف، يكتمل نمو الطبقة الشحمة التي تمكنه من التكيف مع درجات الحرارة المختلفة داخل الرحم، ويتخذ الجنين وضعية الولادة (الرأس أسفل الرحم في الحالات العادية).

- **الشهر التاسع:**يصل طوله في هذا الشهر الأخير من 50-55 سم ووزنه حوالي 3.4 كغ يختفي اللون الأحمر، ويحل محله اللون الزهري، يكتمل غوص الجنين في القناة الولادة في الأسبوعين الأخيرين من الحمل (خاصة في الحمل الأول) ويكون مستعدا للعيش خارج الرحم (أبو جاد، 2004: 184-188).

كما أن حركة الجنين تتباطأ خلال الأسبوعين الأخيرين قبل الولادة وسبب ذلك ضيق المكان لزيادة حجمه.

10- عملية الولادة:

تتم الولادة بخروج الجنين من الحياة داخل الرحم إلى العالم الخارجي مع خروج السائل الامنيوسي و الأغشية المحيطة به عبر ممر ضيق يبدأ بعنق الرحم و ينتهي بفتحة المهبل(الخوري، 1990:111)، وتحصل الولادة في تمام مدة الحمل مابين 270 و 280 يوما نتيجة لتسلسل حوادث ، حيث يقذف الرحم محصول الحمل إلى الخارج (كبة ، بدون سنة : 09).

أول ما يظهر من المولود رأسه و شعره و بعدها جسمه و هي الوضعية العادية للولادة، وغير هذه الوضعية تكون الولادة صعبة (فاطمة الزهراء ،2000)

وبعد الولادة تحدث تغييرات فيزيولوجية مثل انخفاض درجة الحرارة الجسم والإسهال حتى يستطيع الطفل التكيف مع العالم الخارجي دون أي مشاكل، كما أن المولود الجديد يستجيب للحرارة والجوع والعطش عن طريق أفعال منعكسة بسيطة (سليم مريم، 2002:113).

11- موقف المرأة من الحمل:

إن موقف المرأة اتجاه حملها يتأثر بشدة وبصورة طبيعية بمحيطها المباشر، والطريقة التي يعامل بها المجتمع المرأة الحامل تتعلق قبل كل شيء بالقيمة التي يوليها هذا المجتمع للأطفال (دوتش، تر، مصعب،2008:143).

ويتجلى موقف المرأة من حملها في:

6-1- مرغوبية الحمل:

إذ أن الحمل في بداية الزواج له فرحته الخاصة، واستقباله ليكون ايجابيا من طرف الزوج، الزوجة، أهل الزوج وأهل الزوجة.

ونفس الشيء بالنسبة للمرأة العقيم التي انتظرت حملها لسنوات عديدة، فهي تستقبل حملها بفرحة عارمة تنسى معها كل متاعبها، ظف إلى ذلك كلما كانت المرأة متقبلة لدورها الأنثوي وفخورة به، كلما كانت فرحة بالحمل ومتقبلة له وفخورة به، وهو ما يجعل فترة الحمل من اسعد فترات حياتها، وبقدر ما اعتبرت المرأة أن الحمل حدث فيزيولوجي طبيعي كسائر أنشطة الجسم ما كان تفاعلها مع هذا الحدث بكل بساطة. ولابد من التنويه إلى أن التخطيط للحمل وتوقع حدوثه يكون استقباله ايجابيا ومريحا.

6-2- عدم الرغبة في الحمل:

إن المرأة التي تعاني من كثرة العيال قد تصدم بخبر حملها الجديد، قد لا ترغب فيه نظرا لظروفها الصحية والاجتماعية أو النفسية، هذه الصدمة هي نتيجة فجائية الحمل والذي قد يقابل بالإنكار والرفض، وهو ما يؤثر على الجنين إذ انه يشعر برغبة الأم فيه أو عدم رغبتها، وذلك من خلال المواد الكيمائية التي تفرزها غدد الأم ونتيجة رفضها لحملها قد يرزق لديها طفل مضطرب نفسيا.

كما نجد نفس هذه المشاعر عند المرأة الكارهة لدورها الأنثوي (المسترجلة) فإنها تتأفف من الحمل وتعاني معاناة شديدة في كل مراحله، وهي كثيرة الشكوى من الأعراض الجسدية والنفسية طوال فترة الحمل، وهي تخجل من مظاهره وربما تخفي خبر الحمل لعدة

شهور. وفي بعض المجتمعات الأوروبية (المجتمعات المسيحية الآرية)، يشكل الحمل عبئا ثقيلا في الطبقات الدنيا، وينظر إليه على انه مصيبة، أما في الطبقات المحترمة فهو مسالة إزعاج وعدم رفاهية ومناسبة للإبعاد الزمني عن المشاركة في الحياة الاجتماعية وهذا الموقف قبل الولادة له تأثير على مشاعرها المستقبلية اتجاه وليدها. (دوتش، تر مصعب، 2008 : 19).

12- اتجاهات نحو المرأة الحامل:

7-1- اتجاهات الزوج:

وهي تتراوح بين القبول والرفض، فهو يشعر بالفخر أن زوجته أصبحت حاملا لان ذلك يؤكد رجولته وقدرته على الإنجاب وفي ذات الوقت يشعر بالذنب اتجاه زوجته التي تعاني متاعب الحمل وقد يشعر بالغضب أحيانا لان زوجته لم تصبح ملكا له وحده، بل انشغلت أكثر الوقت بحملها، كما يشعر بثقل المسؤولية حيث سيصبح أبا لطفل يحتاج للرعاية، فإذا كان الزوج على درجة كافية من النضج الانفعالي سيتجاوز هذه الفترة بشكل صحي وينمو معها، أما إذا كان غير ناضج فانه ربما يعاني بعض أعراض القلق أو الاكتئاب أو الغيرة أو بعض الأعراض النفس- جسمية.(المهدي، 2004:49-50)

7-2- اتجاهات الأطفال:

تتراوح بين الدهشة وحب الاستطلاع والغيرة والقلق، فهم يحاولون معرفة كيف نشا الجنين وكيف سيولد، والأم بدورها تكلمهم عن الحمل وتجيب عن أسئلتهم، وتشعرهم بحركة الجنين لأنه سيكون احد أفراد الأسرة، وقد تخالجهم مشاعر الغيرة إذ يبدأ هؤلاء الأطفال بالالتصاق بالأم، والبعض الآخر يصيبه النكوص 'Regression' فيبلل الفراش أو يشرب الحليب في الرضاعة (سليم مريم،2002 : 127-128)

7-3- اتجاهات المجتمع:

ترى بعض المجتمعات أن ولادة طفل جديد عبء اجتماعي واقتصادي لذلك تنظر إلى مشهد المرأة التي انتفخت بطنها بالسخرية والاشمئزاز. في حين نجد بعض المجتمعات

تنظر إلى المرأة الحامل على أنها إنسان جدير بالاحترام كما تقام الاحتفالات خصوصا إذا كان الحمل الأول. (دوتش، تر مصعب، 2008).

وكذلك بالنسبة للمجتمعات التي تعاني من نقص القوة البشرية، فهي تفرح بالمرأة الحامل وتعتبر الولادة عزوة وإضافة وقوة.

13- **العوامل المؤثرة على المرأة الحامل:**

تتأثر المرأة الحامل خلال فترة حملها بعدة عوامل قد تؤثر سلبا على صحتها النفسية والجسمية وهو ما يؤثر بدوره على سلامة جنينها.ومن بين هذه العوامل نجد:

8-1- التعاطي:

إن تعاطي الكوكايين أثناء الحمل يمثل أخطارا حقيقية، فبالإضافة إلى الإجهاض هناك التأخر العقلي الوزن القليل، تمزق الأمعاء...الخ وهو ما يضع الأم والطفل أمام خطر الموت، كما أن النساء اللائي يتعاطين المخدرات كالهروبين والموروفين يؤدي إلى اختناق الجنين وعند ولادته يكون حجمه اقل من الحجم الطبيعي، وفي حال توقف المرأة فجأة عن التعاطي أثناء الحمل فان الجنين يكون معرضا للموت، لذلك يجب أن تخضع للعلاج قبل الحمل، وإذا لم يحصل ذلك فان الطفل عند الولادة يكون بحاجة إلى علاج خاص بالمدمنين (سليم مريم،2002: 126).

8-2- الإدمان:

يعتبر التبغ من اكبر المواد ضررا على المرأة الحامل، وإذا كانت كثيرة التدخين فإنها تعرض بذلك حياتها وحياة جنينها للخطر أثناء فترة الحمل ومشاكل في عملية الولادة، كما أن التدخين يؤثر على تدفق الدم في المشيمة التي تمد الأكسجين للجنين. فضلا عن أن الإفراط في شرب الكحول والتدخين يؤدي إلى مشاكل صحية كعدم توازن السكر في الدم، والمعاناة أثناء فترة الحمل وعند الولادة. (الزغبي،2001:111). وفي حال إقلاعها عنه في فترة الحمل، فان هذا يؤدي بها إلى مجموعة من الاضطرابات النفسية خاصة منها التوتر، القلق، العصبية...الخ.

8-3- المشاكل الأسرية:

تتولد هذه المشاكل وتصبح عاملا يؤثر على المرأة الحامل خصوصا إذا كانت هذه الحامل تقطن مع أهل زوجها وهو ما يولد الصراع بينها وبين حماتها، فهناك من يرجع هذا الصراع إلى عدة عوامل أهمها الأنانية التي تثير بدورها الغيرة في نفس الحماة، والحقد والكراهية في نفس الكنة، فالأم التي قامت بتربية ابنها ورعايتها في طفولته وشبابه وولعت به، ترتاع حين ترى امرأة غريبة تنتزعه منها، هذا ما يثير في نفسها الشعور بالحسد ويدفعها هذا الحسد إلى التشاوف على كنتها، وإلزامها بالخضوع إلى أوامرها والتقيد بنواهيها، فهيمنة الحماة على الكنة واستكانة الكنة لهذه الهيمنة خصوصا إذا كانت ضعيفة الشخصية، هو ما يولد الحقد على الحماة، كما تعمل كل منهما على كيد الأخرى (الخوري،2008 : 241).

فهذا الصراع القائم بين الطرفين خصوصا إذا كانت الحماة لا تتفهم الكنة فإذا خلدت للنوم مثلا من جراء الحمل، قد يثير ذلك توتر عند الحماة فتاتي لمضايقتها كأن تأمرها بالطهي أو غسل شيء ما، هو ما يستثير المرأة الحامل ويضعها محل العديد من الاضطرابات حيث تصاب بنوبات من الغضب ويتعدى ذلك صحتها النفسية والجسمية، ليصل إلى جنينها.

8-4- مرض المرأة أثناء الحمل:

تتعرض المرأة أثناء حملها لبعض المشكلات الصحية التي قد تتسبب في مشكلات خطيرة على صحتها و صحة جنينها من بينها تسمم الحمل الذي قد يحدث في البداية ويسمى بتسمم الحمل المبكر، ومن أعراضه شدة القيء، أما إذا حدث في الفترة الأخيرة فيسمى بالتسمم المتأخر، كما تتعرض الحامل خلال الفترة الأخيرة من الحمل إلى التهابات الكلى والمجاري البولية، ويكون هذا الالتهاب على مستوى المثانة إذ تشعر بأوجاع كثيرة وشديدة أسفل ظهرها لجهة الكليتين ومن بين الأعراض المصاحبة نجد: ارتفاع درجة الحرارة، انتفاخ الأطراف، ارتفاع الضغط...الخ.

وقد تصاب الحامل بداء السكري بسبب زيادة كمية الأنسولين في دمها خلال فترة الحمل. ومن بين الأسباب السلوكية للإصابة بمرض السكري عدم الانتظام في تناول الطعام (العيسوي،2000: 267)، كما توجد أمراض أخرى كفقر الدم، الضغط الدموي...الخ.

