

جامعة قاصدي مرباح ورقلة



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس



الموضوع:

الإستجابة الاكثائية لدى المرأة بعد الولادة

دراسة ميدانية بالمصلحة الإستشفائية محمد بو ضياف بورقلة وحاسي

مسعود

مذكرة مكملة لنيل شهادة الليسانس في علم النفس العيادي

تحت إشراف الأستاذ:

محمد سليم خميس

إعداد الطالبتين:

مهى عيدلي

خديجة بلغيث

السنة الجامعية: 2011-2012

ملحة شكر

قال تعالى: "رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي و علي والدي وأن أعمل صالحا ترضاه وأدخلني برحمتك في عبادك الصالحين"

بعد شكر الله جل ثناؤه علي توفيقه لنا في إتمام هذا العمل المتواضع نتقدم بأسمى آيات العرفان و التقدير و الشكر الجزيل إلى الأستاذ المشرفه خميس محمد سليم الذي لم يدخر أي جهد في سبيل تمكيننا من إتمام هذا العمل

كما نتقدم بالشكر إلى كل الأساتذة الذين تتلمذنا علي أيديهم منذ بداية مشوارنا الدراسي و العلمي خاصة الأستاذة بلحسيني وردة التي لم تبخل علينا بنصائحها وتوجيهاتها فلمن منا خالص التقدير.

إلى دفعة علم النفس العيادي 2012-2008

مهي عيالي و بلغيث خديجة

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ.....	كلمة شكر
ب.....	فهرس المحتويات
و.....	قائمة الجداول
ز.....	ملخص الدراسة
1.....	مقدمة

الفصل الأول

مدخل للدراسة

5.....	1 إشكالية الدراسة
8.....	2 فرضيات البحث
9.....	3 أهمية الدراسة
9.....	4 أهداف الدراسة
10.....	5 التعاريف الإجرائية

الفصل الثاني

الولادة و النفاس

12.....	تمهيد
12.....	1 تعريف الولادة

13.....	2 أنواع الولادة.....
15.....	3 تعريف النفاس.....
16.....	4 فترة النفاس.....
19.....	خلاصة الفصل.....

الفصل الثالث

إكتئاب النفاس

21.....	تمهيد.....
	أولاً: الإكتئاب
21.....	1 لمحة تاريخية عن الإكتئاب.....
23.....	2 تعريف الإكتئاب.....
25.....	3 تصنيفات الإكتئاب.....
30.....	4 أعراض الإكتئاب.....
32.....	5 أسباب الإكتئاب.....
33.....	6 الإتجاهات المفسرة للإكتئاب.....
38.....	7 الوقاية من الإكتئاب.....
38.....	8 علاج الإكتئاب.....

ثانيا :إكتئاب النفاس

- 1 تعريف إكتئاب النفاس.....43
- 2 أعراض إكتئاب النفاس.....43
- 3 عوامل ظهور إكتئاب النفاس.....44
- 4 النساء الأكثر عرضة للإصابة بإكتئاب النفاس.....46
- 5 الوقاية من إكتئاب النفاس.....46
- 6 علاج إكتئاب النفاس.....48
- خلاصة الفصل.....49

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة الميدانية

- تمهيد.....52
- 1 منهج الدراسة.....52
- 2 الدراسة الإستطلاعية.....53
- 3أداة البحث.....53
- 4 الخصائص السيكومترية.....54
- 5 عينة البحث.....61
- 6 إجراءات التطبيق.....63
- 7الأساليب الإحصائية المستخدمة64
- خلاصة الفصل.....66

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

- تمهيد.....68
- 1 عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة.....68
- 2 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى.....69
- 3 عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.....70
- 4 عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة.....71
- 5 تفسير نتائج الفرضية العامة.....72
- 6 تفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى.....74
- 7 تفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية.....74
- 8 تفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة.....75
- 9 الإستنتاج العام.....77
- 10 خلاصة الفصل.....78

المراجع

الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	الجدول	الرقم
58	يوضح معاملات الارتباط بين العبارات لدى عينة الذكور في البيئة العربية	1
58	يوضح معاملات الارتباط بين العبارات لدى عينة الإناث في البيئة العربية	2
59	يوضح نتائج صدق الاختبار باستخدام المقارنة الطرفية	3
61	يوضح قيمة (ر) قبل التعديل وبعد التعديل	4
62	يوضح تقسيم العينة حسب عدد الولادات	5
62	يوضح تقسيم العينة حسب السن	6
63	يوضح تقسيم العينة حسب المستوى الاقتصادي	7
68	يوضح نتائج درجات الاستجابة الاكتئابية لدى المرأة بعد الولادة	8
69	يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات الاستجابة الاكتئابية	9
69	يوضح نتائج التحليل التبايني الأحادي باختلاف المستوى الاقتصادي	10
70	يوضح نتائج التحليل التبايني الأحادي باختلاف عدد الولادات	11
71	يوضح نتائج التحليل التباين الأحادي باختلاف السن	12

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على الإستجابة الإكتئابية لدى المرأة بعد الولادة وكعينة للدراسة أخذنا نساء حديثات الولادة من مستشفى محمد بوضياف وذلك من خلال إعتدنا على بعض المتغيرات التي قد تختلف حسبها درجة الإستجابة الإكتئابية كالمستوى الإقتصادي، عدد الولادات، والسن، حيث تبلورت إشكالية بحثنا في طرح التساؤلات التالية التساؤل العام: هل تظهر لدى المرأة إستجابة إكتئابية بعد الولادة؟

و من خلال السياق المنهجي فقد اعتمدنا على المنهج الوصفي الإستكشافي لملائمته وطبيعة الدراسة، و قد قمنا باختيار العينة بطريقة قصديه تكونت من 100 امرأة حديثة الولادة وقمنا بجمع البيانات من خلالها وفقا لأدوات مناسبة لذلك حيث تمثلت في مقياس بيك للاكتئاب وبعد الدراسة والتحليل تم التوصل إلى النتائج التالية:

بالنسبة للفرضية العامة فقد كانت نتائج ما افترضناه مدعمة لإثبات أنه تظهر لدى المرأة إستجابة إكتئابية منخفضة بعد الولادة.

