

The Islamic University–Gaza

Research and Postgraduate Affairs

Faculty of Education

Master of Community and mental Health



الجامعة الإسلامية- غزة

شئون البحث العلمي والدراسات العليا
كلية التربية

ماجستير الصحة النفسية المجتمعية

فعالية برنامج معرفي سلوكي لتخفيف قلق الولادة الأولى لدى الحوامل في محافظات غزة

The effectiveness of cognitive behavioral program to decrease the concern of the first birth among pregnant in the Gaza Strip

إعداد الباحثة

حليمة محمد نبهان

إشراف الدكتور:

جميل حسن الطهراوي

قُدِّمَ هَذَا البحثُ إِسْتِكْمَالاً لِمَتَطَلِبَاتِ الْحُصُولِ عَلَى دَرَجَةِ الْمَاجِسْتِيرِ
فِي الصِّحَّةِ النَّفْسِيَّةِ الْمَجْتَمَعِيَّةِ بِكُلِّيَّةِ التَّرْبِيَّةِ فِي الْجَامِعَةِ الْإِسْلَامِيَّةِ بِغَزَّةِ

يوليو/2017م – شعبان/1438هـ

إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

فعالية برنامج معرفي سلوكي لتخفيف قلق الولادة الاولى لدى الحوامل في
محافظات غزة

The effectiveness of cognitive behavioral program to decrease the concern of the first birth among pregnant in the Gaza Strip

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة ككل أو أي جزء منها لم يقدم من قبل الآخرين لنيل درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أي مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى. وأن حقوق النشر محفوظة للجامعة الإسلامية - غزة.

Declaration

I hereby certify that this submission is the result of my own work, except where otherwise acknowledged, and that this thesis (or any part of it) has not been submitted for a higher degree or quantification to any other university or institution. All copyrights are reserves to IUG.

Student's name:	حليمة محمد نبهان	اسم الطالب:
Signature:		التوقيع:
Date:		التاريخ:



هاتف داخلي: 1150

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

الرقم: ج. س. غ/35/

التاريخ: 2017/08/16م

نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة شئون البحث العلمي والدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحثة/ حليمة محمد عبد الحي نبهان لنيل درجة الماجستير في كلية التربية/ قسم الصحة النفسية المجتمعية وموضوعها:

فعالية برنامج معرفي سلوكي لتخفيف قلق الولادة الأولى لدى الحوامل في محافظات غزة.

وبعد المناقشة العلنية التي تمت اليوم الأربعاء 24 ذو القعدة 1438هـ، الموافق 2017/8/16م الساعة الواحدة والنصف ظهراً في قاعة الاجتماعات بمبنى الحديدان، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

.....	مشرفاً و رئيساً	د. جميل حسن الطهراوي
.....	مناقشاً داخلياً	د. عاطف عثمان الأغا
.....	مناقشاً خارجياً	أ.د. عايده شعبان صالح

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحثة درجة الماجستير في كلية التربية/ قسم الصحة النفسية المجتمعية.

واللجنة إذ تمنحها هذه الدرجة فإنها توصيها بتقوى الله ولزوم طاعته وأن تسخر علمها في خدمة دينها ووطنها.

والله ولي التوفيق ،،،

نائب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا



أ.د. عبدالرؤف علي المناصرة

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض قلق الولادة الأولى لدى الحوامل باستخدام أساليب وفنيات الاسترخاء والتثقيف، وقد طبقت هذه الدراسة على عينة من الحوامل بلغت (10) سيدات ممن سجلن أعلى مستوى قلق تم اختيارهن من عيادة الرعاية الأولية الأنثوية بمعسكر النصيرات، وقد تم استخدام أداتين للدراسة الأولى: هي استبانة لقياس قلق الولادة إعداد الباحثة، والثانية: البرنامج الإرشادي حيث تركز فكرته على بناء فكرة معرفية صحيحة عن الولادة من خلال التثقيف والتدريب على فنيات الاسترخاء وممارسة التمارين ذات الصلة وقد بدأ تنفيذ البرنامج اعتباراً من شهر مارس إلى مايو 2017. ولقد كان التساؤل الرئيس للدراسة: ما مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض قلق الولادة الأولى لدى الحوامل في قطاع غزة ؟ .

وقد توصلت الباحثة من خلال الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في متوسطات درجات مستوى القلق لدى الحوامل تُعزى لمتغير الولادة الأولى.
 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في متوسطات درجات مستوى القلق من الولادة الأولى لدى الحوامل بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.
- بناءً عليه فإن البرنامج كان فعالاً في خفض مستوى القلق من الولادة، وفي ضوء نتائج الدراسة وضعت الباحثة عدة توصيات ومقترحات للباحثين ومقدمي الرعاية الصحية للحوامل بضرورة الاهتمام بوضع برامج إرشادية خاصة بالحوامل ولتطوير وتحسين مستوى المعرفة بالحمل والولادة. ضرورة وجود أخصائي نفسي في مراكز رعاية الحوامل والعمل على بناء برامج إعلامية وتثقيفية تُعنى بالحالة النفسية للحامل، وتزودها بالمعلومات اللازمة بحيث تكون مؤهلة وقادرة على التكيف مع صعوبات الحمل، وتتجاوز الولادة بأمان جسدي ونفسي.

Abstract in English

The aim of this study was to investigate the effectiveness of a counseling program based on the cognitive-behavioral therapy trend in reducing the first birth anxiety among pregnant women using relaxation and instructional techniques. This study was applied on a sample of ten pregnant women from those who got the highest level of anxiety from the Nusseirat Camp UNRWA Primary Care Clinic. Two tools were used for the research: the first was a questionnaire to measure the anxiety of birth (prepared by the researcher) and the second was the counseling program, whose idea was based on correcting and formulating correct cognitive knowledge of birth through education and training on relaxation techniques and related exercises. The program was implemented from March to May 2017.

The study reached a number of results, the most important of which were as follows:

- There were statistically significant differences at the level of significance ($\alpha \leq 0.05$) in the mean scores of anxiety level among pregnant women attributed to the first birth variable.
- There were statistically significant differences at the level of significance ($\alpha \leq 0.05$) in the mean scores of the anxiety level of the first birth among the pregnant women between the pre-and posttest measurements of the experimental group.

In the light of the results of the study, the researcher made several recommendations and suggestions for researchers and health care providers of pregnant women. It is necessary that attention should be paid to the development of counseling programs for pregnant women to develop and improve their level of knowledge of pregnancy and childbirth. There is also a need for making available a psychology specialist in pregnancy care centers. Information and educational programs that deal with the mental state of the pregnant woman should be established to provide her with the necessary information so that she becomes eligible and able to adapt to the difficulties of pregnancy and pass the birth while being physically and psychologically fit.

بسم الله الرحمن الرحيم

{ وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ }

[التوبة:105]

صدق الله العظيم

اهداء

إلى الأحد عشر كوكبا إخوتي وأخواتي
والشمس والقمر والداي الغاليان رمز ونبع الحب والحنان والعطاء
إلى النور زوجي المصون
وقرة العين محمد وإخوته البنون
ورانيا مهجة القلب لكم أبنائي نصيب من جهدي وفي القلب أنتم الأعلون
لحاء فلسطين التي أنجبت لتبعث روح من روح
إلى أساتذتي وزملائي وزميلاتي
إلى كل من ساهم في هذا الجهد
إليكم جميعا أهدي ثمرة جهدي المتواضع

شكر وتقدير

الحمد لله الذي حباني وأعانني على اتمام هذا العمل
امتثالاً لقوله تعالى "ومن شكر فإنما يشكر لنفسه" [النمل:40] أتقدم بأسمى آيات الشكر
والعرفان لبوابة العلم وحاضنة العلماء الجامعة الإسلامية بغزة والتي احتضنتني طالبة وباحثة
ومنحتني فرصة إكمال مسيرتي التعليمية.
إلى أساتذتي الأجلاء الذين كانوا بمثابة كنز ومكتبة أنهل منها.
إلى مشرفي الفاضل د. جميل الطهراوي الذي محّص ودقق ليخرج هذا العمل إلى النور.
إلى عائلتي وزملائي الكرام الذين اصطفوا بجانبني داعمين بالعلم والعمل وإلى كل من قدم
المساعدة والتشجيع لإنجاز هذه الرسالة.

الباحثة

فهرس المحتويات

ب.....	إقرار
ت.....	ملخص الدراسة
ث.....	Abstract in English
ح.....	اهداء
خ.....	شكر وتقدير
د.....	فهرس المحتويات
س.....	فهرس الجداول
ش.....	فهرس الملاحق
2.....	الفصل الاول
2.....	الإطار العام للدراسة
2.....	مقدمة الدراسة
5.....	مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:
6.....	أهداف الدراسة:
6.....	أهمية الدراسة:
8.....	حدود الدراسة:
8.....	مصطلحات الدراسة:
11.....	الفصل الثاني
11.....	الإطار النظري
11.....	المبحث الأول: القلق
12.....	مفهوم القلق:
12.....	التعريف السيكولوجي للقلق:

14	تصنيفات القلق:
16	مستويات القلق:
18	القلق والخوف:
19	القلق والأداء
20	القلق والدافعية
21	أسباب القلق
22	أعراض القلق:
23	القلق في ضوء نظريات علم النفس:
29	المبحث الثاني: قلق الولادة
29	سيكولوجية الحمل:
30	أولاً: تعريف قلق الولادة
30	ثانياً: أسباب قلق الولادة:
31	ثالثاً: أعراض قلق الولادة:
34	المبحث الثالث: الولادة
34	مقدمة:
34	أولاً: تعريف الولادة
34	ثانياً: أنواع الولادة:
34	ثالثاً: العوامل الأساسية التي تخضع لها عملية الولادة
35	رابعاً: النظريات المفسرة للولادة:
36	خامساً: مراحل الولادة
39	المبحث الرابع: الإرشاد
39	الارشاد لغةً:

42	أهداف الارشاد
44	مجالات الإرشاد
48	أسس عملية الإرشاد النفسي:
53	المبحث الخامس: الإرشادي السلوكي المعرفي
53	مقدمة:
53	مفاهيم وافتراضات النظرية
54	الفنيات العلاجية في العلاج السلوكي المعرفي
56	علاج القلق في الاتجاه السلوكي المعرفي:
59	الفصل الثالث
59	الدراسات السابقة
59	أولاً: دراسات تناولت قلق الولادة
63	ثانياً: دراسات تناولت البرامج الارشادية التي تعالج القلق
66	تعقيب على الدراسات السابقة:
70	الفصل الرابع
70	الطريقة والاجراءات
70	تمهيد
70	منهج الدراسة:
70	مجتمع الدراسة:
70	عينة الدراسة:
73	أدوات الدراسة:
74	الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة :
82	خطوات الدراسة:

85	الفصل الخامس
85	عرض نتائج الدراسة وتفسيرها ومناقشتها
85	مقدمة:
85	النتائج المتعلقة على السؤال الاول:
86	النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:
91	النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:
92	النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس:
93	النتائج المتعلقة بالسؤال السادس:
95	النتائج المتعلقة بالسؤال السابع:
96	النتائج المتعلقة بالسؤال الثامن:
97	تعقيب على نتائج الدراسة
99	توصيات الدراسة
99	مقترحات الدراسة:
102	المصادر المراجع
102	أولاً: المراجع العربية:
107	ثانياً: المراجع الاجنبية
109	الملاحق

فهرس الجداول

جدول (2.1): الفرق بين الخوف والقلق	19
جدول (2.2): المقارنة بين آلام الولادة الحقيقية وآلام الولادة الكاذبة	38
جدول (4.1): يوضح توزيع أفراد العينة حسب العمر	71
جدول (4.2): يوضح توزيع أفراد العينة حسب مستوى تعليم الحامل	71
جدول (4.3): يوضح توزيع أفراد العينة حسب مستوى تعليم الزوج	72
جدول (4.4): يوضح توزيع أفراد العينة حسب مكان السكن	72
جدول (4.5): يوضح توزيع أفراد العينة حسب عدد الحمولات السابقة	72
جدول (4.6): يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوع الحمل	73
جدول (4.7): يوضح توزيع أفراد العينة حسب صلة القرابة بالزوج	73
جدول (4.8): يوضح مقياس الاجابات	74
جدول (4.9): يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة ...	75
جدول (4.10): يوضح نتائج معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبانة	76
جدول (4.11): معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية للاستبانة	77
جدول (5.1): يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي	85
جدول (5.2): يوضح العدد ومتوسط الرتب وقيمة اختبار "كرسكال ولاس" ومستوى الدلالة	86
جدول (5.3): يوضح العدد ومتوسط الرتب وقيمة اختبار "كرسكال ولاس" ومستوى الدلالة	88
جدول (5.5): يوضح العدد ومتوسط الرتب وقيمة اختبار "كرسكال ولاس" ومستوى الدلالة	91
جدول (5.6): يوضح العدد ومتوسط الرتب وقيمة اختبار "كرسكال ولاس" ومستوى الدلالة	92
جدول (5.7): يوضح العدد ومتوسط الرتب ومجموع الرتب وقيمة اختبار "Z" مستوى الدلالة	94
جدول (5.8): يوضح العدد ومتوسط الرتب ومجموع الرتب وقيمة اختبار "Z" مستوى الدلالة	95
جدول (5.9): يوضح العدد ومتوسط الرتب ومجموع الرتب وقيمة اختبار "Z" مستوى الدلالة	96

فهرس الملاحق

110.....	ملحق رقم (1) قائمة بأسماء المحكمين لاختبار قلق الولادة
111.....	ملحق رقم (2) قائمة بأسماء المحكمين للبرنامج الارشادي
112.....	ملحق رقم (3) رسالة طلب التحكيم للاستبانة
113.....	ملحق رقم (4) رسالة طلب التحكيم للبرنامج الارشادي
114.....	ملحق رقم (5) قياس قلق الولادة الاستبانة
115.....	ملحق رقم (6) الاستبانة
119.....	ملحق رقم (7) البرنامج
125.....	ملحق رقم (8) صور تطبيق البرنامج
146.....	ملحق رقم (9) خطاب تسهيل مهمة

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

الفصل الاول

الإطار العام للدراسة

مقدمة الدراسة

عندما يقرأ الانسان قوله تعالى: (هُوَ أَنْشَأَكُمْ مِنَ الْأَرْضِ وَاسْتَعْمَرَكُمْ فِيهَا) [هود: 61] يقف أمام هذا الإعجاز الإلهي، حيث خلق الكون بعناية وانتظام وحرص، هياً فيه الظروف المثلى للحياة والراحة والاستقرار، من ثم استعمر فيه أفضل خلقه وهو الإنسان، وأمره باستغلال موارده والتمتع بما تجوده عليه دون فساد أو إفساد حيث قال تعالى: (وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً ۖ قَالُوا أَتَجْعَلُ فِيهَا مَن يُفْسِدُ فِيهَا وَيَسْفِكُ الدِّمَاءَ وَنَحْنُ نُسَبِّحُ بِحَمْدِكَ وَنُقَدِّسُ لَكَ ۗ قَالَ إِنِّي أَعْلَمُ مَا لَا تَعْلَمُونَ) [البقرة:30]. خص الله تعالى الإنسان بالخلافة والإعمار بعدما هيا له الأرض وعلمه ومكنه، إذا فوجود الإنسان على الأرض لغاية وحكمة عظيمة وهي تكليف إلهي للمحافظة عليها وصونها من الدمار والهلاك، بإعمارها وتسخير ما تجود به من الخير لصالحه، فقط عليه أن يعمل بعزم وقوة وكرامة وشرف دون غش أو خداع، و الحق سبحانه وتعالى كما انتدب الإنسان لعمارة الأرض واصلاحها ضمن له استمرارية نوعه ومنحه العقل والحكمة ليكون خير من يحمل هذه الأمانة والمسؤولية.

الرجل والمرأة مكلفين علي السواء للنهوض بالإعمار والخلافة ولكن المرأة هي منبت البشرية ومربية أجيالها، قال تعالى: (يَا أَيُّهَا النَّاسُ اتَّقُوا رَبَّكُمُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ نَفْسٍ وَاحِدَةٍ وَخَلَقَ مِنْهَا زَوْجَهَا وَبَثَّ مِنْهُمَا رِجَالًا كَثِيرًا وَنِسَاءً ۚ وَاتَّقُوا اللَّهَ الَّذِي تَسَاءَلُونَ بِهِ وَالْأَرْحَامَ إِنَّ اللَّهَ كَانَ عَلَيْكُمْ رَقِيبًا) [النساء:1]، وتقديراً وإكراماً للمرأة مقابل مسؤولياتها العظيمة ودورها الرفيع فقد نظم الله حياتها وضبط علاقتها بالرجل فشرع الزواج لتكون سكناً معنوياً وروحياً وحسياً لزوجها يأوي إليها ويرتع في رحاب أنوثتها وفيض عواطفها الجياشة بالرحمة والمودة، لتكون هي المحطة التي يستريح بها ويلقي عنه هموم ومتاعب وأعباء كدحه وتعبه، واوصي بها وخصها بالتكريم والاحترام (وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ إِحْسَانًا ۚ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ كُرْهًا وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا)

[الأحقاف:15]، فهي تتحمل أعباء الحمل و مخاطر وألم الولادة، فمنذ بداية الحمل تظهر على المرأة التغيرات الهرمونية والتقلبات المزاجية، يليها تغيرات جسمية فسيولوجية كبيرة، كل هذا من أجل الجنين في أحشائها فهو يتغذى، يتنفس بدمها، ينام ويصحو على أنغام ضربات قلبها وما أن يصل قطار حملها إلى محطته الأخيرة حتي يكون الألم الأعظم (المخاض).تختبر الحامل مشاعر الخوف والقلق، التعب والضيق، العجز وقلة الحيلة، وأخيرا هي تشعر بالعجز وقلة

الحيلة اتجاه ما هي فيه وما هو القادم. تعد هذه مجتمعة علامات للقلق النفسي الذي هو طبيعي بل مطلوب في بعض الأحيان فهو يؤدي وظيفة مهمة إذ يحفز الحامل على الاهتمام بصحتها وصحة جنينها. تستعد للولادة وتقلق بشأن قدرتها على اجتياز مرحلة الحمل والولادة وتبدأ بالإحساس بمسؤولية الأمومة ورعاية الطفل وأعباء الإرضاع والتربية والسهر والتطبيب.

ارتبط القلق بالإنسان منذ خلق آدم فكان سبب عصيانه أمر ربه وخروجه من الجنة قلقه وخوفه على تخليده في الجنة، ظل القلق صفة ملازمة له على مر العصور، فمع تتبع مراحل تطور الإنسان نجد أنه لم تخلُ حقبة زمنية من حياة الإنسان من القلق. أما في العصر الحالي فيكاد يكون من المستحيل أن نعيش بدون قلق، فالقلق واسع الانتشار ومتغلغل في المجتمعات وهو بحسب علماء النفس يأخذ المرتبة الأولى بين الاضطرابات النفسية مما جعلهم يطلقون تسمية "عصر القلق" على القرن الحادي والعشرين، فالقلق محور العصاب والمرض الجوهري المشترك في الاضطرابات النفسية بل في أمراض عضوية شتى (غانم، 2006م، ص33)، والقلق هو ظاهرة اعتيادية يعيشها الإنسان يتميز بها دون المخلوقات الحية فهو مرافق لحياة الإنسان واضطراره لاختيار مسالك لا تتفق مع رغباته رضوخاً لمطالب المجتمع، أو لعدم القدرة على تحقيق رغباته وميوله وطموحاته التي تعيقها معوقات كثيرة تزداد مع تزايد ضغوط الحياة ومطالبها (الوقفي، 1959م، ص47).

ويعتبر القلق النفسي بأنه حالة توتر شامل تستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث وبصاحبه خوف غامض وأعراض نفسية (زهران، 1997م، ص484).

وهو شعور عام بالخشية وأن هناك مصيبة وشيكة الوقوع وتهديد مصدره غير معلوم، مع الشعور بالتوتر وخوف لا مسوغ له من الناحية الموضوعية، وغالباً يتعلق بالمستقبل والمجهول (عبدالخالق، 2005م، ص199).

لا شك أن القلق حالة نفسية فسيولوجية تتركب من تظافر عناصر إدراكية وجسدية لخلق شعور غير سار يرتبط عادة بعدم الارتياح والخوف ويكون الشعور بالقلق في بعض الأحيان. والقلق هو خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد شيء لا يستطيع تحديده تحديداً دقيقاً، ويكون الشعور بالقلق أحياناً طبيعياً تماماً، وحيث أصبح القلق سمة نفسية للعصر الحالي وخاصة القلق من الغد. (جبر، 2012م)

هذا الشعور يقع فيه كثير من الناس وقد يكون حالة مؤقتة أو شيئاً عارضاً يزول وقد يصبح عند البعض اضطراباً. وقد نرى هذا القلق في حالات الحمل والاستعداد للولادة على

سبيل المثال لا الحصر، فالحمل هو ظاهرة طبيعية تمر بها معظم السيدات وهو مرحلة مهمة من أجل استمرار الجنس البشري وأسمى المهمات المطلوبة بعد الزواج.

تري الباحثة أنه على الرغم من ذلك فإن الحمل يحمل الكثير من الارتباطات والدلالات البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تؤثر في استقبال المرأة لهذا الحدث منذ بدايته حتى لحظة الولادة.

يعتقد معظم الناس أن كل النساء الحوامل هن مشرقات وسعيدات ولكن الحقيقة هي أن النساء يتعرضن للعديد من المشاعر المختلطة والمعتقدات المخيفة عن الولادة.

هذه المعتقدات تجعل المرأة في حالة توتر وقلق طوال فترة الحمل تزداد حدته في الثلث الأخير من الحمل مع الاستعداد للولادة والخوف من مواجهة الأمومة والوسواس القهري المتعلق بسلامة الجنين، وأحيانا ظهور أعراض ثانوية للاكتئاب ومع هذا ترى الباحثة أن موضوع قلق الولادة قليل الحظ من حيث البحث العلمي وهذا ما يتضح من خلال فصل الدراسات السابقة حيث واجهت الباحثة مشكلة مع قلة الدراسات والمراجع.

كما أسلفنا فهذه المرحلة غنية بالصعوبات الجسدية والنفسية التي تختبرها الحامل دون دراية وتعليم فقط تعتمد في بلورة الفكرة ورسم معالم هذه المرحلة اعتمادا على ما ترويه الجدات والأمهات ومن هن ذوات خبرة شخصية في المجال مما يزيد من قلق الحامل ويجعلها أكثر توترا وخوفا. ومن هنا بدأت الباحثة في التفكير بالإجراءات والطرق التي يمكن أن تساهم في علاج مشكلة القلق لدى الحامل. ويعد الارشاد النفسي أحد أهم الوسائل التي استخدمت من قبل الباحثين في مجال علم النفس والصحة النفسية لعلاج مشكلة القلق بأنواعه المتعددة وهذا ما أكدته الدراسات التي اعتمدت فنيات الارشاد المعرفي السلوكي مثل الاسترخاء والتحصين التدريجي في خفض مستوى قلق الامتحان، وقلق الموت (قواجليه، 2013م)، وقلق الرياضيين (شهيد، 2012م)، وقلق المستقبل (جبر، 2012م)، كما ويعد الارشاد المعرفي السلوكي أحد الاساليب الارشادية المعاصرة والتي أثبتت فعاليتها وبجدارة مثال دراسة (melba, 2006) والتي اعتمدت برنامج تنقيفي لخفض قلق الولادة ودراسة (salehi, 2016) حيث تم تطبيق برنامج معرفي سلوكي وآخر عقلاني عاطفي لخفض قلق الولادة وتم الحصول على نتائج متقاربة في كلا البرنامجين، هذا ما عزز توجه الباحثة لبناء البرنامج الخاص والذي يعتمد على فنيات الارشاد المعرفي السلوكي حيث يتضمن التعليم والتنقيف والتدريب على مهارات الاسترخاء ومهارات ممارسة التمارين الخاصة بالحامل في الأشهر الأخيرة لخفض الألم وبالتالي خفض

القلق إذ أن المستوى العالي للقلق له تأثير سلبي على مجريات ونتائج عملية الولادة للأم والطفل.

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

باعتبار أن جوهر هذه الدراسة يكمن في تصميم برنامج إرشادي سلوكي معرفي لخفض قلق الولادة الأولى ولأن هذه الدراسة فيها إضافة جديدة للبحث العلمي الذي لم تتطرق إليه أي دراسة من قبل في المجتمع الفلسطيني فإن مشكلة الدراسة تتمثل في التساؤل الرئيس التالي: ما مدى فعالية برنامج إرشادي في خفض قلق الولادة الأولى لدى الحوامل في المحافظة الوسطى؟

ويتفرع من هذا السؤال، الأسئلة الفرعية الآتية:

1. ما مستوى قلق الولادة الأولى لدى الحوامل في المحافظة الوسطى؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في قلق الولادة الأولى للمجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لدى الحوامل في المحافظة الوسطى؟
3. هل توجد فروق في مستوى قلق الولادة تعزى لمتغير العمر؟
4. هل توجد فروق في مستوى قلق الولادة تعزى لمتغير مستوى تعليم الحامل (، ثانوي، ، بكالوريوس، دراسات عليا)؟
5. هل توجد فروق في مستوى قلق الولادة تعزى لمتغير مستوى تعليم زوج الحامل (ثانوي، ، بكالوريوس، دراسات عليا)؟
6. هل توجد فروق في مستوى قلق الولادة تعزى لمتغير مكان السكن (مدينة، مخيم، قرية)؟
7. هل توجد فروق في مستوى قلق الولادة تعزى لمتغير عدد مرات الحمل السابقة؟
8. هل توجد فروق في مستوى قلق الولادة تعزى لمتغير نوع الحمل (مخطط له، غير مخطط له)؟
9. هل توجد فروق في مستوى قلق الولادة تعزى لمتغير صلة القرابة بالزوج (قريب، غير قريب)؟

أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الي تحقيق الاهداف التالية:

الكشف عن مستوى القلق والخوف من الولادة الأولى لدى السيدات الحوامل في المنطقة الوسطى؟

تصميم وإعداد برنامج معرفي سلوكي وتطبيقه على أفراد عينة الدراسة .

الكشف عن مدى فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض قلق الولادة الأولى .

تحديد الفروق ذات الدلالة الإحصائية في مستوى القلق من الولادة الأولى لدى الحوامل اللواتي تعرضن لبرنامج إرشادي في القياس القبلي والبعدي.

الكشف عن مستوى قلق الولادة وعلاقته بعمر الحامل.

بيان مستوى قلق الولادة وعلاقته بمستوى تعليم الحامل (ثانوي، ، بكالوريوس، دراسات عليا).

توضيح مستوى قلق الولادة وعلاقته بمستوى تعليم زوج الحامل (ثانوي، بكالوريوس، دراسات عليا).

الكشف عن مستوى قلق الولادة وعلاقته بمكان السكن (مدينة، مخيم، قرية).

توضيح مستوى قلق الولادة وعلاقته بعدد الحملات السابقة ونوع الحمل(مخطط له، بدون تخطيط)؟

تحديد الفروق ذات الدلالة الإحصائية في قلق الولادة الاولى للمجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لدى الحوامل في المحافظة الوسطى.

أهمية الدراسة:

على الرغم من تعدد البحوث والدراسات والبرامج الارشادية التي تناولت القلق على اعتبار أنه مشكلة العصر الحديث في جميع المجالات إلا أنه لا توجد أي دراسة حسب خبرة الباحثة تناولت الجانب الإرشادي في تخفيف الضغوط النفسية والقلق لدى النساء الحوامل عامة والحوامل لأول مرة بشكل خاص.

لذا تتمثل أهمية الدراسة في محورين:

الجانب النظري:

تكمن أهمية الدراسة من الجانب الذي تنصدي لدراسته إذ أنها الأولى من نوعها في المجتمع الفلسطيني حيث عنيت الباحثة بشريحة مهمة و خاصة وهي الحامل من الناحية النفسية حيث ترافق التغيرات البيولوجية والهرمونية تغيرات نفسية كبيرة . تكشف هذه الدراسة عن العديد من العوامل التي تؤثر في مستوى القلق لدى الحوامل مما يساعد مقدمي الخدمة الصحية في فهم أعمق لسيكولوجية الحامل كما وتكمن الأهمية النظرية لهذه الدراسة في الكشف عن دور البرنامج الإرشادي في خفض مستوى قلق الولادة وتحسين الحالة النفسية والانفعالية للحامل في الأشهر الأخيرة

تزداد الأهمية النظرية للدراسة في أنها تناولت ظاهرة نفسية خطيرة تمر بها السيدات في المرحلة الانتقالية الحرجة من حياة السيدة وهي مرحلة الانتقال إلى ممارسة الأمومة والعناية بالأطفال. تقدم الدراسة إطاراً نظرياً حول مفهوم قلق الولادة لدى الحوامل يلقي الضوء على الأسباب ومدى الاستجابة النفسية والجسمية مما يعطى فهم أكبر وأعمق للقلق والخوف من الولادة وكذلك يساعد في تشخيص والتنبؤ بتأثير القلق على سير الولادة.

تلقت الدراسة نظر الباحثين إلى ظاهرة القلق من الولادة بحيث تعتبر انطلاقة لإجراء المزيد من البحوث المتخصصة من حيث دراسة الأسباب وعوامل الخطورة -الخ.

الجانب العملي:

تزود هذه الدراسة الحوامل من خلال البرنامج الإرشادي بالعديد من المحاور التدريبية ومنها:

1. بالتدريب اللازم على المهارات الخاصة بخفض مستوى القلق والتخلص منه في كثير من الأحيان.
2. تدريب السيدات على مهارات الاسترخاء.
3. يهتم البرنامج بتنمية البنية المعرفية للحامل من جانب مساعدة الحامل في التعرف على سيكولوجية الحمل من الناحية العلمية بحيث تجد التفسير العلمي لكل ما تمر به من تجارب أثناء الحمل.
4. يساهم البرنامج في تقديم دليل علمي للحوامل عن ماهية الولادة من بداية المخاض وحتى إتمام عملية الولادة.

5. يساهم البرنامج في تقديم دليل علمي وتدريب عملي للحوامل بالتمارين اللازمة للتسهيل الولادة خلال مرحلة الاستعداد للولادة ومرحلة الولادة ذاتها. مما يساعد في رفع ثقة الحامل بنفسها ويجعلها أكثر قدرة على تجاوز الولادة بدون مضاعفات جسمية ونفسية.
6. يساعد البرنامج المختصين في مجال رعاية الأمومة والطفولة في إعداد برامج متخصصة، ذات فعالية في مجال القلق من الولادة.

حدود الدراسة:

- **الحد الزمني:** ستجري الدراسة في العام (2016-2017).
- **الحد البشري:** ستجري الدراسة على عينة من سيدات حوامل لم يخبرن تجربة الولادة ومقبلات على الولادة ما بين الشهر السابع والتاسع للحمل وبطريقة الاختيار القسدي.
- **الحد المكاني:** عيادة النصيرات التابعة لوكالة الغوث الدولية وهي في المحافظة الوسطى أحد محافظات قطاع غزة.
- **الحد النوعي:** دراسة أثر برنامج معرفي سلوكي في خفض قلق الولادة الأولى لدى عينة من الحوامل بالمحافظة الوسطى.
-
- **مجتمع الدراسة:** الحامل التي لم تخبر الولادة بعد في قطاع غزة.
- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من 10 حوامل، تم تطبيق البرنامج عليهن.