8-5- خوف المرأة الحامل:

تخاف المرأة الحامل من الحمل وألم الولادة، وهذا الخوف هو حالة من التوتر والقلق النفسي الذي يصيبها إذا كانت حاملا للمرة الأولى كما تصيبها هذه المخاوف إن كانت عن سابق تجربة سلبية، من بين هذه المخاوف نجد:

8-5-1 الخوف من ألم الولادة:

تخاف المرأة الحامل مع اقتراب موعد الولادة من الألم، فهي تعتقد أن عملية الوضع جد مخيفة، وقد يحدث لها النزيف، خصوصا إذا كانت عن سابق تجربة كما أنها تخاف أن تصاب بالفوبيا عند وصولها إلى طاولة الولادة.

8-5-2 الخوف من الموت أثناء الوضع:

تتوقع المرأة الحامل حدوث بعض المخاطر أثناء عملية الوضع، لذا نجدها تشعر بالخطر، والخوف من الموت، قد يرجع سبب ذلك إلى مخاطر تعرضت إليها إحدى قريباتها وتتوقع أن يحدث لها نفس ما حدث للأخرى إذا كانت حاملا للمرة الأولى، وقد يرجع سبب ذلك الخوف لكون المرأة في حملها الأول تعرضت إلى نوبات شديدة كانت ستودي بحياتها أو أن سبب ذلك الخوف هو مرضها المزمن بداء السكري أو الضغط الدموي أو القلب أو غيره.

8-5-3 الخوف من التمزق:

قد تخاف المرأة المقبلة على الولادة من التمزق خصوصا إذا كانت عن سابق تجربة، هذه التجربة المؤلمة تزيد من حدة مخاوفها أنها ستتعرض في حملها الثاني إلى نفس ما تعرضت له سابقا، أما الحامل للمرة الأولى فهي تخاف بسبب ما تسمعه من زميلاتها اللائي تعرضن للتمزق أثناء عملية الولادة.

14- الرعاية النفسية للمرأة الحامل:

في الأصل تبدأ الرعاية النفسية قبل حدوث الحمل، حيث تتم مقابلة المرأة التي يحتمل أن تمر قريبا بفترة حمل ويناقش معها موقفها منه وتصوراتها عنه وظروف حياتها ، ثم إمدادها بمعلومات وافية عن الحمل ومتطلباته وتأثير الأدوية والحالة النفسية على الحمل وتأثير المنبهات من شاي وقهوة وكذا الكحوليات والتدخين، وفوائد الرياضة البدينة والغذاء المتوازن.

وبمجرد حدوث الحمل يبدأ تقييم المرأة الحامل من حيث موقفها منه وكل ذلك حدث بترتيب معين أم كان مفاجئا لها، وهل هي متقبلة أم رافضة لحملها، وما تأثيره ذلك على الجنين وما هو موقف الزوج منه، وما هو تأثير ذلك الحمل على اقتصاديات الأسرة وعلى علاقاتها الاجتماعية، وما هي متطلباته وكيف توازن المرأة الحامل بين احتياجات الحمل واحتياجات الزوج ومسؤوليات العمل، ويوضح لها تأثير الضغوط النفسية على صحة الجنين، وأن الضغط الزائد يمكنه أن يسبب إجهاضا متكررا دون سبب عضوي واضح أو قد يسبب ولادة قبل الأوان أو مضاعفات أخرى في الحمل والولادة وتقييم الحالة النفسية للحامل يعطي فرصة لمتابعتها بعد الولادة حتى لا تفاجأ باضطرابات نفسية شديدة بعد الولادة ربما تهدد سلامة الطفل والأم. (المهدي، 2004: 57).

10- المراقبة الطبية:

تقوم المرأة عند حدوث الحمل وفي كامل مساره بعدد من الزيارات وهي تدخل فيما يسمى بالرعاية المناسبة السابقة للولادة، هذه المراقبة هي عبارة عن فحوصات وتكون على النحو التالي:

10-1 المراقبة الطبية في الثلاثي الأول: من خلال هذا الفحص تقوم المرأة باستشارة طبيب خاص بأمراض النساء ويتم فيه استجوابها عما إذا كانت قد تعرضت للإجهاض أو علاج العقم هي وزوجها لفترة طويلة، لأنه في هذه الحالة يتم إعطاء عناية خاصة بالجنين ويتم معرفة وضعيتها الجسمية والنفسية.

10-2 المراقبة الطبية في الثلاثي الثاني: من خلال الفحوصات الطبية يتم التعرف على طول الرحم ووضعية الجنين إذا كانت طوليا أو عرضيا، إضافة إلى الكشف عن دقات قلب الجنين وترددها، فالتطبيق المنتظم للأشعة يسمح للمرأة الحامل بالحصول على الصورة الأولى وإن هي غير كاملة كما تتمكن من تكوين فكرة عن رضيعها في المستقبل. (Libovici, 1985).

وعند القيام بكل الفحوصات يبدأ الطبيب بإجراء تحاليل للبحث عن الغلوكوز والبروتين، كما يستلزم على المرأة الحامل القيام بفحص عن طريق تخطيط الصدى لمعرفة حالة الجنين إذا كان عاديا أم هناك خطر على صحة الأم أو الجنين أم هما معا.

والهدف من هذا الفحص هو متابعة نمو الجنين وتفادي التشوهات وتحديد عمر الجنين.

10-3 المراقبة الطبية في الثلاثي الثالث: تشمل هذه المراقبة الفحص العام والمكتمل للكشف عن كيفية الوضع، فبالنسبة للفحص العام يتضمن قياس الضغط الدموي والوزن والرحم، ومعرفة وضعية الجنين، وحجم وحوض الحامل وكمية السائل الأمنيوسي، إضافة إلى سماع دقات قلب الجنين، وحالة الأطراف واللمس المهبلي، وهناك فحص آخر يشمل تحاليل البول والدم والفحص عن طريق الصورة وهذا لمعرفة نمو الجنين وحالته.

والهدف من هذا الفحص هو تقدير حجم الجنين ووضعيته والتنبؤ بكيفية الوضع، هل ستكون عادية أو عسيرة أو قيصرية.

11- إرشادات عامة للمحافظة على سلامة الأم والجنين:

-الاعتدال في وجبات الطعام وضرورة تنوعها، عدم الإفراط في اللحوم وتجنب المخللات إذ أن الإفراط فيها يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم والتورم؛

- الإكثار من شرب اللبن (نصف لتر في الشهور الأولى ويزداد إلى لتر في الشهور الأخيرة، يكفي لتزويد الأم والجنين بكل حاجتهما من الكالسيوم)؛

- ممارسة بعض النشاط الرياضي الخفيف كالسير والتريض في الهواء الطلق، وتجنب الرياضة العنيفة كالسباحة وغيرها؛

-تجنب الإرهاق الشديد والتوتر النفسي فهما قد يؤديان للولادة المبكرة؛

- تجنب زيادة المرض بأمراض معدية أو الأنفلونزا خلال الشهور الأربعة الأولى للحمل؛

- تجنب تعاطي أي عقاقير مهدئة أو غيرها دون استشارة الطبيب؛

- تجنب الاستحمام بماء شديد الحرارة وخاصة إذا كان البانيو هو وسيلة الاستحمام؛

- تجنب الإمساك والإكثار من تناول الفاكهة والخضراوات؛

- الحرص على زيارة الطبيب بصفة منتظمة خاصة في الشهرين الأخيرين للتأكد من وضع المشيمة والجنين. (حسونة، 2004: 116-117).

خلاصة:

تم التعرض في هذا الفصل بشيء من التفصيل للحمل، مفهومه، تشخيصه، مراحله، مظاهره، والمراقبة الطبية لكل ثلاثي، كما تم تناول موقف المرأة من الحمل وكذا مختلف الاتجاهات من حمل المرأة، والعوامل المؤثرة عليها وعلى جنينها بالضرورة، كما تم التطرق إلى الرعاية النفسية للمرأة الحامل والتي تعد أمرا هاما وضروريا لسلامتها وسلامة جنينها، للوصول في الأخير إلى إعطاء بعض النصائح والإرشادات وهي بدورها تعمل على المحافظة على سلامة الأم والجنين معا. ومن خلال كل العناصر السابقة تبين أن المرأة خلال دخولها في هذا الحدث الجديد تضطرب، ويتقلب مزاجها وتتغير حياتها عما كانت عليه سابقا.

ثانيا: العملية القيصرية

تمهيد:

كل امرأة تطمح أن تلد بصورة تلقائية و طبيعية دون تدخل أي عامل للولادة و دون أي مشاكل يذكر، و لكن بعض حالات تكون الولادة لسبب أو لآخر عسيرة حيث لا سبيل للخلاص من ذلك إلا اللجوء إلى عملية توليد بمساعدة طبية، و يكون حلها العملية القيصرية لتسهيل أو مساعدة الأم على الولادة عندما تستحيل الولادة الطبيعية، و يلجأ الطبيب المولد إلى إحدى الطرق من الولادات حسب الحالات فلهذا علينا أن نحدد مفهوم العملية القيصرية، و ما هي الأسباب و الدواعي التي تدفع الطبيب المولد للجوء إلى هذا النوع من الولادات ؟

1- تاريخ العملية القيصرية :

إن العملية القيصرية جزء من الثقافة الإنسانية منذ أقدم العصور، فهناك حكايات في كل من الثقافات الغربية و غير الغربية عن هذه العملية.

كان اسكليوس و هو مؤسس طائفة الطب الديني المعروفة، قد أجتث من بطن أمه من قبل أبولو، ذلك وفقا للأسطورة الإغريقية، يظهر العديد من الإشارات على العملية القيصرية في التراث القديم للهندوس و المصريين و الإغريق والرومان و غيرهم من الأوربيين، تصور منقوشات صينية قديمة العملية مجراة لامرأة يبدوا و أنها حية.

ما يزال التاريخ القديم للعملية القيصرية يضع لثام الأسطورة حتى أن مصدر كلمة قيصرية» قد تعرف على مر الزمان، و يعتقد عموما أنه جاء من الولادة الجراحية «يوليوس قيصر» لكن يبدوا أن ذلك غير ممكن نظرا لما يعرف عن أمه "أوريليا" بأنها عاشت و شهدت فتح ابنها البريطاني، كانت العملية في ذلك الوقت تحرى فقط عندما تكون الأم متوفاة أو محتضرة و ذلك لإنقاذ الجنين في دولة ترغب بزيادة عدد سكانها، كان القانون الروماني القيصري يقضي بوجوب فتح جميع بطون النساء اللاتي يتحتم مصيرهن بالولادة، ومن هنا جاءت كلمة قيصرية، تتضمن الأصول اللاتينية الممكنة | الأخرى الفعل "caedare" و معناه "يقطع" والمصطلح "caesones" الذي يطلق على الأطفال المولودين بعد الوفاة بعمل جراحي.

عرف الإجراء بالعملية القيصرية "césarien operation" و ذلك حتى القرنين السادس والسابع عشر، وبدأ ذلك بالتغير منذ إصدار «جاك غيلايمو» لكتابه في القبالة في عام 1598 | حيث قدم مصطلح الشق « section » وأخذ هذا الأخير يحل محل «العملية» شيئا فشيئا.

وعلى الرغم مما سبق ذكره، توجد تقارير قديمة متفردة عن محاولات بطولية لإنقاذ حياة النساء، و بينما كان ينظر إلى العصور الوسطى على أنها فترة جمود للعلم وللطب، وساعدت بعض القصص عن العملية القيصرية بالفعل في إعطاء واستمرار آمال بالقدرة على إجراء العملية يوما ما، وربما تكون أول حادثة مدونة هي عن أم وطفلها عاشا بعد العملية القيصرية التي حدثت في سويسرا عام 1500 عندما أجرى جاكوب نوفر العملية لزوجته و كان يعمل في تعقيم إناث الخنازير، فبعد أيام من المخاض والمساعدة من قبل 13 قابلة لم تكن زوجته قادرة علة ولادة طفلها وفي النهاية حصل على إذن من السلطات المحلية بمحاولة إجراء القيصرية، وقد نحت الأم وولدت بعد ذلك خمسة أطفال بشكل طبيعي منهم توأمين، وقد عاش طفل القيصرية 77 عام وبما أن هذه الحادثة لم تدون إلا بعد مضي 82 عام على حدوثها فإن المؤرخين يشككون في صحتها.