مقدمة:

يعتبر الاكتئاب من المواضيع المثيرة والتي حظيت باهتمام كبير من طرف الباحثين والمختصين في علم النفس، كونه أصبح مرض العصر نظرا لانتشاره بصورة واسعة في مختلف المجتمعات و الثقافات وهو يختلف في انتشاره وشدته من مريض لآخر وحسب نوع الجنس، حيث تشير الإحصائيات إلى انتشاره عند النساء ثلاثة أضعاف الرجال.

حيث تختلف المرأة في تكوينها عن الرجل فشخصية المرأة وحياتها النفسية بها الكثير من أوجه الخصوصية، ويقال أن المرأة تملك بعض الصفات و القدرات البيولوجية و العاطفية بما يفوق ما لدى الرجل، وإذا انتقلنا إلى مراحل حياة المرأة فإننا نجد أنها تمر بمواقف انفعالية متعددة ولعل السبب في ذلك هو ما تتميز به المرأة من خصائص بيولوجية و نفسية في الدورة الشهرية و الحمل والولادة والنفاس. (لطي الشربيني، 2001، ص69-70)

ففترة الولادة مثلا من الأسباب أو الفترات التي تمر على المرأة وتكون مساهمة في حدوث الاكتئاب خلالها حيث تشعر أغلب النساء ببعض الكآبة النفسية و يعود السبب كما يعتقد الباحثون إلى حصول التغيرات الشديدة الناجمة عن تغيرات تطال الهرمونات الأنثوية، بينما يعتقد البعض الآخر منهم أن إكتئاب ما بعد الولادة يعكس حقيقة ما لحق بحياة المرأة من تغيير خلال مرحلة الحمل وما مر بها بعد خروج الجنين من رحمها، ويقولون أنه بالرغم من سعادة المرأة بولادة طفل جديد لها إلا أن اضطراب الهرمونات و التغيرات الجسدية التي حصلت خلال شهور الحمل و تعاضم الإحساس بالمسؤولية الجديدة الملقاة عليها في العناية بالمولود و الشعور الداخلي بأن حياتها إختلفت في جوانب شتى بقدم هذا الطفل، وغيرها من الأحاسيس و التفاعلات النفسية و الإجتماعية مع من حولها في محيط الأسرة و خارجها كلها عوامل تؤدي إلى تبدل أو اختلاط إحساس بأحاسيس من مزيج من الخوف و الأسى و الكآبة وغيرها. (ياسر متولي، 2009). إضافة إلى هذا فإن إصابة

النساء باكتئاب ما بعد الولادة يكون سبب عوامل أخرى كتسم الحمل، وجود تاريخ مرضي في العائلة للاضطرابات النفسية أو غياب الدعم من طرف العائلة.

ولذلك وجدنا أنه من الضروري الخوض في مثل هذه المواضيع و الكشف عنها وعن ما تخلفه من آثار في حياة المرأة و حتى المحيطين بها.

و تشمل الدراسة على جانبين النظري و التطبيقي:

1- الجانب النظري: و يحتوي على ثلاثة فصول

الفصل الأول: و تم فيه تقديم الدراسة من حيث تحديد إشكالية البحث و أهميته و أهدافه و التعاريف الإجرائية لمفاهيم للدراسة. أما الفصل الثاني فتعرضنا فيه للولادة والنفاس" حيث تم تعريف الولادة وأنواعها تعريف فترة النفاس و أهم التغيرات الفيزيولوجية للمرأة بعد الولادة، أما الفصل الثالث فتم التعرض فيه إلى"اكتئاب النفاس" فقدمنا أولاً تعريف الاكتئاب، أنواعه، أسبابه، و أهم الإتجاهات التي فسرت الاكتئاب ثم ثانيا تعريف اكتئاب النفاس، أعراضه، العوامل المؤدية إلى الإصابة به والوسائل الوقائية والعلاجية، ثم ملخص الفصل.

2- الجانب التطبيقي:ويحتوي على فصلين الرابع و الخامس

ففي الفصل الرابع تم التعرض إلى الإجراءات المنهجية للدراسة حيث احتوى منهج الدراسة و العينة و الأساليب و الأدوات المستخدمة في الدراسة وخصائصها السيكومترية. أما الفصل الخامس فتعرضنا فيه إلى عرض وتحليل وتفسير النتائج . ثم ختمنا الدراسة بخلاصة وإقتراحات وقائمة المراجع المعتمدة عليها وقائمة الملاحق

الجانحة النظرية

الفصل الأول

مدخل للدراسة

1 تحديد الإشكالية.

2 فرضيات الدراسة.

3 أهمية الدراسة.

4 أهداف الدراسة.

5 التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة.

1- تحديد الإشكالية:

عرف مرض الاكتئاب منذ فجر التاريخ، وهو مثل معظم أنواع الاضطرابات العقلية ، لا يتألف من صورة متميزة بل يكون إضطراباً تدريجياً يبدأ بالحالات القريبة من السوية و يتدرج حتى يصل إلى حالات المرض العقلي التي تتطلب العلاج.

ويعتبر مرض الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً ، ويختلف هذا المرض في شدته من مريض لآخر. (محمد جاسم محمد، 2004، ص383).