مصطلحات الدراسة:

الإرشاد المعرفي السلوكي: هو أحد طرق الإرشاد والعلاج النفسي والذي يعتمد بالدرجة الأولى على الوصول بالمسترشد للتوافق والسلوك التوائمي من خلال تصحيح البنية المعرفية ويعد العالم ميكنيبوم المؤسس لهذا النوع من الارشاد (زيدان، 2016م، ص255).

البرنامج الإرشادي

هو مجموعة من الجلسات المحددة الأهداف والتي تبنى وفقاً لمبادئ ومناهج وإجراءات قدمها أخصائيون ترنو إلى مساعدة المسترشد على تنمية الجوانب الإيجابية لتحقيق النمو والتوافق واكتساب مهارات شخصية واجتماعية تحسن حياتهم وتطور القدرة على حل المشكلات ومواجهة العقبات. (أبو اسعد، 2010م، ص24).

التعريف الاجرائي للبرنامج الارشادي:

الحمل

هو حمل الأنثى واحداً أو أكثر من الأجنة في رحمها فترة كافية لنموه واستعداده للحياة خارج الرحم، ويمتد الحمل الطبيعي من 38-42 اسبوع ابتداءً من التلقيح وحتى الولادة (حسن، 2002م، ص63).

القلق:

شعور عام غامض بالضيق والكدر مصحوبا بحالة وجدانية غير سارة من التوجس والخوف والتوتر والتحفز، تنتج معه بعض الإحساسات الجسمية مثل ضيق النفس وزيادة نبضات القلب وجفاف الفم والصداع. (عكاشة، 1998م، ص107)

الولادة:

عملية فيزيولوجية تحدث فيها تغيرات فيزيولوجية واسعة تبدأ بتقلصات رحمية منتظمة وتنتهي بإمحاء عنق الرحم وتوسع القناة التناسلية تؤدي إلى خروج الجنين والمشيمة والأغشية المحيطة من الرحم إلى العالم الخارجي. (الحري، 2006م، ص7).

الولادة الأولى:

حالة الحامل التي لم يسبق أن خبرت ولادة جنين حي كامل النمو.
(Rothenerg&Chapman, 1989)

قلق الحمل:

شعور عام بالانزعاج والضيق مع ارتباك وتذبذب المشاعر، تختبره الحامل بمستويات متفاوتة خلال فترة الحمل نتيجة الخوف من الولادة.

قلق الولادة:

حالة من اختلاط مشاعر القلق مع الخوف الشديد تعانيها الحامل مع اقتراب موعد الولادة.

الفصل الثاني

الإطار النظري

الفصل الثاني

الإطار النظري

المبحث الأول: القلق

يعد القلق من المواضيع التي أثارت مدى واسعاً من اهتمام العلماء والباحثين في علم النفس عبر مختلف العصور ومراحل تطور الانسان، فلا يكاد يخلو أي كتاب أو أي بحث لعلم النفس من تفسير الاضطرابات النفسية، وعلي رأسها القلق، فمع تسارع وتيرة الحياة وظهور الكثير من المتغيرات العامة والمفاجآت العارضة التي تمخض عنها تحولات هائلة لم يشهدها التاريخ من قبل من الطبيعي أن يشعر الانسان بالقلق.

لقد تغير العالم فلم تعد المشاكل الجسدية قصيرة الأمد تسبب لنا القلق لكننا أصبحنا نقلق بشأن المستقبل وما هي التحديات التي سنواجهها، لذا فلا عجب أن تكون سمة العصر الحالي هي القلق حيث يعرف بأنه "شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويأتي في نوبات متكررة، مثل الشعور بالفراغ في المعدة الذبحة بالصدر، أو الضيق في التنفس، أو الشعور بنبضات القلب أو الصداخ أو كثرة الكلام والحركة".... الخ (عكاشة، 2003م، ص134).

فالقلق مجموعة مختلفة من المظاهر البدنية والعقلية غير الراجعة إلى خطر حقيقي تحدث على فترات أو بصورة مستمرة ويكون القلق عاماً، وقد يصل إلى حد الهلع، وقد تكون الأعراض الأخرى مثل الأعراض الوسواسية الهستيرية موجودة ولكنها لا تسود الصورة الإكلينيكية (منظمة الصحة العالمية، 1982م، ص48).

لقد فسرت العديد من الدراسات ومنها (دراسة زهران: 1980، وعبد الطيف حسين فرج: 2009، وطه عبد العظيم حسين: 2007) المقصود بالقلق واستجاباته التي يظهرها الأشخاص، كما وبيّنت أسباب القلق والعوامل التي تساهم في ظهور نوبات قلق عصابية. كما لم تغفل عن توضيح وبيان الأعراض وكيفية التخفيف من استجابات القلق العصابي بالإضافة إلى وضع المقاييس التي يقاس بها، وأخيراً العقاقير التي تستخدم كمضادات للقلق.

ومما لا شك فيه أنه ليس منا من لا يقلق في وقت من الأوقات أو عند موقف ما، أو في مرحلة من المراحل الانتقالية في حياته، كالانتقال من البيت للمدرسة، الجامعة، الزواج، العمل،

أو الحمل والولادة...الخ فالحياة تزخر بالمواقف الضاغطة والتي تسبب لنا القلق فهذا أمر طبيعي لا سيما عندما يزول القلق بزوال السبب.

مفهوم القلق:

التعريف اللغوي للقلق:

يعرف القلق لغة بأنه: القلق من قلق. والقلق الانزعاج ويقال بات قلقاً أو أقلق غيره والقلق لا يستقر في مكان واحد. (ابن منظور، 1986م، ص323).

كما ويعرف القلق "من قلق، وقلق قلق لم يستقر في مكان واحد، أو لم يستقر على حال واضطرب وانزعج فهو قلق، والقلق حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث والمقلق: شديد القلق ويقال رجل مقلق، وامرأة مقلقة. (الكعبي، 1997م، ص88)

التعريف السيكولوجي للقلق:

هناك اختلاف بين علماء النفس في تعريف القلق وتفسيره لذا سوف تعرض الباحثة بعض التعريفات للقلق.

1- يعرف معجم علم النفس الطب النفسي القلق بأنه: شعور عام بالفزع والخوف والتحفز من شر وكارثة توشك أن تحدث. (الكعبي، 1997م، ص30)

2- قاموس المصطلحات النفسية عرف القلق بأنه: حالة انفعالية يشوبها الكدر والهم والشعور بالخطر والتهديد، الأمر الذي يسبب عدم الراحة والاستقرار ويفقد الفرد معها الرغبة والحافز للهدف. (عبد الخالق، 1987م، ص27)

3- أما زهران (2001م، ص484) فيعرف القلق بأنه: حالة توتر عام وشامل ومستمر نتيجة توقع خطر فعلي أو على مستوى الخيال، تكون مصحوبة بأعراض جسدية ونفسية مؤلمة وغير سارة.

كما يعرفه (ملحم، 2001م، ص233) على أنه: شعور عام وشامل بالضيق يرافقه الخوف والفزع والاستثارة يكون عادة مصحوب ببعض الأعراض الجسدية غير محددة المصدر مثل ارتفاع في ضغط الدم وزيادة في ضربات القلب مع زيادة في التعرق.

أما (رضوان، 2012، ص232)، فقد ذهب إلى أن القلق ما هو إلا استجابة الفرد للخطر الناتج عن الفشل أو الحرمان حيث يشعر الفرد بالتهديد وعدم الراحة والاستقرار.

هو حالة نفسية تنتج عن شعور الفرد بخطر يهدده ويعكر عليه حياته يصاحبه توتر انفعالي وتحفز واضطرابات فسيولوجية متعددة (الرفاعي، 1981م، ص205).

ويرى (كمال، 1988م، ص161) القلق بأنه: حالة من التحفز تظهر على شكل جملة من أحاسيس الضيق والارتباك وفقدان الراحة من توقع وشيك لحدوث كارثة أو ضرر أو مصيبة. ويعرف (مخيمر، 1979م، ص23) القلق على أساس تقسيمه إلى حالتين "القلق السوي" وهو طبيعي ناتج عن رد فعل الأنا عند مواجهة خطر خارجي، أو "القلق العصابي" وهو حالة مرضية تظهر عند فشل الأنا الأعلى في كبح المكبوتات والغرائز من الطفح وهو يظهر في صورة شعور بالإثم والاشمئزاز.

من خلال العرض السابق ترى الباحثة أن علماء النفس اختلفوا في تعريفهم للقلق فمنهم من ركز على الأعراض الفسيولوجية مثل (ملحم:2001)، ومنهم من ركز على الأعراض النفسية مثل (رضوان:2012)، وبعضهم مثل (زهران:2001) جمع بين الأعراض الفسيولوجية والأعراض النفسية وهذا ما سهل على الباحثة استنتاج معني القلق وتعريفه تعريفاً ملخصاً في النقاط التالية:

- 1- القلق حالة وجدانية غير سارة ومجهولة المصدر يمر بها الأفراد.
- 2- القلق دافع سلوكي انفعالي ومحرك فعال.
- 3- القلق يحدث نتيجة شيء غير متوقع وأحياناً غير موجود وغير ظاهر وغامض المصدر.
- 4- القلق يؤدي النفس ويسبب لها ألماً داخلياً.
- 5- من مميزات القلق الاستمرارية والغموض وعدم الوضوح.
- 6- للقلق أعراض جسمية ونفسية واجتماعية واضحة ومحددة يمكن تشخيصه من خلالها.
- 7- القلق له أشكال متعددة مثل التوتر والخوف وعدم الاستقرار والشعور بالذنب وتوقع الخطر أو المكروه.
- 8- القلق كما أنه محرك فعال فهو في بعض الأحيان يكون معول هدم يؤدي إلى خفض نسبة النجاح ويؤثر سلباً على مستقبل الشخص.

تصنيفات القلق:

من الواضح التباين بين علماء النفس في تحديد مفهوم القلق بشكل دقيق، أو الاتفاق على تعريف محدد مبرر له، والسبب هو أن القلق علي رأس الاضطرابات النفسية الأكثر انتشاراً وتتداخل فيه المسببات ما بين شخصية واجتماعية ووراثية أو حتي بيئية، ورغم هذا الاختلاف نجد أن هناك نوع من التوافق علي تصنيف القلق حيث تم تقسيمه الي:

1. القلق الموضوعي:

ويعد هذا القلق قلقاً طبيعياً ومنطقياً ومقبولاً ودفاعياً ينشأ عندما يواجه الفرد تهديداً خارجياً ويتوقع حدوث سوء وهذا النوع من القلق يعد دافعاً يساعد الفرد على مواجهة الخطر ومحاولة القضاء عليه، ويعتبر هذا النوع من القلق مفيداً لأنه يحث الانسان على التقدير السليم للمواقف ويحلل الأسباب ويقدر ما تتطلبه الظروف الطارئة ويزيد من طاقته وحماسه ونتاجيته استعداداً لمجابهة الخطر أو الهروب منه. ويعتبر هذا النوع من القلق من مقومات الحياة اليومية يتعرض له الناس يوميا في حياتهم العادية عندما يواجهون تجارب مزعجة أو مشاكل تهدد راحتهم أو أمنهم أو حتى صحتهم.

ففي هذه المرحلة يكون القلق حافز يدفع صاحبه إلى الإنتاج والنمو والإبداع أو حتى تجاوز الأزمات بقوة ومسؤولية ويعد هذا النوع من القلق أقرب أنواع القلق إلى الصحة النفسية والسواء حيث يعرف على أنه القلق الصحي والقلق الأساسي المطلوب في حياة الفرد والذي من المفروض أن يتزود به الفرد وهو ما تكون معه الحياة الطبيعية ولا حياة بدونه إذا اختفى من حياة الفرد أصبح إنسانا متبلد الوجدان والمشاعر (الخطيب، 2000م، ص591)

لقد أطلق فريد علي هذا النوع من القلق (القلق الموضوعي) عدة مسميات يذكرها (عثمان، 2001م، ص20) هي كما يلي :

- القلق الواقعي Real Anxiety
- القلق الحقيقي True Anxiety
- القلق السوي Normal Anxiety

2. القلق المرضي: (القلق العصبي)

منذ القدم ولكل فرد نصيب من القلق بالدرجة التي يكون معها قادراً على التوافق والإنتاج و التكيف والإبداع أما إن كان القلق بدرجة عالية فإنه يصبح مدمراً للفرد ويقل انتزانه النفسي

ويعيق تكيفه وانجازه ويصبح عُرضة للأمراض والإضرابات حيث يدخل دائرة ما يسمى القلق المرضي وهو قلق يصدر من داخل الفرد وهو خوف مزمن غير مبرر له مع توفر أعراض نفسية وجسمية متعددة دائمة إلى حد كبير وتختلف شدته وعمقه وتأثيره من شخص لآخر. وفي هذه الحالة غالباً ما يكون القلق مجهول المصدر، ولا تأتي ردود الأفعال والتصرفات جواباً على عوامل ومسببات معينة، بل على تهديدات غامضة وشاملة ولهذا يلاحظ أن رد الفعل يكون بطريقة عشوائية وأن السلوك يكون عادة فوضوياً لا يقضي على القلق بل يزيد من سيطرته وتمكنه (الازرق بن علو، 2003م، ص91). ويرى فرويد أن القلق العصابي على أنه خوف غامض ومبهم لا يستطيع الشخص أن يحدده أو يعرف سببه فهو رد فعل لخطر غريزي داخلي. ويكون مصدر القلق العصابي داخلي في الجانب الذي يطلق عليه الهو (ID) فيخاف الفرد من أن تغرقه وتسيطر عليه نزعة غريزية لا يمكن ضبطها أو التحكم فيها وقد تدفعه ليقوم بعمل أو يفكر في أمر قد يعود عليه بالأذى ويميز فرويد بين ثلاثة أنواع من القلق العصابي هي:

- 1- **القلق الهائم:** وهو قلق يتعلق بأية فكرة مناسبة أو أي شيء خارجي والاشخاص المصابون بهذا النوع من القلق يتوقعون دائماً أسوأ النتائج ويفسرون كل ما يحدث لهم نذير سوء
- 2- **قلق المخاوف المرضية:** وهنا القلق مرتبط بموضوع محدد كالخوف من المرض أو السرطان أو حدوث كارثة ما.
- 3- **قلق الهوس:** وهذا النوع من القلق يبدو واضحاً في بعض الأحيان وغامض في أحيان أخرى كما أن أعراض الهستيريا مثل الرعشة والإغماء وصعوبة التنفس تحل محل القلق وبذلك يزول الشعور بالقلق أو يصبح القلق غير واضح ومن هنا نجد أن أعراض القلق الهستيري نوعان أحدهما نفسي والآخر جسدي (عثمان 2001م، ص21)
- 4- **القلق العام:** الذي لا يرتبط بأي موضوع محدد بل نجد القلق غامضاً وعمماً وغائماً free-flotig وغير متحكم به وهو قلق لتوقع نشاطات أو أحداث كارثية وغالباً تكون موضوعاته تتعلق بالحياة اليومية والصحة والرزق والموت، وعلى الرغم من الاختلاف بين علماء النفس حول مفهوم القلق إلا أن هناك إجماع على أن القلق العام هو مقدمة وبداية جميع الاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية. (زهران، 1978م، ص398)

5- **القلق الكياني:** وهو الذي لا يتعلق بمشكلة التكيف وإنما بطبيعة الوجود نفسه (من أنا؟ لماذا نعيش) (الصيخان، 2010م، ص70)

6- **القلق الخلقي "الذاتي":** " أن القلق الذاتي يعانيه الفرد كأحاسيس إثم أو خجل عند الأنا حيث يشكل الأنا الأعلى هنا مصدر للقلق وبطبيعة الحال لا يستطيع أن يهرب من ضميره أو يفر من نفسه وهنا يتحفز القلق وكأنه نذير خطر وأن هناك دافعا محظورا كان مصدراً للألم والعقاب يوشك على الانطلاق ويهدد الأنا المثالية التي كونتها القوانين الاجتماعية، الدين و الوالدان عند الفرد ومصدر القلق الخلقي كامن في تركيب الشخصية كما هو في القلق العصابي فهو صراع داخل النفس وليس صراعا بين الشخص والعالم الخارجي (عوض، 1980، ص78)

7- **القلق الثانوي:** هو القلق كعرض من أعراض الاضطرابات النفسية الأخرى حيث يعتبر القلق عرضا مشتركا في جميع الأمراض النفسية تقريبا (زهران، 197م، ص398). من خلال ما سبق ترى الباحثة أنه من الممكن أن يصنف القلق بحسب منفعته والضرر الذي يتسبب به للفرد الي:

- القلق المطلوب
- القلق المقبول
- القلق المرفوض

مستويات القلق:

ويظهر القلق على درجات متفاوتة في الشدة ويمكن أن تقسم إلى ثلاث مستويات بحسب د. محمد مياسا.

➤ المستوى الأول: المنخفض

"worry" الكدر الهم والضيق ويطلق أحيانا على العصبية nervousness وهو أبسط أنواع القلق وهو شائع ويختبره الفرد في الحياة اليومية إذ لا يخلو فرد من ظروف تجعله يبدو عصبي المزاج أو مواقف تشعره بالهم والكدر وتكون ردة الفعل على هذه المواقف العصبية سرعة الانفعال والشعور بالتعب والإرهاق ويتميز هذا المستوي من القلق أنه سريع الانتهاء ويزول عن طريق التفريغ يصنف هذا بأنه قلق طبيعي وبسيط وضمن حدود السواء النفسي.

➤ المستوى الثاني: المتوسط

إذا زادت التعقيدات في المواقف الضاغطة وكان من الصعب الترويح عن النفس فإنه يتطور إلى المستوى الثاني ويطلق عليه (anxiety) قلق ويظهر الفرد انفعال وتوتر وخوف من حدوث مكروه أو كارثة قريبة هذا القلق يتميز بأنه واضح المعالم تصاحبه حالة نفسية مؤلمة من الهم والضيق والانزعاج وقد يشكل حافزاً يدفع صاحبه نحو العمل من أجل حصول التوافق وتخطي المحنة مثال خوف الطالب من الرسوب في الامتحان يدفعه للدراسة والاجتهاد لتحقيق التفوق والنجاح ويعتبر هذا المستوى مألوفاً إذ إن كل فرد معرض لاختبار موقف صعب يشعر معه بالتوتر والقلق ويدفعه إلى التفريغ بالعمل من أجل تجاوز هذه المحنة والخروج من مشاعر الألم والقلق ويكون ذلك بعد فترة وجيزة أو طويلة ومن هنا يعتبر هذا المستوى طبيعياً ولا ينذر بالمرض أو الشذوذ.

➤ المستوى الثالث: الشديد

القلق الشديد أو المرضي والعصابي neurotic anxiety سمي بذلك لأنه تجاوز القلق الطبيعي ووصل إلى درجة المرض النفسي الذي يستدعي العلاج النفسي الإرشادي أو الدوائي وبهذا فهو يعتبر حالة خاصة وليست سمة من سمات العامة إنما هي أعراض يعاني منها المرضى النفسيون تحدث عندما تتكرر المواقف المقلقة وتزداد شدتها وتعقيدها ولا يجد الفرد سبيل لتفريغ أو تحقيق التوافق (مياسا، 1997م، ص97)

علاقة القلق ببعض المفاهيم النفسية

أولاً: قلق الحالة :

قلق الحالة يعرف على أنه حالة انفعالية مؤقتة تتعلق بموقف مثير يشعر معه الفرد بانعدام الأمان والتهديد ويكون متوتراً ومضطرباً تختلف شدة هذه المشاعر من فرد لآخر بحسب مستوى إدراك الفرد للخطر والتهديد كما أن هذه الحالة الانفعالية تزول بزوال موضوع ومصدر الخطر والتهديد (زهران، 1978م، ص34)

كما وعرف spielrger في نظريته "الحالة والسمة" قلق الحالة بأنه حالة شعورية وجدانية داخلية تظهر عند تعرض الفرد لموقف يرى فيه تهديداً أو خطراً حقيقياً مما يحفز الجهاز العصبي اللاإرادي ويشعر بالتوتر والاستعداد لمواجهة التهديد تزول هذه الحالة ويعود الفرد حالة الاتزان بزوال المصدر (حبيب، 1991م، ص166).

ثانياً: قلق السمة:

وهو عبارة عن التفاوت بين الناس في مستوى ميلهم واستجابتهم في إدراك المواقف والحكم على مدى خطورتها وتهديدها لهم حيث إن قابلية الناس للقلق تتأثر بالمواقف بدرجات مختلفة ويعد قلق السمة أنه استعداد داخلي وهو أكثر ارتباطاً بالصحة النفسية للفرد، يتوقف مستوى إثارة القلق عند الإنسان على مستوى استعداد الفرد للقلق حيث يعتبر استعداد سلوكي مكتسب وكما ينشط ويستثار بواسطة منبهات إما داخلية أو خارجية (مرسي، 1978، ص139) . من خلال هذا العرض تري الباحثة إن حالة القلق ما هي إلا حالة مؤقتة مرتبطة بموقف مثير إما سمة القلق فهي حالة ترتبط بالشخص وتكون دائمة وأن العلاقة بين حالة القلق وسمة القلق هي علاقة ارتباط بحيث إن الاستعداد والتهيؤ للقلق (سمة القلق) يمكن إثارته وبتحفز بمواقف مهددة وخطر وشيك لينتقل الفرد إلى حالة القلق.

القلق والخوف:

تتشابه أعراض الخوف مع القلق لدرجة يصعب معها التمييز بين الحالتين ويكن الخوف هو الحالة الشعورية الانفعالية التي تتأب الفرد عندما يري أو يتعرض لخطر حقيقي واقعي يدفع لل خوف مثال أن أخاف على حياتي إذا اتجهت نحوي سيارة مسرعة فموضوع الخوف هنا حقيقي أما أن ينتابني شعور بالخوف والتوتر وأن مصيبة توشك أن تحل من سيارة تمر بسرعة وأنا جالس في المنزل فهذا هو القلق وبهذا يمكننا اعتبار القلق نوع من أنواع الخوف (أمان الدين، 2013م، ص2)

و ينشأ الخوف والقلق كرد فعل عند الشعور بالخطر أو كارثة وشيكة الحدوث وتشكل تهديداً لحياة ووجود الفرد الأمر الذي يستثيره للعمل من أجل حمايته والدفاع عن نفسه في سبيل المحافظة على البقاء، على صعيد الخوف يكون مصدر الخطر واضح وأما إذا انتقل الخوف إلى درجة مبالغ فيها فهو بذلك يشبه القلق

و تبين الدراسات أن القلق يتميز عن الخوف من عدة محاور وهي كالتالي:

1. من حيث الموضوع في الخوف يكون معروفاً ومحددأ أما في حالة القلق فهو مبهم وغير واضح.
2. موضوع الخوف له أصل ووجود في العالم الخارجي مثل الحرب أو مواجهة سيارة مسرعة بينما في القلق فالموضوع ذاتي ومبهم وليس له وجود في العالم الخارجي فالإنسان القلق يخاف من شيء مجهول لا يستطيع تحديده أو الوقوف على مصدره

3. إذا حدث وكأن موضوع القلق حقيقاً وله وجود في الواقع فإن الشعور بالتهديد جراه يكون غامضاً أما على صعيد الخوف يكون الخطر محدداً.
 4. إن موضوع الخوف والانفعالات الناتجة منه تكون متناسبة، أما القلق وبشكل خاص القلق المرضي فإن الأعراض والانفعالات والحالة الوجدانية تكون على درجة عالية من الشدة لا تتناسب مع سبب الخطر وموضوعه.
 5. الخطر في القلق داخلي وشديد وموجهة إلى كيان الفرد بينما لا تكون الحالة الانفعالية الوجدانية في الخوف بنفس الدرجة.
 6. يتسبب القلق بالشعور بالعجز والهوان تجاه المصدر المجهول أما في حالة الخوف فيمكن أن تحدث مواجهه مع المصدر
 7. الشعور بالخوف هو للحظات عابرة ومؤقته تزول بزوال السبب أما في القلق فتستمر المشاعر مدة أطول.
 8. الأعراض الفيزيولوجية والنفسية المصاحبة للخوف كثيرة ولكنها تزول بسرعة أما في القلق فالآثار الجسدية والنفسية تكون أعمق وأخطر وتأخذ وقتاً أطول للتخلص منها (مياسا، 1997م، ص100)
- ويتلخص الفرق بين الخوف والقلق في الجدول التالي:**

جدول (2.1): الفرق بين الخوف والقلق

وجه المقارنة	الخوف	القلق
المنشأ والموضوع	واضح وحقيقي في العالم الخارجي	مبهم ومجهول
التعريف الخطر	محدد واقعي	غامض وغير واضح
الصراع	خارجي وموجود	على مستوي الخيال غير موجود
الديمومة	حاد	مزمن

(غانم، 2006م، ص42)

القلق والأداء

يعتبر القلق وأثره على أداء وفعالية الفرد من الموضوعات التي اهتم بدراستها الباحثون حيث اعتبر القلق معيقاً وعقبة في طريق الابداع والتطور بمعنى أن خفض درجة القلق أو

التخلص منه يعتبر من أقوى الدوافع للعمل والانجاز لذا فإن العلاقة بين القلق والاداء علاقة ليست بالبسيطة فالقلق يعمل في بعض الأحيان كجهاز إنذار يجعل الحياة أكثر تشويقاً وينشط الكائن ويحفزه ويستشيره لكي يجتهد وينجز في أعماله ينمي لديه الإبداع ليجد حلاً لما يعترضه من مواقف وإذا اعتبرنا الخوف مرتبطاً بخبرة غير سارة وعقوبة تهدد الفرد فهو بذلك يكون أكثر استيقاظاً وتحفيزاً لتجنب الوقوع في المخاطر ويحمي نفسه من العقوبة والألم وكما أن القلق محفزاً للفرد يزيد من نشاطه وتهيئته للمواقف وبذلك يحمي نفسه من التهديد والخطر فهو أحياناً يكون بدرجة عالية ينخفض معها إدراك ووعي الفرد وبذلك يكون أقل جاهزية لمواجهة الخطر والاذى. وقد أوضح كل من يركس ودوسون (1980)م هذا الأثر في أن غياب القلق أو انخفاضه يؤثر سلباً على أداء الفرد بحيث يكون ضعيفاً وعاجزاً تماماً كما لو كان مستوى القلق عالي جداً فإن الاداء يتدهور وبهذا يكون المطلوب هو قدر معتدلاً ومتوسطاً من القلق ليحفز الفرد ويرفع من درجة ادائه، من هنا يتبين أن للقلق تأثيران متناقضان على الاداء الأول تأثير محفز وفاعل والثاني تأثير معوق وهادم. (الكفافي، 1990م، ص351)

القلق والدافعية

تؤكد نظريات التعليم على ضرورة الدافعية والحافز للتعليم ويعرف الدافع على أنه حالة وجدانية داخلية عند الفرد تحدد سلوكه وتؤثر فيه من هنا يعتبر القلق حافزاً ودافعاً يشدّ الهمم ويساعد على النجاح والانجاز والتقدم والتفوق ويمكن تلخيص أثر الدافعية في الآتي:

1. ينقل القلق الفرد من حالة الثبات والسكون إلى حالة من عدم الاتزان تعمل على تنشيط الفرد تدفعه الى المزيد من العمل والانجاز.
2. يوجه القلق سلوك الفرد اتجاه تحقيق الهدف فالقلق من الامتحان يولد حافزاً للمذاكرة وبهذا يعد القلق عامل توجيهي.
3. يساعد القلق في تعزيز السلوك حيث إن حالة الاتزان تعود بالفرد لما كان عليه مسبقاً بعد إنجاز العمل (الخالدي والعلمي، 2008م، ص85)

أسباب القلق

أسباب القلق كثيرة ومتعددة وغالبا ما تكون متداخلة ومنها:

- 1- الاستعداد الوراثي: فالشخص القلق غالبا ما يكتسب هذا الصفة من أحد الأبوين أو كلاهما وكثير ما تختلط العوامل الوراثية مع عوامل بيئية ومواقف حياه ضاغطة تنعكس فيها استجابة الآباء القلقة وتوترهم وانفعالهم على الأبناء فينشأ لديهم استعداد عالي للإصابة بالقلق (امان الدين، 2013م، ص23)
- 2- الاستعداد النفسي: أحيانا تضع البيئة الفرد في ظروف قاسية يشعر معها بالتهديد الداخلي أو الخارجي تهديداً يمس أهدافه ويحرمه من الشعور بالأمن. (الغرة، 2002م)
- 3- الضعف النفسي والتوتر وتكرار الأزمات والصدمات النفسية والشعور بالذنب وتوقع العقاب والخوف منه الشعور بالإهانة والعجز والانتقاص والصراع بين الدوافع والرغبات من جهة والبيئة من جهة أخرى كل هذا يؤدي إلى انعدام الشعور بالأمن ويسبب القلق (زهران، 2001م)
- 4- احباطات الطفولة والمراهقة وطرق التنشئة الخاطئة الدلال والحماية الزائدة والتسلط والقسوة والحرمان (المطيري، 2005م، ص281)
- 5- التعرض لمواقف ضاغطة في الحياة فالعصر الحاضر يعج بالمشكلات الثقافية والبيئية ملئ بعوامل الخوف والكدر يغلب عليها الافتقار للأمن على الصعيد الأسري والاجتماعي.
- 6- الاحباط والفشل الناتج عن الصراع الدائم بين الدوافع والاتجاهات.
- 7- التفكير في المستقبل وسعى الإنسان الدائم وراء تحقيق ذاته وإثبات وجوده (عبيد، 2008م، ص188).
- 8- الفشل في تحقيق الذات وانعدام التوافق بين الذات الواقعية والذات المثالية.
- 9- أسباب تتعلق بالبناء الديني للفرد وعلاقته بربه وفهم الحياة مثل التساهل في أمور الدين وضعف الإيمان.

10- كثرة المعاصي والذنوب قال تعالى " وَمَنْ أَعْرَضَ عَنْ ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكًا وَنَحْشُرُهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ أَعْمَى "[طه: 124]

11- الخوف من الموت والتمسك بالحياة والانشغال في أمور الدنيا.

التعقيب على أسباب القلق:

تستخلص الباحثة أن الأسباب المؤدية للقلق ما هي إلا شبكة معقدة من العوامل الوراثية والبيئية والبيولوجية والدينية والتقدم التكنولوجي الهائل ومواقف الحياة الضاغطة والتقدم في السن يمكن أن تجتمع في فرد أو يعاني من بعضها فتكون النتيجة الهم والحرمان من المتعة والسعادة وضنك العيش والشعور الدائم بالألم.

أعراض القلق:

يظهر القلق على شكل العديد من الأعراض بحيث تكون مختلفة ومتنوعة ما بين جسمية ونفسية واجتماعية.

- أولاً: أعراض جسمية بحسب (عثمان، 2001م، ص30):
- طنين الأذن-نوبات من الصداع والدوخة والإغماء.
- ضيق التنفس-خفقان القلب وزيادة النبض أثناء الراحة.
- نوبات العرق التي لا تتعلق ببذل مجهود أو ارتفاع في درجة الحرارة.
- جفاف الفم -إمساك أو إسهال.
- تتميل في اليدين أو الذراعين أو القدمين.
- ألآم في الظهر والمفاصل.
- صعوبة البلع والشعور بوجود لقمة في الحلق.
- غثيان وألم في المعدة.
- ثقل وألم في الصدر والجدير ذكره هنا أن هذه الأعراض قد لا تحدث معاً. بل قد تتعاقب أو تشتد أو تتفاوت مما يحدث الإرباك للمريض وعدم القدرة على تحديد أي طبيب هو بحاجة له.