اكتسب "نوفر" أيضا معرفة متواضعة بالتشريح بفضل عمله في تربية الحيوانات أن أحد أولى الخطوات في إجراء أي عمل جراحي هي فهم الأعضاء والأنسجة المعنية حيث يصور كتاب أندريا سفيزاليوس البارز في علم التشريح العام « De Corporis Humani Fobrica » بنية الجسم البشري، أصدر في عام 1543 أعضاء الأنثى التناسلية و البطنية الطبيعية.

منعت النساء في المجتمع الغربي من إجراء العمليات القيصرية حتى أواخر القرن التاسع عشر فقد كان يرفض ارتيادهن كليات الطب، لكن أول عملية قيصرية ناجحة مدونة في الإمبراطورية البريطانية أجريت من قبل امرأة فبين عامي 1815 و1821 أجريت "جيمس ميراندا ستيوارت باري" العملية وهي منكرة كرجل و تعمل كطبيب للجيش البريطاني في جنوب إفريقيا.

وفي الوقت الذي طبقت فيه باري التقنيات الجراحية الغربية، سجل رحالة القرن التاسع عشر في إفريقيا حالات عن سكان محليين يجرون العملية بنجاح وفق ممارستهم الطبية الخاصة، ففي عام 1879 شهد الرحالة البريطاني "فيلكين" عملية قيصرية أجراها أوغنديون، استخدم فيها المعالج خمر الموز لتخدير المرأة جزئيا والتنظيف يديه وبطنها قبل العمل الجراحي، وقد أجرى شقا على الخط الناصف واستخدم الكي لتقليل النزيف، وذلك الرحم لجعلها تنقبض وأغلق الشق البطني بإبرة حديدية وضمده بعجينة مصنوعة من الجذور، شفيت المريضة تماما واستنتج "فيلكين" بأن هذه التقنية ناضجة ومن الواضح أنهما استخدمت لزمن طويل (François piqute : Gynécologie édition du renouveau pédagogique - INC- 1970.).

2- العملية القيصرية:

2-1- تعاريف العملية القيصرية:

هي مشتقة من كلمة لاتينية Caedere و تعني القطع couper أو الشق (Le plus petit Larousse Edition 1946, librairie Larousse, paris, P93. أما من الناحية اللفظية فهي تنسب إلى قيصر الرومان أو jules césar الذي أنقذ امرأة مقبلة على الولادة و لم تتمكن من ذلك، فاستعمل هذه العملية لإنقاذ حياة الأم و الجنين معا. - هي عملية جراحية يتم فيها فتح الرحم لسحب الجنين بأمان و بسرعة. - تتم عن طريق إجراء فتحة في جدار الرحم و استخراج الجنين دون المرور عن طريق الجهاز التناسلي.

2-2- التعريف العلمي:

هي عملية جراحية تستعمل من أجل إخراج الطفل عن طريق فتح جدار البطن ثم جدار الرحم، و ذلك عندما تستحيل الولادة العادية (Le plus petit Larouse ;05) وهي تجرى لأسباب طبية محضر وتكون بعد عملية المخاض و يكون ذلك إما بشق عرضي أو طولي حسب الحالات، وتتم هذه العملية تحت عملية التخدير (إميل خليل بيدس: 1993م، ص:12)

3- أسباب القيام بالعملية القيصرية:

في بعض الأحيان تكون العملية الخيار الوحيد والآمن للأم والجنين كما في الحالات التالية:

- إنغراس المشيمة أسفل الرحم
- تكون المشيمة منزاحة مما يمنع خروج الجنين أثناء الولادة
- حدوث نزيف شديد أثناء الحمل
- نقص الأكسجين بالنسبة لصحة الجنين.
- عندما يتقدم الحبل السري رأس الجنين أثناء خروجه من الحوض.
- في حالة تعسر الولادة بالنسبة للمرأة .
- إذا كان مجيء الطفل بالمقعدة .
- إذا كانت الأم تعاني من ارتفاع شديد في ضغط الدم أو أمراض أخرى مزمنة كالداء السكري، الربو، القلب، القصور الكلوي...
- إذا كان الجنين ضعيف النمو أو صغير الحجم مما تؤثر الولادة الطبيعية على حياته.
- إذا كانت الأم لديها عمليات قيصرية سابقة
- تشوهات وراثية على مستوى الرحم، أو وجود أورام بالحوض.
- ضيق في عظام الحوض مما يؤدي إلى عدم توافقه مع الجنين.
- عدم اتساع عنق الرحم مع انقباضه.
- زيادة مدة الحمل أي تأخر الولادة أكثر من 42 أسبوع.
- عندما يكون الجنين وزنه كبير بقدر 4 كغ فإن هذا الوزن لا يوافق حجم الحوض مهما كان سواء كان عادي أو محدود.
- حمل التوائم خاصة إذا كان مجيء الأول ليس بالرأس.

4- أنواع العملية القيصرية:

هناك ثلاثة أنواع تكون فيها العملية وهي:

4-1- العملية القيصرية المبرمجة: la cesarienne programmée :

عندما تكون الأم الحامل على دراية بأن ولادتها يتم بفضل هذه العملية حيث إجراءها بأسبوعين قبل الولادة المتوقعة وبهذه الطريقة يكون الطبيب النسائي تأكد بأن الجنين قد اكتمل نموه، وهذا راجع لأسباب مثلا يكون الممر ضيق لخروج الجنين أو تشوهات على مستوى الرحم.

4-2- العملية المحتملة ب (سهلة): la césarienne dite "facile"

في هذه الحالة الولادة الطبيعية ممكنة و لكنها أكثر صعوبة على خلاف المرأة التي تلد بهذه الطريقة لهذا تستعمل العملية القيصرية لأنها تكون أسهل، والحالات التي تستعمل فيها كحالات تقوم المقعدة أو أثارها على الرحم ناتجة عن عملية قيصرية سابقة.

4-3- العملية القيصرية الإستعجالية ب (الغير متوقعة): la césarienne imprévue |

تكون عاجلة لإنقاذ حياة الأم والجنين معا وتقرر أثناء الولادة أمام ظهور المفاجئ لبعض الحالات: وجود مشاكل صحية مفاجئة لدى الأم الجنين أو نزيف شديد معاناة الجنين (نقص 02)، وتوقف تمدد الرحم رغم التقلصات الفعالة، التوجه الغير منسجم للجنين (وضعية عرضية) أو تقدم الحبل السري لرأس الجنين أثناء خروجه عبر الحوض.

5- مخاطر العملية القيصرية:

تعتبر العملية القيصرية آمنة لكل من الأم والجنين، ولكن بشكل عام، كأي عملية جراحية فلا بد أن يكون هناك بعض المخاطر وأهمها:

- النزيف الشديد أثناء العملية
- التهاب الجرح بعد الولادة
- حدوث تختر أو تجلطات في الأوعية الدموية الموجودة بالأطراف السفلية

– قد يصحب العملية الجراحية القيصرية إصابة أعضاء حيوية أخرى مثل: الجهاز الهضمي أو البولي لأن الرحم يقع بينهما.

– تمزق الرحم إثر الحمل الثاني

– رضوض وجروح الجنين

– ألم ما بعد الولادة خاصة في الجرح و انزعاج في البطن لفترة لا تقل عن أسابيع بعد الجراحة.

– التهاب مجرى البول عند تركيب أنبوب رفيع أو قسطرة أثناء العملية لتفريغ المثانة (www.leading-medicine-guide.com)

6– خطوات إجراء العملية القيصرية:

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

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

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

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

–إخراج الطفل.

– إخراج المشيمة.

– يقوم الجراح بإقفال الفتحات و خياطتها .

– يوضع للأم ميل في المثانة و مصل في أحد أوردة اليد

(صبحى عمران شلس: أسس إجراءات العملية الجراحية، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائرية، بدون طبعة، ص: 309–310,).

ماذا تتطلب بعد العملية القيصرية؟ شروط العمل القيصري (سعيد المعوي: دليل الحامل الطبي، المكتبة العصرية، بيروت، ط1، سنة (1990).

– يبقى الميل للمثانة لمدة 24 ساعة ثم يسحب.

– يمنع الطعام والشراب حتى تعود الأمعاء إلى حركتها الطبيعة وفي هذا الوقت تتغذي الأم بمحاليل وريدية .

– ترتاح الأم في السرير راحة تامة لمدة 24 ساعة ثم تبدأ بالمشي والحركة في اليوم الأول بعد العملية، لأن ذلك يساعدها كثيرا ويمنع الالتهابات، الرؤية وجلطة الرجل.

– التنفس بشكل عميق ومحاولة إخراج المواد المخاطية من المجاري الهوائية عن طريق السعال من حين لآخر.

– تنزع الخيوط الجراحية بعد أسبوع من إجراء العملية.

– الامتناع عن حمل الأشياء الثقيلة لمدة شهر بعد العملية. في أمراض النساء و التوليد قبل وبعد العملية

7– دور الطبيب المختص القيصرية:

7–1– دور المختص النسائي قبل العملية القيصرية:

يأخذ هذا الدور بأهمية خاصة بمساعدة الأخصائي النفسي و تتلخص هذه الأهمية في: هيئة المرأة نفسيا قبل إجراء العملية القيصرية وتتم عن طريق الشرح لما سوف تقدم عليه وأهمية ذلك لأنه لا يوجد حل آخر لإنقاذ الأم وجنينها يعمل على تخليصها من التوتر والقلق وهنا تصبح مستعدة للقيام بهذه العملية وهذا ما يساعدها على التقليل من ظهور الأعراض الجانبية عن التخدير فالطبيب المخدر عندما يجدها مستعدة على ذلك يقوم بالتنقيص من جرعة التخدير وهي تكفيها لتقوم بفعاليتها حتى لا يصل المخدر إلى الجنين ولا يحدث أي إعاقة متوقعة من ذلك (رياض أحمد النابلسي: الجراحة و العلاج النفسي "حالة المريض للطباعة والنشر، بيروت، 1988، ص:58).

7–2– دور المختص النسائي أثناء و بعد العملية القيصرية:

يتمثل دور المختص النسائي أثناء و بعد الجراحة في أن يأخذ بعين الاعتبار بعض العوامل منها النزيف الشديد أثناء العملية و لذلك يتم تحضير الدم من المتبرعين قبل العملية

الجراحية لأخذ الحيطة كما يحذر عند القيام بالعملية القيصرية من عدم تمزق أو جرح المثانة البولية، و الحذر من حدوث المضاعفات الناتجة عن التخدير.

خلاصة:

العملية القيصرية من الأمور التي خصصت للمرأة تكريما لها و إنقاذا لروحها حتى ذهب البعض في الثقافات الأجنبية إلى عبادها في نظرهم هي التي تخلق الإنسان.

كما أن للولادة القيصرية أعباء، مما يدخل المرأة في دوامة من الاضطرابات النفسية و تصبح عرضة البعض السمات النفسية نظرا للطابع الجراحي الإجباري الذي تأخذ هذه الولادة .

.

الفصل الرابع

الدراسة الميدانية وإجراءاتها

أولا: منهج البحث

1-تعريف المنهج:

2-تعريف المنهج الاكلينيكي

ثانيا: الدراسة التطبيقية

1-مجالات الدراسة

2- عينة الدراسة التطبيقية

3-ادوات البحث

أولا: منهج البحث

1-تعريف المنهج:

هو الطريق المؤدي الى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة التي تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل الى نتيجة معلومة (بدر، 1996: 34).

2-تعريف المنهج الاكلينيكي:

لكل دراسة عملية منهج يتماشى مع موضوع الدراسة وذلك قصد التوصل الى الاجابة عن الاشكالية المطروحة وبالتالي نفي او تاكيد الغرضيات المقترحة في البحث، ونظرا لطبيعة اشكاليتنا المطروحة تبين انه من المناسب استخدام المنهج الاكلينيكي وهو احد المناهج الرئيسية في مجال الدراسات النفسية، والذي يقوم على اسلوب دراسة الحالة منفردة في خصائصها وبنائها الديناميكي التفاعلي. ذلك ان الهدف من بحثنا هو البحث عن احتمالية معاناة المرأة المقبلة على العملية القيصرية من قلق الموت، لذلك كان لابد من ملاحظتين واجراء مقابلات معهن، وتطبيق مقياس قلق الموت عليهن فهذا ما يساعد الباحث على معرفة السير النفسي للفرد، كما ان الاعتماد على المنهج الاكلينيكي يسمح بفهم شخصية الفرد وتقديم المساعدة اليه.