وأوضحت العديد من الدراسات أن نسبة انتشار الإضطراب الاكتئابي الأساسي تصل إلى 4,9 % أما نسبة إنتشار الاكتئاب المزمن فتصل إلى 33 %، كما يشير الدليل الإحصائي و التشخيصي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية أن نسبة التعرض مدى الحياة للإصابة بالاكتئاب في مرحلة الرشد تتراوح بين 10_25 % لدى السيدات وبين 5_12 % لدى الرجال، ومما يجب الإشارة إليه أنه توجد إختلافات في وجهات النظر حول الفروق الجنسية في الإصابة بالإكتئاب، ومن ذلك فإن الحظ العام للنتائج مازال يوضح أن نسبة إنتشار الإضطرابات الإكتئابية لدى النساء أكبر منها لدى الرجال، وتؤكد هذه النتائج دراسات كل من تولفسون(1992)، و دراسة غريب عبد الفتاح غريب (1993)، والجمعية الأمريكية للطب النفسي(1994)

(مجدي محمد الدسوقي، 2002، ص21، 20).

و بما أن إنتشار الإكتئاب عند المرأة ثلاثة أضعاف الرجال فبلا شك أن هناك عديد العوامل التي تزيد معدل إرتفاع الإكتئاب لديهن منها الوضع الإجتماعي والنفسي للمرأة في المجتمع و الأسرة و أكثر عرضة للعنف الأسري و الإساءة الجنسية منذ سنوات الطفولة ،

إضافة إلى هذه العوامل هناك عاملي الحمل و الولادة وما يحمله من تغيرات فيزيولوجية وهرمونية تؤثر وبشكل كبير في نفسية المرأة.

ففترة الولادة مثلا هي الوقت المناسب عندما تكون المرأة عرضة للإضطرابات الإكتئابية ، و التي يمكن أن تكون شديدة و طويلة الأمد ولها عواقب سلبية و غالبا ما تظل غير معترف بها من طرف النساء و بالتالي غياب العلاج.

كما أن معظم أو غالبية النساء في فترة الولادة تظهر لديهن أعراض و مظاهر كآبة و حزن بين اليوم الثالث و الخامس وقد يكون سبب ذلك غياب الدعم من طرف الأسرة أو الزوج والذي يعتبر مدعما أساسيا للمرأة في هذه الفترة.

حيث أوضحت نتائج عدد من الدراسات أن المرأة في فترة النفاس تعاني حالة من مشاعر الكآبة و الحزن تعرف باكتئاب ما بعد الولادة ففي دراسة للباحثة.(رانيا مسعد إسماعيل، 2008)

حول الأسباب النفسية وراء اضطراب الأم أثناء الحمل وبعد الولادة والتي هدفت إلى ضرورة التعرف على الضغوط النفسية التي تتعرض لها الأمهات أثناء فترة الحمل و التي قد تلازمها طول فترة الحمل وبعد الولادة وتكونت العينة من 120 أما قسمت إلى 60 أما أثناء الحمل و 60 أما بعد الولادة بمتوسط عمري (21-35 سنة)، واستخدمت كل من مقياس بيك للاكتئاب و مقياس القلق و استبيان أحداث الحياة المثيرة للمشقة كأدوات بحث فكانت أهم نتائجها:

- أنه يوجد تأثير دال إحصائيا للضغوط النفسية على السيدات أثناء الحمل و بعد الولادة.
- أنه يوجد تأثير دال إحصائيا في الاكتئاب على السيدات أثناء الحمل وبعد الولادة.

(موقع خالد الفخراي، 2008).

حيث أن هذه الدراسة جاءت كتأكيد على وجود اضطراب الاكتئاب لدى السيدات في فترة النفاس.

كما أشارت دراسات أخرى أنه توجد عدة عوامل تساهم في زيادة نسبة الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة كعامل السن و المستوى الاقتصادي و عدد الولادات بل حتى التأخر في إنجاب المولود الأول ففي دراسة للباحثة (سيلج ماري هاغا 2009M-haga) أن النساء الكبيرات في السن اللاتي يتأخرن في الإنجاب هن أكثر عرضة للإصابة باكتئاب ما بعد الولادة ،حيث شملت الدراسة 350 أما جديدة فكانت النتيجة أن ما نسبته 16,5 بالمائة منهن يعانين من هذا الاضطراب.

(موقع عيت أرفاد التميمي، 2009).

كما أشارت دراسة الباحثة (كيري توماس 2007T-kiki) و التي كان مفادها مراجعة أكثر من 100 دراسة دولية حول الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة بجامعة كامبيرا الأسترالية إلى أن التغيرات الهرمونية التي تحدث بعد الولادة تساهم في زيادة خطر إصابة الأمهات الحديثات باكتئاب ما بعد الولادة.

(www.neahrnet.com).

و صحيح أن هناك بعض النساء تمر في فترة الولادة بأعراض الاكتئاب لكنها لا تدوم طويلا تمتد بين اليوم الثالث وتصل حتى إلى أسبوع ولا تحتاج هذه الحالة إلى علاج لكن الدراسات سابقة الذكر تؤكد في نتائجها إصابة المرأة باكتئاب ما بعد الولادة و الذي يختلف في شدته من امرأة لأخرى نتيجة لعدة عوامل وأن مثل هذه الحالات تتطلب علاجاً فورياً.

وانطلاقاً مما سبق ذكره و الذي جعلنا نتساءل ما إذا كانت المرأة تصاب بالاكتئاب حقا في فترة الولادة، وفي هذا الصدد جاء تساؤلنا كالاتي:

هل تظهر لدى المرأة إستجابة إكتئابية مابعد الولادة؟.