ثانياً: المظاهر الاجتماعية:

- الإخفاق في بناء علاقات اجتماعية ذات معنى مع الآخرين.
- الخوف والخشية من أماكن الحشود وتجمع الناس.
- الخشية من التحدث أمام الآخرين.
- التواصل مع الآخرين باستخدام تعبيرات وإرشادات غامضة.
- الشعور بالخجل وتجنب مواجهة الجنس الآخر.
- الاستغراق في أحلام اليقظة والعزلة والانسحاب الاجتماعي.
- تجاهل تساؤلات الآخرين.
- الشك وانعدام الثقة في الآخرين.
- عدم القدرة على توكيد الذات (الغرة، 2004م، ص 97)

ثالثاً: الأعراض النفسية:

- نوبة من الهلع التلقائي.
- الاكتئاب والوهن وضعف الأعصاب.
- العصبية وسرعة الانفعال بحيث يكون حاداً ولا يتناسب مع الموقف.
- عدم القدرة على الإدراك والتمييز.
- ضعف القدرة على التركيز ونسيان الأشياء.
- تداخل وتشتت التفكير.
- الهيجان والميل إلى العنف والعدوان.
- الأرق ورؤية الأحلام المزعجة والكوابيس.
- الشعور بفرغ العقل. (عثمان، 2001م، ص 30)

القلق في ضوء نظريات علم النفس:

أولاً: القلق في ضوء المدرسة التحليلية

يعد فرويد أكثر علماء النفس اهتماماً بموضوع القلق بخاصة استنتاج سبب القلق ونشأته يذكر فرويد " أن القلق قد ظهر في الأساس كرد فعل لحالة خطر "

يرى فرويد أن ظهور القلق لأول مرة لدى الإنسان نتيجة لصدمة الميلاد حيث اعتبره فرويد باكورة القلق، اذ انقطعت فيها فجأة الصلة الجسدية بين الأم والطفل، فالجنين كان يعيش في رحم الأم بسعادة ينال كل شيء دون عناء أو طلب وكأنه في الجنة سمي هذه فرويد بدراما الميلاد واعتبرها أقصى خبرة يجتازها الإنسان حيث شبهها بعملية الطرد من الجنة (مياسا، 1997م، ص102).

ويذكر فرويد أن القلق فيما بعد يظهر نتيجة السعي لإشباع الغريزة الجنسية الذي يؤدي إلى سعي الأنا لتحقيق هدف أساسي وهو المحافظة على سلامة الذات واطمئنانها، والذي ينتج عنه قلق يصفه بأنه واقعياً، أما عند نجاح النزعات الغريزية والمكبوتات في اختراق دفاعات الأنا وتهدد الكيان النفسي فهي تحدث صراع يحول القلق من موضوعي إلى قلق عصابي.

أما العالم النفسي أدلر (adler) فيرى أن هدف الإنسان هو التفوق على غيره وعندما يفشل سعيه يشعر بالعجز والدونية ويصاب بالقلق.

تختلف هورني (k.h & mey) مع فرويد من حيث النظرة إلى أصل القلق حيث أعطي فرويد صدمة الميلاد وعدم إشباع الغريزة الجنسية المستشارة دوراً أساسياً في نشأة القلق، ترى هورني أن القلق ينشأ من تراكم لخبرات الفرد طيلة حياته، وتعطي القيم الاجتماعية والبيئة دوراً في تكون القلق حيث ترجع القلق إلى ثلاثة عناصر:

- 1- شعور الفرد بالضالة والعجز وأنه لا يستطيع التوافق مع نفسه ولا الآخرين.
- 2- شعور الفرد بالرفض والعداوة وأنه يعيش في وسط عالم منافق.
- 3- شعور الفرد بالوحدة والانعزال وأنه يعيش وسط عالم تسوده التناقضات (زهرا، 1987م، ص82).

ثانياً: القلق في ضوء المدرسة السلوكية

باعتبار أن الاتجاه السلوكي هو اتجاه تعلم فإن أصحاب المدرسة السلوكية ينظرون إلى القلق على أنه سلوك متعلم من بيئة الفرد التي يعيش فيها تحت شروط التدعيم الإيجابي والسلبي ويفسرون القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي الذي هو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي ويصبح هذا الأخير قادراً على استدعاء رد الفعل الخاص بالمثير الأصلي وبهذا فإن مثيراً محايداً يمكن أن يرتبط بمثير آخر من طبيعته أن يثير الخوف وبهذا يكتسب المثير الجديد خاصية المثير المخيف وينجح في استدعاء استجابة الخوف كرد فعل للمثير. ومن الممكن أن

يعتبر هذا المثير غير مخيف ولا يستدعي الاستجابة غير السارة ولكن الفرد يمر بحالة انفعالية غير واضحة وذات طبيعة مبهمة وهذا ما يسمى القلق. ويرى بافلوف وواطسون أن القلق يؤدي دوراً مزدوجاً فهو من ناحية يمثل دافعاً ومصدر تحفز ومن ناحية أخرى فهو يعد مصدر تعزيز وإبداع. و أبرز ما أكدت عليه السلوكية اعتبار القلق انفعال شرطي مؤلم يؤدي النفس لمثير ما يكون هو مصدر القلق عند الفرد. (كفافي، 1999م، ص272)

من هنا وفي ضوء النظرية السلوكية يمكننا أن نرى التبسيط الشديد لمظاهر السلوك الإنساني المعقد، حيث انحسر تفسيرهم للقلق على الفعل ورد الفعل أي العلاقة بين المثير والاستجابة، وكذلك الخلط بين سلوك الخوف والقلق إذ إن الخوف هو استجابة انفعالية لمثير محدد ومعروف المصدر في حين أن القلق استجابة انفعالية غير سارة وتؤدي النفس لمثير غير واضح ومجهول المصدر. (كفافي وروبي، 1990م، ص575). ويرى سيلبرجر spilbergere أن كلا من القلق والخوف ما هما إلا شعور انفعالي إنساني ظهر منذ القدم كرد فعل طبيعي ووسيلة من وسائل الدفاع والتكيف مع المواقف التي تحمل تهديد وتشكل خطر. (شعيب، 1987، ص296) على الرغم من اختلاف السلوكيون مع التحليلين في نشأة القلق وتفسيره إلا أن هناك توافق في اعتبار القلق العصابي مرض وهو أساس الاضطرابات النفسية والسلوكية وهو استجابة انفعالية إنسانية مبالغ فيها وتتجاوز حدود الموضوعية لدرجة تجعل الفرد يشعر بالعجز ويتوقع الشر وينهار. (رموس، 1986م، ص142).

ثالثاً: القلق : في ضوء المدرسة الإنسانية:

يهتم أصحاب المدرسة الإنسانية بخصوصية الانسان وأنه كائن فريد من بين الكائنات الحية لذا تعتبر المواضيع التي تمثل خصوصية الإنسان هي محور دراستها مثل الحرية والمسؤولية، الإرادة والإبداع، القيم والمعتقدات وترى في تحقيق هذه الموضوعات هدفاً وتحدياً للإنسان حيث إنها ضرورية له في تأكيد ذاته وإثبات وجوده كفرد وكائن يتميز عن باقي الكائنات ويصنف كل ما يعترض ويعيق محاولات الفرد لتحقيق هذا الهدف عاملاً يثير القلق ولهذا نرى أن مسببات القلق ومثيراته تتعلق وبشكل كلي بالمواضيع التي تخص حاضر الفرد ومستقبله فهو يقلق بشأن الرزق، المسكن، الأسرة، التعليم، المرض والموت وهذا يتناقض ويعترض مع فكرة أصحاب التحليل النفسي التي تعزو أسباب القلق وعوامله إلى مكبوتات الماضي. ويعد سعي الإنسان وراء فهم حياته والتكيف معها وتحقيق هدف لوجوده من أهم الأسباب المؤدية للقلق عند أصحاب المدرسة الإنسانية أن تمكن الفرد من تحقيق هدفه فهو

يشعر بالرضا والسعادة والتوافق أما إن فشل فإنه سيشعر بالضعف والعجز والعزلة ويصبح فريسة سهلة للقلق والاضطراب. (كفاي، 1990م، ص35)

رابعاً: القلق من منظور إسلامي

الإنسان في التصور الإسلامي يمتاز بخصوصية فهو كائن فريد بطبيعته البشرية وهذا التميز يتضح من خلال الآتي:

1- إن الإنسان كائن فريد خلقه الله سبحانه وتعالى مبدع هذا الكون وصاحب التصرف المطلق فيه قال الله تعالى "أَلَا لَهُ الْخَلْقُ وَالْأَمْرُ" [الأعراف:54]

2- تتمثل الغاية من خلق الله للإنسان في الطاعة والعبادة وإصلاح وعمارة الأرض الذي أوْتَمَنَ عليها وكان خليفة لله في هذه الأرض قال تعالى (وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ) [الذاريات: 56] خلق الله الإنسان من عنصريين العنصر المادي وهو الجسد والعنصر النوراني ألا وهو الروح التي تحل في الجسد فيصبح كائناً حياً قال تعالى "وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي خَالِقٌ بَشَرًا مِّنْ صَلْصَالٍ مِّنْ حَمَإٍ مَّسْنُونٍ (28) فَإِذَا سَوَّيْتُهُ وَنَفَخْتُ فِيهِ مِن رُّوحِي فَقَعُوا لَهُ سَاجِدِينَ" [الحجر: 29 - 28]

3- تعطي هذه الطبيعة المادية الطينية للجسد الميل في النفس للإفراط وتجاوز الحدود سعياً وراء ضمان المحافظة على بقاء الإنسان واستمرار وجوده مما ينتج في النفس. صفات كالاستعجال ونفاذ الصبر والمبالغة في الحرص والشح والبخل والعجز والتباهي والقنوط والهلع.

4- يعتبر القلب هو الذي يمثل الطبيعة الروحية للإنسان والتي تمنح الإنسان علاقته وارتباطه بخالقه إذ إنه يمثل الرابطة المعرفية والاعتقاد من جانب والإرادة والسلوك في الجانب المقابل.

5- يسعى التصور الإسلامي إلى تحقيق التوازن بين الجانب المادي والروحي لما يحققه من انعكاسات ايجابية على حياة الفرد النفسية والاجتماعية.

6- الحياة الآخرة هي الحياة الحقيقية في التصور الإسلامي حيث يرد الناس يوم القيامة إلى الله ليحاسبهم على ما استخلفهم فيه أما الدنيا فهي دار ممر وابتلاء يختبر فيها الإنسان عن صلاحه وتقواه والتزامه بما أمر الله (الكعبي، 2004م، ص114).

بعد هذا العرض يمكن أن تلخص الباحثة أسباب القلق في التصور الإسلامي على أنه مبالغة الإنسان في المحافظة والاعتناء بالعنصر المادي وضعف وانحسار النزعة الروحانية والبعد عن الدين وعدم الدراية والالتزام بالأحكام التي وضعها الخالق لضبط حياة الفرد والمجتمع مما يسبب له القلق وعدم التوافق.

ويقتصر تفسير القلق في التصور الإسلامي على أساس عنصرين:

1- العلاقة بين الإنسان وربه.

2- الشيطان وأساليبه. (البيان، 1996م، ص43)

أولاً: العلاقة بين الإنسان وربه

لما للإنسان من تقرد وخصوصية في الإسلام فقد تكفل الله بحمايته وحفظه من جانبيين أولاً الجانب الجسدي هو تكليف رباني بالحفاظ على الجسد وعدم إلقاء النفس إلى التهلكة والتداوي عند المرض أما الجانب الآخر فهو النفس والروح ويتم ذلك من خلال الإيمان بالله واتباع منهجه الذي علمنا إياه الرسل من أحكام وشرائع تحمي العقل وتضبط النفس والشهوات، فكلما كان الالتزام حقيقاً بالمنهج الرباني سلمت النفس من الاضطراب. ويعبر عن ذلك إبراهيم رجب بقوله (إن السبب الأساسي لوقوع الفرد في المشكلات على المستوى الشخصي والاجتماعي هو ضعف الصلة بين الإنسان وربه هذا في الحياة الدنيا أما في الآخرة فنهايته الهلاك

إن العلاقة وثيقة وطردية بين الفراغ الديني والقلق فكلما بعد الفرد عن خالقه كلما زاد توتره واضطرابه وقلقه. (الكعبي، 2002م، ص118)

ويؤكد الفيومي على العلاقة الوثيقة والتلازمة بين الإنسان والدين فهذا التلازم بين الإنسان والدين يكفل تخفيف لوطأة القلق الإنساني وتحقيق للأمن الوجداني والنفسي (الفيومي، ص367)

ثانياً: الشيطان وأساليبه

الشيطان هو العدو الأول للإنسان وقد أظهر عداوته منذ خلق آدم وتوعده بالعمل على ضلاله وتخريب حياته وإرهاقه نفسياً هو وذريته من بعده قال تعالى " وإذ قلنا للملائكة اسجدوا لآدم فسجدوا إلا إبليس أبى واستكبر وكان من الكافرين " [البقرة : 34]

وينتهج الشيطان أساليب ومداخل متعددة للنفاذ للنفس البشرية وعلى حسب درجة إيمانيه فعلي قدر قربيه من الله أو بعده منه يدرك تلك الأساليب.

لأن المؤمن بحق والأكثر قرباً من الله يضعف الشيطان أمانه أما البعيد فإن الله يطمس على قلبه ويكون فريسة سهلة للشيطان بحيث يصور له الحق باطل وبالعكس ويتبع لإضلاله عدة أساليب منها:

1- النسيان لذكر الله. " ألا بذكر الله تطمئن القلوب "

2- الغضب.

3- الوسوسة.

وللتغلب على اضطراب القلب فقد حبانا الاسلام بعدة أساليب منها :

- تدبر المعاني القرآنية النبيلة .
- الوسطية والاعتدال .
- تنمية الروح الايجابية وتحمل المسؤولية في الشخصية المسلمة .
- اقرار المسؤولية الذاتية .
- الشعور بالرحمة وأثرها على صحة الإنسان .
- نبذ العنف والعدوان والركون إلى السلم و السلام .
- التقرب إلى الله بالعبادات حيث أنها تريح النفس وتذهب الهم والكدر .
- التأمل والتفكير والتدبر في مخلوقات الله تعالى .
- الترابط الاجتماعي والتماسك الأسري . : (العيسوي، 2006م، ص193).

المبحث الثاني: قلق الولادة

سيكولوجية الحمل:

على الرغم من مشاعر الفرح المفعمة بالعاطفة التي تختبرها الحامل وخاصة في الحمل الاول بحيث يعد الحمل الحدث الأهم في حياة الأنثى إلا أنه وبالإضافة إلى التغيرات الفسيولوجية الظاهرة تكون هناك سلسلة من التغيرات النفسية التي غالبا ما تواجهها الحامل بفردا أو تؤثر فيها الثقافة والبيئة المحيطة لذا ترى الباحثة أنه من الضروري أن تكون مقدمة هذا المبحث عرض توضيح مبسط لهذه التغيرات بحسب تدرجها في الحدث.

أولا: الثلث الاول للحمل

مع وجود تغيرات جسمية بسيطة تكاد تكون غير ملحوظة للأشخاص المحيطين بالحامل تبدأ الحامل بالشعور ببعض التغيرات العاطفية والانفعالية الملحوظة مثال أن تتسبب الظروف والمواقف التي كانت تنتظر إليها الحامل فيما قبل أنها عادية إلى بكائها أو إصابتها بالغضب الشديد، نظراً لأن احتمالية الإجهاض في هذه المرحلة تكون مرتفعة قد تصل إلى 20% فإن الحامل تكون قلقة وخائفة بشكل كبير من فقدان الحمل (Web MD magazine, 2015).

ثانيا: الثلث الثاني للحمل

هذه الفترة تبدأ فيها الأعراض المزعجة للحامل (كالتقيؤ الصباحي، والرغبة الزائدة في النوم، وسرعة الانفعال، القلق والخوف من حدوث الاجهاض) بالتلاشي وتتمتع الحامل بمزاج لطيف وتكون مفعمة بمشاعر الحب للجنين في أحشائها تتربح حركته وترغب بشكل كبير في مشاركة الزوج لها هذه الاحاسيس، يزداد اقبالها على الحياة العاطفية والجنسية. (Web MD magazine, 2015).

ثالثا: الثلث الثالث من الحمل

تعتبر هذه المرحلة جوهريّة في حياة الحامل بحيث تبدأ الحامل بالتحضير للولادة، ويزداد القلق من المخاض والولادة، هل ستمر هذه المرحلة دون أن تتعرض حياتها وحياة جنينها للخطر ويزداد القلق من دورها كأم وهل ستكون قادرة على رعاية الصغير والاعتناء به (Web MD magazine, 2015).

من هنا يتضح أن الحالة النفسية والمزاجية للحامل تتأثر وبشدة في كل مرحلة من مراحل الحمل حيث تختلط المشاعر بين الفرح والقلق تزداد هذه المشاعر بالشدة مع انتهاء رحلة الحمل

حيث يكون هناك مزيجاً من مشاعر الأمل والألم، الخوف والترقب، قلق بشأن صحة الجنين وسلامته، قلق من عملية الولادة ذاتها وهذا طبيعياً بين الحوامل ولكن إذا عانت الحامل من القلق بدرجة تؤثر على حياتها اليومية وعلاقاتها الاجتماعية، فمن الممكن أن تكون دخلت دائرة القلق المرضي والذي قد تحتاج معه الحامل الدعم النفسي والإرشاد العلاجي وفي بعض الأحيان علاج دوائي لذا ترى الباحثة أنه من الضروري التعرف إلى بعض المصطلحات الخاصة بالولادة وهي كالتالي:

أولاً: تعريف قلق الولادة:

لقد وضعت الباحثة هذا التعريف من واقع عملها في أقسام الولادة ولمدة 15 عام ولعدم وجود تعريف حسب معلومات الباحثة.

قلق الولادة: هو شعور عام بالكدر والضيق يصل إلى حد نوبات من البكاء غير المبرر يزداد هذا الشعور حدة مع انتهاء الحمل واقترب الولادة.

ثانياً: أسباب قلق الولادة:

سجلت العديد من العوامل التي من شأنها أن تساهم في ارتفاع القلق لدى الحامل ومن هذه العوامل.

- هرمونات الحمل.
- الحرمان من النوم.
- أمراض جسدية موجودة في السابق.
- حمل صعب ومعقد.
- خسارة إنجاب سابقة "عقم أطفال أنابيب ivf اجهاض".
- الحالة المالية.
- طبيعة الحياة المعقدة "عصر القلق".
- نقص الدعم الاجتماعي.
- تاريخ صدمات أو إهمال أثناء الطفولة.
- انعزال ونقص في الروابط الاجتماعية.

- قضايا حزن وخسارة لم يتم حلها.
- غياب الأم أو من يقوم بدورها (بانداء، 2012م، ص3).

ثالثاً: أعراض قلق الولادة:

- نوبات هلع "تسارع ضربات القلب، خفقان، ضيق التنفس، ارتعاش".
- قلق مستمر وعام وغالبا ما يتركز على مخاوف على صحة الجنين وسلامته.
- تطور سلوكيات وسواسية قهرية.
- تقلبات مزاج مفاجئة.
- شعور مستمر بالحزن، بالهبوط أو البكاء بدون سبب ظاهر.
- الشعور بالتعب ونقص الطاقة
- وجود اهتمام قليل أو فقدان الاهتمام في كل الاشياء التي تجلب البهجة "مثل الوقت الذي تتم تضييته مع الال، أو التمرين، أو الاكل".
- النوم الزائد أو عدم النوم الجيد على الإطلاق.
- فقدان الاهتمام بالجنس أو الحميمة.
- الانسحاب من الأصدقاء والعائلة.
- تضاييق أو استفزاز بسهولة.
- ايجاد أن هناك صعوبة في التركيز وتجميع الأفكار.
- وجود أفكار عن الموت (بانداء، 2012م، ص4).

رابعاً: العوامل التي تزيد خطر الإصابة بالقلق

أي حامل هي عرضة للإصابة بالقلق ولكن هناك عوامل تزيد من احتمالية الإصابة بالقلق وهي كالتالي:

1. عوامل وراثية.
2. الإصابة باضطراب المزاج ما قبل الدورة الشهرية.
3. الحمل في سن مبكرة تحت سن العشرين.
4. انعدام أو ضعف الدعم الاجتماعي.

5. الخلافات الزوجية.
6. الانفصال عن الشريك بالسفر أو الطلاق أو الوفاة.
7. التعرض لأحداث صادمة أو ضغوطات نفسية في الفترة السابقة.
8. مشاعر مختلطة حول الحمل.
9. حمل معقد وخطر.
10. الفقر وتدني مستوي المعيشة.
11. حامل وأم لثلاثة أبناء أو أكثر (ROP, 2012, p.4).

خامسا: الآثار السلبية المحتملة للقلق:

من خلال البحث والدراسة تمكنت الباحثة من حصر الآثار السلبية للقلق لدى الحوامل في جزئين وهما:

➤ الخطر الذي يتهدد الجنين.

1. وزن ولادي منخفض بحيث يكون وزن الجنين عند الولادة أقل من 1500 جرام.
2. ولادة مبكرة أي قبل أن يتم الجنين داخل الرحم 37 أسبوع.
3. انخفاض في مقياس أبجر APGAR scor الذي يعطي تقييم صحة الطفل خلال الدقائق الأولى من الولادة.
4. ارتفاع احتمالية الإصابة بصعوبة في التنفس.

➤ الخطر الذي يتهدد الأم:

1. التفكير بالانتحار.
2. الشعور بالرغبة في إنهاء الحمل.
3. الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة.
4. الإدمان.
5. مشاعر بعدم الرغبة بالطفل.
6. إهمال الرعاية الشخصية.
7. الإصابة بتسمم الحمل.
8. الولادة المبكرة.
9. الولادة بعملية قيصرية C/Section (Nonace p.cohen, 2002,63).

سادسا: علاج قلق الولادة:

لم تسطع الباحثة التوصل الى أي دراسة بالغة العربية تناولت قلق الحمل والولادة سواء بالدراسة أو معالجة ولكن الدراسات الأجنبية عديدة في هذا المجال ستقوم الباحثة بعرض مجموعة من الخيارات العلاجية التي تم التوصل اليها في هذه الدراسات.

1. تشكيل مجموعات الدعم والتي يتم فيها:

- تدريب السيدات على التمارين الرياضية الخاصة بالحامل حيث إن الرياضة تزيد من مستوى السيروتونين وتقلل مستوى الكورتيزول.
- تناول الأطعمة الغنية بالبروتين والفيتامين والابتعاد عن تناول المنبهات والأغذية المصنعة.
- أن تكون السيدة بمنأى عن الضغوط النفسية والمواقف التي تثير انفعالها.
- أن تحافظ على قسط كافى من النوم والراحة.

2. علاج نفسي فردي.

3. علاج دوائي لبعض الحالات.

4. تناول OMGA-3 مركبات اومجا3 الموجودة بكثرة في السمك (Web MD magazine, 2015)

المبحث الثالث: الولادة

مقدمة:

مضت رحلة الشهور التسعة بكل ما تحمله من ألم وأمل وإثارة ووصل القطار إلى محطته النهائية وهي الولادة. تنتظر الحامل رؤية الجنين الذي اقترنت روحه بروحها جسده بجسدها تغذى ونام فرح وتألم معها، وبالطبع اختلاط المشاعر في هذه المرحلة عنوانه الأبرز انتظار مع فيض من الخوف والقلق، تقع الحامل في هذه المرحلة تحت ضغط المراقبة من الزوج والعائلة فهم يفسرون كل حركة وسكنة للحامل على أنها علامات ولادة إضافة على الأسئلة المتزايدة عن التطورات التي تحصل معها وما يزيد الطين بلة بعض الخبرات القاسية لعملية الولادة والتي ترونها القريبات، من هنا تري الباحثة أنه من الضروري التعرض لبعض الحقائق العلمية عن الولادة.

أولاً: تعريف الولادة

هي عملية فيزيولوجية طبيعية يخرج من خلالها الجنين القابل للحياة وخلصته والأغشية والمياه المحيطة بالجنين من قاع الرحم إلى العالم الجديد عبر القناة الحوضية والتناسلية. وتحصل الولادة إما بشكل عضوي وإما من خلال إثارتها بواسطة التدخل الطبي إما لأسباب متعلقة بالجنين أو أسباب متعلقة بالأم. (DIANE &MARGARET,2009, p.457)

ثانياً: أنواع الولادة:

تتم الولادة بطريقتين:

- الولادة الطبيعية والتي تم تعريفها سابقاً.
- الولادة القيصرية: وهي عملية جراحية يتم خلالها عمل شق جراحي في أسفل البطن يقوم الطبيب النسائي الجراح بإخراج الجنين من خلالها.

ثالثاً: العوامل الأساسية التي تخضع لها عملية الولادة

- 1- موضوع الولادة: الجنين ومعطياته ووزنه ووضعيته في رحم امه.
- 2- مجاري الولادة القناتان الولاديتان العظمية والرخوية.

3- العمل الولادي: حيث تلد الشابات حتى سن 28 بسرعة وسهولة أكثر مقارنة بالحوامل الأكبر سناً بسبب ما تتميز بها المجاري الولادية الرخوة من صلابة كبيرة. (جعفر، 1994م، ص7)

ولم يتوصل العلم حتى الآن إلى سبب أو عامل رئيسي لحدوث الولادة ولكن هناك عدة نظريات تحاول شرح بدء الولادة سنذكر بعضها والأقرب إلى القبول.

رابعاً: النظريات المفسرة للولادة:

➤ النظرية الاولى: النظرية الميكانيكية

هي أقدم هذه النظريات وتشرح بدء العمل الولادي بأنه ناتج عن:

- الإفراط في تمدد عضلات الرحم.
- الضغط الذي يقوم به القسم الجنيني المتقدم في مجاري الولادة فوق مضيق وعنق الرحم المحاطين بالقعدات العصبية.

تدعم هذه النظرية حالاً الحمل التوأمي والحمل المترافق مع الإفراط في السائل الامنيوسي، تحصل الولادة في مثل هذه الحالات قبل الاوان. (جعفر، 1994م، ص9)

➤ النظرية الثانية: النظرية الهرمونية

تعتبر الأكثر اقناعاً من غيرها كشرح بداية الولادة بسبب نقص هرمون البروجسترون وزيادة في إفراز هرمون الأستروجين مما يؤدي إلى زيادة حساسية الرحم للهرمون الأوكسيتوسين الذي يفرزه الجزء الخلفي من الغدة النخامية والذي يزيد من جهته في حالة توتر الرحم. (جعفر، 1994م، ص10)

هذا وتظهر علامتان تشير إلى اقتراب الولادة.

أولاً:

- هبوط القسم الجنيني المتقدم باتجاه مدخل الحوض الأصغر وتظهر هذه العلامة بشكل واضح وأكثر تعبيراً لدى الحوامل لأول مرة " البكريات " وذلك قبل موعد الوضع بأسبوعين أو ثلاثة مما يثير القلق والتخوف لديهن.
- هبوط قعر الرحم: تشعر به الحامل يتبعه شعور الحامل بانخفاض الضغط في القسم البطني الواقع فوق المعدة ويحسن تنفسها.

- انخفاض وزن الحامل ويحصل قبل عدة أيام من حصول الولادة انخفاض لوزن الحامل بمعدل 400 – 500 جرام وهذا عائد إلى زيادة افراز جسمها للسوائل.
- ظهور الانقباضات الرحمية: تصبح عضلات الرحم قبل الولادة بوقت قصير سريعة الحساسية والتأثر والانفعال وتتميز هذه الانقباضات بكونها:

1- ليست منتظمة.

2- ليست مؤلمة.

3- تظهر كتصلب البطن.

هذه العلامات تثير قلق الحامل لأول مرة وتسمى العلامات بغير الأكيدة للولادة ولكن من الناحية الفسيولوجية فإن هذه الانقباضات الرحمية تؤدي عملاً محدداً يتلخص فيما يلي:

- شد المضيق الرحمي.
- هبوط القسم الجنيني المتقدم إلى الأسفل باتجاه الحوض.
- الخوف.
- القلق وانشغال البال.
- زيادة الافراز المخاطي من المهبل.

ثانياً: العلامات الاكيدة لبداية المخاض

- الانقباضات الرحمية المنتظمة تظهر كل 15-20 دقيقة.
 - السيلان الرخوي المخاطي من المجاري التناسلية.
 - احيانا انفجار في كيس الجنين وسيلان المياه المحيطة للجنين الي الخارج.
- (CAMPGBel& lees, 2000, p.107)

خامساً: مراحل الولادة

هذا وقد اعتمد الطب الحديث على النظرية الهرمونية إلى حد كبير وقسمت الولادة الي مراحل أربعة كالتالي.

➤ **المرحلة الاولى:**

تعد هذه المرحلة هي أطول مراحل الولادة حيث تستغرق حوالي 12 ساعة في الولادة الأولى

- تبدأ هذه المرحلة عندما يبدأ عنق الرحم بالاتساع.
- تنتهي هذه المرحلة عندما يصل عنق الرحم إلى الاتساع الكامل وهو 10 سم.
- في هذه المرحلة يخرج من المهبل مادة مخاطية مختلطة بالدم وبسائل الأمنيوسي المحيط بالجنين.
- تكون انقباضات الرحم أطول وأقوى مصحوبة بآلام قاسية في أسفل الظهر.
- يتأثر تخطيط الجنين في هذه المرحلة بحيث تكون الانقباضات الرحمية ذات أثر سلبي على نبض الجنين تسمى Brady cardia انخفاض مخيف في عدد نبضات قلب الجنين.

➤ المرحلة الثانية:

- تبدأ هذه المرحلة بعد انتهاء المرحلة الأولى ووصول عنق الرحم إلى أقصى اتساع له.
- تكون مدتها في الولادة الأولى من 1_3 ساعات.
- في هذه المرحلة يطلب من السيدة بذل مجهود أكبر لدفع الجنين الى أسفل المهبل.
- بعض الحالات يحتاج الجنين إلى مساعدة لنزول إلى الأسفل المهبل وهذا يسمى الولادة بأداة مساعدة مثل الشفط او استخدام ملقط.
- تنتهي هذه المرحلة بولادة الطفل وتكون هذه اللحظات مصحوبة بارتياح كبير لدى الأم

➤ المرحلة الثالثة: (مرحلة ولادة المشيمة)

- تبدأ هذه المرحلة بولادة الطفل.
- تستمر من 10 دقائق حتى نصف ساعة.
- يستمر الرحم بالانقباض ليدفع المشيمة ولكنها تكون انقباضات أقل إيلاماً للأم.

➤ المرحلة الرابعة:

تبدأ مباشرة بعد ولادة المشيمة وحتى 6 أسابيع وهي الفترة التي يعود فيها جسم الأم ورحمها إلى وضعه الطبيعي ويستطيع الطفل التكيف والعيش خارج الرحم.