يعرف "موريس كلان Morisse Klane" المنهج الاكلينيكي " بانه الطريقة التي تنظر الى السلوك من المنظور الخاص فهي تحاول الكشف عن مكنون الفرد، والطريقة التي يشعر بها ويسلك من خلالها موقف وهذا بكل ثقة"(ياسين، 1981: 349).

ثانيا: الدراسة التطبيقية

لقد لجأنا مباشرة إلى الدراسة التطبيقية الأساسية دون اللجوء إلى الدراسة الاستطلاعية لسببين:

- الأول يرجع إلى ضيق الوقت
- الثاني بسبب الأوضاع الصحية التي تمر بها البلاد والمتمثلة في جائحة كورونا (كوفيد19)

1-مجالات الدراسة:

مكان الدراسة: تمت الدراسة في مستشفى سليمان عميرات بالمسيلة التي تقع في وسط مدينة المسيلة.

زمان الدراسة: اجريت الدراسة الميدانية في الفترة الممتدة من اواخر شهر اوت الى 15سبتمبر 2020.

2- عينة الدراسة التطبيقية:

اعتمدت دراستنا الميدانية على اربع حالات تتمثل في نساء حوامل في الاشهر الاخيرة من الحمل والمقبلات على الولادة بالعمليات القيصرية، وتتراوح اعمارهم ما بين 24-40سنة.

مواصفات وخصائص عينة الدراسة التطبيقية

جدول رقم 02: خصائص ومواصفات عينة الدراسة الاساسية

الحالة	الاسم	السن	عدد مرات الولادة بالعملية القيصرية	السوابق المرضية	نوع الولادة
الاولى	عائشة	38 سنة	01	داء السكري	قيصرية
الثانية	حليمة، ف	26 سنة	01	لاتوجد	قيصرية
الثالثة	رشيدة، ج	30 سنة	/	لاتوجد	قيصرية
الرابعة	بسمة، س	24 سنة	/	ارتفاع ضغط الدم والكولسترول والربو	قيصرية

يوضح الجدول مواصفات وخصائص عينة الدراسة، تتمثل في اربعة حوامل تتراوح اعمارهم ما بين 24-40 سنة.

3-ادوات البحث

3-1- الملاحظة: هي المشاهدة والمراقبة الدقيقة في السلوك او ظاهرة معينة، وتسجيل الملاحظات اول باول، والحصول على معلومات عن السلوك في المواقف الطبيعية.

3-2- المقابلة: هي مجموعة من الاساتذة والاستفسارات والايضاحات التي يتطلب الاجابة عليها والتعقيب عليها وجها لوجه بين الباحث والاشخاص المعنيين بالبحث او عينة ممثلة لهم.

3-2-1- انواع المقابلات:

تتنوع المقابلات وتصنف على اساس الهدف الذي تسعى لتحقيقه، وتختلف هذه الانواع اما في شكلها او موضوعها او مجالها، الا انه يمكن تصنيفها على النحو التالي:

-من حيث وظيفتها والغرض منها (المقابلة المسحية، المقابلة التشخيصية، المقابلة العلاجية، المقابلة التوجيهية او الارشادية).

-من حيث عدد المبحوثين (المقابلة الفردية، المقابلة الجماعية).

-من حيث درجة المرونة في موقف المقابلة (المقابلة المغلقة، المقابلة المفتوحة،صابر، وخفاجة، 2002، 135).

ومن وجهتنا فقد تم الاستعانة في بحثنا هذا علة نوع المقابلات التالية:

من حيث الهدف:

المقابلة التشخيصية: وهي مقابلة تستخدم في مجال الطب النفسي لتشخيص الحالات وهي تهدف الى فهم المشكلة من خلال تقصي اسبابها من خلال معرفة العوامل المؤثرة في الشخصية وملاحظة السلوك الحالي.

من حيث عدد المبحوثين:

المقابلة الفردية: وهي تجري بين الباحث وبين شخص واحد من المبحوثين، تعتبر موقفا خاصا، حيث يشعر المبحوث بالحرية في التعبير عن نفسه، تعبيرا كاملا وصادقا (صابر، وخفاجة، 2002، 135-136)

من حيث درجة المرونة في موقف المقابلة:

المقابلة المغلقة: تكون فيها الاجابات محدودة والاختيارت ايضا مثل: نعم او لا.

المقابلة المفتوحة: غير المقيدة او غير المقنعة، يقوم فيها الباحث بطرح اسئلة على المستجيب دون ان يكون هناك هناك تحديدا للاجابة يمتاز هذا النوع من المقابلات بوفرة المعلومات والبيانات التي يحصل عليها الباحث ولكن يؤخذ عليها عدم امكانية تصنيف البيانات المجمعة (الرفاعي، 2009، 205).

3-2- مقياس قلق الموت

3-2-1 تعريف المقياس:

هي عبارة عن استبيان يحتوي على قائمة من الأسئلة تسمح بجمع البيانات الخاصة بقلق الموت، وضع هذا المقياس من طرف الأمريكي "جونالد تمبلر "Donald Tembler" وتم ترجمته إلى عدة لغات منها اللغة العربية والاسبانية واستخدم في عدة بحوث وأجريت على عينات متفاوتة الأعمار من 16 إلى 85 سنة من ثقافات مختلفة، كما بحث ارتباطه بعدد كبير من المتغيرات، وأكدت الأدلة العديدة ثباته وصدقة كما ان البيانات المعيارية متاحة له اكثر من اي مقياس اخر، تم عرض وتطبيق هذا الاختبار لاول مرة سنة 1970 (عبد الخالق، 1987، 68).

3-2-2 الخصائص السيكومترية للمقياس

احتوى الاختبار بداية على 40 بندا، تم اختبارها على اساس منطقي وكانت متصلة بجوانب تعكس مدى واسع من الخبرات المتلقة بقلق الموت، وهي عملية الاحتضار والموت بوصفه خقيقة مطلقة، ثم مر المقياس بمراحل متتابعة حتى وصل الى 15بندا، ليصل الى صورته النهائية، يحتوي المقياس على 09 بنود تصحح بـ: "نعم" و06 بنود تصحح بـ "لا"، واتضح بان جهة الاستجابة للموافقة تستوعب قدرا قليلا من التباين في هذا المقياس وقيمت هذه الوجهة بمقياس "كوش كيستون" الذي يعتبر افضل مقياس مختصر، حيث يتكون من 15 بندا لوجهة الاستجابة بالموافقة وقد اوضحت دراسة "تمبلر" عدم وجود ارتباط جوهري بينهما وبين مقياس وجهة الاستجابة المتعلقة بالجاذبية الاجتماعية كما تقاس بمقياس "مالو كراون" (قواجلية، 2013، 63).

3-2-3 ثبات الاختبار:

ترجم احمد محمد عبد الخالق مقياس قلق الموت الى اللغة العربية، وطبقه باللغة العربية والانجليزية معا مع ععينة من طلاب مصريين بقسم اللغة الانجليزية بحيث وصل معامل الارتباط بين الصورتين العربية والانجليزية الى 0.87 بالنسبة للذكور و الاناث

(ن=43) وهذا حسب ثبات اعادة الاختبار بالصورة العربية، وكان الفاصل الزمني بين الاختبار واعادته اسبوعا واحدا في حين وصل معامل الارتباط بين الصورتين الى 0.70 بالنسبة للذكور (ن=44) وبالنسبة للاناث (ن=56) وتعد جميع هذه المعاملات مرتفعة (قواجلية، 2013، 63).

3-2-4 صدق الاختبار:

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

3-2-5 طريقة تطبيق وتصحيح الاختبار:

يمكن تطبيق مقياس "تمبلر" فردي او جماعي، تحتوي كراسة المقياس على اسم المفحوص (الرمز) والسن والتعليمية التي توضح طريقة الاجابة وتتمثل في:

- اذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (ص)
- إذا كانت العبارة خاطئة أولا تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (خ)
- تسجل إجابات المفحوص على الكراسة ذاتها، ويطلب من المفحوص قراءة التعليمة لإزالة الغموض أو سوء الفهم، وعموما لا يقوم الفاحص بتحديد مدة نتهاء الإختبار مع مراعاة أن لا تطول مدته بشكل مبالغ فيه.

يشمل هذا المقياس على 15 بند ، 09منها تصحح بنعم و06 تصحح بلا، ويكون التنقيط بإعطائه:

*نقطة 01: للبنود التي تصحح بـ(ص) وأجاب عليها المفحوص بصحيح.

*نقطة 01: للبنود التي تصحح بـ(خ) وأجاب عليها المفحوص بخطأ.

*صفر 0: للبنود التي تصحح بـ(ص) وأجاب عليها المفحوص بخطأ.

*صفر 0: للبنود التي تصحح بـ(خ) وأجاب عليها المفحوص بصحيح. (قواجلية، 2013، ص67)

الجدول رقم 03: يوضح سلم مقياس قلق الموت لدونالد تيمبلر

البنود التي تصحح بـ(ص)	1	4	8	9	10	11	12	13	14
البنود التي تصحح بـ(خ)	2	3	5	6	7	15	-	-	-

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

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

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

الدرجة التي تتراوح ما بين (7-8) تشير إلى وجود قلق موت متوسط.

الدرجة التي تتراوح ما بين (9-15) تشير إلى وجود قلق موت مرتفع. (قواجلية، 2013، ص67)

الفصل الخامس:

عرض وتحليل ومناقشة نتائج البحث

1-دراسة الحالة الأولى

2-دراسة الحالة الثانية

3-دراسة الحالة الثالثة

4-دراسة الحالة الرابعة

الاستنتاج العام ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

1-دراسة الحالة الاولى:

1-1-تقديم الحالة الاولى

الاسم واللقب: عائشة. ف

السن:38 سنة

المهنة:استاذة

المستوى الدراسي: جامعي

الحالة الاجتماعية: متوسط

عدد الأولاد: 01

السوابق المرضية: داء السكري

نوع الولادة: قيصرية

مدة الحمل: 09اشهر

جدول رقم (04) يوضح المقابلات العيادية للحالة الاولى

	المقابلة الاولى	المقابلة الثانية	المقابلة الثالثة	المقابلة الرابعة
تاريخ اجراء المقابلة	2020/09/01	2020/09/02	2020/09/03	2020/09/05
المكان	جناح الحمل ذو الخطورة	جناح الحمل ذو الخطورة	جناح الحمل ذو الخطورة	جناح الحمل ذو الخطورة
المدة	30 دقيقة	40 دقيقة	35 دقيقة	40 دقيقة
الهدف	التعرف على الحالة وجمع البيانات الاولية وخلق جو من الثقة بين الطرفين	طرح الاسئلة على الحالة مع الملاحظة وجمع المعلومات	الاستمرار في جمع المعلومات من خلال الملاحظة وتصريحات الحالة	الاستمرار في جمع المعلومات من خلال الملاحظة وتصريحات الحالة مع تطبيق مقياس قلق الموت عليها

يوضح لنا الجدول تواريخ اجراء المقابلات مع الحالة الاولى التي تمثلت في اربع مقابلات اجريت في الجناح الخاص بالنساء الحوامل المعرضات للخطر، كون ان الحالة استقرت في المستشفى مدة طويلة قاربت الشهر ونظرا لوضعها الصحي الحرج، وانفعالاتها المتكررة.

وخوفا على صحتها وصحة جنينها اجريت المقابلات الاربعة في اربعة ايام مختلفة، وكل مقابلة كان لها هدف معين.

1-2-ملخص المقابلات للحالة الاولى:

السيدة عائشة متزوجة تبلغ من العمر 38 سنة بشوشة، مهنتها استاذة ذات مستوى علمي جامعي، من عائلة ميسورة الحال، جد متعلقة بوالدتها ووالدها، تزوجت سنة2011، حيث تلقت دعما واهتماما من طرف الزوج والعائلة وام لطفل بكرحيث انجبته بعملة قيصرية، بسبب ضيق الحوض، حاليا حامل في شهرها التاسع بذكر، ونوعية الولادة المرتقبة ولادة قيصرية، وتعاني هذه الحالة من داء السكري. وقد تم اراء المقابلات في الجناح الخاص بالنساء الحوامل المعرضات للخطر.