ولتحديد إشكالية البحث صغنا التساؤلات التالية:

- ❖ هل تظهر لدى المرأة إستجابة إكتئابية بعد الولادة؟.
- ❖ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإستجابة الإكتئابية لدى النساء بعد الولادة باختلاف المستوى الاقتصادي؟.
- ❖ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإستجابة الإكتئابية لدى النساء بعد الولادة باختلاف عدد الولادات؟
- ❖ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإستجابة الإكتئابية لدى النساء بعد الولادة باختلاف السن؟.

2. فرضيات البحث:

الفرضية العامة:

تظهر لدى المرأة إستجابة إكتئابية بعد الولادة.

الفرضيات الجزئية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإستجابة الإكتئابية لدى النساء بعد الولادة باختلاف المستوى الإقتصادي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإستجابة الإكتئابية لدى النساء بعد الولادة باختلاف عدد الولادات.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإستجابة الإكتئابية لدى النساء بعد الولادة باختلاف السن.

3 . أهمية الدراسة:

تكتسي الدراسة أهمية في تناولها موضوع الإستجابة الإكتئابية لدى المرأة بعد الولادة،لما للولادة من تأثير على نفسية المرأة حسب ما أشارت إليه الدراسات و الإحصائيات ونتيجة للنظريات المعروفة والحاصلة،حيث أن من أهم الأسباب التي تحدث إكتئاب ما بعد الولادة صعوبة الولادة،حالات الولادة المبكرة أو المتأخرة،ولادة طفل بعيوب خلقية إضافة إلى عدم وجود مساندة من أفراد الأسرة،أو مرور المرأة بمشكلات وصددمات أثناء فترة الحمل أو بعد الولادة مباشرة.

كما تتجلى أهمية الدراسة في توعية الأفراد المختصين من أطباء و أخصائيين نفسانيين و لفت أنظارهم لمثل هذه الحالات و التكفل بها و مساعدتها على تجاوز هذه الفترة و ما تحمله من اضطرابات كالتحضير النفسي للولادة ، إضافة إلى توعية المحيطين بالنساء كالأسرة و الأقارب خاصة الزوج بضرورة مساندهم ودعمهم للنساء وإحاطتها بكل أشكال الرعاية لها ولطفلها كلها عوامل تخفف على المرأة وتساعد على التكيف مع فترة الولادة وتجنبها الوقوع في الاكتئاب ،إضافة إلى تحذير وتوعية النساء لتجنب العوامل التي قد تسبب الاكتئاب بعد الولادة، كما تعتبر هذه الدراسة كمجال للباحثين لإجراء دراسات حول المرأة في هذه الفترة الحرجة.

4. أهداف الدراسة:

- التعرف على درجة الإكتئاب لدى المرأة بعد الولادة.
- معرفة مدى تأثير العامل الإقتصادي على درجة الاكتئاب بعد الولادة.
- معرفة مدى تأثير عامل عدد الولادات على درجة الإكتئاب لدى المرأة بعد الولادة.

- معرفة مدى تأثير عامل السن على درجة الإكتئاب لدى المرأة بعد الولادة.
- التدريب على تقنيات البحث العلمي.
- اكتساب الخبرة الإكلينيكية.

5. التعاريف الإجرائية:

1.5. الإستجابة الاكتئابية للمرأة بعد الولادة: هي حالة من الحزن و الكآبة التي تصيب المرأة حديثة الولادة (النفساء) نتيجة حدوث تغيرات فيزيولوجية وهرمونية تؤثر على حالتها النفسية و الذي يتم قياسه من خلال استخدام مقياس بيك (Beck) للإكتئاب والذي قام بتكييفه في البيئة العربية غريب عبد الفتاح غريب (1988).

الفصل الثاني الولادة و النفاس

تمهيد

1 تعريف الولادة.

2 أنواع الولادة.

3 تعريف النفاس.

4 فترة النفاس.

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر الولادة حدثاً هاماً في حياة المرأة فبعد تسعة أشهر من الحمل تكون المرأة الحامل مهياً لعملية الولادة، حيث تمر بعدة مراحل تتخللها العديد من الصعوبات والآلام فتعاني المرأة بشدة لساعات قبل أن تلد، ثم تبدأ مرحلة النفاس وهي المرحلة التي تلي الولادة مباشرة حيث أنها الفترة التي تبدأ فيها الولود باستعادة صحتها و عافيتها تدريجياً وهي فترة تتراوح بين ستة إلى ثمانية أسابيع أين تتخللها بعض التغيرات الفيزيولوجية و الهرمونية.

1 تعريف الولادة:

والتي يمكن تحديدها أولاً ببدء الطلق وهو تقلصات الرحم المتتابعة المصحوبة بالآلام، و ظهور البشارة ثانية وهي إفرازات مخاطية ممسحة بالدم تخرج من عنق الرحم، وثالثاً انفجار الكيس الأمنيوسي و اندفاع ما فيه من السائل، ليتبع ذلك خروج الجنين و أغشيته والسائل الأمنيوسي من الرحم و إطلاق الطفل صرخة الميلاد.

(فؤاد البهي السيد، 2008، ص80).

وتمر هذه العملية بثلاث مراحل:

1. انفتاح عنق الرحم و دفع الجنين إلى خارجه و تستغرق هذه المرحلة حوالي 9 ساعات، و قد تطول أو تقصر قليلاً.
2. وهي مرور الوليد خلالها عبر المهبل الخارجي و تستغرق هذه العملية حوالي ساعة ونصف.
3. وهي مرحلة خروج المشيمة و تستغرق هذه العملية ربع ساعة.

(سامي محمد ملحم، 2004، ص182، 184).