جدول (2.2): المقارنة بين آلام الولادة الحقيقية وآلام الولادة الكاذبة

نوع التغيير	الطلق الحقيقي	الطلق الكاذب
البداية	تبدأ من الدخول في الولادة الحقيقية	بداية من الشهر السابع
الزمن	يحدث بانتظام ، يزداد التقارب مع اشتداد الألم	غير منتظم، لا تستطيع السيدة حساب المدة بين الطلقات
قوة الألم	يتزايد باستمرار	غالبا ضعيف وخاطف ولا يتزايد
مدته	من 20 - 60 ثانية	اقل من 20 ثانية

جدول المقارنة بين آلام الولادة الحقيقية وآلام الولادة الكاذبة او ما يسمى بالطلق الحقيقي والطلق الكاذب (DIANE & MARGARET, 2009, pp. 460-464)

ومن خلال ما سبق ترى الباحثة أنه بالرغم من أن الولادة عملية فسيولوجية تحدث يوميا ملايين المرات إلا أن الحامل تمر بمرحلة نفسية حرجة، فمن الثابت أن ألم الولادة ألما غير قليل فقد وصفه الله تعالى بقوله (ووصينا الانسان بوالديه احسانا حملته أمه كرها ووضعته كرها) [الأحقاف: 15]

فهذا الألم الذي تسببه الانقباضات الرحمية يتطلب الكثير من المجهود والطاقة والدعم النفسي لذا رأت الباحثة أنه من الأهمية بمكان معرفة حقيقة الولادة وسيرها الأمر الذي يفسر شيء من القلق والخوف لدى الحامل ويساعد الباحثة في وضع البرنامج الارشادي المناسب.

المبحث الرابع: الإرشاد

قطع الانسان شوطا كبيرا في شتي العلوم حيث كان اهتمامه فهم الطبيعة من حوله واستغلال الموارد وتسخير الكثير من قواها لحسابه ولقد تمكن الانسان من ذلك بفعل عقله وقدرته على التفكير. مع هذا التقدم تفشت الامراض النفسية بدرجة كبيرة وعجز الانسان بشكل أو بآخر عن التكيف والتوافق مع بيئته وعالمه فظهرت أزمة سماها الفلاسفة والمفكرين "بأزمة الانسان المعاصر" وتتمثل هذه الأزمة في أن تقدم الإنسان الروحي والخلقي لم يواكب تقدمه المادي (كفاي، 1990م، ص9) من هنا ظهرت الحاجة إلى علم الإرشاد بطرقه الوقائية والنمائية والعلاجية لمساعدة الأفراد والجماعات على اختلاف مراحلهم العمرية في فهم المواقف الحياتية المختلفة وتقديم الخدمة بقصد مساعدتهم على التكيف النفسي والاجتماعي والصحي والمهني.

الارشاد لغةً:

ورد في لسان العرب الرشد والرشد والرشد نقض الغير ورشد الإنسان ينتج الرأي ورشد بالكسر يرشد رشداً فهو الراشد ورشد نقض الضلال إذا أصاب وجه الأمر والطريق.

في الحديث النبوي " عليكم بسنتي وسنة الخلفاء الراشدين من بعدي "

وأرشد الله ورسوله إلى الأمر ورشده هواه واسترشده طلب منه الرشد، وفي الحديث ارشاد الضال أي هدايته الطريق وتعريفه والرشد اسم للرشاد ومن أسماء الله تعالى الرشيد وهو الذي أرشد الخلق إلى مصالحهم أي هداهم ودلهم عليها. (ابن منظور، 1986م، ص283)

الارشاد في الاصطلاح:

مصطلح الارشاد counseling واسع ويستخدم في العديد من المجالات الحديثة منها مجال تقديم الخدمة الصحية وذلك لاعتبار الخدمة الارشادية التي يقدمها المرشد عملية مقابلة بين شخصين لتوضيح مشكلة ما. إلا أن الخدمة الارشادية في مجال الصحة عبارة عن علاقة تفاعلية بهدف التغلب على الصعوبات وعلى عدم التوافق الذي يعاني منه المسترشدون لأنها تنبني على العلاقات الشخصية القوية والمشاركة الوجدانية التي تعمل على دعم المسترشد وتحقيق اهدافه الشخصية أي ان الخدمة الارشادية هنا تهتم بأحداث تغييرات ي قدرة الفرد بحيث تمكنه من اتخاذ قرارات سليمة" (ابو عطية، 1997م، ص45)

وترى الباحثة أنه من الضروري عرض بعض التعريفات الاصطلاحية للإرشاد ليكون المفهوم واضحاً .

من هذه التعريفات:

• **ليوننا تيلور (leanatylor)** بأن الإرشاد يتجاوز دور إعطاء النصائح والحلول التي يقترحها المرشد إلى أكثر من ذلك، وهو تمكين الفرد وتدريبه على فهم ذاته وبالتالي التخلص من متاعبه وإيجاد الحلول المناسبة لمشاكله.

وقد نشرت الجمعية الأمريكية لعلم النفس تعريفا للإرشاد النفس عام 1981 م أنه الخدمات التي يقدمها اختصاصيون في علم النفس الارشادي وفق مبادئ وأساليب دراسة السلوك الانساني خلال مراحل نموه المختلفة ويقدمون خدماته لهم لتأكيد الجانب الإيجابي بشخصيته المسترشد واستغلاله لتحقيق التوافق مع الحياة، واكتساب قدرة اتخاذ القرار ويقدم الارشاد لجميع الافراد في المراحل العمرية المختلفة وفي المجالات " الاسرة والمدرسة والعمل "

• **ويرى باترسون (patrrson,1974)** أن الإرشاد هو عملية مقابلة بين طرفين مسترشد يعاني من مشكلة وعدم توافق ومرشد لديه المهارة والخبرة في العمل بحيث يستطيع فهم المسترشد ويضع يده على السلوك المراد تغييره تتم هذه العملية في مكان خاص وعلى طريقة المرشد وبأساليب التي يقرر اتباعها في هذه العملية للوصول الى حل المشكلة " (ابو عتيق، 1997م، ص16)

هو عملية مساعدة الفرد وتمكينه من فهم وتحليل قدراته وامكانياته وميوله والفرص المتاحة أمامه واستخدام معرفته بالشكل الذي يعطي الحل الصحيح لمشكلاته واتخاذ القرارات التي تساعد على التوافق الامر الذي يجعله يعيش سعيدا.

- هو عملية مساعدة الفرد وتشجيعه على معرفة نفسه ومعرفة واقع المجتمع الذي يعيش فيه مما يساعده على التخطيط للمستقبل بدقة وحكمة.

- هو علاقة تفاعلية بين مرشد مدرب وحكيم ومسترشد يطلب المساعدة لتحقيق التوافق والسعادة. (ملحم، 2001م، ص36)

- هو عملية مساعدة الفرد في تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني من خلال جعله أكثر وعياً وفهماً للحاضر وتقبلاً للمستقبل.

- هو عملية مساعدة الفرد على حل مشكلاته من خلال تنمية إمكانياته وقدراته.

- هو محاولة منظمة تبني على أسس علمية تستخدم في توجيه الفرد ليفهم ذاته.
 - هو عملية لتمكين الفرد من حل مشكلاته الحالية والتخلص من المتاعب.
 - هو عملية تهدف الى تنمية جوانب القوة للفرد ومعالجة جوانب الضعف.
 - هو فنيات لمساعدة الفرد في تحديد أهداف حياته والتخطيط لمستقبله بعد ان يكون على دراية بمدى امكانياته وقدراته العقلية والجسدية.
 - هو عملية مساعدة الفرد ليأخذ مكانه الصحيح في المجتمع الذي يعيش فيه من خلال فهم الواقع والتخطيط السليم للمستقبل لتحقيق حياة ناجحة. (حسين، 2004م، ص16)
 - هو عملية تهتم بإبراز الجوانب الايجابية في شخصية المسترشد بحيث يستطيع أن يوجه ذاته بذكاء وحكمة ويحقق التوافق في مختلف مجالات الحياة.
 - هو مساعدة الفرد ليكتشف نفسه ويتعرف الى امكانياته وقدراته الامر الذي يحقق له التوافق والسعادة.
 - هو محولة واعية ومنهجية لتعليم والتعلم النفسي والاجتماعي.
 - هو برنامج منظم يساعد الفرد في أن ينمو إلى أكبر قدر مستطاع وأن ينمي طاقاته واستعداداته ومواهبه لأقصى درجة ممكنة بحيث يتمكن من تحقيق التوافق والسعادة ويكون فرداً بناءً في مجتمعه.
 - هو خدمة متكاملة تهدف لمساعدة الفرد في شتى مجالات الحياة "الصحية، المهنية، الاجتماعية، التربوية والاخلاقية" (زهران، 2002م، ص11).
- وترى الباحثة أن العالم حامد زهران استخلص من هذه التعريفات تعريفاً خاصاً وشاملاً يضم جميع ما سبق من التعريفات بحيث قال: إن الارشاد هو عملية بناءة ترنو إلى دعم الفرد وإعانتته لكي يفهم ذاته ويكون على دراية بشخصيته ويعلم خبراته ويحدد مشكلاته وينمي قدراته ويحلل مشاكله في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه للوصول به إلى تعيين وإثبات أهدافه وتحقيق الصحة النفسية والتوافق مع نفسه ومع مجتمعه. (زهران، 2002م، ص12)

مما سبق يتبين أن عملية الإرشاد النفسي عملية علمية فنية تقوم على أسس علمية ونظريات متعددة. تهدف للوصول بالفرد الي تبصرته بنفسه ومساعدته لاكتشاف قدراته وبالتالي تسخيرها لتحقيق التوافق والتكيف الذي يضمن له الصحة النفسية والتوافق والسعادة.

أهداف الإرشاد

يذكر علماء النفس والمتخصصين أهدافا جمة ومتعددة للإرشاد والتوجيه لدرجة تصل أحيانا إلى التشييت وعدم التركيز، يكون بعضها خاص يختلف باختلاف مجال الإرشاد وبعضها عام، ومن المهم أن تكون أهداف عملية الإرشاد النفسي ذات مستويات ثلاثة: (إبراهيم، 1996م)

1. مستوى معرفي: Cognitive كون على مستوى الحالة الإدراكية والمعرفية يتناول التفكير والمعتقدات، الخبرات والتصور.
2. مستوى وجداني: Affective يهتم بالاتجاهات والقيم المشاعر والانفعالات والحالة الوجدانية.
3. مستوى عملي "سلوكي": Doing "يهتم بتعديل السلوك وتعليم سلوك توافقي جديد وإكساب مهارات سلوكية تعزز وتساهم في توكيد الذات.

وفيما باي عرض لأهداف التوجيه والإرشاد النفسي:

أولا: تحقيق الذات: Self-actualization

تعتبر الذات المحور الأساسي والمهم في فهم شخصية الفرد لذا اعتبر تحقيق الذات هدفا رئيسيا للإرشاد وهو معاونة الفرد على إدراك ذاته بشيء من الموضوعية بهدف مساعدته في فهم قدراته وامكاناته الجسمية والعقلية إلى درجة يستطيع فيها أن ينظر إلى نفسه نظرة رضا واقتناع وتقدير ولا يشعر بالازدراء والعزلة بحيث يصبح قادرا على توجيه حياته بذكاء وبصيرة وفق المعايير الاجتماعية المحيطة (أبو أسعد، 2010م، ص32)

ثانياً: تحقيق التوافق: Adjustment

العمل باستمرار وبشكل دائم على تحقيق التوازن والانسجام بين رغبات الفرد الخاصة وبين متطلبات البيئة والمجتمع بحيث تتناول سلوك الفرد بالتغيير والتعديل بما يتناسب مع احتياجات الفرد ولا يتعارض مع قيم المجتمع والبيئة المحيطة هذا التوازن يضمن إشباع حاجات الفرد ويكسبه المهارات اللازمة للتغلب على الصراعات النفسية الداخلية بكفاءة وفاعلية. (ملحم،

2001م، ص43) يتحقق التوافق في عدة مجالات منها "التوافق البيولوجي، التوافق الاجتماعي، التوافق النفسي والشخصي " (أبو أسعد، 2010م، ص43)

ثالثاً: تحقيق الصحة النفسية:

تحقيق الصحة النفسية يقصد به الوصول إلى أقصى حد من السعادة الهناء وتكيف الفرد مع بيئته وتحقيقه لذاته من خلال مساعدة المسترشد في التعرف على مشكلاته وأسبابها لوضع الحل المناسب.(حسين، 2004م، ص55)

رابعاً: تحسين العملية التربوية:

المدرسة هي المؤسسة الأكثر خصوبة ليعمل فيها التوجيه والإرشاد، حيث إن التربية هي أكبر مجالات الإرشاد، الأمر الذي يتطلب حاجة ملحة إلى تحسين العملية التربوية بشكل مستمر ومتطور يقوم على تحقيق مناخ نفسي صحي يثير الدافعية لتعليم (زهران، 2002م، ص14)

مناهج واستراتيجيات التوجيه والإرشاد:

حدد علماء النفس ثلاثة مناهج واستراتيجيات لكي تكون عملية الإرشاد فعالة وترتقي بالصحة النفسية للفرد إلى مستوى التوافق والصحة النفسية وهي: (زهران، 2002م، ص43)

- المنهج التنموي.
- المنهج الوقائي.
- المنهج العلاجي.

ويدمج بعض الكتاب المنهجين الأولين "التنموي والوقائي" تحت عنوان واحد على أساس أن كلا منهما يسعى إلى الوقاية من الوقوع في المشكلات والاضطرابات النفسية من خلال دعم النمو السوي للفرد (مورتيمنسونشومولر، 1965م). ويرى البعض أن الاستراتيجية العلاجية هي الأهم في التوجيه والإرشاد ولكن الأمثل هو أن الاستراتيجيتين الوقائية والتنموية يجب أن تسبقا الاستراتيجية العلاجية "(Hill & Luckey, 1969)". (زهران، 2002م، ص43).

لذا فمن الضروري فهم هذه الاستراتيجيات والتخطيط لها بشكل جيد

المنهج التنموي: Developmental

ويسمى أحياناً الاستراتيجية الإنشائية وما يميز هذا المنهج أن الخدمات النموذجية والإرشاد تقدم بشكل أساسي للناس العاديين والهدف من ذلك هو تدعيم الفرد المتوافق وتحقيق

زيادة في الكفاءة إلى أقصى حد. والإجراءات في هذا المنهج تهدف إلى التعزيز والمحافظة على النمو السليم لد العاديين والأسوياء والوصول بهم إلى أعلى مستوى من الصحة النفسية من خلال رعاية مظاهر النمو السليم من الناحية الجسمية والعقلية والاجتماعية وعلى صعيد الوجدان ما يؤدي إلى فهم وتقبل الذات (الزبادي والخطيب، 2001م، ص24).

المنهج الوقائي: Preventive

ويسمى أحيانا منهج التحصين النفسي لما له من أثر في التحصين ضد المشكلات والاضرابات النفسية حيث يهتم المنهج الوقائي بالأصحاء والأسوياء ليقمهم ويحصنهم حيث يقسم هذا المنهج الى ثلاث مستويات

1- الوقاية الأولية: وتهتم بالعمل على إزالة أسباب الإضطراب وعدم التوافق حتى تمنع حدوث المشكلة.

2- الوقاية الثانوية: وفي هذه المرحلة يتم العمل على كشف المشكلة والاضطرابات في المراحل الاولى بهدف السيطرة عليه ومعالجته وعدم حدوث تطور وتفاقم.

3- الوقاية من الدرجة الثالثة: تتضمن معالجة الآثار وتقليل الأثر السلبي لها وكما تهتم بمنع أزمان المرض. (زهران، 2002م، ص45)

المنهج العلاجي:

وهنا يكون الاهتمام منصب على أصحاب المشاكل ومن وقع فريسة للاضطراب وعدم التوافق فعلا حيث يحتاج المريض هنا إلى مساعدة ومساندة وارشاد لتخفيض مستوى القلق وعلاج المشكلات والعودة بالمريض إلى حالة التوافق والصحة النفسية. يحتاج هذا المنهج إلى تخصصية أدق وإلى عدد من المرشدين والمعالجين ذو الخبرة وهو أكثر تكلفة على صعيد الوقت والجهد والمال من المنهج الانمائي والوقائي. (ابو اسعد، 2010م، ص368)

مجالات الإرشاد

تعددت مجالات الإرشاد النفسي لتشمل معظم جوانب حياة الانسان وترافقه في جميع مراحل نموه "طفولة، مراهقة، ورشدا، وشيخوخة" ولتكون معه حيثما تواجد في المدرسة والعمل والمنزل وفي جميع حالاته النفسية سواء كانت انحرافا او سواء، صحة أو اضطراب. (الزعيبي، 2003م، ص211)

ويتفق علماء النفس على وجود أربعة مجالات رئيسية للإرشاد النفسي وهي:

- 1- الإرشاد العلاجي.
- 2- الإرشاد التربوي.
- 3- الإرشاد المهني.
- 4- الإرشاد الأسري ويشمل "الإرشاد الزوجي، إرشاد الاطفال وإرشاد الشباب والمراهقين وإرشاد الكبار وكبار السن، إرشاد غير العاديين "الموهوبين والمعوقين "

وفيما يلي شرح مبسط واستعراض لهذه المجالات:

أولاً: علم النفس الإرشادي التربوي

تعتبر المدارس والجامعات من المؤسسات التربوية التي لها باع طويل في عملية التربية والإرشاد النفسي حيث يهتم علم النفس الإرشادي في هذه المؤسسات بمساعدة الطلبة الذين هم محور العملية الإرشادية في التحصيل الدراسي والتأقلم في المؤسسات التعليمية والتدريب على حل المشكلات الدراسية التي تواجههم مثل التأخر الدراسي، من خلال وضع الخطط والبرامج والمناهج الملائمة، كما يسعى لتوفير المناخ المناسب للمتفوقين والمبدعين بما يتفق مع قدراتهم وطموحاتهم بهدف تحقيق التوافق والنجاح (أبو أسعد، 2011م، ص272).

ثانياً: علم نفس الإرشاد المهني:

وهي عملية مساعدة وإرشاد الفرد في الاختيار الأنسب لمهنته بحيث تتناسب مع قدراته الجسمية والعقلية وتناسب استعداداته وميوله وقدرته مما يؤدي إلى تلبية حاجاته وتحقيق له التوافق على الصعيد الاجتماعي والبيئي ويوصله إلى مستوى التوافق النفسي والصحة النفسية.(الزعبي، 2003م، ص218)

يشمل علم النفس الإرشادي المهني ثلاث محاور:

- 1- تحليل الفرد: من حيث قدراته العقلية وذكائه ومعرفة قدراته الجسدية وتحديد ميوله ورغباته.
 - 2- تحليل المهن: حيث إن كل مهنة لها ظروفها ومتطلباتها وخصائصها والمهارة والخبرة اللازمة للنجاح والتفوق فيها.
 - 3- وهي الموائمة والتوفيق بين المهنة ومتطلباتها والفرد وقدراته وامكانياته.
- (أبو أسعد، 2011م، ص252)

ثالثاً: الإرشاد الأسري:

ويهتم هذا التخصص من الإرشاد بتعليم أسس الحياة الأسرية السليمة ما يحقق سعادة واستقرار واستمرار الأسرة. يهتم بعملية التنشئة الاجتماعية للأولاد ومساعدة الأسرة على حل وعلاج المشكلات والأزمات الأسرية مثال خلافات الزوجين، تربية الأولاد، السكن، تأمين المعاش، ومشاكل التقدم في السن. (الزبادي والخطيب، 2001م، ص157).

رابعاً: الإرشاد العلاجي:

يتطلب هذا النوع من المرشد كفاءة وخبرة متقدمة وعالية بحيث يكون قادراً على استخدام الاختبارات ومقاييس التشخيص بما يؤدي فهم المسترشد وتحديد مشكلته بشكل دقيق، بحيث يصل مع العميل إلى اكتشاف وفهم وتحليل لمشكلاته على الصعيد الشخصي والسلوكي والوجداني والانفعالي وتحديد درجة عدم التوافق الذي أحدثته هذه المشاكل ومن ثم العمل على حلها بما يحقق أفضل مستوى للصحة النفسية والتوازن. (زهران، 2002م، ص414).

لماذا الإرشاد النفسي (الحاجة إلى الإرشاد)

نعيش الآن في عصر يطلق عليه الكثيرون عصر القلق، لما يحدث من تغيرات كبيرة ومتواترة في حياة الناس شملت جوانب الحياة كلها على الصعيد الأسري والاجتماعي والتربوي والتعليمي و المهني إزاء ذلك كله نجد أنه لا مناص من مساعدة الأفراد والجماعات وإرشادهم من أجل مواجهة التغيرات الجديدة التي تطرأ عليهم بهدف تحقيق التوافق والتكيف بينهم وبين ما تقضيه الثورة العلمية في هذا العصر. (ملحم، 2001م، ص40)

وفيما يلي عرض لبعض هذه التغيرات:

1- فترات الانتقال:

يمر كل فرد خلال مراحل نموه فترات انتقال حرجة يحتاج فيها إلى التوجيه والإرشاد، وأهم الفترات الحرجة والتي هي عن سلسلة حيث تبدأ من انتقال الفرد من البيت للمدرسة ثم للجامعة، من الطفولة للمراهقة، من العزوبية للزواج... الخ. إن فترات الانتقال الحرجة هذه قد يتخللها صراعات وإحباطات وقد يلونها القلق والخوف من المجهول مما يؤدي إلى الانطواء الذي يفضي تطوره إلى المرض النفسي (أبو أسعد، 2010م، ص19).

2-التغيرات الأسرية:

تختلف البنية الأسرية في المجتمعات بحسب البيئة والمعتقدات والتقدم العلمي والمستوي الاقتصادي. حديثاً ظهرت الأسرة الصغيرة المستقلة، وهي بحاجة إلى سكن منفصل، أصبحت المرأة تعمل مما أدى إلى تأخر الزواج، وتغيير في العلاقة الزوجية ظهرت مشكلة رعاية الأطفال وتنظيم الحمل وفي بعض المجتمعات تحديد النسل مع هذه الظروف الصعبة والمعقدة داخل الأسر أصبحت الحاجة ملزمة للإرشاد.

3-التغير الاجتماعي: Social Change

تشهد الأرض هذا العصر تسارعا كبيرا ومستمر في التغير الاجتماعي الذي يفرض الحاجة إلى الإرشاد النفسي لأنه يعزز المواجهة العلمية لما يتمخض عنه هذا التغير من مطالب وحاجات ومشكلات تحمله على الاستمرار لتحقيق التوافق. (زهران، 1984م)

4-التقدم العلمي والتكنولوجي:

يشهد العالم اليوم ما يشبه البركان في التقدم العلمي والتكنولوجي حيث يشهد انفجارا معرفيا هائلا.

5-تطور التعليم ومفاهيمه:

لقد تطور التعليم وتطورت مفاهيمه، فبينما كانت العملية التعليمية عبارة عن معلم ومتلقي، هي الآن متوفرة للجميع وفي شتى المجالات وبطرق مختلفة.

6-التغيرات في العمل والمهنة:

شهد العالم ثورة علمية وصناعية وتكنولوجية انعكست آثارها في عالم العمل والمهنة والحياة الاجتماعية بصفة عامة، ومن أهم التغيرات في العمل والمهنة الاعتماد على الآلة بشكل كبير. (زهران، 1984م)

7-عصر القلق:

نحن نعيش في عصر يطلق عليه "عصر القلق" ونسمع عن مصطلح "أمراض الحضارة". إن المجتمع المعاصر مليء بالصراعات والمطامح ومشكلات المدنية. (أبو أسعد، 2010م، ص21)

أسس عملية الإرشاد النفسي:

إن الإرشاد النفسي علم وفن، وكباقي العلوم الإنسانية فهو يقوم على عدد من الأسس والمبادئ والنظريات والتجارب التي تتعلق بالسلوك الإنساني والمسترشد والعميل التي تستمد مكانتها من طبيعة الإنسان وخصائص سلوكه، تهدف دراسة أسس الإرشاد النفسي إلى وضع الأساس والفلسفة والمنهج الذي تقوم عليه موضوعات علم الإرشاد ومن ثم تكون هي الدليل والمرجع للعامل والمرشد النفسي أثناء ممارسته اليومية لعمله وبناءً على ذلك تتعدد أسس التوجيه والإرشاد النفسي (الزعبي، 2003م، ص 47)

وفيما يلي أهم الأسس التي يستند إليها علم الإرشاد النفسي:

أولاً: الأسس العامة

1- ثبات السلوك الإنساني نسبياً وإمكان التنبؤ به.

كل نشاط يصدر من الكائن الحي نتيجة لعلاقته التفاعلية مع البيئة المحيطة، سواء أكان نشاط عقلي (كالتفكير والتذكر والتخيل) أم على شكل نشاط بدني (كالحركة والمشي)، أم على شكل نشاط اجتماعي (المجاملة وتبادل العلاقات الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين) هو ما يعرف على أنه السلوك الإنساني. والسلوك الإنساني متعلم من البيئة والمجتمع المحيط بالفرد حيث يكون للأسرة والتنشئة الاجتماعية والتربية والتعليم ومتطلبات العصر دور مهم في تشكيل السلوك وتنميته. (الزعبي، 2003م، ص 47)

2- مرونة السلوك الإنساني:

السلوك الإنساني مرن وقابل للتعديل والتغيير بالرغم من الثبات النسبي الذي يميزه ومبدأ المرونة في السلوك الإنساني يشمل التنظيم الأساسي للشخصية ومفهوم الذات والخبرة وتجارب الحياة بمعنى أنه تجاوز السلوك الظاهري. (زهران، 1980م، ص 55)

3- السلوك الإنساني (فردى - جماعى):

ولذلك فإن أي محاولة لتأثير في سلوك الفرد وتغييره لا بد لها من الاخذ بالحسبان معايير وضوابط واتجاهات وقيم الجماعة لأنها البوصلة المنظمة للسلوك الفردي (زهران، 1980م، ص 56).

4- استعداد الفرد للإرشاد ورغبته في ذلك:

كل منا حين يستعصي عليه أمر أو يمر بمرحلة انتقالية يطلب الإرشاد والنصح من الآخرين حيث يكون بحاجة له ويتوقع الاستفادة وتحقيق الفائدة (الخطيب، 2001م، ص32).

5- حق الفرد في أن يعيش سعيدا متوافقا مع نفسه ومجتمعه.

ثانيا: الأسس الفلسفية

يبني علم النفس الإرشادي على فلسفة "ديموقراطية تعطي الفرد الحرية في الاستفادة من الفرص المتعددة وفي تقرير مسار حياته ويمكن النظر في الأسس الفلسفية من عدة وجوه.

- 1- علم النفس الإرشادي يجب أن يقوم على أساس الفهم الشامل لطبيعة الإنسان.
- 2- مفهوم المرشد عن طبيعة الإنسان يعد أحد الأسس الفلسفية التي يقوم عليها عمله لأنه ينظر لنفسه وينظر للمسترشد من خلال هذا المفهوم.
- 3- حرية الاختيار نسبية وليست مطلقة ولها ضوابط الإرشاد يضمن للفرد الاختيار من بين البدائل المطروحة أمامه (أبو أسعد، 2011م، ص68)

ثالثا: الأسس النفسية التربوية

من الأسس النفسية والتربوية التي يستند إليها التوجيه والإرشاد النفسي

- 1- الفروق الفردية: حيث لا توجد طريقة واحدة تناسب جميع المسترشدين.
- 2- الفروق بين الجنسين فهناك فروق فسيولوجية واجتماعية ونفسية بين الذكور والإناث.
- 3- مطالب النمو: يجب مراعاة كل مرحلة من مراحل نمو الفرد بحيث أن كل مرحلة يحصل فيها تغيير بحاجة الى مراعاة وإرشاد يتناسب مع هذا التغيير (زهران، 1997م، ص67).

رابعا: الأسس الاجتماعية

الفرد يتأثر بالجماعة وسلوك الفرد يتشكل وفق التنشئة الاجتماعية والثقافة التي ينتمي إليها لذا على المرشد أثناء عمله مراعاة التالي:

- 1- مراعاة قيم وثقافة الجماعة التي ينتمي لها المسترشد.

2- تسخير كل مؤسسات ومرافق المجتمع الدينية منها والاجتماعية والعلمية والمهنية لصالح الفرد بحيث تحصل الفائدة القصوى. (أبو أسعد، 2011م، ص70).

خامسا: الأسس العصبية والفسولوجية

العمل إنسان له جسم ونفس ويتكون من عدد من الأجهزة الحيوية مثل الجهاز العصبي والجهاز الدوري والجهاز التنفسي والجهاز الهضمي وجهاز العدد... إلخ ولكل جهاز أعضاء خاصة ويتكون كل عضو من مجموعة من الخلايا ذات وظائف محددة فهناك الخلايا العصبية التي تتخصص في نقل الإشارات العصبية وخلايا الغدد التي تختص بإفراز الهرمونات بأنواعها وهكذا يعد الإنسان وحدة جسمية ونفسية واحدة، تتأثر الحالة النفسية بالحالة الجسمية -والعكس الصحيح- التوازن والتوافق بين هذه الوحدة والبيئة هو مقياس السعادة والصحة النفسية. (زهران، 2002م، ص85)

سادسا: الأسس الأخلاقية

يركز الفلاسفة مثل سارتر Sartre على أهمية الأخلاق Ethics ، ويقول: إن الفرد يجب أن يكون سلوكه حسنا صحيحا يؤدي إلى ما يحقق حريته وأمنه وحرية وأمن الآخرين. ومعظم المرشدين والمعالجين النفسيين يعملون اعتبارات ودستور أخلاقي يحكم سلوكهم ويلتزمون به في المواقف المهيأة لعملية الإرشاد لمصلحة المرشد والعمل والمجتمع والمهنة. ولقد نشرت جمعية علم النفس الأمريكية (American Psychological Association, 1959) ورابطة المرشدين النفسيين الأمريكية:

(American personael and Guidance Association, 1961) ما يمكن أن يسمى

"الدستور الأخلاقي للمرشدين والمعالجين النفسيين" (Nordberg,

(Pietrofesaet,etal., 1980)(1970؛ "زهران، 1997م، ص62)

ويهدف الدستور الأخلاقي للمرشدين والمعالجين النفسيين إلى تحقيق ما يلي:

- تعريف المرشد ما يجب عليه أن يعمل في عملية الإرشاد بصفة عامة، وفي مواقف الصراع والطوارئ التي قد تنشأ خلال الممارسة.
- تحديد مسؤوليات المرشد تجاه العميل.
- تحديد حقوق المرشد وحدوده في العملية الإرشادية.
- تحديد الإطار الاجتماعي وحقوق المجتمع على كل من المرشد والعمل.

ومما هو جدير بالذكر أن أخلاقيات الإرشاد والعلاج النفسي لا تتفصل عن أخلاقيات علم النفس ولا عن أخلاقيات العلم ولا عن الأخلاقيات بصفة عامة.