بما ان طول فترة مكوثها في المصلحة كان بسبب حالتها الصحية المتدهورة وسمح لي باجراء عدت مقابلات معها.

تعرف الحالة خوف وقلق شديدين من عملية الولادة القيصرية،نظرا لتجربتها السابقة وكون لديها خوف من الموت بدرجة كبيرة، خاصة انه سبق ان فقدت العديد من الاقارب والاحباء ماتوا في هذا المستشفى، بما فيهم عمتها التي كانت بالنسبة لها امها الثانية وسماعها المتكرر بقصص الحوامل التي توفين اثناء القيام بالعملية القيصرية وايضا الى مرضها المزمن التي تعاني منه بالاضافة الى خوفها من جائحة كورونا (كوفيد-19).

1-3-تحليل المقابلات على الحالة الاولى:

من خلال المقابلات مع الحالة وملاحظاتي لي لها، ابدت الحالة، ارتياحا وسرورا كبيرين في اول لقائي معها، حيث ظهر عليها بوضوح معاناتها من كبت آلامها،وتخوفها الشديد من القيام بالعملية القيصرية وذلك بقولها "ربي جابك هذي شحال وانا نحوس على واحد نفرغلوا قلبي، راني مغمومة" حيث كانت يديها ترتجفان وصوتها مرتعش مع اصفرار وجهها، وهذا ما اكدته على خوفها الشديد من العملية القيصرية حيث صرحت قائلة: "متصورتش كيفاش راح يخرج مني بنادم غادي يقتلني منين يخرج" والحالة تخاف من الولادة القيصرية كون انها جربتها حيث انها تعاني من احلام وكوابيس تراودها فقد اتضح لي ان الحالة تعاني من كبت واضح لمخاوفها والتي تجسدت في احلامها لقولها:"نحلم بمنامات تخوف، نحلم بلي ولدي راح يزيدمشوه ولا معوق، على خاطر عموا معوق وهذي لي مخوفتني ومانيش قادرة نقولها لحتي واحد، ديما نتخيل في منامي بلي راح نموت انا ولدي" وهنا انفعلت الحالة وذرفت دموعها مبدية قلق شديد،مما يعني ان الحالة خائفة ايضا على صحة جنينها وهي تنزعج كثيرا من تواجدها داخل المستشفى وهذا ما يؤكد مؤة اخرى قلقها من الموت بسبب خبراتها السابقة لانها تعتقد ان من تعرفهم خاصة عمتها بمجرد دخولهم للمستشفى وقاعة العمليات فقدوا حياتهم.

كما بدى لي ان الحالة متأثرة بما تداولته وزسائل الاعلام في الاونة الاخيرة من اخبار عن وفاة النساء الحوامل اثر اصابتهم بفيروس كورونا وان مناعتهم ضعيفة اتجاه الفيروسمما زادة خوفها لقولها: "تفرجت في التلفزيون على بزاف نساء ماتوا بفيروس كورونا،مالا قلت صايي غادي يصرالي كيفهم ونموت وزيد انا فيا السكر وهذي لي مقلقتني وخالعتني اكثر"واضافت قائلة: "شفتي الطبيبة لي ماتت وهي حامل مسكينة خلات بنتها الصغيرة غاضتني بالبزاف" وفي كل مرة اكدت الحالة على قلقها من الموت من خلال اقوالها انها تخاف من ترك ابنها وحيدا، لذا تفضل حياتها على حياة الجنين، وحين سألتها عن مدى

قدرتها على الجلوس في الغرفة او مكان مات فيه احد، اتضح خوفها الشديد من خلال ملامح وجهها وارتعاش جسمها رعشة مفاجئة، قائلة: "والوا منقدرش خلاص بلاك نموت كيفهم" وهذه المخاوف انعكست في احلامها، مما يؤكد على كبتها، فالحالة تعاني من تكرار الاحلام المزعجة عن الاموات. وهكذا استمرت الحالة في تكرار تصريحاتها عن خوفها الشديد عن الموت اثناء العملية القيصرية، بسبب اهمال القابلات والاطباء وعدم ثقتها بهم قائلة: "نخاف من القابلات، خاطر يخوفوا بزاف ويبقاو يعيطوا بزاف" كما تنتاب الحالة افكار سلبية تراودها طيلة فترة الحمل، تتمثل في خوفها من العملية القيصرية وكذلك من ولادة طفلها مشوها.

1-4-عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت للحالة الاولى:

جدول رقم (05): يوضح نتائج مقياس قلق الموت للحالة الاولى

اخاف كثيرا من الموت	ص	
نادرا تخطر لي فكرة الموت		خ
لا يزعجني الاخرون عندما يتكلمون عن الموت		خ
اخاف ان تجرى لي عملية جراحية	ص	
لا اخاف اطلاقا من الموت		خ
لا اخاف بشكل خاص من الاصابة بالرصاص		خ
لا يزعجني اطلاقا التفكير في الموت		خ
اتضايق كثيرا من مرور الوقت	ص	
اخشى ان اموت موتا مؤلما	ص	
ان موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي	ص	
اخشى فعلا ان تصيبني بسكتة قلبية		خ
كثيرا ما افكركم قصيرة هذه الحياة فعلا	ص	
اقشعر عندما اسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة	ص	
يزعجني منظر جسد ميت	ص	
ارى ان المستقبل يحمل شيئا يخيفني	ص	

بعد تطبيق اختبار قلق الموت على الحالة لقياس درجة حدته، اتضح انها تحصلت على مجموع يساوي 13 درجة وهي تعتبر مرتفعة حيث تنحصر بين الدرجة (9_15) وهي اعلى درجة يمكن الحصول عليها في المقياس، التي تدل على وجود قلق الموت جد مرتفع لدي الحالة رغم انها حاولت كبته واخفاءه على ذويها وعائلتها وبالتالي اكدت لي ان نتيجة الاختبار على ما لاحظته واستنتجته في المقابلات على انها تعاني الحالة من خوف شديد من الموت من خلال تصريحاتها المتكررة، وتوترها وتاثرها وانفعالاتها الواضحة على ملامحها.

1-5-التحليل العام للحالة الاولى:

من خلال الملاحظة والمقابلة العيادية مع تطبيق مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر، وجدت ان المفحوصة تعاني من ارتفاع في درجة قلق الموت بشكل واضح، والذي ظهر جليا من خلال افكارها واقوالها التي عكست دور خبراتها المؤلمة والسلبية السابقة عن موت عمتها التي تعتبرها بمثابة والدتها. بالاضافة الى افكارها المسبقة عن النساء الحوامل الذين توفين بسبب الاصابة بفيروس كورونا، فحسب روجرز ينشأ قلق الموت عند اضطراب تفكير الفرد،نتيجة تواتر خبرات مؤلمة.(ضحى، محمود، 2015: 361)

مدى معانات الحالة النفسية وقلقها الشديد من آلام وصعوبة العملية القيصرية التي ستؤدي الى فقدان حياتها، في قولها: "تخاف من الوجع ونخاف من الموت" فالسلوكيون يعتبرون القلق بمثابة خوف من الالم او الخطر والقلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي الى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصاحب الانفعال.(عزت، 1994: 15-26).

وفعلا فالحالة "عائشة، ف" كثيرا ما تنفعل ويظهر عليها سلوكات واعراض دالةو على القلق وقلق الموت كالارتجاف والبكاء والتوتر وحتى الاحلام المزعجة، وهذا ما ذكره "Ellis" ان اكتساب افكار لامنظقية استنادا لتعلم خاطئ وغير منطقي يطغى على طريقة تفكيره ويتسبب في اضطرابات سلوكية، قد تظهر باشكال مختلفة كالانفعالات كما الحال

بالنسبة كذلك لانفعال القلق الموت(Speillger, 1985:14) من اعراض قلق الموت فقدان السيطرة على الذات والتوتر الزائد والاحلام المزعجة.(شيهان، 1998:35) وخوف الحالة من ترك ابنها يتيما، والخوف من فقدان الذات اكثر من فقدان جنينها في قولها: "نخاف نموت وانا داخل غرفة العمليات،نخاف نموت ونخلي ولدي، كلمة الموت متعلقة بولدي راح نخليه يتيم من بعدي" فحسب Sharletz ترجع اسباب قلق الموت الى الخوف من تاثير الموت على اسرة الشخص وخاصة الاطفال.

والخوف من المعاناة والآلام عند الاحتضار والخوف من الاذلال نتيجة الالم الجسدي. الخوف من توقف السعي نحو الاهداف، اذ تقاس الحياة دوما بما حققه الانسان. (قواجلية، 2013: 2000)، وهذا ما صرحت به الحالة عند قولها: "نقول الصوالح لي راح نديرهم غادي نموت ونخليهم والطريق لي نفوت منها اليوم ماغاديش نعاود نفوت عليها" فبالرغم ان الحالة سبق وانجبت، الا ان خوفها من الموت اثناء القيام بالعميلية القيصرية ازداد وارتفع فولادتها الاولى كانت قيصرية فهي تعتقد سابقا ان اجراء اي عملية جراحية تؤدي الى الموت. مما يعني ان تعدد الولادات زاد من قلقها من الموت. وكذلك الحالة متخوفة في ظل الظروف الصحية الراهنة في ظل تفشي جائحة كورونا وشكوكها المستمرة حول تعرضها للاصابة بفيروس كورونا والاهمال الطبي الذي قد يحدث. ففرويد يعتقد ان الشخص القلق يتوقع الشر دائما، ويبدوا دائما متشائما، وهو يتشكك في كل امر محيط به ويخشى ان يصيبه منه ضرر(فرويد،1989: 13).

بالتالي فان تقييمي للحالة انطلاقا من النتائج المتحصل عليها من المقابلة والملاحظات العامة ونتائج مقياس الموت التي بينت ارتفاع في درجات قلق الموت، بحيث تعاني الحالة من الخوف الشديد منة فقدان حياتها اثناء العملية القيصرية التي تخشاها كثيرا وقلقها زاد مع تجربتها السابقة بها وظهر من خلال تصريحاتها والاعراض الفيزيولوجية

والنفسية المصاحبة والدالة علة هذا القلق كالانفعال والتوتر والبكاء والاحلام المزعجة في كل مرة.

2-دراسة الحالة الثانية:

2-1-تقديم الحالة الثانية

الاسم واللقب: حليمة. ب

السن: 26 سنة

المهنة: مكاثة في البيت

المستوى الدراسي: 9 اساسي

الحالة الاجتماعية: متوسط

عدد الاولاد: 01

السوابق المرضية: لا توجد

نوع الولادة: قيصرية

مدة الحمل: 09 اشهر

جدول رقم 06: يوضح المقابلات العيادية للحالة الثانية

	المقابلة الاولى	المقابلة الثانية	المقابلة الثالثة	المقابلة الرابعة
تاريخ اجراء المقابلة	2020/09/06	2020/09/07	2020/09/08	2020/09/09
المكان	جناح الحمل ذو الخطورة	جناح الحمل ذو الخطورة	جناح الحمل ذو الخطورة	جناح الحمل ذو الخطورة
المدة	30 دقيقة	40 دقيقة	35 دقيقة	40 دقيقة
الهدف	التعرف على الحالة وجمع البيانات الاولية وخلق جو من الثقة بين الطرفين	طرح الاسئلة على الحالة مع الملاحظة وجمع المعلومات	الاستمرار في جمع المعلومات من خلال الملاحظة وتصريحات الحالة	الاستمرار في جمع المعلومات من خلال الملاحظة وتصريحات الحالة مع تطبيق مقياس قلق الموت عليها

2-2-ملخص المقابلات للحالة الثانية

السيدة حليمة تبلغ من العمر 26 سنة، ما قبل الاخيرة في ترتيب اخوتها من اسرة متكونة من اب يبلغ من العمر 62 سنة وام تبلغ من العمر 49 سنة، مستواها الدراسي السنة التاسعة اساسي، وماكثة في البيت، متزوجة منذ 5 سنوات وزوجها عمره حاليا 33 سنة هو من اقاربها يعمل كموظف في احدى الشركات العمومية، وهي ام لبنت، اما المستوى الاجتماعي للحالة لا بأس به.