2. أنواع الولادة:

1.2. الولادة العادية (الطبيعية): في الولادة العادية تنقل الوالدة من النقلة إلى طاولة الوضع، وهي مائدة خاصة من موائد الجراحة ولها وسائد وأشرطة خاصة فإذا رقدت عليها المرأة أمكن التوسيع بين ساقيها وتثبيتها ويهبط الجنين شيئاً فشيئاً مع كل ألم من آلامها مدفوعاً بقوة انقباض عضلات الرحم وقوة العصر والضغط وسرعان ما يخرج رأس الجنين إلى مدخل المهبل فيتسع اتساعاً عظيماً، وعند هذه المرحلة تخدر المرأة إن لم يسبق تخديرها وكلما تقدمت الولادة ظهر رأس الجنين أكثر وذلك بمساعدة الأم بضغط بطنها ويمسك المولّد رأس الجنين من الذقن وعندما يسحب الرأس إلى الأسفل يهبط الكتف ثم يجذب إلى الأعلى فيخرج الكتف الثاني وتخرج باقي الأجزاء بالجذب المستمر فيخرج الصدر ثم البطن ثم الأطراف السفلى.

(محمد فتحي، دس، ص 188، 187).

2.2. الولادة العسيرة: للولادة العسيرة أسباب كثيرة، ويمكن تقسيم هذه الأسباب إلى ثلاث مجموعات هي:

1.2.2. شذوذ القوى الدافعة: ويسمى أحياناً بالاندفاع الذاتي للرحم أو قوة الدفع الرحمي وقد تكون هذه القوة ضعيفة جداً أو قصيرة جداً أو قليلة العدد أو تجتمع هذه الأسباب كلها، وقد تكون آلام الولادة أقل من المعتاد في أثناء قوة الدفع الرحمي الأولى أو تكون عادية في الأول ثم تشتد ثم تضعف دون رابط أو نظام وقد درس "ناتانسون" تأثير السن في الولادة الأولى فوجد أن قوة الدفع الرحمي منتشرة في النساء اللاتي جاوزن 35 سنة تسعة أضعاف إنتشارها بين فتيات العشرين وما تحتها.

(نفس المرجع السابق، ص 187، 188).

2.2.2. شذوذ الجنين: شذوذ وضعية وحجم الجنين أثناء الولادة كأن يكون رأسه إلى الأسفل ورفاه إلى الأعلى، عموده الفقري موازيا لمحور الأم وظهره للأمام وتطول الولادة إذا انحرف وضع الجنين المعتاد وعندما يكون ظهر الجنين في إتجاه ظهر الأم بدلا من بطنها تزيد مدة الولادة بضع ساعات وفي الوضع الشاذ الثاني يكون ردف الجنين إلى الأسفل ورأسه إلى الأعلى.

وثمة وضع شاذ ثالث وهو الوضع المستعرض للجنين وفيه يتعامد محور الجنين مع محور الأم ويكون رأسه ممتدا عند الحوض بدلا من أن ينحني كالمعتاد وتطول الولادة في هذه الحالة أكثر من الحالات السابقة و العجيب أن وزن الجنين لا يكاد يؤثر في الحالتين الثانية و الثالثة ولكن يؤثر تأثيرا ملموسا في الولادة الأولى فحسب.

(نفس المرجع السابق، ص194).

3.2.2. شذوذ طريق الجنين: أي شذوذ ممر الولادة ويشمل عظام الحوض وأنسجته الرقيقة وعنق الرحم والمهبل أي انكماش الحوض أو صغره.

(نفس المرجع السابق، ص196)

3.2. الولادة القيصرية: وهي شق الرحم وإخراج الطفل قادرا على الحياة ولها طريقتان فقد يشق البطن للوصول إلى الرحم وقد يشق المهبل للوصول إليه ولكن شق المهبل قليل ونادر و الطريقة الشائعة هي شق البطن لبلوغ الرحم وإخراج الطفل.

وقد صدر قانون في روما سنة 750 ق م أثناء حكم نومابومبليوس يفرض فتح بطن الأم عند موتها لإخراج الطفل حيا من رحمها، وكان يسمى بالقانون الملكي ثم سمي بالقانون القيصري ولعل تسمية هذه العملية ترجع إلى اسم هذا القانون، وفي سنة 1608 م صدر قانون من البندقية يجعل شق البطن إجباريا بعد الوفاة.

وفي سنة 1907م قدم فرانس فرانك الألماني نوعا جديدا من الجراحة القيصرية فهي تخلص المثانة من اتصالها بالجزء الأسفل من الرحم ثم إزاحة المثانة من الطريق إلى أسفل الحوض وشق الرحم في المنطقة التي فصلت منها المثانة ويزال الطفل ثم يخاط الرحم وتعاد المثانة إلى مكانها.

والجراحة القيصرية لازمة إذا كان حوض المرأة ضيقا وهذا أهم سبب وهناك أسباب أخرى مثل وجود أورام في الحوض تسده أو مجيء الطفل بوضع غير مستعرض، وتعمل الجراحة القيصرية لعلاج مشكلتين خطيرتين من عواقب نهاية الحمل هما:

- انفصال المشيمة قبل الأوان وهبوطها قبل الجنين.
- وقف التسمم الشديد السريع الذي يهدد بحدوث تشنجات الولادة.

(مجلة المجالس، 2003، ص53).

3. تعريف النفاس:

1.3. التعريف الفقهي: عن أم سلمى رضي الله عنها قالت "كانت النفاس تجلس في عهد

النبي صلى الله عليه وسلم أربعين يوما" أخرجه الترمذي وأبو داود.

ويعرف الفقهاء النفاس تعريفا يختلف نوعا ما على تعريف الأطباء، فالأطباء يركزون على حالة الرحم وعودته إلى طبيعته بينما الاهتمامات الفقهية تتمثل في الدم والإفرازات التي تمنع الصلاة و الصيام ومس المصحف، أما مدة النفاس تتفق مع أقوال الفقهاء تماما فالطب يحدده بين ثمانية إلى ستة أسابيع (8.6 أسابيع) والفقهاء ما بين (60.40 يوما) وأقله لحظة انقطاع الدم فلو انقطع بعد الولادة مباشرة طهرت.