وتتلخص أهم المبادئ الأخلاقية لمهنة الأخصائي النفسي بصفة عامة كما حددتها الجمعية النفسية الأمريكية في عشرة مبادئ هي:

- تحمل المسؤولية.
- الكفاءة في العمل.
- الالتزام بضوابط ومعايير العمل.
- تقديم خدمات الارشاد لعامة المجتمع.
- الأمانة على الأسرار وعدم افشاء الاسرار ما يحقق الثقة.
- تسخير الجهد لصالح العميل.
- بناء العلاقات المهنية الصحية بين المرشد والمسترشد وبين المرشدين وبعضهم.
- الكفاءة العلمية والعملية والقدرة على التشخيص والعلاج.
- القدرة على اجراء البحوث والتجارب العلمية.
- اجراء البحوث والتجارب العلمية على الحيوان عند امكانية حدوث أذى للإنسان

(زهران، 1997م، ص63)

الإرشاد النفسي من حيث الأداء ينقسم الي:

1- الإرشاد الفردي:

وهو عملية تفاعلية تتم بين المرشد وعميل واحد وجهاً لوجه في كل مرة. يتعرف من خلالها المرشد على شخصية العميل ما هي طبيعة مشكلاته وتفسيراتها كما ويتعرف على اضطرابه ومسبباته ويضع معه الخطط والبرامج للحل، يتم هنا استثارة الدافعية لدى العميل، يتخذ هذا النوع من الارشاد طابع الخصوصية المطلقة بحيث تنحصر العلاقة بين المرشد والمسترشد في جو من السرية التامة يعنى هذا النوع من الارشاد بالمشكلات ذات الطابع الفردي مثل السرقة والانحراف والشذوذ الجنسي.(منسي، 2002م، ص165)

2- الإرشاد الجماعي:

هو بناء علاقة ارشادية بين مرشد أو أكثر لمجموعة من العملاء تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم، حيث يتم هنا عرض ومناقشة موضوعات ذات طابع عام يعانيها الجميع مما يساعدهم على البوح بمشاعرهم وانفعالاتهم واتجاهاتهم الامر الذي يساعد المرشد على توجيههم وتصحيح أفكارهم ومعتقداتهم. يقوم الإرشاد الجماعي على أسس نفسية فلسفية وهي أن الإنسان كائن اجتماعي تتحكم به معايير ومعتقدات الجماعة والهدف الأساسي للإرشاد هو تحقيق التوافق الاجتماعي لأن العزلة وعدم التوافق مع المجتمع هي أحد أسباب الاضطرابات النفسية، الفرد بحاجة للشعور بالحب والانتماء والمسؤولية وتجنب النقد والمساءلة (زهران، 2002م، ص322)

المبحث الخامس: الإرشادي السلوكي المعرفي

مقدمة:

يعد علم النفس من أغني العلوم الإنسانية المعاصرة بالنظريات التي درست السلوك الإنساني وحاولت فهمه في السواء والمرض، ومن أحدث هذه النظريات نظرية العلاج السلوكي المعرفي ويعتبر ميكنبوم رائدها cognitive bihaveoral therapy حيث تحتوي نظرة تكاملية في تغير السلوك وتقوم على التكامل بين تيارات متنوعة مختلفة في العلاج النفسي كما ويعد العلاج السلوكي المعرفي من أهم التطورات في مدارس علم النفس الحديث جاء ميكنبوم ليؤكد اتجاه ألبرت الس في العلاج العقلاني والانفعالي الذي اعتبر السلوك حصيلة أفكار الشخص وليس تفاعلا بين مثير واستجابة كما ترى السلوكية، ولتغير سلوك الفرد لابد من تغير معتقداته وأفكاره. إن عملية التعلم التي هي حصيلة التفكير والإدراك والتراكيب المعرفية وحديث الفرد الداخلي مع نفسه هي من يلعب دورا مهما في تحديد سلوك الفرد (عبد الله، 2011م، ص118). ومن الملاحظ أن العديد من الأساليب العلاجية أصبحت تأخذ بعين الاعتبار التأثير في العمليات المعرفية التي أصبحت تشكل عناصر أساسية في معظم الأساليب السلوكية المعاصرة أن الهدف من العلاج السلوكي المعرفي هو إعادة البناء المعرفي من خلال تغيير الأفكار الخاطئة أو السلبية واستبدالها بأفكار ايجابية تكيفيه تنتج سلوكا تكيفيا كما يمكن النظر للعلاج السلوكي المعرفي على انه عملية تعلم داخلية تشمل إعادة تنظيم الأفكار التي تربط بين الأحداث والمؤثرات البيئة المختلفة "(الخطيب، 1992م)

مفاهيم وافتراضات النظرية

إن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم والتعليمات الذاتية verbalization تلعب دورا مهما في تحديد السلوكيات التي تصدر عنهم "عبد الله (2011م، ص120)" إن الحديث الداخلي يخلق الدافعية عند الفرد حيث يري ميكنبوم أن تعديل السلوك يمر بعدة مراحل متسلسلة تبدأ بالحوار الداخلي والبناء المعرفي والسلوك الناتج.

الانفعال الفسيولوجي بحد ذاته ليس هو المعيق الذي يحول دون تكيف الفرد ولكن ما يقوله الفرد لنفسه حول المثير وهو الذي يحدد انفعالاته الحالية

السبب المباشر في عملية تغيير سلوك الفرد هو حدوث تفاعل بين الحديث الداخلي عند الفرد وبناءاته المعرفية (عبد الهادي، 1999م، ص101)"

مستوي القلق عند الافراد يرتبط بالتقديرات والأحاديث الذاتية المتعلقة بالموقف ترتبط التعليمات الذاتية والحالة المزاجية برودة الفعل العضوية كما هو الحال في الاضطرابات السيكوسوماتية.

إحداث التغيير في منظومة التفكير تحتاج لدمج ابنية معرفية جديدة بالأبنية القديمة كما يحدث في الإزاحة displasment حين تواصل الأبنية المعرفية القديمة مع الجديدة وقد تحل واحدة منها محل الأخرى وتبقى مندمجة في بنية أكثر مشمولاً من خلال عملية التكامل والاندماج (عبد الله، 2011م، ص212).

الفنيات العلاجية في العلاج السلوكي المعرفي

1. التقدير السلوكي المعرفي behavioral assessment cognitive

هو عبارة عن تحليل وظيفي للسلوك يقوم على نص تفصيلي للمقدمات والنتائج البيئية في علاقتها بالاستجابات، يري مايكنباوم تركز هذه الطريقة على تحديد دقيق للسلوك ونسبة تكراره في المواقف المختلفة وطريقة التقدير المعرفي على الدور الذي تلعبه البيئة المعرفية في السلوك (عبد الله، 2011م، ص123).

2. اشراط إبدال القلق anxiety relief conditioning

هذه الفنية تمثل في اقتران المثير المنفر مع تعبير الفرد وحوارة الداخلي مع نفسه (عبد الله، 2011م، ص124) ويمكن أن توضح الباحثة هذا بمثال من وحي قلق الولادة كأن تقول الحامل شيئاً مخيفاً عن الولادة ثم تقول أنها صعبة ولن تفكر فيها ثم تقول عبارات تكيفية تزيل القلق الخوف مثل استرخ فأنا أستطيع أن أقوم بهذا الأمر مما يؤدي إلى وقف الخوف ثم الاسترخاء

3. أسلوب خفض الحساسية التدريجي المنظم systematic desensitization

هذا الأسلوب مأخوذ من نظرية وولبي الكف بالنقيض reciprocal inhibition بمعنى أنه لا يكمن الجمع بين استجابة القلق والاسترخاء ويطلب منه أن يتخيل نفسه في أماكن سارة ويسمع موسيقى إذا شعر بالتوتر (الخواجة، 2013م، ص138).و يعمل هذا الأسلوب على إضعاف القلق بطريقة تدريجية من خلال مرحلتين :

الأولى: التدريب على الاسترخاء العضلي العميق حيث يهدف إلى الوصول إلى استرخاء جميع أجزاء الجسم ويحتاج الشخص للوصول لمرحلة الاسترخاء الكامل من 6 الى 7 جلسات .

الثانية: بناء هرم القلق، وهو عبارة عن قائمة المثيرات والمخاوف التي تثير القلق، بحيث يتم ترتيبه ترتيباً تنازلياً، أي من الأعلى إلى الأقل شدة في استثارة القلق لدى الفرد. (الزويد، 2008م، ص168).

النمذجة: modeling

وهي بنية تعتمد بأن يحصل المسترشد على المعلومات من شخص يعتبره قدوة ونموذج يمكن أن يقلده بحيث يعطى المعلومات والارشادات والأوامر لتوجيه المسترشد ليقوم بالعمل المطلوب. وتستخدم النمذجة لمساعدة المسترشد في تحقيق استجابات مرغوب فيها، يمكن أن تكون بمشاهدة نموذج واقعي للسلوك، أو من خلال نماذج مكتوبة أو مسجلة على أشرطة، أو بتخيل المسترشد لذلك السلوك، أو من خلال لعب الدور. وتكون النماذج الحية هي أكثر الأنواع، ويفضل اختيار النموذج من عمر مماثل لعمر المسترشد وجنسه ومركزه الاجتماعي وخلفيته الثقافية. (الخطيب، 2007م، ص382)

الأشراط المنفر aversive conditioning

وذلك بأن يقرن السلوك غير السوي بإجراء عقلائي مثال تعريض المدخن لصدمة كهربائية يرتبط ذلك بسلوك التدخين مع تكرار عبارة إن التدخين شيء غير محبوب (الخواجة، 2013م، ص198)

إجراءات الارشاد السلوكي المعرفي:

الإرشاد السلوكي المعرفي يتم من خلال ثلاث مراحل أساسية:

1. الملاحظة الذاتية: الحديث الذاتي حيث يكون عند المسترشد قبل طلب المساعدة من المرشد أحاديث ذاتية هدامة وتخيلات سلبية يكون دور المرشد في هذه المرحلة تغيير البناء المعرفي للفرد وتعليمه الحديث عن نفسه بعبارات ذاتية ايجابية، يحاول المرشد هنا تدريب المسترشد التركيز في أفكاره ومشاعره وردود فعله الوجدانية والاستجابات الفسيولوجية والتفاعلات الاجتماعية مما يجعله أكثر وعياً وانتباهاً لها ويرى السلوكيات

المتصلة بهذه الأحاديث، ينتج عن هذه العملية أبنية معرفية جديدة عند المسترشد، تساعده في النظر إلى المشكلات بطريقة جديدة ومختلفة وإيجابية ينتج عنها سلوكيات صحيحة تحل المشكلات بطريقة صحيحة تؤدي إلى التوافق (الزعبي، 2003م، ص79).

2. الأفكار والسلوكيات غير المناسبة: إذا كان الهدف هو تغيير السلوك غير المتوافق فإنه يجب أن يكون مضمون الحديث الداخلي والأفكار والتخيلات غير متناسبة مع السلوك المشكلة، يتم تنظيم خبرات وتصورات الفرد بطريقة ايجابية وفعالة تؤدي إلى مواجهة صحيحة (الزعبي، 2003م، ص79).

3. تطوير الجوانب المعرفية الخاصة بالتغيير: تتطلب هذه المرحلة من المسترشد تكرار الأحاديث الذاتية الايجابية بشكل يومي وملاحظة السلوكيات والنتائج المترتبة عليها ويعتمد نجاح العملية ومستوى التغيير الذي يحدث في السلوك على درجة التغيير في الأحاديث الداخلية. (الشناوي، 1995م، ص130)

علاج القلق في الاتجاه السلوكي المعرفي:

تعد نظرية الإرشاد السلوكي المعرفي أكثر النظريات نجاحا في معالجتها للقلق وبخاصة من خلال تطبيق فنية خفض الحساسية التدريجي طور هذه الفنية العالم وولبي عام 1958م لمعالجة السلوكيات القلقة من خلال وضع المسترشد في حالة من الاسترخاء العضلي العميق وبصورة تدريجية يتم عرض المواقف المثيرة للقلق في مستوى الخيال. تعتمد هذه النظرية على إسهامات كل من ألبرت ألس في العلاج العقلاني العاطفي وسكينر و ثورندايك في العلاج السلوكي وصولا إلى بيك الذي قامت نظريته على أساس أن المخططات المعرفية هي التي تتحكم بسلوك الفرد ومن أبرز المجالات التي طبقت فيها نظرية العلاج المعرفي السلوكي علاج القلق، الاكتئاب، الرهاب، الوسواس القهري والفصام. (الخواجة، 2013م، ص138)

خطوات فنية خفض الحساسية التدريجي:

1. تعليم تمارين الاسترخاء العضلي العميق والتدريب عليها
2. مساعدة العميل في بناء هرم القلق
3. تعريض العميل على مستوى الخيال للمواقف المثيرة للقلق تدريجيا فيما يسمى بـ خفض الحساسية

4. فحص أثر التدريب والتعليم على حياة المسترشد الواقعية. (الخواجة، 2013م، ص144)

مزايا النظرية

اهتم بيكنبوم بدراسة ما يقوله الناس لا أنفسهم وتأثيره على سلوكهم الأمر الذي لم يسبقه إليه أحد علماء النفس العلاجي.

إن السلوك ينظم في البداية من خلال التعليمات التي يعطيها الكبار للصغار ومن ثم تتحول هذه إلى تعليمات ذاتية داخلية.

أكدت النظرية على العلاقة بين الحديث الذاتي وبين التراكيب المعرفية وكل من السلوك والمشاعر.

طريقة العلاج السلوك المعرفية في إعادة البنية المعرفية نجحت في تعليم العديد من المرضى كيفية التحصين ضد الضغوط النفسية (عبد الله، 2011م، ص126).

على الرغم من النجاح الكبير الذي حققته أساليب النظرية إلا أن هناك بعض المآخذ التي يرى علماء النفس أنها تجعل من النظرية غير فعالة لجميع الاضطرابات، من هذه المآخذ التالي :

1. تهتم بما يقوله الفرد لنفسه دون الشعور بالمؤثرات الخارجية التي تحدد سلوكه.
2. النظرية وتطبيقاتها لم تصل إلى حد الشمولية والاكتمال.
3. تفتقر إلى وجود محدد أو معايير لما يقوله الفرد انفسه.
4. للتقييم التفكير من ناحية الصحة أو الخطأ لا يوجد معيار.
5. لا يوجد معيار موضوعي يعتمد عليه في تقييم التصورات المعرفية للفرد.
6. نظرية مايكنبوم كما يراها باترسون ما هي إلا محاولة ناجحة ولم تكتمل بعد (عبد الله، 2011م، ص126).
7. يمكن أن تعتبر الحديث الداخلي واستجابة السلوك له عودة إلى نظرية المثير والاستجابة (العزة، 1999م، ص156).

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

تعرض الباحثة في هذا الفصل بعض الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة "قلق الولادة" ونظرا لأن الدراسات اختلفت في الموضوعات التي تناولتها بالبحث والدراسة من حيث الاهداف والنتائج التي توصلت إليها. الأمر الذي تطلب من الباحثة الوقوف على بعضها الذي يتعلق بموضوع الدراسة الحالية على النحو التالي:

1. الدراسات التي تناولت القلق بشكل عام والدراسات التي تناولت قلق الولادة "عربية وأجنبية".

2. الدراسات التي تناولت البرامج الإرشادية "عربية وأجنبية".

أولاً: دراسات تناولت قلق الولادة

دراسة عبد العزيز (2016م).

هدفت الدراسة إلى تحديد عوامل الخوف من الولادة وتأثيرها في اختيار الحوامل للولادة بالطريقة القيصرية حيث ضمت الدراسة 205 حامل اخترن بالطريقة القصدية تم تحديد العمر من 22-38، ولا يسبق للحامل أن اختبرت الولادة، وأن يكون الحمل في عمر 36 أسبوع أي في المرحلة الأخيرة من الحمل أجريت الدراسة على الحوامل في مدينة المحلة الكبرى بجمهورية مصر العربية، قامت الباحثة بتطبيق استبيان خاص بقياس الخوف من الولادة وتأثير هذا الخوف على اختيار الحامل للطريقة التي ترغب أن تتم بها الولادة، الاستبيان إعداد الباحثة. تبين من الدراسة أن 89% من الحوامل سجلن مستوى مرتفع من الخوف من الولادة المهبلية لعدة عوامل وهي:

1. الخوف على سلامة الجنين.

2. الخوف بشأن الألم المصاحب للولادة المهبلية.

3. الخوف من حدوث جروح وتمزقات في منطقة الولادة.

4. تخشى السيدات من حدوث تأثير سلبي للولادة المهبلية على حياتهن الجنسية فيما بعد

وهذا أدى إلى ارتفاع عدد الحوامل التي ترغب بالولادة القيصرية وتجنب الولادة المهبلية.

دراسة الهمص (2010م).

حول قلق الولادة حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على قلق الولادة وعلاقته بجودة الحياة لدى الحامل حيث استهدفت الدراسة شريحة الأمهات المقبلات على الولادة تكونت عينة الدراسة من 203 إما تم اختيارهن بالطريقة العشوائية من الحوامل اللاتي ترددن على أقسام طوارئ الولادة في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة واستخدم الباحث اختبار قلق الولادة وعلاقته بجودة الحياة إعداد الباحث وكانت أبرز النتائج أن أعلى مستويات قلق الولادة سجلت في الأسرة النووية فقد تبين أن طبيعة الأسرة التي تعيش بها الحامل (نووية أم ممتدة) يؤثر وبشكل واضح في الحالة النفسية للحامل أثناء الولادة بمعنى أن الحوامل ممن يعشن داخل أسرة ممتدة تتمتع بمستوى أعلى من الصحة النفسية، وسكن الأم كونه مستقلا أو ضمن أسرة ممتدة حيث أظهرت النتائج أن الحامل في الأسرة النووية تعاني من قلة الدعم والمساندة مما يزيد من قلقها أما على صعيد باقي العوامل مثل "عمر الأم، والمستوى الاقتصادي للأسرة، والمؤهل العلمي، ومعرفتها المسبقة بجنس الجنين، فتبين أنها ذات أثر منخفض وغير دال إحصائيا في صحة الأم النفسية.

➤ الدراسات الاجنبية:

دراسة (Gosselin, 2016)

هدفت الدراسة لفحص العلاقة بين الخوف والقلق من الولادة ومجريات الولادة وخاصة مستوى تحمل الألم، ومعدل استخدام الأدوية المخدرة ومعدل الولادة القيصرية، هل درجة القلق والخوف العالية يمكن أن تتسبب في اكتئاب ما بعد الولادة {PPD} أو اضطراب ما بعد الصدمة {PTS}. كانت منهجية الدراسة وصفية أمامية طولية وأداة الدراسة عبارة عن استبانة تمت تعبئتها على مرحلتين الأولى أثناء الحمل والثانية بعد 5 أسابيع من الولادة. عينة الدراسة عبارة عن 176 حامل لم تخبر تجربة الولادة بعد. حيث بينت الدراسة ان الخوف من الولادة يرتبط كثيرا بالإحساس بالألم عند الولادة بين الحوامل اللواتي يلدن مهلبيا مع غياب استخدام التخدير او في ظل استخدامه ومستوى الألم يرتبط بدرجة عالية بتطوير اعراض الاكتئاب ما بعد الولادة واعراض ما بعد الصدمة كما ان هناك ارتباط بشكل قوي بين الولادة القيصرية غير المخطط لها مع تطوير اعراض الاكتئاب والصدمة.

يمكن أن تلعب الصدمة (P.T.S.D) دور الوسيط في الربط بين الخوف من الولادة واكتئاب ما بعد الولادة (P.P.D) .

دراسة (Sraisanen, etal., 2014)

هدفت الدراسة إلى تحديد عوامل الخطر التي تؤدي إلى الخوف من الولادة وعلاقتها ببعض المتغيرات مثل " الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية " وتقييم النتائج السلبية لهذا القلق. الدراسة اتبعت المنهج الوصفي لتحليل استبانة صممت لقياس مستوى الخوف والقلق من الولادة، شملت الدراسة 788317 سيدة خلال الفترة ما بين 1997_2010 أظهرت نتائج الدراسة ارتفاع في الخوف من الولادة للحوامل اللواتي لم تخبرن الولادة بعد، عن متكررات الولادة كذلك تبين أن عوامل الخطورة تكون بدرجة كبيرة عند السيدات الأكبر في السن { فوق 40 سنة} وذوات المستوى الاقتصادي الأقل، والحالة الاجتماعية الصعبة، ومن اختبرن الولادة بالطريقة القيصرية، وبينت الدراسة أيضا أن النساء ذوات مستوى قلق أعلى سجل أطفالهن انخفاض وزن الولادة { اقل من 2500 } وعمر حملي أقل "ولادة قبل الموعد "وانخفاض في أبحار سكور A/S مقياس لفحص صحة المولود " عند الدقيقة الاولى وأخيرا أظهرت الدراسة أن الخوف من الولادة أدى إلى زيادة في عدد الحوامل اللواتي يفضلن الولادة بالطريقة القيصرية.

دراسة (Chan, Chui-yi, 2012)

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى انتشار قلق الولادة وقلق ما بعد الولادة وتأثير القلق على مزاج الطفل ونموه وعن العلاقة بين قلق الحمل وتطویر قلق ما بعد الولادة تكونت الدراسة من 1470 حاملا في مستشفى واسين في مدينة هوكونج الصينية حيث كانت منهجية الدراسة وصفية تم من خلالها عمل متابعة طولية أمامية للحوامل خلال خمس فترات وهي المرحلة الأولى للحمل 8-12 أسبوعا المرحلة الثانية 22-28 أسبوعا والمرحلة الثالثة من 30 أسبوعا حتى الولادة ثم بعد 6 أسابيع من الولادة وأخيرا بعد 6 أشهر من الولادة .

أظهرت الدراسة أن نسبة كبيرة من الحوامل تظهر أعراض القلق العام وأعراض القلق الخاص بالحمل وان هذه الأعراض ترتبط بشكل قوى بالبيانات الديمغرافية والحالة الاجتماعية والحالة الصحية أثناء الحمل كما بينت الدراسة أن مستوى القلق من الحمل ينخفض بشكل كبير في الثلث الثاني للحمل كما وأن أعراض القلق العام تختلف عن أعراض قلق الحمل وأنها بالمجمل تقع تحت أعراض القلق ،سجلت الحوامل ذوات الحمل مرتفع الخطورة والدخل المنخفض والدعم الاجتماعي القليل مستوى قلق مرتفع وبالذات في الثلث الثالث من الحمل ،هناك علاقة قوية بين تطویر القلق ومدى احترام الذات والرضا الزوجي، أما فيما يتعلق بالقلق

ما بعد الولادة فقد بينت الدراسة أنه أكثر ارتباطا مع قلق الحامل خلال الفترة الأخيرة للحمل ويتشابه في الأعراض بقوة مع أعراض القلق العام أما عن درجة تأثير القلق أثناء الحمل والولادة على الأطفال، فهو كالتالي، سجل أطفال الحوامل الأعلى مستوى قلق مزاج حاد خلال الأسابيع الستة الأولى بعد الولادة كما انهم سجلوا نسبة اقل من الاستجابة الفسيولوجية خلال الأسابيع الأولى وكان لديهم تأخر ملحوظ في بداية التكلم.

دراسة (MarqretaZar, 2010)

هدفت الدراسة إلى بيان علاقة قلق الحالة وقلق السمة لدى الحوامل اللواتي لم تلدن بعد ومتعددات الولادة، والخوف من الولادة دراسة وصفية استخدم فيها الباحث استبيان لتحديد مستوى القلق والخوف واخر لتحديد قلق الحالة وقلق السمة وأجريت الدراسة على 77 حامل لم تخبر الولادة بعد و85 متكررة الولادة ابتدأت الدراسة من الاسبوع 32 للحمل ثم بعد الولادة بساعتين وبعد 5 أسابيع من الولادة. قسمت الحوامل حسب نتائجهن على استبانة القلق لثلاث مجموعات .مستويات قلق مرتفع، قلق متوسط ،قلق منخفض .

سجلت الحوامل ذوات سمة القلق الأقل مستوى من الخوف من الولادة أقل، أما الحوامل الأعلى سمة قلق كن أكثر خوفا وقلقا من الولادة كما و سجلت الحوامل اللواتي سيلدن أول مرة مستوى أعلى من الخوف من الحوامل متكررات الولادة .أما بعد الولادة مباشرة لا توجد فروق في معدلات الخوف بين المجموعات الثلاث، هناك انخفاض كبير في الخوف والقلق ما بين ساعتين بعد الولادة إلى 5 أسابيع في المجموعات الثلاثة.

دراسة (TSui-MH,pangMW, 2003)

هدفت الدراسة إلى معرفة الأسباب والعوامل التي تسبب الرهاب من الحمل والولادة وما إذا كانت لها علاقة بالبيانات الديمغرافية للسيدات، أجريت الدراسة علي 300 سيدة حامل في مراكز رعاية الحوامل في مدينة هونج كونج الصينية عام 2003.حيث كانت منهجية الدراسة وصفية طبقت استبانة من 73 سؤال ذو علاقة بقياس مستوى القلق أظهرت النتائج أن جميع السيدات يعانين من رهاب الولادة بالدرجة الاولى وبدرجات متفاوتة ويرتفع معدل الخوف بدرجة كبيرة لدي السيدات اللاتي استمعن الي خبرة ولادة صعبة، أو موقف سلبي ومزاج سيء من سيدات اخريات اختبرن تجربة الولادة، لهذا اختارت 22% من عينة الدراسة الولادة بعملية قيصرية تجنباً لألم الولادة، و قد كانت توصيات فريق البحث للتغلب علي هذه المشكلة هي

عمل جلسات لتلبية الاحتياجات النفسية للسيدات خلال الحمل وتجنب الاستماع إلى أي معلومات تعتمد على الخبرة الشخصية للأمهات والجندات.

دراسة (Lederma Colleagues, 2002)

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين قلق الحامل والدعم الاجتماعي مع المضاعفات التي تحدث للحامل في الحمل والولادة عينة الدراسة تكونت من "106 حامل (27 أفريقية)، (47 أمريكية)، (32 بنغالية) استخدم المنهاج الوصفي التحليلي، أظهرت نتائج الدراسة أن الحوامل الأكبر سناً أكثر رغبة وسعادة وتأقلاً مع الحمل، والأعلى مستوى تعليم أحسن استعداداً للولادة وبفضلن الولادة المهبليّة ولديهن شعور يتميز بالإيجابية والتقبل تجاه الجنين أما الحوامل ذوات الحمل الأعلى مستوى خطورة ويفتقرن للدعم الاجتماعي والنفسي خلال الحمل هن أقل تقبلاً للحمل ولديهن مشاعر سلبية تجاه الجنين ومستوي عالي من القلق.

ثانياً: دراسات تناولت البرامج الإرشادية التي تعالج القلق

دراسة (Melba Sheila D'Souza, and KarkadaSubrahmanya, 2016)

هدفت الدراسة إلى تقييم فعالية التدخل التعليمي (الأعداد للولادة) للحوامل التي لم تخبر الولادة بعد على مقياس درجة الخوف من الولادة وقلق الحمل والنتائج المتوقعة للحامل أثناء الولادة تأثيرها على المولود، اعتمد الباحثون المنهج التجريبي وتم اختيار العينة بطريقة الاختيار العشوائي لعدد (50) حامل من سلطنة عمان، اللاتي لم يخبرن الولادة من قبل تم تقسيمهم إلى مجموعتين (25) المجموعة التجريبية والتي أخضعت للتعليم و التدريب (25) مجموعة ضابطة، المجموعة التجريبية خضعن لاختبار قبلي يوضح مدى القلق من الولادة ثم اختبار بعدي في نهاية البرنامج التعليمي عن الولادة أظهرت النتائج أن جميع الحوامل سجلن مستوى عالي من الخوف من الولادة، أما بعد خضوعهن للتدريب سجلن في القياس البعدي درجة عالية من الإدراك لمعني الولادة ومجرباتها وجميع المعلومات المتعلقة بالولادة، ما أدى إلى انخفاض مستوى قلق الولادة بنسبة عالية، أثر هذا على اختيار الحوامل لطريقة الولادة حيث انخفضت نسبة اختيارهن للولادة بالطريقة القيصرية بنسبة 50% كما وسجلت زيادة بنسبة 12% في أوزان أطفال المجموعة الضابطة ما يعني تأثر الأجنة بالصحة النفسية للأم

دراسة (salehi, et al, 2016)

دراسة مقارنة تهدف لبيان الفرق بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج العقلاني في خفض القلق خلال الحمل و قد اعتمد الباحثون المنهج شبه التجريبي حيث تم إعداد برنامج تدريبي باستخدام فنيات المنهج المعرفي السلوكي واخر باستخدام فنيات المنهج العقلاني، عينة الدراسة 135 حامل أول مرة من محافظات إيران اخترن بالطريقة العشوائية وتم اعداد مقياس القلق أثناء الحمل من 40 مفردة شملت البيانات الديمغرافية والحالة الجسمية والحالة النفسية قسمت عينة الدراسة الى ثلاث مجموعات (2تجريبية واحدة ضابطة). من خلال التحليل الإحصائي تم عرض النتائج التالية لجميع الحوامل يعانين مستوى قلق عالي، ساهمت البرامج الارشادية في خفض مستوى القلق بشكل كبير، لا يوجد أثر للبيانات الديموغرافية على مستوى القلق، لا يوجد فروق دالة إحصائية بين الإرشاد بالبرنامج المعرفي السلوكي والإرشاد العقلاني في خفض القلق فكلا الطريقتين كان لهما الاثر الايجابي في تحسين مزاج الحوامل وخفض القلق

دراسة طاهر (2015م).

هدفت الدراسة إلى بيان فعالية برنامج إرشادي بأسلوب خفض الحساسية التدريجي في تخفيف قلق الولادة، اعتمدت الباحثة المنهج التجريبي حيث قامت بإعداد برنامج إرشادي من 14 جلسة استهدفت 40 حامل أول مرة وحمل متكرر من مدينة ديالى العراقية، تبين من خلال تحليل نتائج الاختبار القبلي ان الحوامل يعانين من مستوى قلق مرتفع يتعلق بطريقة الولادة والآلام المرافقة والخوف علي صحة وحياة الطفل هذا القلق يتأثر بشكل إيجابي من الحالة الاقتصادية والاجتماعية، كذلك المعرفة المسبقة بجنس المولود وقلة الدراية بالولادة أما بعد البرنامج حيث شمل العديد من جلسات التعليم بالولادة والاسترخاء العضلي ما أدى إلي خفض مستوى القلق وتحسن في الحالة المزاجية للحامل هذا ما دلت عليه نتائج الاختبار البعدي.

دراسة (Kapochoan, 2014)

هدفت الدراسة إلى بيان أثر برنامج التأمل على الحوامل في مدينة هونكونج الصينية، اتبعت الدراسة النهج التجريبي التتبعي جمعت البيانات من استبيان خاص بمهارات العقل والجسم، استبيان خاص لقياس مستوى الخوف من الولادة، واستبيان يقيس درجة الاستعداد للولادة، فحص مستوى الكورتيزول من خلال عينة لعاب عينة الدراسة. تم جمع البيانات في عدة مراحل في الزيارة الاولى، وعند 36 اسبوع من الحمل والأسبوع الخامس بعد الولادة ثم بعد

الشهر الخامس من الولادة تكونت عينة الدراسة من 59 حامل التزم بالتدريب على التأمل لجميع الجلسات 36 حامل. اعتبرت أهم نتائج الدراسة هي انخفاض مستوى القلق والتوتر عند الاسبوع 36 من الحمل، انخفاض مستوى الكورتيزول، انخفاض في مستوى القلق عند 5 اسابيع و5 أشهر بعد الولادة.