فتتميز الحالة ببشرة بيضاء ممتلئة الجسم متوسطة القامة ذات شعر اسود وعيناها بنياتان كما ان مظهرها الخارجي نظيف ومرتب وتبدو الحالة انها مهتمة بأناقتها، وققد تم اجراء مقابلات في الجناح الخاص بالنساء الحوامل المعرضات للخطر.

2-3-تحليل المقابلات الحالة الثانية:

حيث ان اول مقابلة مع الحالة كان من اجل كسب الثقة والتعريف بدوري في المصلحة وذلك من اجل بناء علاقة مع الحالة فتحدثت الحالة عن اهتمام الفريق الطبي بها وذلك لانها لم تتلق اي معوقات وهذا راجع الى معرفتها بالفريق الطبي على حد قولها: "من كانت عندي المعريفة تتهلاو فيا" وتجدر الاشارة ان سبب اقبالها على العملية القيصرية هي وضعية الجنين حيث قالت: "الطفل مجاش بالراس" وتطرقت الحالة الى السوابق المرضية لها وتوضح انها لا تعاني من اي مرض يذكر الا انها ذكرت بان فترة الوحم كانت فترة صعبة جدا مقارنة مع الحمل الاول حيث قالت: "كررهت الدار وراجلي بزاف" اضافة انها كانتت تعاني من زكام حاد في فترة الحمل مما ادى الى قلقها باصابتها فيرووس كورونا فزاد توترها وخوفها من الموت نظرا ان مناعة المرأة الحامل ضعيفة ضد فيروس كورونا وتمت معالجته بطرق تقليدية فتقول: "كي ضربني الريح كنت ندير تيزانات برك مع لعسل والقارص" وكانت تعاني من مخاوف الولادة في بداية الحمل علما ان ولادتها الاولى كانت قيصرية لكن عند اقتراب موعد الولادة الشهر الثامن ذهبت عند الطبيب المختص اكد لها ان

ولادتها تتم بالعملية القيصرية ومنذ ذلك الوقت انشغلت الحالة على صحتها وزادت مخاوفها نظرا ان اختها ولدت بالعملية القيصرية حييث ذكرت الحالة قائلة: "اختي شافت لمرار بعينيها".

كما تحدثت الحالة عن علاقتها بوالديها فقالت انها على علاقة جيدة معهم ولكنها تمييل الى الاب اكثر من الام.

كما تحدثت الحالة عن عائلة الزوج التي هي من اقاربها وعلاقتها مع زوجها مضطربة بكثرة الشجار وان ردت فعل زوجها حول قيام العملية نوعا ما بالبرودة كما جاء على لسانها "هو علاه يحوس عليا هو المهم دا ولدوا لخاطرش كان يحوس على طفل" وهنا تظهر الحالة نوعا من العدوانية اتجاه زوجها اضافة الى الصراع الذي تعاني منه بسبب نتاقضها حول الانجاب مرة اخرى فهي تقول: "منزيدش نولد عندي بنت وطفل بزاف عليا"، مرة اخرى "بلاك مع الوقت يلا نسيت الضربة".

كما ان الحالة استعملت آلية الكبت حيث انها لم تعبر عن قلقها الذي تعاني منه جراء اقبالها على العملية لفظيا بل عبرت عنه بايماءات الوجه والصمت من حين الى اخر.

2-4- عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت للحالة الثانية:

جدول رقم 07: يوضح نتائج مقياس قلق الموت للحالة الثانية

اخاف كثيرا من الموت	ص	
نادرا تخطر لي فكرة الموت		خ
لايزعجني الاخرون عندما يتكلمون عن الموت		خ
اخاف ان تجرى لي عملية جراحية	ص	
لا اخاف اطلاقا من الموت		خ
لا اخاف بشكل خاص من الاصابة بالرصاص		خ
لا يزعجني اطلاقا التفكير في الموت		خ
اتضايق كثيرا من مرور الوقت	ص	
اخشى ان اموت موتا مؤلما	ص	
ان موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي	ص	
اخشى فعلا ان تصيبني بسكتة قلبية		خ
كثيرا ما افكركم قصيرة هذه الحياة فعلا	ص	
اقشعر عندما اسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة	ص	
يزعجني منظر جسد ميت	ص	
ارى ان المستقبل يحمل شيئا يخيفني	ص	

بعد تطبيق اختبار قلق الموت على الحالة لقياس درجة حدته، اتضح انها تحصلت على مجموع يساوي 13 درجة وهي تعتبر مرتفعة حيث تنحصر بين الدرجة (9_15) وهي اعلى درجة يمكن الحصول عليها في المقياس، وبالتالي اكدت لي نتيجة الاختبار معاناة الحالة من القلق الشديد من الموت من خلال تصريحاتها المتكررة.

2-5- التحليل العام للحالة الثانية:

استنادا الى ماتم التوصل اليه من خلال تطبيقي لكل من اختبار قلق الموت لتمبلر ومع ما سجل من ملاحظات وما جمع من تصريحات خلال المقابلة فقد ظهرت على الحالة الشعور بقلق الموت الذي تبين من خلال درجة الاختبار وهذا القلق والخوف كان نتيجة الاقبال على العملية القيصرية، وخوفها من الولادة مرة اخرى بنفس الطريقة العسيرة كما ان

مستواها الاقتصادي لا يسمح لها بذلك، بالاضافة لآثار وألم الجراحة القيصرية السابقة على بطنها، وللحالة جرح نرجسي والشعور بالم نفسي وكل هذا ادي بالحالة الى استخدام الية دفاعية لتحقيق توافقها النفسي والاجتماعي، كالكبت والعدوانية وهذا كما عبرت عنه لفظيا ويجب على اهل الحامل في هذه الحالة ومن حولها ابعادها عن المناظر والحوارات التي تضر باعصابها، و الاحاديث عن بعض النساء اللواتي تعرضنا الى مضاعفات في الحمل. على الرغم من ان كل هذه الامور لاتشكل اكثر من 5% من الحالات يعانون من نوع من انواع الاضطرابات النفسية وقد تمتد الى مرحلة ما بعد الولادة (Drulat 1995 7)

وبالتالي فان تقييمي للحالة انطلاقا من النتائج المتحصل عليها من المقابلة والملاحظات العامة ونتائج مقياس قلق الموت التي بينت ارتفاع في درجات قلق الموت بحيث تعاني الحالة من خوف وقلق شديدين من الولادة بالعملية القيصرية لاسباب متعددة من بينها تجربتها السابقة المؤلمة والعسيرة.

3-دراسة الحالة الثالثة:

3-1-تقديم الحالة الثالثة

الاسم واللقب: رشيدة. ج

السن: 30 سنة

المهنة: استاذة متوسطة

المستوى الدراسي: جامعي

الحالة الاجتماعية: جيدة

عدد الاولاد: 00

السوابق المرضية: لا توجد

نوع الولادة: قيصرية

مدة الحمل: 09 اشهر

جدول رقم 08: يوضح المقابلات العيادية للحالة الثانية

	المقابلة الاولى	المقابلة الثانية	المقابلة الثالثة	المقابلة الرابعة
تاريخ اجراء المقابلة	2020/09/06	2020/09/07	2020/09/08	2020/09/09
المكان	جناح الحمل ذو الخطورة	جناح الحمل ذو الخطورة	جناح الحمل ذو الخطورة	جناح الحمل ذو الخطورة
المدة	30 دقيقة	40 دقيقة	35 دقيقة	40 دقيقة
الهدف	التعرف على الحالة وجمع البيانات الاولية وخلق جو من الثقة بين الطرفين	طرح الاسئلة على الحالة مع الملاحظة وجمع المعلومات	الاستمرار في جمع المعلومات من خلال الملاحظة وتصريحات الحالة	الاستمرار في جمع المعلومات من خلال الملاحظة وتصريحات الحالة مع تطبيق مقياس قلق الموت عليها

3-2-ملخص المقابلات للحالة الثانية

السيدة رشيدة تبلغ من العمر 30 سنة، الوسطى في ترتيب اخوتها من اسرة متكونة من اب يبلغ من العمر 63 سنة وام متوفية منذ 4 سنوات، مستواها الدراسي جامعي، استاذة للغة العربية في الطور المتوسط، متزوجة منذ 6 سنوات وزوجها عمره حاليا 42 سنة، وهو عامل يومي، وليس من اقارب الحالة، وهي ام لبنت، اما المستوى الاجتماعي للحالة جيد.

فتتميز الحالة ببشرة سمراء ممتلئة الجسم متوسطة الجمال وبقصر القامة ذات شعر اسود وعيناها سوداوتين كما ان مظهرها الخارجي نوعا ما مرتب، قليلة الحركة تستجيب الى الحديث لغتها مزدوجة بين العربية والفرنسية كما ان الحالة في كل المقابلات كانت تقوم لاضغط على شفتيها وكانت هذه العملية روتينية، حيث قمنا باجراء مقابلات في جناح الحمل ذو الخطورة، حيث ذكرت الحالة انها عالجت كثيرا ولمدة طويلة تقدر بـ 4 سنوات لحدوث الحمل كما انها تناولت الكثير من الادوية من طرف العديد من الاطباء وبعد حدوث الحمل استمرت معاناتها وذلك عند معرفتها حجم الطفل، كل هذا من شأنه انهك قواها للتحضير للعملية القيصرية.

3-3-تحليل المقابلات الحالة الثالثة:

من خلال المقابلات مع الحالة وملاحظاتي لها ابدت الحالة انها كانت جد متاثرة ومتوترة من الولادة بالعملية القيصرية مما دفعني الى ضرورة مساندتها وطمأنتها والتخفيف من حدة قلقها وآلامها وعندما ذكرت انها سوف تقوم بالولادة عن طريق العملية القيصرية تغيرت ملامح وجهها واحمرت عيناها حسب ما جاء في قولها: "منين نتفكرها نولي خايفة" وتضيف الحالة لو كان ولدت بالملاقط ما يصراليش هكدا فالحالة عوضت سبب الالم هو العملية القيصرية فكانت الحالة تستعمل عدة اليات دفاعية لتخفيف من قلقها والامها هي التعويض ، الاسقاط، عند سؤالها حول رغبتها بالولادة مرة اخرى ام لا ، حيث ذكرت الحالة بان لديها رغبة في ذلك لكنها متخوفة من ان ولادتها المقبلة ان تكون بالعملية القيصرية ، وذلك لطول مدة العلاج من اجل حدوث الحمل .

اما عن الصورة الجسدية للحالة فتقول: "انا المهم عطاني ربي على واش نحط عيني" فهي غير مبالية بالمظهر الجسدي وما قد تتركه لها العملية من آثار.

وسألت الحالة عن طفولتها فقالت: "عشت كأي طفلة تسكن في منطقة محافظة" ولم تعاني من اي مشاكل عضوية ولا نفسية وبعد ان اتمت الدراسة وحصولها على وظيفة تم تزويجها رغم رفضها، لذلك تقول: "كنت باغية حتى نكون روحي مليح بصح كي جات في الوالدين معندي مندير" رغم ذلك تكيفت الحالة مع زوجها حيث كان هذا الاخير طيب القلب، حنون، ويهتم بها كثيرا. رغم انه يفتقد للدخل الثابت والمنتظم لكنه لم يؤثر على حياتها الزوجية.

اما علاقة الزوجة مع عائلة زوجها غير جيدة وذلك لعدم تقبل خروج المرأة للعمل وذلك كونها تعيش في منظقة ريفية محافظة فقالت: "كون صابوني حبست الخدمة وكون نبطل ميصرفوش عليا، راجلي معندوش خدمة دايمة" حيث اظهرت الحالة عدوانية على اهل

الزوج وسوء علاقتها معهم خاصة بعد وفات امها حيث زادت من حدة آلامها ومهاناتها فقد كانت والدتها السند الوحيد لها.