(محمد علي البار، 1984، ص75)

2.3. التعريف الطبي: النفاس هو الفترة التي تلي الولادة والتي يتم فيها عودة الرحم وجهاز المرأة التناسلي إلى حالته الطبيعية، ولو أنه لا يعود بصورة كاملة، ويحتاج الرحم لمدة تتراوح بين ستة وثمانية أسابيع ليكون له حجمه الطبيعي ويفقد وزنه بالتدريج من كيلوغرام إلى نصف كيلو بعد أسبوع من الولادة، ثم إلى ربع كيلو بعد أسبوعين ثم خمسين غرام في آخر النفاس.

كذلك تقل ثخانة جدار الرحم من خمسة سنتيمتر إلى أقل من سنتيمتر وتقل سعته من آلاف المليترات إلى مليمترين فقط. (نفس المرجع السابق، 1984، ص74)

4. فترة النفاس: تعد فترة النفاس من أكثر الفترات الحرجة للمرأة، وهي المدة من الولادة حتى ستة أشهر بعد الوضع وفي بعض الأحيان تستمر فترة النفاس حتى 12 شهرا وتقسم عادة إلى مرحلتين:

الأولى: فترة النفاس المبكرة وهي من أول يوم للولادة حتى أربعة أسابيع.

الثانية: فترة النفاس المتأخرة وهي من أربعة أسابيع إلى ستة أشهر وأحيانا إلى إثني عشرة شهرا. (منى الصواف وآخرون، 2003، ص18).

وينبغي أن تكون فترة راحة للأم بعد مشقة الولادة، تلك المشقة التي تدرج ضمن الصدمات النفسية والبدنية نظرا لما لها من ردود نفسية بالغة وكذا للجهد العظيم والمرهق الذي تبذله الأم في الولادة وتتجسد هذه الفترة فيما يلي:

4-1. الإستقبال النفسي للطفل: تنشأ علاقة عجيبة للأم بجنينها منذ اللحظة التي تكتشف فيها أنها حامل وخلال أشهر الحمل تتوثق هذه العلاقة بداية من الشهر الرابع حيث تبدأ حركة الجنين معلنة عن وجود مخلوق جديد له صفات مميزة، وتبدأ الأم منذ

الشهور الأولى في تكوين صورة للجنين في خيالها وبعد الولادة ربما لا تكون الصورة التي رسمتها الأم في خيالها مطابقة لصورة الجنين الحقيقية فهنا تشعر بالإستغراب وأحيانا تشعر بالخوف وتنتابها صراعات بين القبول والرفض لهذا المخلوق الجديد ثم شيئا فشيئا يزداد القبول والحب حتى يكون طفلها أعلى شيء في حياتها.

4-2. الإعتمادية في فترة النفاس: نظرا للضعف البدني للأنتى في فترة النفاس تقوم

أما أو أختها أو حماتها على خدمتها وتكون محاطة برعاية فوق العادة وهي تسعد بذلك وربما تبدأ بالتصرف كطفلة صغيرة تحتاج لمن يدلها ويرعاها، ويزيد مع ذلك إحساسها بالمسؤولية الكبيرة التي ألقبت على عاتقها فجأة اتجاه ذلك المخلوق الجديد النائم بجوارها ذلك الإحساس الذي ربما يدفعها إلى إنكار فكرة الأمومة، والشخصيات الناضجة تتجاوز هذه الفترة بسرعة وتتقبل الوضع الجديد مستشعرة فرحتها بوظيفة الأمومة وتتقبل من الذاتية إلى الغيرية. (محمد علي البار، 1984، ص76).

4-3. النمط الأنثوي في النفاس: المرأة ذات التركيب النفسي الأنثوي الطبيعي تقبل

فكرة الأمومة التي جبلت عليها منذ كانت طفلة تلعب بعرائسها وتتقبل الإنتقال من مرحلة الإعتمادية على أبيها إلى مرحلة الإستقلال و العطاء وفي نفس الوقت تحاول إستعادة معالم أنوثتها، وبهذا تصبح مرحلة النفاس عند هذا النمط من النساء مجرد مرحلة من مراحل العمر وعملية فيزيولوجية طبيعية تتم في يسر.

4-4. النمط الذكوري في النفاس: على العكس من النمط الأنثوي السابق فإن هناك

نمطا ذكوريا في بعض النساء، وهذا النمط من النساء يمر بمشاكل صحية نفسية كثيرة أثناء فترة الحمل وتمر أيضا بولادة عسيرة وتصبح مرحلة ما بعد الولادة كريا شديدا، لذلك نجد المرأة من هذا النوع تحاول العودة لنشاطها العادي في أقرب وقت ممكن وليست لها مشاعر حميمة نحو طفلها لذلك تتعامل معه بشكل تلقائي تماما وتفضل إعطائه

رضاعات صناعية، والمرأة من هذا النوع تكره المولودة الأنثى وتشعر بالنفور تجاهها وإذا كان المولود ذكراً تحاول تطويعه لإرادتها و السيطرة عليه.

(نفس المرجع السابق، 2003، ص53).

4-5. الصراع في فترة النفاس: في هذه الفترة يكون الصراع بين الذات التي تريد أن تحقق الاستقلال والحرية والذات التي يشدها الطفل وتضع معه مقومات جديدة لنفسها، وتتراوح المرأة بين إتجاهين وقد يبدو عليها أنها تهمل طفلها وقد تبطي وقد تصاب بالإكتئاب وقد يتداعى بدنها لحالها فيجف لبنها كما لو كانت تريد لطفلها أن يموت، وكلما كانت الأم صغيرة كلما إستهدفها الصراع فهي تحزن إذ ترى جسمها قد تغير وتحترق بين الأمومة وأنوثتها وبين واجباتها ومتطلباتها وأن تكون بنتاً مدللة من طرف والديها وأن تكون أما تدلل وليدها.