دراسة السوالمة والصمادي (2012م)

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى عينة من النساء الحوامل واختبار فعالية برنامج إرشادي جمعي مستند إلى النظرية الواقعية في تخفيف الضغوط النفسية وقلق الحالة باستخدام المنهج التجريبي. وكانت عينة الدراسة الحوامل الاتي يراجعن مراكز الامومة والطفولة في محافظة عجلون بعمان بلغ عدد المشاركات (32) امرأة حامل، تتراوح مدة الحمل لديهن من شهرين إلى سبعة أشهر تم توزيعهن عشوائياً على مجموعتين متساويتين. المجموعة التجريبية: وعدد أفرادها 16 امرأة حامل خضعن للبرنامج الارشادي والمجموعة الضابطة وعدد أفرادها 16 امرأة حامل لم يخضعن لأي برنامج وتضمن البرنامج الارشادي 17 جلسة ارشادية تم تطبيقها في شهر يونيو بواقع جلستين أسبوعياً طبقت الدراسات القبلية والبعدية باستخدام مقياس الضغوط النفسية وقلق الحالة اللذين تم اعدادهم لغرض الدراسة وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن النساء الحوامل يعانين من الضغوط النفسية بدرجة مرتفعة، وأن البرنامج كان له أثر ايجابي في خفض الضغوط النفسية وقلقا لحالة لدى النساء الحوامل.

دراسة (Toivanen, Salmela & Halmesmaki)

هدفت الدراسة الى توضيح فعالية برنامج ارشادي معرفي باستخدام فنية الاسترخاء في خفض الخوف من الولادة، تكونت عينة الدراسة من 102 حامل لم تختبر الولادة بعد في الأشهر الأخيرة من الحمل حيث سجلن درجة 6.6 من 10 على مقياس الخوف، الدراسة تجريبية حيث قسمت الحوامل إلى خمس مجموعات يقوم بتدريب كل مجموعة أخصائي نفسي وقابلة تمت متابعتهم حتى الولادة ولمدة 3 أشهر بعد الولادة. من أهم النتائج أن الحوامل سجلن درجة 10 من 10 رضى واستفادة من البرنامج انخفض مستوى الخوف من الولادة لديهن بحيث أن نسبة 63% اخترن الولادة المهبلية.

دراسة (Rouhe, 2009)

هدفت الدراسة إلى بيان أثر برنامج معرفي سلوكي في خفض الخوف الشديد من الولادة لدى الحوامل التي لم يختبرن الولادة بعد حيث إن مستوى الخوف العالي أثر على اختيار الولادة بالطريقة القيصرية ورفض الولادة المهبلية، عينة الدراسة هي (37) حامل قسمت إلى مجموعتين تجريبية (131) حامل وضابطة (246) حامل تم التقسيم بالطريقة العشوائية، كانت منهجية الدراسة تجريبية نفذ من خلالها 6 جلسات ارشادية خلال الشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل وواحدة بعد الولادة. والنتيجة كانت أن 63% من المجموعة التجريبية اخترن الولادة المهبلية مقابل 47 % لم يتغير اختيارهن حيث اخترن الولادة القيصرية. 36% من حوامل المجموعة الضابطة سجلن مشاعر موجبة عن الولادة في مقابل 22% من الضابطة، مما يؤكد أهمية البرامج التي تعد الحوامل للولادة في تحسين مزاج الحامل الذي ينعكس ايجابا على الولادة والامومة فيما بعد.

تعقيب على الدراسات السابقة:

بعد عرض الدراسات السابقة والتي تناولت متغيرات الدراسة الحالية ومن خلال دراسة واطلاع الباحثة عليها تبين الاتي:

- على الرغم من الاطلاع الجاد والدؤوب والموسع من قبل الباحثة على الدراسات السابقة والمتعلقة بموضوع الدراسة قلق الولادة وعمل برامج ارشادية لخفض هذا القلق إلا أنها وجدت أن هذه الشريحة لم توف حقها من الدراسات وخصوصا في المجتمع العربي، أما على صعيد المجتمع الغربي فقد وجدت الباحثة اهتماما كبيرا بهذه الشريحة من السيدات. أما على الصعيد المحلي وحسب علم الباحثة فإن الدراسات التي تناولت قلق الولادة بشكل خاص قليلة جدا، ومن هنا تأتي خصوصية هذا البحث والذي هو البحث الأول الذي تناول موضوع قلق الولادة بشكل مختلف حيث صممت الباحثة برنامج ارشادي بالاعتماد على فنيات الارشاد السلوكي المعرفي لخفض قلق الولادة.
- تبين من الدراسات السابقة أهمية موضوع الولادة وعلاقته بمستوى القلق وارتباط القلق إذا أهمل في تطوير اضطراب اكتئاب ما بعد الولادة وخاصة لدى الحوامل أول مرة.
- تنوعت الدراسات السابقة من حيث عرض الموضوع واستخدام الادوات والمعالجات الاحصائية مما قدم للباحثة الاستفادة الوافرة.
- بدراسة هذه الأبحاث عن كثب نجد التباين بين هذه الدراسات من حيث الأهداف والفروض والأدوات والأساليب الإحصائية ومنهج البحث والنتائج التي تم الحصول عليها

- التقت معظم الدراسات في أسلوب وطريقة الأدوات والمقاييس فكلها كانت مقاييس تم إعدادها من قبل الباحثين حيث إن جميع الباحثين اتفقوا على عدم وجود مقاييس خاصة ومحددة لموضوع قلق الولادة فكل باحث وضع المقاييس التي تتناسب مع بيئة وعينة الدراسة كما في الدراسة الحالية فقد قامت الباحثة بوضع مقياسها يتناسب مع المجتمع الفلسطيني ومن ثم تم التأكد من صدق وثبات الآداة قبل تطبيقها.
- تنوعت الأساليب الإحصائية المستخدمة بحسب طبيعة الدراسة والهدف منها ويعتبر المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ومعامل الارتباط وتحليل التباين واختبار (T) من أكثر الاساليب الاحصائية المستخدمة.
- أما من حيث اختيار العينات فقد تميزت معظم الدراسات بجمع عينة كبيرة وبالذات الأجنبية منها لكبر حجم المجتمع وللحصول على بيانات أكثر قابلية للتعميم كما اختلفت هذه العينات من حيث الفئة المستهدفة فبعضها خص الحوامل وبعضها خص مرضى وطلاب.
- وبالرغم من قلة الدراسات السابقة إلا أن الباحثة استضاعت بها في صياغة أهداف الدراسة وأسئلتها وطريقة اختيار العينة والأساليب الإحصائية المستخدمة وكذلك في تعميم أداة البحث وتصميم البرنامج الارشادي.
- وجد التباين في هذه الدراسات من حيث المنهج فبعض الدراسات استخدمت المنهج الوسطي وبعض الدراسات استخدمت المنهج التجريبي.
- اختلفت هذه الدراسات في البرامج المتبعة في خفض مستوى القلق ولكنها اتفقت جميعها على وجود مستوى قلق عالي لدى الحوامل من الولادة وكذلك الأثر الإيجابي الذي تركته هذه البرامج في حال الحوامل النفسية باتجاه الأفضل.
- وجدت بعض الدراسات أن الحالة النفسية والاجتماعية والاقتصادية لها أثر كبير في رفع القلق أو خفضه

فروض الدراسة:

1. لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في القلق من الولادة الأولى تعزى لعمر الحامل .
2. لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في القلق من الولادة الأولى تعزى لمستوى تعليم (الحامل، زوج الحامل).

3. لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في القلق من الولادة الأولى لدى الحوامل ومكان السكن.
4. لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في القلق من الولادة الاولى لدى الحوامل تعزى لعدد مرات الحمل.
5. لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في القلق من الولادة الاولى لدى الحوامل تعزى لنوع الحمل (مخطط له، بدون تخطيط).
6. لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في القلق من الولادة لدى الحوامل تعزى لصلة القرابة بالزوج .
7. لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى القلق لدى الحوامل في المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي .

الفصل الرابع

الطريقة والاجراءات

الفصل الرابع

الطريقة والاجراءات

تمهيد

تعرض الباحثة في هذا الفصل الطريقة والاجراءات وتشمل تعريف منهج الدراسة ووصف مجتمع الدراسة وتحديد عينة الدراسة وإعداد الاستبانة والتأكد من الصدق والثبات وبيان إجراءات الدراسة والأساليب الإحصائية التي استخدمت في تحليل الاستبانة.

منهج الدراسة:

اتبعت الباحثة المنهج التجريبي من خلال تحديد مجموعة تجريبية من الحوامل المقبلات على الولادة الذي يحاول التعرف إلى فعالية البرنامج الارشادي لخفض قلق الولادة الأولى وذلك من خلال المقارنة بين نتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، وكذلك استخدمت الباحثة المنهج التحليلي وهو منهج يدرس ظاهرة موجودة حالياً يمكن الحصول منها على معلومات تجيب على أسئلة البحث دون تدخل الباحث (الاغا، 2003م، ص83)

مجتمع الدراسة:

اهتمت الدراسة بالحوامل التي لم تخبر تجربة الولادة والبالغ عددهن 50 حامل تتردد على عيادة الأونروا بمعسكر النصيرات لتلقي الرعاية الصحية اللازمة خلال الحمل.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من:

1. **عينة استطلاعية:** تتكون العينة الاستطلاعية 23 مفردة يترددن على عيادة رعاية الحمل بالنصيرات بغزة وقد تم تطبيق مقياس لتحديد مستوى القلق اعداد الباحثة لفحص مستوى القلق لدى مجتمع الدراسة واعتباره معيار لتحديد مستوى القلق لدى العينة الفعلية واستخدامه لحساب الصدق والثبات.
2. **العينة الفعلية:** تكونت عينة الدراسة الفعلية من (10) حوامل تم اختيارهن من أصل (50) طبق عليهن مقياس القلق وقد تم أخذ أعلى درجة للقلق لديهن وكان عددهن (15) حامل قبلت منهن (10) حوامل الانضمام للتجربة وحضور البرنامج الارشادي والالتزام بجلساته.

3. أسس اختيار العينة:

وضعت الباحثة معايير لاختيار العينة استنادا إلى الأسس التالية:

- أن تكون الحامل في الثلث الثالث من الحمل.
- أن تسجل درجة مرتفعة في مستوى القلق.
- أخذ الموافقة الشفوية للحامل في حضور والالتزام بالبرنامج.
- أن تكون الحامل لم تخبر الولادة من قبل.
- لا تكون الحامل تعاني من اضطرابات نفسية لا تتعلق بالحمل وفيما يلي جداول توضح خصائص افراد عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من 10 افراد والجداول التالية توضح خصائص الدراسة:

جدول(4.1): يوضح توزيع افراد العينة حسب العمر

العمر	التكرار	النسبة المئوية
20-17	2	20
25-21	6	60
31-26	2	20
المجموع	10	100.0

من خلال الجدول السابق يتضح 60% من افراد العينة يتراوح اعمارهم ما بين 21 سنة الي 25 سنة، و20% يتراوح اعمارهم ما بين 17 سنة الي 20 سنة او ما بين 26 سنة الي 31 سنة.

جدول(4.2): يوضح توزيع افراد العينة حسب مستوى تعليم الحامل

مستوى التعليم	التكرار	النسبة المئوية
ثانوي	5	50
بكالوريوس	5	50
المجموع	10	100.0

من خلال الجدول السابق يتضح 50% من افراد العينة مستوى تعليم الحامل ثانوي، و 50% مستوى تعليم الحامل بكالوريوس.

جدول(4.3): يوضح توزيع افراد العينة حسب مستوى تعليم الزوج

النسبة المئوية	التكرار	مستوى التعليم
40	4	ثانوي
60	6	بكالوريوس
100.0	10	المجموع

من خلال الجدول السابق يتضح 50% من افراد العينة مستوى تعليم الزوج بكالوريوس، و 40% مستوى تعليم الزوج ثانوي.

جدول(4.4): يوضح توزيع افراد العينة حسب مكان السكن

النسبة المئوية	التكرار	مكان السكن
30	3	مدينة
60	6	مخيم
10	1	قرية
100.0	10	المجموع

من خلال الجدول السابق يتضح 60% من افراد العينة يقطنون في المخيم، و 30% يقطنون في المدينة، و 10% يقطنون في القرية.

جدول(4.5): يوضح توزيع افراد العينة حسب عدد الحملات السابقة

النسبة المئوية	التكرار	عدد الحملات السابقة
20	2	لا يوجد
50	5	1-2 مرة
30	3	2-5 مرات
100.0	10	المجموع

من خلال الجدول السابق يتضح 50% من افراد العينة لديهم حمولات سابقة ما بين مرة الي مرتين، و 30% لديهم حمولات سابقة ما بين مرتين الي 5 مرات، و 20% لا يوجد لديهم حمولات سابقة.

جدول(4.6): يوضح توزيع افراد العينة حسب نوع الحمل

نوع الحمل	التكرار	النسبة المئوية
مخطط له	4	40
غير مخطط له	6	60
المجموع	10	100.0

من خلال الجدول السابق يتضح 60% من افراد العينة لا يوجد تخطيط مسبق للحمل، و 40% مخطط له.

جدول(4.7): يوضح توزيع افراد العينة حسب صلة القرابة بالزوج

صلة القرابة	التكرار	النسبة المئوية
قريب	6	60
غير قريب	4	40
المجموع	10	100.0

من خلال الجدول السابق يتضح 60% من افراد العينة لديهم صلة قرابة مع الزوج، و 40% ليست لديهم صلة قرابة مع الزوج.

المجال الزمني: استغرقت فترة اجراء الدراسة النظرية والعملية حوالي تسعة أشهر توزعت كالتالي: 4 شهور للدراسة النظرية و 5 أشهر للدراسة العملية. في الفترة ما بين 2016/12 و 2017/7م

أدوات الدراسة: اعتمدت الباحثة في الدراسة الحالية على مجموعة من الأدوات هي:

- مقياس قلق الولادة إعداد الباحثة.
- البرنامج الارشادي إعداد الباحثة.

وقد راعت الباحثة عند تصميمها لهذه الأدوات مستوى الصدق والثبات وملائمة الأدوات للغرض التي صممت من أجله استنادا إلى الدراسات السابقة .

الأداة الأولى الاستبانة:

استخدمت الباحثة الاستبانة في "مقياس قلق الولادة"، حيث اشتملت الاستبانة على قسمين رئيسيين الأول: وهو عبارة عن معلومات العامة، أما الثاني: فقرات الاستبانة " مقياس قلق الولادة " فيتكون من 44 فقرة كالتالي:

• المحور الأول: الحالة النفسية اثناء الحمل حيث اشتملت على 21 فقرة.

• المحور الثاني: الاعراض الفسيولوجية اثناء الحمل حيث اشتملت على 23 فقرة.

حيث قامت الباحثة باستخدام مقياس ثلاثي لتصحيح فقرات الاستبانة، بحيث يتم التصحيح حول " مقياس قلق الولادة " .

جدول (4.8): يوضح مقياس الاجابات

الفقرات	تتطبق على كثيرا	تتطبق علي احيانا	لا تتطبق
كل الفقرات	3	2	1

الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة :

➤ صدق أداة الدراسة: validity

صدق أداة الدراسة يعني التأكد من أنها سوف تقيس ما أعدت لقياسه، وقد تم التحقق من صدق أداة الدراسة بطريقة صدق الاتساق الداخلي.

➤ صدق المحكمين:

تم عرض الاستبانة في صورتها الأولية على مجموعة من أساتذة الجامعة من المتخصصين عددهم (9) حيث قاموا بإبداء آرائهم وملحوظاتهم حول مناسبة فقرات الاستبانة ومدى انتماء فقرات الاستبانة وكذلك وضوح صياغاتها اللغوية وفي ضوء تلك الآراء تم استبعاد بعض الفقرات وإضافة فقرات أخرى وتعديل بعضها الآخر ليصبح عدد فقرات الاستبانة (44) فقرة.

➤ صدق الاتساق الداخلي Internal Validity

يقصد بصدق الاتساق الداخلي مدى اتساق كل فقرة من فقرات الاستبانة، وقد قامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلي للاستبانة وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (4.9): يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة

الاعراض الفسيولوجية						الحالة النفسية					
رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.647	**0.00	12	0.481	*0.02	22	0.746	**0.00	34	0.651	**0.00
2	0.592	**0.00	13	0.860	**0.00	23	0.726	**0.00	35	0.608	**0.00
3	0.616	**0.00	14	0.864	**0.00	24	0.637	**0.00	36	0.516	*0.01
4	0.439	*0.03	15	0.615	**0.00	25	0.440	*0.03	37	0.508	*0.01
5	0.476	*0.01	16	0.543	**0.00	26	0.450	*0.02	38	0.633	**0.00
6	0.410	*0.046	17	0.427	*0.03	27	0.421	*0.04	39	0.733	**0.00
7	0.701	**0.00	18	0.473	*0.02	28	0.419	*0.04	40	0.704	**0.00
8	0.748	**0.00	19	0.674	**0.00	29	0.423	*0.04	41	0.492	*0.01
9	0.592	**0.00	20	0.635	**0.00	30	0.697	**0.00	42	0.522	**0.00
10	0.436	*0.03	21	0.553	**0.00	31	0.623	**0.00	43	0.590	**0.00
11	0.608	**0.00				32	0.448	*0.02	44	0.465	*0.02
						33	0.581	**0.00			

** الارتباط دال إحصائياً عند $\alpha \leq 0.05$

// الارتباط غير دال إحصائياً عند $\alpha \leq 0.05$

تبين من النتائج الموضحة في جدول (4.9) أن فقرات الاستبانة تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودال إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من (0.05)، وهذا يدل على أن الاستبانة بفقراتها تتمتع بمعامل صدق عالي.

➤ ثبات الاستبانة Reliability:

يقصد بثبات الاستبانة أن تعطي هذه الاستبانة نفس النتيجة لو تم إعادة توزيع الاستبانة أكثر من مرة تحت نفس الظروف والشروط، أو بعبارة أخرى أن ثبات الاستبانة يعني الاستقرار في نتائج الاستبانة وعدم تغييرها بشكل كبير فيما لو تم إعادة توزيعها على أفراد العينة عدة مرات خلال فترات زمنية معينة، وبعد تطبيق الاستبانة تم حساب الثبات للاستبانة بطريقتين:

1. معامل ألفا - كرونباخ Cronbach's Alpha Coefficient:

تم تطبيق الاستبانة على عينة الدراسة قوامها (23) مفردة، وبعد تطبيق الاستبانة تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للاستبانة 0.851، وهذا دليل كافٍ على أن الاستبانة تتمتع بمعامل ثبات مرتفع، والنتائج موضحة في جدول (4.10):

جدول (4.10): يوضح نتائج معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبانة

معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	الاستبانة الكلية
0.715	21	الحلة النفسية
0.633	23	الاعراض الفسيولوجية
0.851	44	الاجمالي

2. الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split_half methods:

بعد تطبيق الاستبانة تم تجزئة فقرات الاختبار إلى جزأين وهما الأسئلة ذات الأرقام الفردية، والأسئلة ذات الأرقام الزوجية، ثم تم احتساب معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية وبعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة سبيرمان براون

$$\frac{2r}{1+r}$$

حيث r معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية، والنتائج موضحة في جدول (4.11):

جدول (4.11): معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية للاستبانة

الاستبانة الكلية	معامل الارتباط	معامل الارتباط المعدل
الحلة النفسية	0.698	0.822
الاعراض الفسيولوجية	0.563	0.721
الاجمالي	0.543	0.704

تبين من النتائج الموضحة في جدول (4.11) أن قيمة معامل الارتباط المعدل (Spearman Brown) للاستبانة مرتفعة ودالة إحصائية، وهذا يدل على أن الاستبانة تتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

الصعوبات التي واجهت الباحثة أثناء إعداد وتطبيق الأدوات:

ندرة المقاييس التي تناولت اضطراب القلق لدى الحامل في الدراسات العربية الأمر الذي يتطلب مجهود من الباحثة في إعداد الاستبانة.

صعوبة عند التطبيق حيث تطلب حصر الحوامل لأول مرة العديد من الأيام والكثير من الجهد إذ لا يوجد في قاعدة البيانات المحوسبة في عيادات الرعاية الأولية التابعة لوكالة الغوث أيقونة خاصة بتحديد ما إذا كانت الحامل أول مرة أم متكررة

صعوبة كبيرة في الوصول للسيدات وشرح الاستبانة والهدف منها حيث أبدت العديد من الحوامل تساؤلات تدل على الخوف ومشاعر عدم الثقة حيث أن المعلومات تعتبر شديدة

الخصوصية وهذا أدى إلى هدر وقت كبير للوصول إلى مستوى الثقة الذي يسمح للحوامل بالتعاون والاشتراك في تعبئة الاستبانة.

البرنامج الارشادي :

التعريف الاجرائي للبرنامج الارشادي :

➤ أهداف البرنامج:

1. بيان فاعلية العلاج المعرفي السلوكي باستخدام فنية الاسترخاء في خفض قلق الولادة.
2. بيان أثر تغير البنية المعرفية السلبية للسيدات عن الولادة ببنية معرفية ايجابية خلال تثقيف السيدات عن الولادة وتدريب الحوامل على تمارين تساعد في خفض الألم وتسهل عملية الولادة.
3. تدريب السيدات على المراقبة الذاتية للأفكار حيث تستطيع تحديد الافكار السالبة وتستبدلها بأفكار ايجابية .
4. محاولة الكشف عن الآثار السالبة الناتجة عن القلق وكيفية الوقاية منها .
5. استخدام التكنيكيات الإرشادية الأكثر فعالية لتخفيض حدة القلق عند الحوامل ويتحقق ذلك من خلال الاهداف الاجرائية الاتية:

- زيادة وعي وإدراك ومعرفة الحامل بالمتغيرات النفسية والتي ترافق الثلث الثالث من الحمل وتأثير ذلك على الحالة المزاجية والنفسية للحامل .
- مناقشة الأخطار للأفكار غير العقلانية التي تؤثر على الحالة المعرفية للحامل .
- تحديد الانفعالات غير المناسبة المرتبطة بتلك الأفكار .
- اقناع الحامل بضرورة تحدي تلك الأفكار .
- مساعدة الحامل في استثمار الامكانيات المتاحة في المجتمع لمواجهة القلق وتدعيم المفاهيم الايجابية لديها.

➤ أسس البرنامج الارشادي

إن البرامج هي احدى الوسائل التي تقدم بواسطتها المساعدة النفسية والارشادية وهي تلتزم بأسس ونظريات علم النفس والبرنامج يعرف على انه:

"خطة عمل تصمم وتبنى في ضوء اسس علمية لتقديم الخدمات النفسية المباشرة وغير المباشرة من اجل تحقيق اهداف علم النفس الثلاث الانمائية والوقائية والعلاجية "

➤ خطوات إعداد البرنامج

1. قامت الباحثة بالاطلاع علي الأدبيات والدراسات السابقة ومن ثم صممت جلسات البرنامج اعتمادا على احتياجات الحوامل في هذه الفترة وعرضه على تسعة من المحكمين .

2. تم اخذ الموافقة من الادارة الصحية بوكالة الغوث بغزة لتطبيق البرنامج .

3. تم تجهيز العينة التي سيطبق عليها البرنامج وأخذ الموافقة الشفوية منهن وتحديد موعد البدء في تطبيق البرنامج وموعد الجلسة الاولى ومدتها .

4. تم تجهيز القاعة التي سيطبق بها البرنامج من حيث وضع ارشادات وملصقات خاصة على الجدران .

5. تم الاتفاق مع أخصائي نفسي وأخصائي علاج طبيعي لتطبيق الجلسات الخاصة بكل منهم (الاسترخاء وممارسة التمارين الخاصة بالولادة) .

➤ **محتوى البرنامج:** ويشمل أساليب معرفية واساليب سلوكية .

الاساليب المعرفية:

وهي تساعد الحامل في فهم الحمل واعادة البناء المعرفي ومنها:

- التوضيح والشرح المبسط .
- المناقشة والحوار .
- عرض فيديو .
- التحليل المنطقي للأفكار .
- التشجيع .

الأساليب الانفعالية:

وهي تساعد في التخلص من الافكار السالبة التي تحفز القلق مثل:

- التقبل: تتقبل الحامل شكلها الحالي .
- التخيل: تخيل معرفي سار حيث يجعل الحامل سعيدة ومشقة .
- التأمل: وذلك عن طريق تأمل افكار واحداث جميلة تنتظرها .
-

الأساليب السلوكية: وتهدف إلى تعديل السلوك مثال:

- الواجبات المنزلية البسيطة
- تمارين الاسترخاء.
- تمارين رياضية تساعد على خفض الألم.

➤ **مراحل التدخل الإرشادي:**

وتتكون من ثلاث مراحل 1- مرحلة الإعداد 2- مرحلة التدخل 3- مرحلة الانتهاء

1. مرحلة الإعداد:

- هناك العديد من الضوابط التي يجب مراعاتها عند الإعداد للبرنامج منها.
- اختيار العينة التي تحقق هدف الدراسة.
- بناء المقياس المناسب وان يكون على درجة مقبولة من الصدق والثبات.
- تحديد الأساليب الإرشادية المناسبة.
- وصف البرنامج بلغة سهلة وواضحة مع تجنب المصطلحات العلمية.
- عقد اتفاقات بين الباحثة والحوامل وتحديد البداية والنهاية والهدف من البرنامج.
- بقاء علاقة قائمة على الاحترام والثقة بين الباحثة وافراد العينة.

2. مرحلة التدخل المهني

- الإعداد القبلي: وتهدف هذه المرحلة إلى إعداد مجموعة وتحضيرها البرنامج وزيادة استعدادها للاستفادة من الجلسات. استغرقت هذه المرحلة جلسة واحدة.
- التقييم القبلي وتحديد المشكلة: تهدف هذه المرحلة إلى تحديد المشكلة الخاصة بأفراد العينة وهي القلق ومحاولة التخفيض من حدته باستخدام المقاييس المعدة لذلك وتكون هذه المقاييس بمثابة تقييم قبلي.

3. مرحلة الانتهاء والتقييم:

وقد استخدمت الباحثة التقييم البعدي بتطبيق القياس البعدي لقياس الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي بعد انتهاء التجربة ورصد التغيرات الناجمة عن تطبيق البرنامج ومقارنة درجة القلق قبل وبعد الانتهاء من البرنامج ومن ثم ختام البرنامج وانتهائه.

➤ أنشطة البرنامج

ويحتوي على الجلسات الإرشادية التي بلغ عددها 16 جلسة كما يوضح ملحقها (7) مدة الجلسة 60 - 90 دقيقة بواقع جلستين اسبوعيا

➤ صدق البرنامج الارشادي

وفيما يلي عرض لما قامت به الباحثة لتحقيق من صحة أدوات الدراسة:

الصدق الظاهري.

تم عرض البرنامج على مجموعة من السادة المحكمين من أعضاء هيئة التدريس من تخصص علم النفس في جامعة الإسلامية، الأزهر، الأقصى، القدس المفتوحة وعددهم 8 بهدف تحديد ملائمة البرنامج للدراسة وإبداء الرأي في مدى الموافقة على كل محتوياته وما يرويه مناسب من حذف أو تصويب لجلسات البرنامج التي تتطلب ذلك وقد أخذت الباحثة بتوجيهات السادة المحكمين وقامت بتعديل ما توافق المحكمين على تعديله ثم تمت كتابة البرنامج في صورته النهائية

كيف وظفت الباحثة اساليب الارشاد المعرفي السلوكي في بناء برنامجها الخاص بخفض قلق الولادة لدي الحوامل لأول مرة:

انطلاقا من النجاح الذي حققته نظرية الاتجاه المعرفي السلوكي في خفض وعلاج القلق فقد صممت الباحثة برنامجها الإرشادي الخاص بالاعتماد على الإطار العام للنظرية والذي يعتمد على فنية خفض الحساسية التدريجي ومن ثم إعادة الأبنية المعرفية بتعليم والتركيز على الحديث الداخلي الايجابي. وهذا عرض الإطار العام للبرنامج.

- **اولا:** التعارف وبناء الثقة .
- **ثانيا:** التركيز على الدور الفاعل للحامل في البرنامج.
- **ثالثا:** اعتمدت الباحثة على التوضيح والشرح بشكل مفصل عن مفهوم القلق، الولادة.
- **رابعا:** استخدم فنية خفض الحساسية التدريجي، بحيث تم تدريب المشاركات على اساليب الاسترخاء، العضلي والتنفسي .
- **خامسا:** تمت اضافة التمارين الرياضية الخاصة بالحامل والتمارين التي تساعد في خفض الام الولادة وتسهيلها.

ولقد اعتمدت الباحثة على النظرية السلوكية المعرفية للأسباب التالية:

1-حسب علم الباحثة فهي أكثر النظريات واقعية في تفسير القلق.

- 2- لأن الأسلوب الإرشادي المستخدم في البحث هو من أساليب النظرية.
- 3- تمتاز هذه النظرية بتعدد أساليبها ومفاهيمها.
- 4- أثبتت أساليب هذه النظرية فعاليتها في الكثير من الدراسات.

➤ الأساليب الإحصائية المستخدمة

- تم استخدام برنامج التحليل الإحصائي Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)، وقد تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:
- تم استخدام اختبار Mann-Whitney للبارامترية لمجموعتين مختلفتين.
- تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للبارامترية لقياسين مختلفين في نفس المجموعة.
- معامل ارتباط بيرسون: للتحقق من صدق الاتساق الداخلي بين فقرات الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة.
- معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha): لمعرفة ثبات فقرات الاستبانة.
- معامل ارتباط سبيرمان براون للتجزئة النصفية المتساوية، لمعرفة ثبات فقرات الاستبانة.

خطوات الدراسة:

1. وضع إطار نظري للدراسة .
2. بناء أدوات الدراسة .
3. أخذ موافقة الجهات المختصة لتطبيق أدوات الدراسة .
4. التأكد من صدق وثبات أدوات الدراسة بعد تطبيقها على عينة استطلاعية .
5. اختيار عينة الدراسة بناء على معايير وضعتها الباحثة .
6. تطبيق البرنامج على العينة التجريبية .
7. عمل المعالجات الإحصائية اللازمة .
8. تحليل وتفسير النتائج .
9. كتابة الصعوبات والمعوقات .
10. وضع التوصيات والمقترحات .

➤ الصعوبات التي واجهت الباحثة أثناء الدراسة :

1. موضوع الدراسة يعتبر من المواضيع الجديدة التي لم تأخذ نصيب كافي من البحث في المجتمع العربي وعلى الصعيد المحلي مما تسبب في صعوبة الحصول على المعلومات سواء كان ذلك من كتب مرجعية أو دراسات سابقة .
2. لفحص أدوات الدراسة وعرضها على السادة المحكمين من ذوي الاختصاص تم هدر الكثير من الوقت ما تجاوز الشهر .
3. صعوبة الإجراءات القانونية للحصول على الموافقات اللازمة لتعبئة الاستبانة ولتطبيق البرنامج .

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة وتفسيرها ومناقشتها

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة وتفسيرها ومناقشتها

مقدمة:

يتناول هذا الفصل عرضاً للنتائج التي تم الحصول عليها باستخدام أدوات الدراسة والمعالجات الإحصائية وفقاً لأسئلة الدراسة والأساليب المستخدمة في التحليل الإحصائي.

النتائج المتعلقة على السؤال الأول: " ما مستوى قلق الولادة الأولي لدى الحوامل في المحافظة الوسطى؟"

للإجابة على هذا السؤال تم استخدام النسبة المئوية والمتوسط الحسابي والوزن النسبي لفقرات لمستوى قلق الولادة، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.1): يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي

رقم الفقرة	المحاور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	الترتيب
	الحالة النفسية	2.048	0.737	68.25	1
	الاعراض الفسيولوجية (الجسمية)	1.875	0.698	62.51	2
1	المتوسط العام	1.961	0.718	65.38	

تبين من النتائج الموضحة في جدول (5.1) ان:

- الوزن النسبي لمستوى قلق الولادة (الحالة النفسية) لدى الحوامل اول مرة في المحافظة الوسطى احتلت المرتبة الأولى بوزن نسبي 68.25%.