3-4- عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت للحالة الثانية:

جدول رقم 09: يوضح نتائج مقياس قلق الموت للحالة الثانية

اخاف كثيرا من الموت	ص	
نادرا تخطر لي فكرة الموت		خ
لايزعجني الاخرون عندما يتكلمون عن الموت		خ
اخاف ان تجرى لي عملية جراحية	ص	
لا اخاف اطلاقا من الموت		خ
لا اخاف بشكل خاص من الاصابة بالرصاص		خ
لا يزعجني اطلاقا التفكير في الموت		خ
اتضايق كثيرا من مرور الوقت	ص	
اخشى ان اموت موتا مؤلما	ص	
ان موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي	ص	
اخشى فعلا ان تصيبني بسكتة قلبية	ص	
كثيرا ما افكركم قصيرة هذه الحياة فعلا	ص	
اقشعر عندما اسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة		خ
يزعجني منظر جسد ميت	ص	
ارى ان المستقبل يحمل شيئا يخيفني		خ

بعد تطبيق اختبار قلق الموت على الحالة لقياس درجة حدته، اتضح انها تحصلت على مجموع يساوي 14 درجة وهي تعتبر مرتفعة حيث تنحصر بين الدرجة (9_15) وهي اعلى درجة يمكن الحصول عليها في المقياس، وبالتالي اكدت لي نتيجة الاختبار معاناة الحالة من القلق الشديد من الموت واتضح لي من خلال كلامها وملامح وجهها.

3-5- التحليل العام للحالة الثالثة:

استنادا الى ما تم التوصل اليه من خلال تطبيقي لكل من اختبار قلق الموت لتمبلر ومع ما سجل من ملاحظات وما جمع من تصريحات خلال المقابلة فقد ظهرت على الحالة

الشعور بقلق الموت الذي تبين من خلال درجة الاختبار وهذا القلق والخوف كان نتيجة الاقبال على العملية القيصرية وكذا خبراتها السابقة عن الموت وذلك نتيجة وفاة والدتها التي كانت بالنسبة لها السند الوحيد في الحياة وان الحالة تميزت اثناء المقابلات بالهدوء التام والبطئ في الحركة وكانت من حين الى اخر تعض شفتيها نتيجة القلق والارتباك على صحتها وصحة ابنتها التي انتظرتها طويلا.

تعيش الحالة قلق نوعا ما شديد وذلك للخوف على صحتها مما ستسببه العملية القصرية، كما انها ابدت نوع من التناقض والصراع حول الرغبة في الولادة مرة اخرى بالاضافة الى عدم ارتياحها بالمستشفى وبقائها متواجدة في المصلحة فاستخدمت الحالة عدت اليات دفاعية العدوان، الرفض، وذلك لتحقيق توافقها النفسي والاجتماعي.

4-دراسة الحالة الرابعة:

4-1- تقديم الحالة الرابعة

الاسم واللقب: بسمة. س

السن: 24 سنة

المهنة: موظفة anem

المستوى الدراسي: جامعي

الحالة الاجتماعية: جيدة

عدد الاولاد: 00

السوابق المرضية: ارتفاع ضغط الدم والربو

نوع الولادة: قيصرية

مدة الحمل: 09 اشهر

جدول رقم 10: يوضح المقابلات العيادية للحالة الرابعة

	المقابلة الاولى	المقابلة الثانية	المقابلة الثالثة	المقابلة الرابعة
تاريخ اجراء المقابلة	2020/09/08	2020/09/09	2020/09/10	2020/09/12
المكان	جناح الحمل ذو الخطورة	جناح الحمل ذو الخطورة	جناح الحمل ذو الخطورة	جناح الحمل ذو الخطورة
المدة	30 دقيقة	45 دقيقة	35 دقيقة	40 دقيقة
الهدف	التعرف على الحالة وجمع البيانات الاولية وخلق جو من الثقة بين الطرفين	طرح الاسئلة على الحالة مع الملاحظة وجمع المعلومات	الاستمرار في جمع المعلومات من خلال الملاحظة وتصريحات الحالة	الاستمرار في جمع المعلومات من خلال الملاحظة وتصريحات الحالة مع تطبيق مقياس قلق الموت عليها

يوضح الجدول تواريخ اجراء المقابلات مع الحالة الرابعة، التي تمثلت في اربع مقابلات اجريت في الجناح الخاص بالنساء الحوامل المعرضات للخطر، كون ان الحالة تعاني من عدة امراض وكل مقابلة كان لديها هدف معين

4-2-ملخص المقابلات للحالة الرابعة

السيدة بسمة، س تبلغ من العمر 24 سنة، متزوجة وحامل لمرتها الاولى والآن في شهرها التاسع، مستواها الدراسي ليسانس والاجتماعي الاقتصادي الجيد، وهي موظفة في اطار عقود ما قبل التشغيل، الام متوفية وعاشت مع زوجة ابيها حيث عانت من اضطرابات عائلية كبيرة.

وقد اجرينا معها عدة مقابلات اثر تواجدها في المستشفى من اجل اجراء العملية القيصرية سبب مرضها بارتفاع ضغط الدم الحملي بالاضافة الى مرض الربو وارتفاع نسبة الكولسترول في الدم، واكتشفت من خلالها الحالة انها تعاني من تخوف كبير من الولادة لدرجة الخوف من الموت اثناء الولادة ومعاناتها الكبيرة اثناء فترة الحمل وعدم تلقيها الدعم العائلي الكافي لغياب الام بالرغم من تواجد الزوج بجانبها.

4-3-تحليل مقابلات الحالة الرابعة:

من خلال العطيات التي جمعناها من المقابلات التي قمت بها مع الحالة تبين انها تعاني من الخوف من الولادة وقد ظهر واضحا من خلال تصريحاتها "ايه راني خايفة ومرعوبة" لانها اول تجربة لها في الولادة ونقص معارفها بسبب صغر سنها، ويظهر انها عانت كثيرا في المستشفى بسبب مرضها المزمن حيث تعرضت لمواقف عرضتها للموت في قولها: "مامتا ربي يرحمها ماتت قدامي وكانت صدمة ليا مكنتش نستناها" وكانت جد متاثرة لانها لا تزال تعاني الصدمة التي عاشتها في الماضي، وخاصة ان خالتها ماتت وهي تلد والحالة كانت تبذل مجهودا كبيرا حتى لا تتاثر لان كل توتر بامكانه ان يؤثر على صحتها وصحة مولودها، فمعظم تخوفاتها متعلقة بمرضها والاشياء التي تخيفها من الولادة وهو ان تلد وهي تموت في قولها: "تخاف تصرالي مضاعفات في الولادة كيما لاطونسيون تطلعلي ولا ما نفيقش" وهي تخاف على صحتها وصحة مولودها بقولها: "تخاف على روحي وعلى ولدي، كي يعيش بلا ام تدمر حياتوا كيما انا عشتها في حياتي وما نتمناش وليدي يعيشها، نعيشوا مع بعض ولا نموتوا مع بعض..." وهذا ما يدل على انها تعيش حالة عدم الاستقرار من دون ام بالرغم من وجود السند في حياتها وهو زوجها. كما انها تخاف من غرف مات فيها انسان وترى كوابيس في احلامها، في قولها: "هاد لياامات راني نشوف في الكوابيس بزاف وكلها متعلقة بالولادة ونوض مفجوعة" وهذا ما يدل على تخوفها الكبير من الموت اثناء الولادة، فافكارها السلبية عن الولادة تنعكس في احلامها وتتجسد في شكل كوابيس.

4-4- عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت للحالة الرابعة:

جدول رقم 11: يوضح نتائج مقياس قلق الموت للحالة الرابعة

اخاف كثيرا من الموت		خ
نادرا تخطر لي فكرة الموت		خ
لايزعجني الاخرون عندما يتكلمون عن الموت		خ
اخاف ان تجرى لي عملية جراحية		خ
لا اخاف اطلاقا من الموت	ص	
لا اخاف بشكل خاص من الاصابة بالرصاص	ص	
لا يزعجني اطلاقا التفكير في الموت	ص	
اتضايق كثيرا من مرور الوقت	ص	
اخشى ان اموت موتا مؤلما	ص	
ان موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي		خ
اخشى فعلا ان تصيبني بسكتة قلبية		خ
كثيرا ما افكركم قصيرة هذه الحياة فعلا		خ
اقشعر عندما اسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة		خ
يزعجني منظر جسد ميت		خ
ارى ان المستقبل يحمل شيئا يخيفني	ص	

بعد تطبيق اختبار قلق الموت على الحالة لقياس درجة حدته، اتضح انها تحصلت على مجموع يساوي 11 درجة وهي تعتبر مرتفعة حيث تنحصر بين الدرجة (9_15) والتي تدل على وجود قلق الموت مرتفع لدى الحالة وقد اكدت لي نتيجة الاختبار على ما لاحظته واستنتجته في المقابلات، حيث تعاني الحالة من خوف شديد من الموت اثناء الولادة بسبب الامراض التي تعاني منها، ويبدوا ذلك واضحا من خلال تصرفاتها وايماءات وجهها.

4-5- التحليل العام للحالة الرابعة:

استنادا الى ما تم التوصل اليه من خلال تطبيقي لكل من اختبار قلق الموت لتمبلر ومع ما سجل من ملاحظات وما جمع من تصريحات خلال المقابلة فقد ظهر بوضوح اعراض قلق الموت على الحالة من خلال تصريحاتها وايماءات وجهها من مظاهر الحزن

والصراعات حيث عرف هولتر (Hollter) قلق الموت بانه: "استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد في تامل او توقع اي مظهر من المظاهر المتعلقة بالموت"(عبد الخالق، 1987: 98)، بالاضافة ان الحالة مقبلة على القيام بالعملية القصرية التي لاتملك عنها اية خبرة مسبقة سوى بعض المعلومات السلبية حول امكانية الموت اثناء العملية حيث يرى سجموند فرويد (freud) بان قلق الموت هو: "رد فعل لخطر خارجي معروف يتملك الانسان ويسبب له الكثير من التوتر والضيق والالم والانزعاج" (عثمان، 2001:18) والحالة تعاني من عدة امراض والتي ساهمت وبشكل كبير في ظهور وتطور مجموعة من الافكار حول الموت طيلة فترة الحمل، فالامراض العضوية تنتج ردود افعال سيكيولوجية مختلفة وبالتالي تغير مجرى حياة المريض على الصعيد النفسي والعضوي، حيث تؤكد على وجود صلة وثيقة بين جسم المريض ونفسه، فهذا التأثير والضغط يولد القلق نجد ابحاث ماكريت قوستوعام 1985 بينت وجود ارتباطات ايجابية بين المشكلات الصحية وقلق الموت حيث يفقد المريض القدرة على التحكم في نشاطاتعه واعماله بفعل المرض الذي يعاني منه مما يحدد خللا في تقدير الذات ويسهم في تفجير قلق الموت(عثمان، 2001: 20) وما زاد الطين بلة هو قلة خبرتها وغياب الام التي تستمد منها الدعم والمساندة التنفسية والاجتماعية كل هذا ادى بها الى الغلق على نفسها والعيش داخل دوامة والخوف من الموت اثناء الولادة وعدم تصريحها بآلامها للزوج الذي يعيش في سعادة وترقب للابن الذي ينتضره وبالتالي فان تقييمي للحالة انطلاقا من النتائج المتحصل عليها من المقابلات والملاحظات العامة ونتائج مقياس قلق الموت التي بينت ارتفاع في درجات قلق الموت بحيث تعاني من الحزن والخوف من موتها جراء العملية القيصرية بسبب المضاعفات المتعلقة بمرضها ونقص المعلومات المتعلقة بالولادة والجراحة.

الاستنتاج العام ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

في ظل النتائج العامة للبحث ومن خلال دراستنا للحالات اتضح ان جميع الحالات والمتمثلة في أربع حالات في الفصل الأخير من الحمل والمقبلات على الولادة بالعملية القيصرية يتعرضن ويعانين من قلق الموت وبدرجة مرتفعة وهذا ما بينته تحاليل مقابلتنا العيادية مع الملاحظة والتي بينت بوضوح عن هذه المعاناة بالإضافة إلى مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر الذي اكد لنا هذه النتيجة ومن خلالها استطعنا الوصول إلى درجة قلق الموت لديهن والتي كانت مرتفعة لدى جميع الحالات

ومن خلال النتائج المتوصل إليها فقد تحققت الفرضية الرئيسية والتي مفادها "ان المرأة المقبلة على الولادة عرضة للاصابة بقلق الموت" مع جميع الحالات وبدرجة مرتفعة على مستوى مقياس قلق الموت وسيطرة قلقل الموت عليهن بسبب خوفهن الشديد من الموت أثناء عملية الولادة بالعملية القيصرية

أما الفرضية الجزئية الأولى مفادها لسن المرأة المقبلة عللى الولادة بالعملية القيصرية دور تعرضضها لقلق الموت فهي لم تتحقق من أن جميع الحالات باختلاف تفاوت أعمارهم سواء زاد أو قل عن ثلاثين سنة، ليس له دخل لتعرضهن لقلق الموت، بحيث جميعهم يتعرضن له سواء كان سنهم صغيرا أو كبيرا، نظرا أن كلهن يتعرضن للقلق الموت بسبب العملية القيصرية.