وقد تشعر النساء إزاء الأعباء التي يفرضها الوليد عليها أنها أضعف من المسؤولية وتنتابها المخاوف وقد تلجأ إلى وسيلة الهرب لتدافع بها عن ذاتها غير أن غريزة الأمومة التي توجد بينها وبين الطفل تواجه نواحي الضعف في الذات وتجعل المرأة تخشى مغبة هذه الرغبات أو الصراعات فتفقد طفلها ويضاف إلى ذلك الصراع، صراع بين إهتمام المرأة بزوجها وإهتمامها بطفلها. (محمد علي البار، 1984، ص77)

خلاصة الفصل:

لقد تطرقنا في هذا الفصل لكل من الولادة و النفاس، حيث تعتبر الولادة أهم و أصعب مرحلة في حياة المرأة، و النفاس و الفترة التي ينبغي أن تكون فترة راحة للأنثى بعد الجهد الذي بذلته في الولادة.

حيث قمنا بتقديم تعريفا للولادة و ذكر أنواعها و كذا تعريف النفاس ومفهوم فترة النفاس وفيما تتجسد هذه الفترة.

ومن خلال ما سبق يتضح لنا أن الولادة و النفاس أكثر الفترات الحرجة التي تمر بها المرأة نظرا لتعقيداتها و صعوباتها وما تخلفه من تأثيرات على هذه الأخيرة في حد ذاتها و على المولود الجديد و حتى على المحيطين بها.

الفصل الثالث:

الكتئاب النفاس

أولاً: الاكتئاب

تمهيد

- 1 لمحة تاريخية عن الاكتئاب.
- 2 تعريف الاكتئاب.
- 3 تصنيفات الاكتئاب النفسي.
- 4 أعراض الاكتئاب.
- 5 أسباب الاكتئاب.
- 6 الاتجاهات المختلفة في تفسير الاكتئاب.
- 7 الوقاية من الاكتئاب.
- 8 علاج الاكتئاب.

ثانياً: اكتئاب النفاس

تمهيد

- 1 تعريف اكتئاب النفاس.
- 2 أعراض اكتئاب النفاس.
- 3 عوامل ظهور اكتئاب النفاس.
- 4 النساء الأكثر عرضة للإصابة باكتئاب النفاس.
- 5 أساليب الوقاية من اكتئاب النفاس.
- 6 أساليب العلاج.

خلاصة الفصل

تمهيد :

يعتبر الإكتئاب من بين الإضطرابات النفسية المزاجية، وبعد الإكتئاب النفسي من أكثر الإضطرابات النفسية تفشيا و انتشارا في العالم حتى أنه أطلق على العصر الحالي "عصر الاكتئاب" وتؤكد الدراسات العلمية ارتفاع نسبة حدوثه في المستقبل حيث أن الكل معرض له إناثا أوذكورا على حد سواء ولا يفرق بين المستوى المادي ولا الثقافي ولا حتى العلمي. بحيث في هذا الفصل سيتم التطرق إلى تقديم لمحة تاريخية عن الإكتئاب و كذا تعريفه و أنواعه و أعراضه و أسبابه ، الإتجاهات المختلفة في تفسير الإكتئاب والوقاية والعلاج منه.

1- لمحة تاريخية: عرف مرض الاكتئاب منذ فجر التاريخ، وذكرت أعراضه في كتابات المصريين القدماء والإغريق والبابليين ،فلاحظ المؤرخون والفلاسفة أن في كتابات أبيقراط(400) قبل الميلاد كان يطلق على الإكتئاب إسم "المنخوليا أو "الميلانكوليا " وهذا ما يعرف اليوم عند علماء النفس بالإكتئاب الخطير.

(Pierre Schneider, 1980, p39-41).

وفي عام 80 بعد الميلاد أشار أريتوس إلى مجموعة من الخصائص النفسية مثل القلق والحزن والمعاناة من الأرق والشعور بالرعب والفرع والرغبة في الموت .

وفي القرن الثاني بعد الميلاد (200.130) جاء جالينوس فوضع نظرية الأخلاط الأربعة ومنها المرارة السوداء والتي إن زادت كان مزاج الشخص سوداويا أي مكتئبا.

وذهب فليكس بلاتر. Platter في أواخر سنة 1500 إلى أن الملانكوليا نوع من الإغتراب العقلي الذي يؤدي إلى الحزن والخوف. (مدحت عبدالحميد، 2001، ص.14)

ونجد أيضا في التراث الإسلامي ما يعطي تعريفا لهذا المفهوم حيث عرف ابن سينا (380هـ-980م) الميلانوكوليا: بأنها انحراف عن المجرى الطبيعي إلى الفساد والخوف والمزاج السوداوي، ويرجع بن سينا سبب الميلانوكوليا إلى الدماغ، حيث تتصاعد الأبخرة من البدن إلى الدماغ . ومن علامات الميلانوكوليا حسب ما جاء به بن سينا الخوف بلا سبب وسرعة الغضب وسوء الظن والغم والفرع و الوحشة والكرب والهذيان والخوف من أمور غير معروفة وتخيل أشياء غير موجودة.

(عبد الرحمان العيسوي، 1975، ص103-104)

وفي حديثنا عن ما جاء قبل وبعد الميلاد يحق بنا أن نسلط الأضواء عن ما جاء في عصر النهضة من تعريف للإكتئاب . ونذهب إلى ما جاء به أول طبيب يتخصص في الطب العقلي جوهان واير. J. weyer. (1515- 1588) حيث دعا المتخصصين إلى ضرورة التدقيق في فحص أفكار المصابين بالميلانوكوليا وعباراتهم وتصوراتهم وأفعالهم التي ترهق أذهانهم إلى حد أن يتخيل البعض منهم بأنه حيوان.