- الوزن النسبي لمستوى قلق الولادة (الاعراض الفسيولوجية الجسمية) لدى الحوامل اول مرة في المحافظة الوسطى احتلت المرتبة الثانية بوزن نسبي 62.51%.

الوزن النسبي لمستوى قلق الولادة لدى الحوامل اول مرة في المحافظة الوسطى هو 65.38%.

ومن خلال ما سبق يتضح أن الوزن النسبي لمستوى القلق (الحالة النفسية، الاعراض الفسيولوجية، المتوسط العام) أكبر من الوزن النسبي المحايد 60% وهذا يعني انه يوجد قلق الولادة سواء في الحالة النفسية او الأعراض الفسيولوجية او بشكل عام لدى الحوامل . في المحافظة الوسطى وهذا طبيعي.

تعزو الباحثة هذه النتيجة لتذبذب الحالة النفسية للحامل ،حيث إنها تتعرض لنوبات قلق خلال الأشهر الثلاث الأخيرة تتعلق بمخاوف من عملية الولادة وصحة الجنين وسلامته هذا التغير له علاقة بالتغير في شكل الجسد ،تفكر الحامل هل سيرج شكلها كما هو قبل الحمل وهل سترج لها رشاقتها . وتتفق هذه النتيجة مع ما جاء في الاطار النظري وما جاء في الدراسات السابقة مثل ما جاء في دراسة { عبد العزيز 2016} والتي كانت بعنوان أثر الخوف من الولادة عن طريق اختبار الحوامل للولادة (مهيلي _قيصري) حيث وضحت نتيجة الدراسة أن 89% من الحوامل سجلن مستوى عالي من قلق الولادة وترجع الدراسة أسباب القلق العالي للحوامل وبذات الأشهر الأخيرة إلى الخوف من مجريات الولادة والخوف من الآلام المصاحبة والقلق بشأن سلامة الجنين والخوف من حدوث جروح وتمزقات وترى الباحثة أن الحوامل عينة الدراسة يعانون بشكل عام من قلق الولادة ،تزداد حدة القلق مع قرب وقت الولادة ولذلك لعدم وجود خبرة بعملية الولادة ومجرباتها وحجم الالم فهي فقط تستمع ال خبرة الامهات والجيدات التي غالبا ما تكون قاسية ومؤلمة وتزيد من مخاوف الحامل وقلقها.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

" هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس قلق الولادة الأولى تعزى لعامل العمر .

للإجابة على السؤال تم استخدام اختبار "كرسكال ولاس" Kruskal Wallis لمعرفة الفروق بين متغيرات محل الدراسة

جدول(5.2): يوضح العدد ومتوسط الرتب وقيمة اختبار "كرسكال ولاس" ومستوى الدلالة

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "X2"	متوسط الرتب	العدد		
0.291//	2.470	6.25	2	20-17	الحالة النفسية
		6.25	6	25-21	

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "X2"	متوسط الرتب	العدد		
		2.50	2	31-26	
0.794//	0.460	5.50	2	20-17	الاعراض الفسولوجية
		5.92	6	25-21	
		4.25	2	31-26	
0.559//	1.164	5.50	2	20-17	الاجمالي
		6.17	6	25-21	
		3.50	2	31-26	

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 //غير دالة

من خلال الجدول السابق يتضح أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في مستوى قلق الولادة الأولى، (الحالة النفسية، الاعراض الفسيولوجية، الاجمالي) لدى الحوامل في المحافظة الوسطى تعزى لمتغير العمر.

تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن الفئة العمرية للحوامل في الدراسة متقاربة من (20-30) لذا فهذه نتيجة منطقية لأن هذه الفئة العمرية عديمة الخبرة بالولادة ومجرباتها وهذا يعزز الحاجة إلي البرنامج في هذه المرحلة على وجه الخصوص، وتتفق هذه الدراسة مع ما جاء في دراسة الهمص والتي كانت بعنوان قلق الولادة وأثره على جودة الحياة حيث بينت الدراسة أن الحوامل من الفئة العمرية (19-28) سنة هن أكثر عرضة لقلق الولادة ويعزو الباحث هذه النتيجة الى قلة الخبرة عند الحوامل الجدد بعملياتي الحمل والولادة وكما تتفق هذه النتيجة مع دراسة sraisanu 2014 والتي هدفت إلى تحديد عوامل الخطر التي تؤدي الى الخوف من الولادة، حيث سجلن مستوى عالي من القلق لدى الحوامل الأصغر سناً والتي لم تختبر تجربة الولادة بعد في حين ينخفض مستوى القلق عند متكررات الولادة ليرتفع مرة أخرى لدى الحوامل فوق سن 40 وبالإضافة إلى ذلك تتفق هذه النتيجة مع النتيجة في دراسة (salehi-et-el) وهي بعنوان الفرق بين برنامج معرفي سلوكي وبرنامج باستخدام العلاج العقلاني في خفض

قلق الحوامل أول مرة حيث وجد الباحثون أن البيانات الديمغرافية والعمر لا يؤثر على مستوى القلق فجميع الحوامل عينة الدراسة لديهن مستوى قلق عالي .

النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

"هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى قلق الولادة الأولى (الحالة النفسية، الأعراض الفسيولوجية، الاجمالي) لدى الحوامل في المحافظة الوسطى تعزى لمتغير مستوى تعليم الحامل وتعليم الزوج (، ثانوي، ، بكالوريوس، دراسات عليا) .

مستوى تعليم الحامل

للإجابة على السؤال تم استخدام اختبار "كرسكال ولاس" Kruskal Wallis لمعرفة الفروق بين متغيرات محل الدراسة.

جدول (5.3): يوضح العدد ومتوسط الرتب وقيمة اختبار "كرسكال ولاس" ومستوى الدلالة

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "X2"	متوسط الرتب	العدد		
0.681//	0.770	0	0	اعدادي	الحالة النفسية
		6.30	5	ثانوي	
		4	1	دبلوم متوسط	
		4.88	4	بكالوريوس	
0.261//	2.683	0	0	اعدادي	الاعراض الفسيولوجية
		5.60	5	ثانوي	
		1	1	دبلوم متوسط	
		6.50	4	بكالوريوس	
0.474//	1.495	0	0	اعدادي	الاجمالي

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "X2"	متوسط الرتب	العدد		
		5.80	5	ثانوي	
		2	1	دبلوم متوسط	

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 //غير دالة

من خلال الجدول السابق يتضح أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في مستوى قلق الولادة (الحالة النفسية، الاعراض الفسيولوجية، الاجمالي) لدى الحوامل اول مرة في المحافظة الوسطى تعزى لمتغير مستوى تعليم الحامل (ثانوي، بكالوريوس، دراسات عليا).

تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن مستوى التعليم لدى الحوامل لا يرتبط بالقلق من الولادة فجميع المستويات العلمية لديها مستوى عالي من القلق، فتجربة الحمل وما يحصل فيها من تغيرات فسيولوجية ونفسية تشترك فيها جميع النساء بغض النظر عن الدرجة العلمية للحامل، كذلك مشاعر القلق والترقب، وانتظار اللحظة الحاسمة لحظة الولادة . وتتفق هذه الدراسة مع دراسة (joan,2013)، بعنوان العوامل النفسية التي تؤثر على الحالة النفسية للحوامل لأول مرة مع تجربة الحمل هدفت الدراسة لعرض عدد من العوامل وتأثيرها على الحوامل لأول مرة من هذه العوامل (العمر، الدرجة العلمية، المستوى الاقتصادي، السكن، نوع العائلة) ونتج عن الدراسة أن الدرجة العلمية لسيدة ليس لها علاقة بمستوى قلق الحمل حيث إن جميع الحوامل من درجات علمية مختلفة تعاني من مستوى قلق عالي ولهذا ترى الباحثة أن تذبذب الحالة النفسية للحامل وشعورها بالقلق ما هو إلا حالة فسيولوجية ونفسية طبيعية تشترك فيها الحوامل بغض النظر عن المستوى التعليمي ويتفق هذا مع دراسة (H.Rouhe, 2013) بعنوان أثر برنامج معرفي سلوكي في خفض القلق من الولادة لدى الحوامل، حيث وضحت الدراسة أن متغير درجة تعليم الأم ليس له علاقة بمستوى القلق من الولادة.

مستوى تعليم الزوج

للإجابة على السؤال تم استخدام اختبار "كرسكال ولاس" Kruskal Wallis لمعرفة الفروق بين متغيرات محل الدراسة.

جدول (5.4): يوضح العدد ومتوسط الرتب وقيمة اختبار "كركال ولاس" ومستوى الدلالة

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "X2"	متوسط الرتب	العدد		
0.217//	4.445	4.00	1	اعدادي	الحالة النفسية
		7.00	3	ثانوي	
		10.00	1	دبلوم متوسط	
		4.00	5	بكالوريوس	
0.302//	3.648	1.00	1	اعدادي	الاعراض الفسيولوجية
		5.33	3	ثانوي	
		9.00	1	دبلوم متوسط	
		5.80	5	بكالوريوس	
0.218//	4.433	2.00	1	اعدادي	الاجمالي

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 //غير دالة

من خلال الجدول السابق يتضح أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في مستوى قلق الولادة (الحالة النفسية، الاعراض الفسيولوجية، الاجمالي) لدى الحوامل اول مرة في المحافظة الوسطى تعزى لمتغير مستوى تعليم الزوج (بكالوريوس، دراسات عليا). تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن الحمل هو هدية الله بعد الزواج وأن الأبوة هي أسمى المهمات المطلوبة وهو سر استمرار الحياة الزوجية وسعادتها، يشترك في هذه الحاجة والمشاعر جميع الأزواج بغض النظر عن مستوى التعليم، فالجميع يتقرب القادم الجديد لينعم بهذه المنة، إن الأبوة هي منة الله وليس لها علاقة بالدرجة العلمية ولا بالشهادات التي يحصل عليها الأزواج فجميعهم يشعر بالمسؤولية والحب والرغبة في ممارسة دور الأب بغض النظر عن درجته العلمية، هذا ولم تستطع الباحثة التوصل الى أي دراسة تعزز أو تنفي ما توصلت اليه الدراسة الحالية.

النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

"هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى قلق الولادة الأولى (الحالة النفسية، الاعراض الفسيولوجية، الاجمالي) لدى الحوامل في المحافظة الوسطى تعزى لمتغير مكان السكن (مدينة، مخيم، قرية).

للإجابة على السؤال تم استخدام اختبار "كرسكال ولاس" Kruskal Wallis لمعرفة الفروق بين متغيرات محل الدراسة.

جدول(5.5): يوضح العدد ومتوسط الرتب وقيمة اختبار "كرسكال ولاس" ومستوى الدلالة

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "X2"	متوسط الرتب	العدد		
0.208//	3.142	4.83	3	مدينة	الحالة النفسية
		6.58	6	مخيم	
		1.00	1	قرية	
0.357//	2.061	3.50	3	مدينة	الاعراض الفسيولوجية
		6.17	6	مخيم	
		7.50	1	قرية	
0.544//	1.218	4.00	3	مدينة	الاجمالي
		6.33	6	مخيم	
		5.00	1	قرية	

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 //غير دالة

من خلال الجدول السابق يتضح أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في مستوى قلق الولادة (الحالة النفسية، الاعراض الفسيولوجية، الاجمالي) لدى الحوامل أول مرة في المحافظة الوسطى تعزى لمتغير مكان السكن (مدينة، مخيم، قرية). تعتبر الباحثة هذه نتيجة منطقية وأن مكان السكن لا يعتبر عامل مؤثر في مستوى القلق لدى الحوامل

حيث ينتج القلق عن التغيرات الفسيولوجية التي تحدث مع الحامل وأثرها على الحياة النفسية ولا تتعلق بشكل أو بآخر بمكان السكن ويتفق هذا مع دراسة (chan.c, 2012) بعنوان تأثير قلق الحمل والولادة على نمو وتطور الجنين دراسة طولية والتي بينت أن مكان السكن لا يؤثر في مستوى قلق الحامل وتعزو الباحثة أن القلق في الحمل تشترك فيه جميع الحوامل ويكون غالبا ناتج عن التغيرات الفسيولوجية التي تحدث للحامل بالإضافة إلى تفكير السيدة في عملية الولادة وصعوبتها وصحة وسلامة الجنين أثناء الولادة وهذه العوامل مشتركة بين الحوامل ولا تتأثر بمكان السكن فالحوامل سكان القرية والمخيم لديهم نفس مشاعر الخوف من الولادة وترقب الأمومة مع تلك التي تسكن المدينة وغيرها .

النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس:

"هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الولادة الأولى (الحالة النفسية، الاعراض الفسيولوجية، الاجمالي) لدى الحوامل في المحافظة الوسطى تعزى لمتغير عدد الحملات السابقة (لا يوجد، 1-2 مرة، 2-5 مرات).

للإجابة على السؤال تم استخدام اختبار "كرسكال ولان" Kruskal Wallis لمعرفة الفروق بين متغيرات محل الدراسة.

جدول (5.6): يوضح العدد ومتوسط الرتب وقيمة اختبار "كرسكال ولان" ومستوى الدلالة

	العدد	متوسط الرتب	قيمة اختبار "X2"	مستوى الدلالة
الحالة النفسية	لا يوجد	4.50	1.438	0.487//
	1-2 مرة	6.2		
	3-5 مرات	5		
الاعراض الفسيولوجية	لا يوجد	2.25	1.382	0.501//
	1-2 مرة	5.40		
	3-5 مرات	7.83		
الاجمالي	لا يوجد	3	0.224	0.894//

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "X2"	متوسط الرتب	العدد		
		6	5	2-1 مرة	
		6.33	3	5-3 مرات	

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 //غير دالة

من خلال الجدول السابق يتضح أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في مستوى قلق الولادة (الحالة النفسية، الأعراض الفسيولوجية، الإجمالي) لدى الحوامل أول مرة في المحافظة الوسطى تعزى لمتغير عدد الحملات السابقة (لا يوجد، 2-1 مرة، 5-2 مرات). تعزو الباحثة النتيجة إلى أن مستوى القلق على سير الحمل وثباته يكون عالٍ في الأشهر الثلاثة الأولى ويتفق هذا مع دراسة (chan-c2012) حيث بينت الدراسة أن مستوى القلق يكون في أعلى مستوى في الأشهر الثلاثة الأولى ليبدأ في الانخفاض في الأشهر الثلاثة الثانية ومن ثم يبدأ في الارتفاع مرة أخرى في الثلاثة أشهر الأخيرة خوفاً من الولادة من هنا نرى أن جميع السيدات عينة الدراسة سجلن مستوى عالٍ من القلق نظراً لأنهن جميعاً في الأشهر الثلاثة الأخيرة وتجاوزن مرحلة القلق من حدوث إجهاض إلى مرحلة التفكير بالولادة والقلق بشأنها.

النتائج المتعلقة بالسؤال السادس:

"هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الولادة الأولى (الحالة النفسية، الأعراض الفسيولوجية، الإجمالي) لدى الحوامل في المحافظة الوسطى تعزى لمتغير نوع الحمل (مخطط له، بدون تخطيط)."

للإجابة على السؤال تم استخدام اختبار "مان ويتني" MannWhitney test لمعرفة الفروق بين المتغيرين.

جدول(5.7): يوضح العدد متوسط الرتب ومجموع الرتب وقيمة اختبار "Z" مستوى الدلالة.

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "Z"	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد		
//0.257	1.176-	16.50	4.13	4	مخطط له	الحالة النفسية
		38.50	6.42	6	بدون تخطيط	
//0.614	0.536-	19.50	4.88	4	مخطط له	الاعراض الفسيولوجية
		35.50	5.92	6	بدون تخطيط	
//0.610	0.640-	19	4.75	4	مخطط له	الاجمالي
		36	6	6	بدون تخطيط	

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 //غير دالة

من خلال الجدول السابق يتضح أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في مستوى قلق الولادة (الحالة النفسية، الاعراض الفسيولوجية، الاجمالي) لدى الحوامل أول مرة في المحافظة الوسطى تعزى لمتغير نوع الحمل (مخطط له، بدون تخطيط). تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى طبيعة عينة الدراسة حيث إنها من الحوامل حديثات العهد بالزواج وجاء الحمل نتيجة طبيعية كثرة متوقعة لهذا الزواج فهو مرغوب ومرحب به ومفهوم مخطط له أو بدون تخطيط لدى عينة الدراسة هو حدوث حمل مباشرة بعد الزواج أم أن السيدة قامت بالمتابعة في عيادات الرعاية الأولية قبل حدوث الحمل فيما يسمى برعاية ما قبل الحمل وفي كلا الحالتين الحمل الحدث الأهم في حياة الأسرة الحديثة ومرغوب وينتظره الزوجان وعائلاتهم.

النتائج المتعلقة بالسؤال السابع:

"هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الولادة الأولى (الحالة النفسية، الاعراض الفسيولوجية، الاجمالي) لدى الحوامل في المحافظة الوسطى تعزى لمتغير صلة القرابة بالزوج (قريب، غير قريب)."

للإجابة على السؤال تم استخدام اختبار "مان ويتني" Mann Whitney test لمعرفة الفروق بين المتغيرين.

جدول (5.8): يوضح العدد متوسط الرتب ومجموع الرتب وقيمة اختبار "Z" مستوى الدلالة.

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "Z"	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد		
//0.257	1.283-	27	4.50	6	قريب	الحالة النفسية
		28	7	4	غير قريب	
//0.358	1.073-	28	4.67	6	قريب	الاعراض الفسيولوجية
		27	6.75	4	غير قريب	
//0.352	1.066-	28	4.67	6	قريب	الاجمالي

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 //غير دالة

من خلال الجدول السابق يتضح أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في مستوى قلق الولادة (الحالة النفسية، الاعراض الفسيولوجية، الاجمالي) لدى الحوامل أول مرة في المحافظة الوسطى تعزى لمتغير صلة القرابة بالزوج (قريب، غير قريب). تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى الارتباط العاطفي بين الزوجين بعض النظر عن صلة القرابة المسبقة فرابطة الزواج والالتقاء الوجداني والعاطفي للأزواج يكون بدرجة متقاربة ولا يتعلق بصلة القرابة ولم تجد الباحثة أي دراسة تتعرض لموضوع صلة القرابة بين الزوجين ولكن دراسة chan-c ترى أهمية واثر كبير لدعم الزوج اثناء الحمل لخفض مستوى القلق وترى أن الحوامل من لديها زوج أو شريك هي أقل قلقاً من الحامل التي تواجه التقلبات المزاجية وحالة القلق

والخوف من الولادة وحيدة بغياب الدعم العاطفي والثقة التي يقدمها الزوج حيث يقدم الزوج الدعم النفسي الذي يطمئن الحامل ويولد لديها شعور بالمشاركة والانتماء

النتائج المتعلقة بالسؤال الثامن:

"هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في قلق الولادة الأولى للمجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لدى الحوامل في المحافظة الوسطى تعزى للبرنامج المعرفي السلوكي.

للإجابة على السؤال تم استخدام اختبار "مان ويتني" MannWhitney test لمعرفة الفروق بين المتغيرين.

جدول(5.9): يوضح العدد متوسط الرتب ومجموع الرتب وقيمة اختبار "Z" مستوى الدلالة.

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "Z"	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد		
*0.034	2.119-	133.00	13.30	10	قبلي	الحالة النفسية
		77.00	7.70	10	بعدي	
//0.254	1.140-	120.00	12	10	قبلي	الاعراض الفسيولوجية
		90.00	9	10	بعدي	
//0.082	1.739-	128.00	12.80	10	قبلي	الاجمالي
		82.00	8.20	10	بعدي	

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 //غير دالة

من خلال الجدول السابق يتضح أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في مستوى قلق الولادة (الاعراض الفسيولوجية، الاجمالي) للمجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي لدى الحوامل أول مرة في المحافظة الوسطى، وأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في مستوى قلق الولادة (الحالة النفسية) للمجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي لدى الحوامل أول مرة في المحافظة الوسطى لصالح البعدي. تفسر الباحثة هذه النتيجة إلى أن الأعراض الجسمية والتغيرات الفسيولوجية ما هي لا نتاج طبيعي لتطور الجنين ونموه وهذا يحدث تلقائياً بحسب عمر الحمل ومراحله تشترك جميع

الحوامل في هذه الأعراض أما من الناحية النفسية فتفسر الباحثة هذه النتيجة الى اهمية البرنامج الارشادي وفعاليته في تقديم شرح للتساؤلات التي تثير قلق الحامل من الولادة حيث شملت جلسات البرنامج على جلسات رعاية نفسية وتعليم الحامل على فنية الاسترخاء وعلى التمارين الخاصة التي تخفض الالم من الولادة. ما يتفق مع الدراسة دراسة melba

حيث هدفت الدراسة إلى تقديم برنامج تدخل تعليمي للحوامل التي لم تخبر الولادة وأدى هذا التدريب والبرنامج التعليمي إلى خفض مستوى القلق مما أثر على اختيار طريقة الولادة حيث انخفض اختيار الولادة القيصرية بنسبة 90% وسجلت الحوامل زيادة في وزن أطفالهن بنسبة 12% وكما تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت اليه دراسة kapo 2014 عند استخدام برنامج والتدريب على التأمل مما أدى الى خفض مستوى القلق والتوتر للحوامل عند الأسبوع 36 من الحمل.

أما دراسة السوالمه والصمادي (2012) ، والتي تم من خلالها تطبيق برنامج ارشادي يعتمد على النظرية الواقعية في تخفيض الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى الحوامل ،مما أدى إلى تسجيل نتائج ايجابية في خفض الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى الحوامل .

تعقيب على نتائج الدراسة

يعد القلق من الولادة المشكلة الأبرز في حياة الحامل وهو أكثر اضطراب نفسي تعاني منه معظم الحوامل بغض النظر عن متغير العمر أو عمر الزواج أو الدرجة العلمية أو الحالة الاجتماعية والاقتصادية وحتى مكان السكن، وعلى الرغم من ان فترة الحمل هي من امتع فترات الحياة لدى الحامل وبذات الحامل لأول مرة إلا أن هذه الفترة تحمل في طياتها الكثير من مشاعر الخوف والقلق من الولادة بشكل خاص ومن أجل هذه الفترة صممت الباحثة البرنامج الذي يعتمد على فنية الاسترخاء وخفض الحساسية التدريجي وإمداد الحوامل ببنية معرفية ايجابية عن الولادة ما أدى الى ان هناك فروق دالة احصائيا في المجموعة التجريبية بين الاختبار القبلي و البعدي

وإن درجة القلق انخفضت بشكل ملحوظ بعد تطبيق البرنامج مما يدل على نجاح البرنامج وفعاليته وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى رغبة الحوامل القوية والملحة في المعرفة والتخلص من مشاعر القلق وهذا أدى إلى التزام عينة الدراسة بالبرنامج والحرص الشديد التي أظهرنه على حضور جميع الجلسات وحيث كانت الفنيات والأساليب الارشادية المستخدمة في البرنامج ملائمة لحالة الحوامل مما جعلهن أكثر استمتاعا وحرصا على الاستفادة الكاملة من كل جلسة

بالإضافة إلى حرص الباحثة على الاستماع الجيد لكل ما تشعر به الحوامل وتقديم ما هو مفيد ويخدم حالتهم وكذلك أتاحت لهن الفرصة لتعبير عن مشاعرهن وكل ما يثير القلق عندهن حيث ساد جو من الثقة والتقبل غير المشروط مما انعكس ايجابيا على مشاركة الحوامل وفعاليتهم وأعطى ذلك الباحثة دافعا قويا لبذل قصارى جهدها في تقديم الأفضل ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء التغيرات في البنية المعرفية لهؤلاء الحوامل وما حدث من تعديل للأفكار والبنية المعرفية السالبة عن الولادة ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الفنيات والأنشطة والممارسات الاستراتيجية التي تضمنتها جلسات البرنامج والتي ساهمت في تعزيز الثقة بالنفس لدى الحوامل وتغيير في نظرتها للولادة، وتغزو الباحثة أسباب القلق والخوف من الولادة إلى الأفكار السلبية والمشوهة التي اكتسبتها الحامل من البيئة المحيطة، وهذا يتفق مع رؤية أصحاب النظرية المعرفية السلوكية حيث تعتبر من النظريات الحديثة في ميدان علم النفس .

كان للبرنامج المعتمد على فنيات الارشاد المعرفي والسلوكي، دور فعال في تغيير الحالة المعرفية لدى الحوامل إلى الأفضل حيث تضمن البرنامج جلسات تعليمية تم من خلالها منح السيدات الفرصة لتعرف على الأفكار الخاطئة التي تحملها كل سيدة واستبدالها بأفكار سليمة وصحيحة ساهمت في مساعدة الحوامل على خفض القلق وقدمت لهن حلول وفنيات تمكنهن من ممارسة سلوك ايجابي عند الشعور بالقلق .

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسات السابقة حول وجود فعالية للبرنامج الارشادي مثل دراسة عبد العزيز ودراسة السوالمه.

ودعمت نتائج الدراسة الفرضيات التالية:

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في قلق الولادة الأولى لدى الحوامل تعزى لكل من:

- عمر الحامل .
- عمر زوج الحامل.
- المؤهل العلمي للحامل.
- المؤهل العلمي لزوج.
- كون الحمل مخطط له أو بدون تخطيط .

إذا كانت هناك حمولات سابقة أم لا .

- وتوجد فروق دالة احصائية في مستوى القلق الولادة الأولى عند الحوامل في القياسين القبلي و البعدي تعزى للبرنامج المعرفي السلوكي لصالح القياس البعدي.

توصيات الدراسة

في ضوء ما أظهرته النتائج توصي الباحثة بما يلي:

- تشجيع ودعم المزيد من إجراء الدراسات المتعلقة بالحامل وخصوصا من الناحية النفسية
- عمل برامج إرشادية خاصة بالحامل وادراجها ضمن الرعاية للحوامل في المراكز الصحية.
- ضرورة المتابعة النفسية للحامل بالتوازي مع المتابعة الجسمية.
- ضرورة وجود اخصائي نفسي في مراكز الرعاية الخاصة بالحمل.
- وضع معيار خاص بالحوامل لمعرفة مستوى القلق وعدم الاعتماد على استبيان القلق العام لخصوصية المرحلة.
- العمل على زيادة الوعي الصحي لدى الحوامل المقبلات على الولادة وتوضيح عملية الولادة والمشاكل التي تعترضها.
- الاهتمام بعمل برامج إعلامية وتنقيفية تعنى بمشاكل الحمل والولادة والتي من شأنها ان تساعد كثير من الحوامل في الاكتشاف المبكر للاضطراب.
- العمل على عقد ورشات عمل خاصة بالقابلات ومقدمي الخدمة للحوامل لتعريفهم بالمشاكل النفسية المصاحبة للحمل والولادة وكيفية التعامل مع الحوامل ذوات مستويات القلق المرتفع.

مقترحات الدراسة:

في ضوء الدراسة التي قامت بها الباحثة فإنها ترى بأن هناك ضرورة لإجراء بعض الدراسات التي تتعلق بالحوامل منها:

- قلق الحمل وعلاقته في اختيار الحامل لنوع الولادة.
- قلق الحمل وعلاقته باضطراب اكتئاب ما بعد الولادة.
- قلق الحمل وعلاقته بصحة الجنين ونموه.

- قلق الحمل وعلاقته بمستوي تقبل الطفل ورعايته بعد الولادة.
- الرضا عن الخدمة الصحية المقدمة للحامل قبل الولادة وعلاقتها بقلق الحمل.

المصادر والمراجع

المصادر المراجع

- القرآن الكريم

أولاً: المراجع العربية:

- ابراهيم، مصطفى، وآخرون. (1973م). المعجم الوسيط. ط2، القاهرة: دار المعارف.
- أحمد، سهير. (2000م). التوجيه والارشاد النفسي. ط2، القاهرة: مركز الاسكندرية للنشر.
- ابو أسعد، احمد. (2011م). علم النفس الارشادي. ط2، عمان: دار الميسرة
- الأغا، احسان. (1997م). البحث التربوي وعناصره، مناهجه، أدواته. ط2، غزة: مطبعة المقداد.
- البحيري، عبد الرقيب أحمد. (1985م). تشخيص القلق باستخدام اختبار رورشاخ. ط1، القاهرة: دار المعارف.
- بوعود، أسماء. (2014م). الاضطرابات النفسية بين السيكولوجيا الحديثة والمنظور الإسلامي. لجنة البحوث والدراسة في التراث النفسي، (8) 20-44.
- التميمي، محمود. (2013م). الصحة النفسية مفاهيم نظرية واسس تطبيقية. ط1، (د.م): (د.ن)
- الحري، عدنان. (2005م). سير الولادة المهبليّة والتخدير فوق الجافية. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة تشرين، سوريا.
- حسن، غانم. (2006م). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية. ط1، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية
- حسين، طه. (2014م). الارشاد النفسي النظرية التطبيقي التكنولوجيا. ط1، عمان: سوق البتراء الحيري.
- حفيظة، وفطيمة بن عثمان وقمان. (2012م). فعالية برنامج ارشادي معرفي سلوكي في تنمية تأكيد الذات وخفض مستوى الادمان لدى المدمنين على التدخين. (رسالة ماجستير غير منشورة) جامعة ورقلة، الجزائر
- الخطيب، محمد. (2007م). مدى فاعلية برنامج ارشادي نفسي تربوي لتخفيف المشكلات السلوكية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية الدنيا باستخدام أساليب اللعب (فن، دراما) في مدارس وكالة الغوث الدولية. (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

- الخواجة، عبد الفتاح.(2013م).*إساليب الارشاد النفسي*. ط1، (د.م): دار البداية.
- الداهري، صالح حسن. (2005م).*مبادئ الصحة النفسية*. ط1، عمان: دار وائل.
- دسوقي، كمال.(1974م).*علم النفس ودراسة التوافق*. ط2، بيروت: دار النهضة.
- دياب، سهيل. (2003م).*مناهج البحث العلمي ادواته وإساليبه*. (د.ط)، غزة:مكتبة افاق.
- الراشد، صلاح صالح. (2000م). *كن مطمئنا تغلب على القلق*. ط2، الكويت: مكتبة المنارة الإسلامية.
- ربيع، هادي مشعان. (2005م). *الارشاد التربوي والنفسي من المنظور الحديث*. (د.ط)، عمان: مكتبة المجمع العربي.
- الرفاعي، نعيم. (1981م).*الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التكيف*. ط5، دمشق: مكتبة الجامعة
- روبرت، ليهي. (2007م). *علاج القلق*. (د.ط)، (ترجمة: عبد المولى سماح). السعودية: مكتبة جرير
- زاير، نرجس. (2015م).*ظاهرة القلق عند المرأة عند المرأة في الشعر العربي قبل الإسلام*. (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة المستنصرية، العراق.
- الزبادي، احمد والخطيب، هشام.(2001م).*مبادئ التوجيه والارشاد النفسي*. ط1، عمان: دار الثقافة.
- الزعيبي، احمد.(2003م).*التوجيه والارشاد النفسي*. ط1، دمشق: دار الفكر.
- الزغبى، احمد (2003م).*التوجيه والارشاد النفسي اسسه، طرائفه، مجالاته، برامجه*. ط1، دمشق: مكتبة دار الفكر
- الزغبى، احمد. (1997م). *مستوى القلق كحالة وكسمة لدى طلبة جامعة صنعاءمجلة البحوث التربوية بجامعة قطر*. (12)، 105-128.
- زهران، حامد.(1978م).*الصحة النفسية*. ط2، القاهرة: عالم الكتب.
- زهران، حامد. (1980م). *التوجيه والارشاد النفسي*. ط2، القاهرة: عالم الكتب.
- زهران، حامد.(1982م).*الصحة النفسية والعلاج النفسي*. ط2، القاهرة: عالم الكتب.