أما الفرضية الثانية التي مفادها تعدد ولاداتهم يزيد من تعرضها لقلق الموت فقد تحققت بالنسبة للحالات التي عرفت تجارب سابقة بالولادة القيصرية والمتعلقة بالحالة الاولى والثانية في حين الحالة الرابعة تعتبر ولادتها الأولى بالعملية القيصرية، إذ أبدت الحالات قلقا كبيرا رغم تعدد ولادتهن وصاحبات تجارب أكثر في عملية الحمل والولادة إلا أن هذه التجارب تزيد من توتر وقلق الموت لدى المرأة الحامل المقبلة على العملية القيصرية، حيث تعتبر بالنسبة لهن تجارب مؤلمة خاصة عند مباشرة دخولهن إلى غرفة العمليات الجراحية،

فهي تعتبر بالنسبة لهن صورة الموت وبالنظر إلى الحالة الرابعة التي تعتبر ولادتها الأولى تحصلت على درجة أقل من الحالات السابقة في قلق الموت حيث تحصلت على درجة 11 رغم ارتفاعها لاكنها أقل درجة من الحالات الاخرى ومن هنا تتأكد صحة فرضيتنا التي تتوافق مع دراسة وينغ شوينغ التي اقتصرت عينتها على الحوامل لأول مرة تحت عنوان " العلاقة بين مستوى قلق الأم ومشاعر السيطرة خلال عملية الولادة للنساء"، العينات في هونج كونج الحوامل لأول مرة،حيث هدفت إلى قياس مشاعر السيطرة أثناء الفصل الثالث تستخدم قلق الموت للقياس الذاتي للمرأة وتحديد مستوى القلق، أثناء الولادة وأظهرت الدراسة علاقة سلبية كبيرة بين مشاعر القلق والألم اثناء المخاض خلال عملية الولادة (ميلسبي، واف، ماركس، 2003: 07-08)

أما الفرضية الجزئية الثالثة مفادها حمل النساء ذو الخطورة يعرضها لقلق الموت فقد تحققت وتتوافق مع الحالة الرابعة التي تعاني من امراض مزمنة وتشكل خطورة على حملها وبالتالي على صحتها وصحة الاجنة وهذا ما عرضها وحسب تصريحها إلى قلقها الدائم منذ بداية الحمل إلى معاناتها مع قلق الموت وأيضا الحالة الاولى التي تعاني من مرض السكري مما جعلها تتخوف أكثر من العملية القيصرية، وقد اتفقت مع دراسة إبراهيم 1995 معها في ذلك التي هدفت غلى معرفة العلاقة بين قلق الموت والإصابة ببعض الامراض العضوية الاخرى (كالسكري والسرطان، ضغط الدم، المفاصل، الربو) وقد أشارت النتائج غلى ان عينة التجريبية المصابة بتلك الامراض قد حصلت على متوسطات أعلى من العينة الضابطة الخالية من الامراض لقلق الموت (فقيري، 2015: 103)

أما الفرضية الجزئية الرابعة مفادها اقبال النساء على الولادة بالعملية القيصرية يعرضهم لقلق الموت فهي لم تتحقق لأن الحالات يتعرضن لقلق الموت بسبب الولادة حيث أنهم أصروا أثناء حديثهم عن ولادتهم السابقة التي كانت طبيعية وشعروا بالقلق والتوتر أي

ان الولادة بالعملية القيصرية ليس لها دخل للتعرض لقلق الموت لان الولادة بصفة _عامة تعرض النساء لقلق الموت بسبب ألم المخاض

أما من خلال النتائج المتوصل إليها نستنتج أن المرأة المقبلة على الولادة بالعملية القيصرية معرضة للإصابة بقلق الموت وبدرجة مرتفعة ولا يلعب السن ولا إقبالهم على الولادة بالعملية القيصرية بحث مهما كان سنها فهي تتعرض وتعاني من قلق الموت والمرأة المصابة بأمراض عضوية وهي التي تشكل خطورة لحملها وصحتها تعرضها إلى قلق الموت كذلك.

الخاتمة

خاتمة:

إن قلق الموت لدى النساء المقبلات على العمليات القيصرية من المواضيع المهمة، وحيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة ما إن كانت النساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية يعانين من قلق الموت، وهذا باستخدام وتطبيق المنهج الإكلينيكي، حيث توضح أنه هناك زيادة في شدة القلق وهذا جراء الخوف من الموت أومن ظهور اضطرابات أخرى نتيجة تجارب صعبة سابقة بالعملية القيصرية، ومن خلال المقابلات التي أعطت لي معلومات عيادية ونفسية أساسية أن النساء الحوامل المقبلات على العملية القيصرية يعانين من قلق الموت.

وكان الهدف من هذا البحث هو التعرف على كيفية التعامل مع هؤلاء الأمهات الاتي يعانين طوال فترة الحمل حتى موعد العملية القيصرية وعلى حساب صحتهن الجسدية والنفسية لذا يجب مراعاة هذه الفئة لأنها تمر بأكبر مرحلة صعبة في حياتهن ومحاولة البحث على يكون لهم السند من أجل تجاوز الصعوبات يمرون بها، حيث:

-النساء المقبلات على العملية القيصرية يعشن نوعا من القلق وهذا القلق تختلف شدته من إمرأة إلى أخرى خصوصا فترة البقاء في المستشفى وإمكانية تقبل العملية القيصرية تلعب دور مهم في زيادة نسبة القلق.

- يجب على النساء الحوامل أن يساعدن أنفسهن من خلال التثقيف والوعي الصحي والنفسي وذلك لتجنب مواقف قلق الموت.

قائمة

المصادر والمراجع

قائمة المراجع:

القران الكريم

أولا: قائمة المراجع باللغة العربية

1) أبو الخير عبد الكريم قاسم، النمو من الحمل إلى المراهقة، دار وائل للنشر والتوزيع، ط1 بيروت، 2004.

2) أبو جادو صالح محمد علي، علم النفس التطوري الطفولة والمراهقة، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط2، القاهرة، 2004.

3) الأزرق بوعلو، الإنسان والقلق، دار سيناء للنشر، 1993.

4) ايزاك، وماركس (1998):التعايش مع الخوف وفهم القلق ومكافحته (محمد عثمان نجاتي، مترجم)، القاهرة: دار الشروق.

5) بدر، احمد: (1996)، أصول البحث العلمي ومناهجه، طّ 9، مصر: المكتبة الاكاديمة.

6) بن هادية وآخرون.

7) جميل سامر رضوان، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة، 1987.

8) حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب القاهرة، 1987.

9) حامد عبد السلام زهران، دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، عالم الكتب، مصر 2003.

10) حسونة مصطفى أمال محمد، علم نفس النمو، الدار العلمية للنشر والتوزيع، ط1، 2004.

11) حسين علي فايد، العلاج النفسي، أصوله –أخلاقياته– تطبيقات، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، 2005.

12) الخيال، ماسية (1991): الفروق في كل حالة القلق وقلق الموت قبل اجراء العملية الجراحية وبعدها، مجلة الدراسات النفسية، مجلد1، عدد (1).

13) الرفاعي، احمد حسين: (2009)، مناهج البحث العلمي تطبيقات ادارية واقتصادية، ط 6، الاردن، دار وائل للطباعة والنشر.

14) رياض احمد النابلسي: "الجراحة والعلاج النفسي" حالة المريض النفسية قبل العملية الجراحية وبعدها"، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، 1988.

15) سعيد المعوي: دليل الحامل الطبي المكتبة العصرية، بيروت، ط 1، 1990.

16) سيغموند فرويد، ترجمة عثماني نجاتي، الكف والعرض والقلق، دار الشروق، القاهرة، ط1 1989.

17) صابر، وخفاجة: (2002)، اسس ومبادئ البحث العلمي، ط 1، مصر، مكتبة ومطبعة الاشعاع الاسكندرية.

18) صبحي عمران شلس: اسس اجراءات العملية الجراحية، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائرية (بدون طبعة).

19) صبرة محمد علي، الصحة النفسية والتوافق النفسي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2004.

20) عادل محمد عبد الله، العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، دار الرشاد، القاهرة 2000.

21) عبد الخالق، احمد محمد: (1987)، قلق الموت، ط 1، الكويت، دار المعرفة.

22) عبد الرحمن العيسوي، الأمراض النفسية وعلاجها، جامعة الإسكندرية–مصر، 2002.

23) عبد الرحمن سي موسي ، رضوان زوقار ، الصدمة و الحداد عند الطفل المراهق ، نظرة الاختبارات الاسقاطية ، جمعية علم النفس للجزائر العاصمة ، الجزائر، 2002.

24) عثمان فاروق السيد: (2001)، القلق وادارة الضغوط النفسية، ط 1، القاهرة، دار الفكر العربي.

25) عثمان يخلف، علم النفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة، دار الثقافة، للطباعة والنشر، قطر، 2000.

26) عزت، راجع احمد (1994): اصول علم النفس، ط 1، مصر: المكتب المصري الحديث الاسكندرية.

27) قنديلجي، عامر الراهيم: (1999)، البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات، الاردن، دار اليازوري العلمية، عمان.

28) كبة جوزيف عبود، مرشد الأمهات على رعاية الأطفال، دار النشر العربي، بيروت 1995.

29) ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2008.

30) محمد أحمد الزغبي، علم النفس النمو الطفولة والمراهقة، دار النشر، بيروت، 2001.

31) محمد أحمد عبد الخالق، قلق الموت، دار المعرفة، الكويت، ط1، 1987.

32) محمود عبد الفتاح المهدي، الصحة النفسية للمرأة العربية، البيطاش سنتر للنشر والتوزيع 2004.

33) مروة، فرج، وسيد، مغربي: (2015)، قلق الموت وعلاقته ببعض المشاكل لدى المراهقين المصابين بمرض أنيميا البحر المتوسط، مصر: دار المعرفة الجامعية الاسكندرية.

34) مريم سليم، علم النفس النمو، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية.

35) مصطفى فهمي، الصحة النفسية- دراسات في سيكولوجية التكيف، مكتب الغانجي، القاهرة 1987.

36) ميل خليل بيدس: العناية بالطفل والحامل، دار الجيل، ط 3، 1423هـ-1993م.

37) هارون توفيق الرشيد، الضغوط النفسية مفهومها ونظرياتها، دار الأنجلو المصرية، الإسكندرية، 1999.

38) هيلين دوتش، ترجمة: إسكندر جرجي مصعب، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، ط1، 2008.

39) ياسين، عطوف محمود: (1981)، علم النفس العيادي، لبنان، دار العلم للملايين.

ثانيا: قائمة المراجع باللغة الأجنبية

40) Graziani.p, anxiété et troubles anxieux, Armand collin, 2005.

41) Le call.A, l'anxiété et l'angoisse, presse universitaire de France, paris, 1980.

42) Le guén.C, angoisse pluralité d'approche, presse universitaire de France, paris, 1977.

43) Lonscy.S, 14 approches de la psychologie pathologie Nathan, I.S.BN2000.

44) Shweitzer.MB, psychologie de la santé, presses universitaire française, paris, 2002.

45) Spielberger .C, l'anxiety behaviour, new York, academic press, 1966.

46) Cottraux.j, les thérapies comportementales et cognitives, masson, paris, 3eme édition, 2001.

47) Larousse médicale, (2005), édition français I.N.C, paros.

48) Nobert sillamy, dictionnaire de psychologie, édition janine faure, 2004.

49) Petit Larousse de la médecine,2010

50) Savant. D, parquet. P.H, 1995

قائمة الملاحق

الملحق: مقياس قلق الموت

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

تم بحمد الله