السامراني، نبيهة. (2007م). *اعراض الامراض النفسية العصابية تربويا ومهنيا*. ط1، عمان: دار المناهج.

سايجي، سليمة. (2004م). *فعالية برنامج ارشادي لخفض مستوى قلق الامتحان لدى تلاميذ السنة الثانية ثانوي*. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة ورقلة، الجزائر.

السباعي، زهير وعبد الرحيم شيخ ادريس. (1995م). *القلق كيف نتخلص منه*. (د.ط)، دمشق: دار القلم.

السوالمه، الصمادي. (2012م). *فعالية العلاج الوقائي الجمعي في تخفيض الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى الحوامل*. (رسالة ماجستير غير منشورة) الجامعة الأردنية، الأردن.

السوالمه، الصمادي وعائشة، أحمد. (2012م). *فعالية العلاج الواقعي الجمعي في تخفيف الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى الحوامل*. (رسالة ماجستير غير منشورة) الجامعة الأردنية، الأردن.

السيد عثمان، فاروق. (2001م). *القلق وإدارة الضغوط النفسية*. ط1، القاهرة: دار الفكر العربي.

الشاذلي، عبد الحميد. (1999م). *الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية*. ط1، الإسكندرية: المكتب العلمي للنشر والتوزيع.

الشربيني، لطفي. (2010م). *المرجع الشامل في علاج القلق*. ط1، بيروت: دار النهضة العربية.

الشرقاوي، حسن. (1983م). *الطب النفسي النبوي*. (د.ط)، الإسكندرية: دار المطبوعات الجديدة.

شهيد، سامي. (2012م). *علاقة القلق كحالة وكسمة بأداء الرمية الحرة للاعبين كرة السلة*. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة القادسية، العراق.

شيهان، دافيد. (1998م). *مرض القلق ترجمة عزات شعلان*. (د.ط)، الكويت: المركز الوطني للثقافة والفنون

أبو عبادة، صالح. (2001م). *الارشاد النفسي والاجتماعي*. ط1، الرياض: مكتبة العبيكان.

عبد الباقي، سلوى. (1993م). *مسيبات القلق خبرات الماضي والحاضر ومخاوف المستقبل*. مجلة دراسات تربوية 8 (58) 145-120.

عبد الستار، إبراهيم. (1994م). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليبه ميادين تطبيقه. (د.ط)، أوتافا

عبد العزيز، محمد مفتاح. (2001م). علم النفس العلاجي اتجاهات حديثة. ط1، القاهرة: دار قباء.

عبد الغفار، عبد السلام. (1976م). مقدمة الصحة النفسية. (د.ط)، القاهرة: دار النهضة العربية.

عبيد، ماجدة. (2008م). الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية. ط1، عمان: دار الصفاء.

أبو عذب، نائل. (2008م). فاعلية برنامج ارشادي مقترح لخفض قلق الاختبار لدى طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة غزة. (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

أبو عطية، سهام. (2002م). مبادئ الارشاد النفسي. ط2، الأردن: دار الفكر.

عكاشة، احمد. (1998م). الطب النفسي المعاصر. (د.ط)، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

أبو العلا، أحمد محمد. (1979م). علم النفس الاجتماعي. ط2، القاهرة: مكتبة عين شمس.

العلبي، احمد. (1987م). مشاكل الحمل. (د.ط)، القاهرة: دار المعارف

العيسى، رائدة. (2004م). الحمل والولادة العناية بالمرأة الحامل. (رسالة ماجستير غير منشورة). المكتبة الوطنية، عمان

الفيومي، محمد. (1985م). القلق الانساني مصادره تياراته التدوين كعلاج له. ط3، القاهرة: دار الفكر العربي.

القمش، مصطفى والعضايلة، عدنان والتركي، جهاد. (2006م). فاعلية برنامج تعليمي في تحسين مهارات تنظيم الذات لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم من المرحلة الابتدائية في لواء عين الباشا في الأردن. مجلة جامعة النجاح للأبحاث والعلوم الانسانية 22، 120-

143

قواجليه، أية. (2013م). قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة محمد خيضر، الجزائر.

ابن كثير، اسماعيل (د.ت). لسان العرب. (د.ط)، بيروت: دار احياء التراث.

- كفافي، علاء. (1990م). *الصحة النفسية*. ط3، (د.م): هجر للطباعة والنشر
- كفافي، علاء. (1990م). *الصحة النفسية*. ط3، القاهرة: هجر للطباعة والنشر.
- كوام، مكنزي. (2013م). *القلق ونوبات الذعر*. ط1، (ترجمة: أمان الدين هلا) الرياض: دار المؤلف
- مصطفى، أسامة. (2011م). *مدخل الى الاضطرابات السلوكية والانفعالية الاسباب - التشخيص - العلاج*. (د.ط)، عمان: دار الميسرة
- ملحم، سامي. (2001م). *الارشاد والعلاج النفسي الاسس النظرية والتطبيقية*. ط1، الأردن: دار الميسرة
- ملحم، سامي. (2001م). *الارشاد والعلاج النفسي الاسس النظرية والتطبيقية*. ط1، الأردن: دار المسيرة
- ابن منظور، محمد بن مكرم. (د.ت). *لسان العرب*. (د.ط)، القاهرة: دار المعارف
- مياسا، محمد. (1997م). *الصحة النفسية والعقلية وقاية وعلاج*. ط1، بيروت: دار الجيل.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Beischer, N. et al. (1997). *Obstetric & the Newborn*. (3rd edition), London.W.B: saunders company ltd
- Campbell, S., & Lees, C. (2000). *Obstetrics by ten teachers*. (7th edition). London: Arnold.
- Cassem, N.(1991). *Hand book of General hospital psychiatry*.(3rd edition). United states of America: Mosbey company
- Chamnberrlain,G. (2001).*Turnbulls obstetrics*. (21st edition), United States of America: Harcourt publishers limited.
- Chan, C. Y., (2012). *A longitudinal study of maternal anxiety from the antenatal to the postpartum period: risk factors and adverseoutcomes on infant temperament and development*.*HKU Theses Online (HKUTO)*.Retrieved: 18 March 2017, from: http://dx.doi.org/10.5353/th_b5016271
- Hill, E. C., & Pernoll, M. L. (2003). *Current obstetric & gynecologic diagnosis & treatment*. (9th edition).
- Hindawi Publishing Corporation. (N.D). *Journals Overview*.Retrieved: 12Feb 2017.
From:<https://www.hindawi.com/journals/ogi/2014/27430>
- Kish, J. A. (2003). *The development of maternal confidence for labor among nulliparous pregnant women* (Unpublished Doctoral dissertation).
- National Center for Biotechnology Information. (N.D).*Overview*. Retrieved: 05Jan 2017.
From:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4192783/>
- PANDA National Helpline. (N.D). *Overview*. Retrieved: 13 Oct 2017.
From:http://www.panda.org.au/images/51720_FactSheet_4page_v2_Arabic_LR.PD
- Ringler, M., & Pavelka, R. (1982). Fear of childbirth-definition and description of the term on the basis of empirical data (author's transl). *Zeitschrift fur Geburtshilfe und Perinatologie*, 186(1), 55-57.

- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2013). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women—randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(1), 75-84.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., & Halmesmäki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 108(5), 492-498.
- Saisto, T., Toivanen, R., SALMELA-ARO, K. A. T. A. R. I. I. N. A., & Halmesmäki, E. (2006). Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 85(11), 1315-1319.
- Samah Nasser Abd El-Aziz *, Suzan El-Said Mansour, Nahed Fikry El-Aziz, S. N. A., Mansour, S. E. S., & Hassan, N. F. (2016). Factors associated with fear of childbirth: It's effect on women's preference for elective cesarean section. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(1), 133.
- Science publishing group. (N.D).Overview. Retrieved: 12Feb 2017.
From: <http://www.article.sciencepublishinggroup.com/pdf/10.11648.j.ajns.20170603.15.pdf>
- Townsend, M. C. (2002). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice*. FA Davis.
- Visger, J. M. (2013). *Predictors of psychosocial adaptation to pregnancy among urban African-American primiparas* (Unpublished Doctoral dissertation, Wayne State University).

الملاحق

ملحق رقم(1)

قائمة بأسماء المحكمين لاختبار قلق الولادة

#	الاسم	مكان العمل
1.	أ.د. يوسف الجيش	الجامعة الاسلامية
2.	د. أسامة المزيني	الجامعة الاسلامية
3.	أ.د. عريفة البحري	الجامعة الاسلامية
4.	أ.د. عبد الكريم رضوان	الجامعة الاسلامية
5.	د.ميسون عبد العزيز	الجامعة الاسلامية
6.	د.منى الششنية	القدس المفتوحة
7.	د.محمد مقاط	جامعة الاقصى
8.	د. محمد هاشم الاغا	جامعة الازهر
9.	د. امنة حمد	جامعة الاقصى

ملحق رقم (2)

قائمة بأسماء المحكمين للبرنامج الإرشادي

#	الاسم	مكان العمل
1.	د. عاطف الاغا	الجامعة الاسلامية
2.	د. ميسون عبد العزيز	الجامعة الاسلامية
3.	د. عريفة البحري	الجامعة الاسلامية
4.	د. أسامة المزيني	الجامعة الاسلامية
5.	د. امنية حمد	جامعة الاقصى
6.	د. محمد عليان	جامعة الازهر
7.	د. أسامة حمدونة	جامعة الازهر
8.	د. محمد هاشم الاغا	جامعة الازهر
9.	د. منى الششنية	جامعة القدس المفتوحة

ملحق رقم (3)

رسالة طلب التحكيم للاستبانة

الدكتور/ة الفاضلة..... حفظه الله،

تريد الباحثة القيام بدراسة رسالة الماجستير تحت عنوان (فعالية برنامج معرفي سلوكي لتخفيف

قلق الولادة الاولى لدى الحوامل في قطاع غزة)

حيث يعرف (قلق الولادة) بأنه شعور غامض أو حالة من الترقب مشوب بالتوجس والخوف

والتوتر من عملية الولادة مصحوب ببعض الأعراض النفسية والجسمية.

ولغرض استكمال إجراءات البحث تقدم الباحثة لحضرتكم المقياس الذي قامت بتصميمه بعد

الاطلاع على العديد من المراجع لذا تضع الباحثة هذه الاستبانة بين ايديكم لتحكيم وبارك الله

فيكم.

الباحثة

حليمة نبهان

0599329500

ملحق رقم (4)

رسالة طلب التحكيم للبرنامج الارشادي

الدكتور/ة الفاضلة..... حفظه الله،

تريد الباحثة القيام بدراسة رسالة الماجستير تحت عنوان (فعالية برنامج معرفي سلوكي لتخفيف قلق الولادة الاولى لدى الحوامل في قطاع غزة)

حيث يعرف (قلق الولادة) بأنه شعور غامض أو حالة من الترقب مشوب بالتوجس والخوف والتوتر من عملية الولادة مصحوب ببعض الأعراض النفسية والجسمية.

ولغرض استكمال إجراءات البحث تقدم الباحثة لحضرتكم البرنامج الذي قامت ببنائه ولكونكم مختصون في مجال الارشاد تتمني الباحثة من حضرتكم الاطلاع والافادة من خلال الاجابة على الاسئلة التالية:

1-هل البرنامج يعالج الموضوع الذي صمم من أجله

2-هل عدد الجلسات مناسب

3-برأيك مدة الجلسة تفي بالغرض

وتقبلوا فائق الاحترام والتقدير

الباحثة

حليمة نبهان

0599329500

ملحق رقم (5)

مقياس قلق الولادة الاستبانة

نموذج موافقة:

عزيزتي الحامل

يسر الباحثة أن تضع بين يديك مجموعة من الفقرات والتي تتمثل بثلاث محاور كل محور منها

يدرس جزئية خاصة "الجزئية الأولى معلومات عامة الثانية تعبر عن مشاعرك أثناء فترة الحمل

الثالثة تدرس صحتك الجسمية أثناء الحمل نرجو منك قراءة كل فقرة منها والإجابة عنها من

خلال اختيار بديل واحد من البدائل الموجودة أمام كل منها وذلك بوضع إشارة ☒ عليها.

علما إن إجابتك هي لأغراض البحث العلمي ولن يطلع عليها أحد سوى الباحثة ولا داعي

لذكر الاسم.

الباحثة

حليمة نبهان

ملحق رقم (6)

الاستبانة

المحور الأول: البيانات الديمغرافية

- * الاسم: ----- تاريخ الميلاد: -----.
- * العمر عند الزواج: ----- العمر عند الحمل: -----.
- * عدد الحملات: ----- عدد الاجهضات: -----.
- * عدد سنوات التعليم: ----- عدد سنوات تعليم الزوج: -----.
- * مكان السكن: ----- قرية ----- مدينة ----- معسكر.
- * صلة القرابة بالزوج: --- قريب درجة اولي --- قريب درجة ثانية----- غير قريب.
- * نوع الحمل: --- مخطط له --- بدون تخطيط.

المحور الثاني: الحالة النفسية

الحالة	تنطبق علي كثيرا	تنطبق علي احيانا	لا تنطبق
أشعر بالقلق من الالام التي ترافق عملية الولادة			
أشعر بأني مرهقة وأعصابي مشدودة			
تنتابني الكوابيس والأحلام المزعجة			
أشعر بالخوف من إجراء عملية قيصرية			
أخاف من حدوث ولادة مبكرة			
أخاف من ولادة طفل مشوه			
أعاني من قلة النوم			

الحالة	تنطبق علي كثيرا	تنطبق علي احيانا	لا تنطبق
أشعر بأن نومي مضطرب و متقطع			
أشعر بالتوتر والارتباك لأدنى سبب			
أخاف من تعسر عملية الولادة			
ينتابني التفكير بولادة توأم			
أشعر بالخوف علي حياة الجنين وسلامته			
أرغب في اجراء عملية قيصرية للتخلص من الام الولادة			
أشعر بتقلب في المزاج			
أعاني من عدم القدرة على التركيز			

المحور الثالث: الاعراض الفسيولوجية (الجسمية)

الحالة	تنطبق علي كثيرا	تنطبق علي احيانا	لا تنطبق
أعاني من صعوبة في التنفس			
أشعر بزيادة في ضربات القلب			
أحس ببرودة في القدمين			
أحس ببرودة في اليدين			

الحالة	تنطبق علي كثيرا	تنطبق علي احيانا	لا تنطبق
أعاني من الغثيان والدوار			
أعاني من الصداع (وجع الرأس)			
أشكو من تهيج في القولون			
أعاني من آلام في المعدة			
أصاب عرقا بسبب التوتر			
أعاني من ضيق وألم في الصدر			
أشعر بالخوف من ارتفاع ضغط الدم			
أشعر بالخوف من ارتفاع السكر			
أعاني من شحوب الوجه			
أشعر بالتعب من أقل مجهود			
أشكو من فقر الدم			
أعاني من فقدان الشهية			
أشعر بجفاف في الفم			
أشعر بزيادة في الإفرازات المهبلية			
أشكو من زيادة عدد مرات التبول			

الحالة	تنطبق علي كثيرا	تنطبق علي احيانا	لا تنطبق
أعاني من آلام أسفل البطن			
أعاني من ألم في نهاية الظهر			
أعاني من تورم القدمين			
أعاني من زيادة في الوزن			

ملحق رقم (7)

البرنامج

جلسات البرنامج:

الجلسة الأولى

أهداف الجلسة:

- 1- إقامة علاقة ثقة واحترام بين الباحثة والحامل.
- 2- تعريف الحوامل بالبرنامج وتقديم المعلومات عنه.
- 3- تعريف السيدات بالإرشاد المعرفي السلوكي وأهميته.

زمن الجلسة: (60) دقيقة

الفئة المستهدفة: عينة الدراسة الحوامل لأول مرة.

المكان: قاعة الاجتماعات في العيادة.

محتوى الجلسة:

- تستقبل الباحثة الحوامل استقبال طيب بحيث تقيم علاقة جيدة مع السيدة تسودها الثقة والألفة والتقبل.
- تقوم الباحثة نفسها ببعض الحديث الودي العام.
- تسمح الباحثة لسيدات بأن يقمن بالتعريف عن أنفسهن.
- تطمئن الباحثة السيدات بأن جميع المعلومات ستكون في سرية تامة ولغرض البحث ولن يطلع عليها أحد.
- تعقد الباحثة اتفاق وتأخذ من السيدات التزام أخلاقي باحترام وجهات نظر بعضهن البعض وعدم الحديث عن محتوى الجلسة خارجاً.
- يلي ذلك طرح بعض الأسئلة التي تخص الصحة النفسية للحامل ومن ثم تطبيق الاختبار المعد لقياس مستوى القلق لدى الحوامل.
- تقوم الباحثة بشرح المبادئ الأساسية للإرشاد المعرفي السلوكي بطريقة مبسطة تميل إلى العامية وبعيداً عن المصطلحات النفسية التي قد تكون غير واضحة لدى البعض.

- تقوم الباحثة بتوضيح مدة البرنامج وعدد جلساته ومدة كل جلسة.
 - تؤكد الباحثة على ضرورة وأهمية الالتزام بمواعيد الجلسات والتعاون وأداء الواجبات المنزلية.
 - أخيراً تختتم الباحثة الجلسة بواجب منزلي.
- وهو " تكليف الحامل بتسجيل بعض المواقف اليومية التي تسبب لها التوتر والقلق " ويكون ذلك في سجل مراقبة الذات التي سيتم شرحها مسبقاً

الجلسة الثانية والثالثة:

أهداف الجلسة:

- 1- تعريف الحامل بطبيعة القلق من الولادة وأسبابه وأعراضه.
- 2- تعريف الحامل بالآثار النفسية المصاحبة.
- 3- تعريف الحامل بالآثار الجسمية على الأم الجنين.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الفنيات المستخدمة:

- المحاضرة - مبسطة إعداد الباحثة.
- المناقشة والحوار.
- الواجب المنزلي وهو تعبئة استمارة مراقبة الذات.
- التقييم للجلسة .

محتوى الجلسة:

- شكر على الحضور والالتزام.
- دراسة ردود الفعل عن الجلسة السابقة.
- مناقشة تساؤلات تثيرها السيدات.
- مراجعة الواجب المنزلي.
- عرض تقديمي لتوضيح الآثار الجسمية والنفسية للحمل.
- فتح باب الحوار والمناقشة

- تقييم الجلسة من خلال مراجعة المعلومات المطروحة في الجلسة ،طلبت الباحثة من بعض الحوامل تلخيص الجلسة .
- الواجب المنزلي.

الجلسة الرابعة والخامسة:

أهداف الجلسة:

- 1- تعريف السيدة بفسولوجية الولادة.
 - 2- تعريف السيدة بتأثير عملية الولادة على صحتها النفسية وصحة جنينها.
- مدة الجلسة: 50-70 دقيقة.

الفنيات المستخدمة:

- المحاضرة المبسطة.
- عرض فيديو يوضح عملية الولادة
- المناقشة والحوار .
- الواجب المنزلي.
- التحقق من ردة فعل الحوامل تجاه الجلسة السابقة.
- الإجابة على التساؤلات والملاحظات.
- تقييم الجلسة السابقة من خلال مناقشة الواجب المنزلي، ومدى الالتزام والتطبيق لما تم شرحه من فنيات في الجلسة السابقة .
- شرح المحاضرة.
- تقييم الجلسة ،بحيث تم حث الحوامل على شرح ما استفادته في الجلسة بأسلوبها الخاص .
- الواجب المنزلي.

الجلسة السادسة والسابعة والثامنة:

أهداف الجلسة:

- 1- تعريف السيدات بفنية الاسترخاء وأهميتها في خفض التوتر والقلق.

2- تدريب السيدات على تمارين الاسترخاء.

3- مراجعة الواجب المنزلي.

مدة الجلسة: 50-90 دقيقة.

الفنيات المستخدمة:

- المحاضرة والمناقشة.
- التدريب على الاسترخاء.
- توزيع منشور تعريفى بفنية الاسترخاء وخطواته مع الصور.
- تقييم الجلسة من خلال قياس مستوى رضى الحوامل عن فنية الاسترخاء ،ثم قامت الباحثة بمساعدة كل حامل على حدة لتطبيق فنية الاسترخاء ،حيث كانت نسبة الاستجابة جيدة .

الجلسة التاسعة والعاشره والحادية عشر :

أهداف الجلسة:

- 1-مراجعة الواجبات المنزلية.
- 2- ممارسة تمرين الاسترخاء.
- 3- شرح تمارين رياضية تخص الحامل في الأشهر الأخيرة وتساعددها في خفض الألم وتسهيل الولادة.

مدة الجلسة: 50-90 دقيقة.

الفنيات المستخدمة:

- محاضرة مبسطة.
- تستعين الباحثة بأخصائية العلاج الطبيعي لشرح التمارين وتدريب السيدات عليها.
- توزع الباحثة التدريبات بالصور مطبوعة على السيدات.
- الواجب المنزلي .

- تقييم الجلسة وذلك من خلال التأكد من أن جميع الحوامل مارسن تمارين الاسترخاء ووصلن الى مستوى استرخاء مرضي ،ثم بدأت الباحثة بمساعدة أخصائية العلاج الطبيعي بتقييم مدى قدرة كل حامل على ممارسة التمارين.

الجلسة الثانية عشر والثالثة عشر :

أهداف الجلسة:

- 1-مراجعة الواجب المنزلي.
- 2- إتقان تمرين الاسترخاء.
- 3- إتقان التمرين الخاص بتسهيل الولادة.

مدة الجلسة: 50-70 دقيقة.

الفئات المستخدمة:

- مراجعة الواجب المنزلي.
- الحوار والمناقشة.
- ممارسة تمرين الاسترخاء.
- ممارسة تمرين الولادة.
- تقييم الجلسة ،من خلال فتح باب مناقشة الصعوبات التي تواجه كل حامل في تطبيق التمارين ومساعدتها لتخطيها ،وتقييم مستوى اللياقة البدنية التي وصلت لها الحوامل.

الجلسة الرابعة عشر والخامسة عشر :

أهداف الجلسة:

- 1- تدريب السيدات على مواجهة القلق والخوف.
- 2- تدريب السيدات على استبدال الأفكار السلبية بأفكار ايجابية وعدم المبالغة في تقدير احتمالات الخطر المترتبة على الولادة.

الفنيات المستخدمة:

- الواجبات المنزلية.
- التدريب على الاسترخاء.

- تدريب السيدات على التعرف على أساليب التفكير الخاطئ غير الفعال.
 - تدريب السيدات على فنية استبدال الفكرة الخاطئة السلبية بآخري ايجابية ومفيدة من خلال محاضرة مبسطة ونقاش.
 - التدريب على فنية الحوار الذاتي.
 - تقييم الجلسة من خلال طرح سيناريوهات مختلفة ومناقشتها مع الحوامل للتعرف على الطريقة التي تتبعها الحوامل في التفكير في المواقف المختلفة .
- زمن الجلسة: 50 دقيقة.

الجلسة السادسة عشر والختامية

أهداف الجلسة:

- 1- التعرف على رأي السيدات في الجلسات السابقة.
- 2- التعرف على مدى استفادة السيدات من الجلسات.
- 3- تطبيق مقياس القلق.

مدة الجلسة: 70 دقيقة.

الفنيات المستخدمة:

- الحوار والمناقشة.
 - تلخيص الجلسات. وقد قامت كل حامل بكتابة تجربتها مع البرنامج وكيف أثر على حياتها ،وتفكيرها ،واعتبرت جميع الرسائل ايجابية وتعكس فعالية البرنامج من الناحية النفسية ،والناحية الجسمية .
 - مراجعة التدريبات.
- القياس البعدي مقياس القلق المعد مسبقاً.

ملحق رقم (8)

صور تطبيق البرنامج













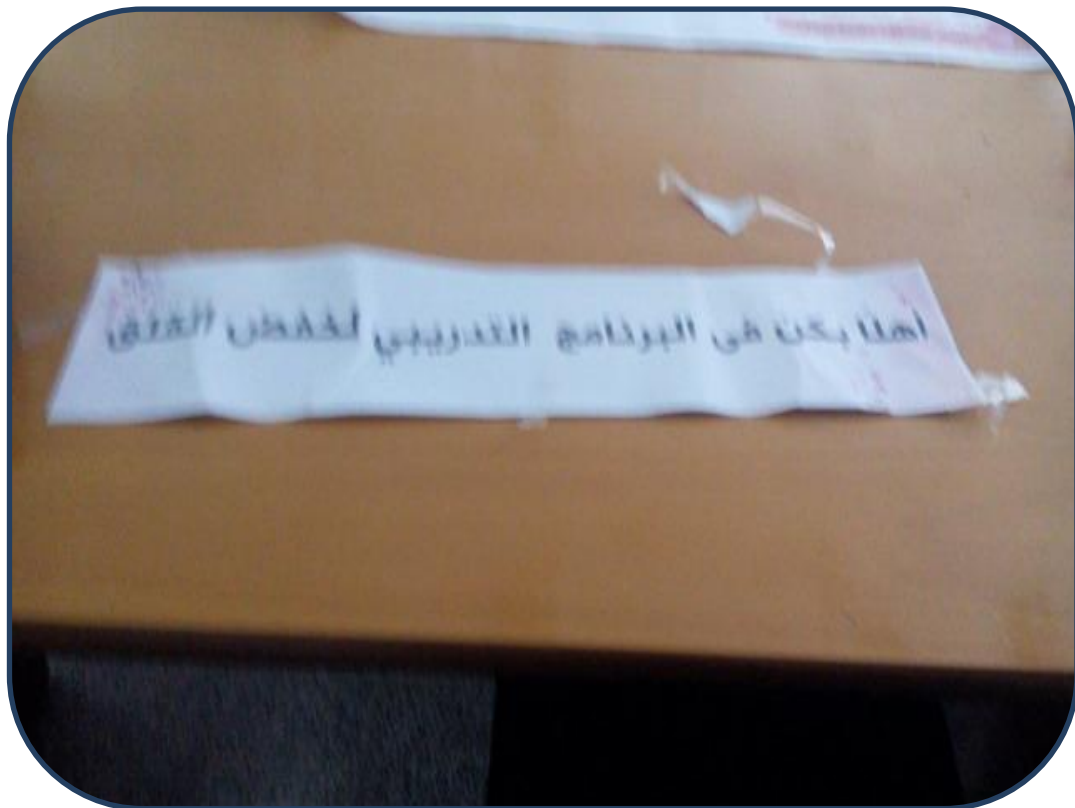


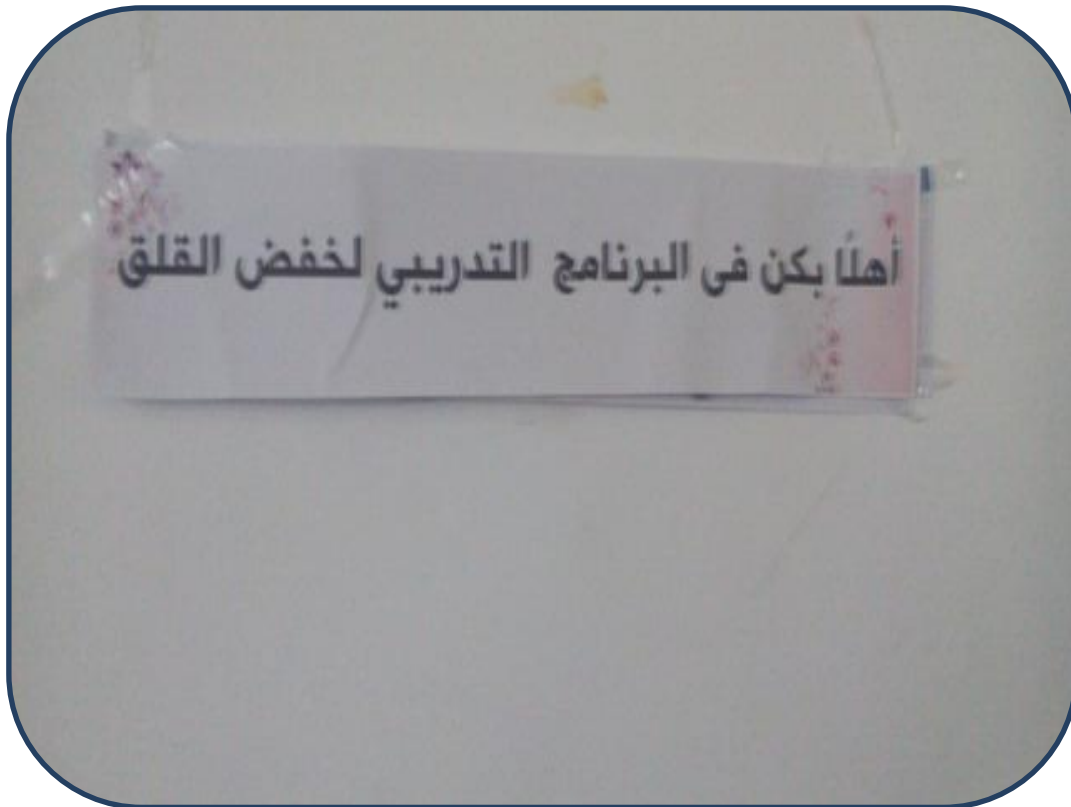






















الآن عرفت؟

ملحق (9)

خطاب تسهيل مهمة



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الجامعة الإسلامية غزة
The Islamic University of Gaza

هاتف داخلي 1150

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

الرقم: ج. ص. ع. /35/

Date: 2017/02/20 التاريخ:

Approved

الأستاذ الفاضل / رئيس برنامج الصحة بوكالة الغوث حفظه الله،،
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

الموضوع / تسهيل مهمة طالبة ماجستير

تهديكم شئون البحث العلمي والدراسات العليا أعطر تحياتها، وترجو من سيادتكم التكرم بتسهيل مهمة الطالبة/ حلية محمد عبد الحي نبهان، برقم جامعي 220120498 المسجلة في برنامج الماجستير بكلية التربية تخصص الصحة النفسية المجتمعية وذلك بهدف تطبيق أدوات دراستها والحصول على المعلومات التي تساعد في إعداد رسالة الماجستير والتي بعنوان:

فعالية برنامج معرفي سلوكي لتخفيف قلق الولادة الأولى لدى الحوامل في محافظات غزة

والله ولي التوفيق،،

٥٥٩٩ ٣٢٩ ٥٠٠



نائب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا
أ.د. عبدالرؤوف على المناعمة



صورة إلى:-
الملف.

97082644400 +97082644800 public@iugaza.edu.ps www.iugaza.edu.ps iugaza iugaza mediaiug iugaza
ص.ب 108 الرمال . غزة . فلسطين P.O Box 108, Rimal, Gaza, Palestine