(مدحت عبد الحميد، 2001، ص18)

وفي ألمانيا ظهر أميل كرا بلين، (1856-1926). E. Kraepelin و ميز بين ستة أنواع من الإكتئاب وهي :

1. الإكتئاب البسيط
2. الإكتئاب الدهولي
3. الميلانوكوليا الخطيرة
4. الميلانوكوليا الإضطهادية
5. الميلانوكوليا الوهمية
6. الميلانوكوليا التخريفية

إلا انه غير من رؤيته بعد ذلك واعتبر كل أعراض الاكتئاب بما في ذلك الاكتئاب التحولي، مظاهر لمرض واحد، وهو الذهان الدوري. وهذا التصنيف هو المتبع حالياً، مع فصل الإكتئاب التحولي الذي اعتبره كرابلين كمرض منفصل على أساس أن الأسباب فيه تختلف عن أسباب كل أنواع الإكتئاب الأخرى .

(مدحت عبد الحميد، 2001، ص18)

2- تعريف الاكتئاب :

من الوهلة الأولى التي يذكر فيها إسم الاكتئاب يتبادر في الذهن أنه تلك الهالة السوداء التي تحيط بإنسان يئس من الحياة وما فيها من مسرات ، فلا يهمله إن كانت موجودة أم لا ، هذا إن صح التعبير عن رأي عامي يطلقه الناس ، في حين تختلف النظرة وإن كانت نفسها ولكنها في قالب مدروس ومنظم ، تلك نظرة الدارسين والمختصين في مجال علم النفس ، وقبل هذا سنعرض التعريف اللغوي للاكتئاب : يشتق إسم الإكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي كآب ويشير هذا الفعل إلى إسم الكآبة ، يقال اكتأب فلان أي حزن ، اغتم وانكسر ، والكآبة تغير النفس إما بالانكسار من شدة الهم والحزن، والكآباء فهي الحزن الشديد.

(سرحان واخرون 2001، ص11)

يعرف " بيك Beck الاكتئاب " بأنه اضطراب في التفكير أكثر من كونه اضطراباً في الوجدان ، حيث يرجع إلى التشويه المعرفي الذي يؤدي إلى تكوين إتجاه سالب نحو الذات والعالم والمستقبل، وينتج من جراء ذلك ظهور مجموعة من الأعراض الاكتئابية. ويرى رشاد عبد العزيز: بأن الإكتئاب يعتبر أكثر الأعراض النفسية إنتشاراً وهو يختلف في شدته من مريض لآخر ويشعر المصاب بالإكتئاب بأفكار سوداوية والتردد الشديد وفقدان الشهية وعدم القدرة على إتخاذ القرارات والشعور بالإثم والتقليل من قيمة الذات .

(رشاد عبد العزيز، 1993، ص 15)

ويبين محمد الحجار (1989) بأن عبارة الإكتئاب تتكون من ثلاثة مفاهيم وهي :

- **المفهوم الأول :** وهو يرتبط بالمزاج المضطرب غير السوي الذي يختل نتيجة تعرض الفرد إلى سلسلة متلاحقة من الإحباطات وال فشل .
- **المفهوم الثاني:** ويرى فيه كمتلازمة (syndrome) التي تحتوي على اضطراب المزاج بالإضافة إلى جميع الأعراض الإكتئابية البدنية الوظيفية المصاحبة للإكتئاب .
- **المفهوم الثالث :** وينظر للإكتئاب كمرض بما فيه المتلازمة السالفة الذكر بالإضافة إلى العجز الذي يصيب المريض إلى درجة منعه من أداء واجباته وأعماله اليومية كلياً أو جزئياً (محمد الحجار، 1989، ص84)

أما " إليزابيث زيتزل Zetzel ER " فتعرفه بأنه "درجة أو حالة أساسية لأننا تتميز بفقدان تقدير الذات ، ويعبر عن استجابة للأحداث الداخلية و الخارجية " .

ويعرفه "دافيد ستات Statt.D: بأنه حالة من المظاهر أو الأشكال العامة للإضطراب الإنفعالي الذي قد تختلف كثافته من مجرد أزمات هموم الحياة اليومية إلى الحالة العقلية لليأس التام ، وهو يتصف بالقلق والكآبة وإنخفاض النشاط العام .

(مدحت عبد الحميد ، 2001، ص23)

ويذهب موريس Maurice Ferreri إلى تعريف الاكتئاب " بأنه اضطراب دماغي يحدث اختلال بيولوجيا قاعديا في المزاج و في الوظائف العقلية و الجسمية كما يحدث تغيير في التنظيم السيكوسوماتي و التوازن النفسي و الاجتماعي للفرد .

(Ferreri Maurice;1983, p19)

وفي هذا السياق يشير إيديلبيج I.eidilbege (1989) : " بأن الإكتئاب عرض عصابي يتميز بنقص الإهتمام بالعالم الخارجي وزيادة العدوان تجاه الذات والنقد الذاتي ومشاعر الذنب والعقاب الذاتي، وكل ذلك يتعلق بفقدان موضوع ما لدى الشخص المكتئب. (مدحت عبدالحميد، 2001، ص 23)

أما ديديا لوشوميا "Lechemia.d" (1995) يركز في تعريفه للإكتئاب على ثلاثة أعراض وهي : "معانات نفسية كبيرة وكف نفسي حركي ونقص حركي ملحوظ في تقدير وفعالية الذات. (Lechemia .d :1995;. p15.)

وهكذا يمكننا أن نستخلص في الأخير إلى أن الإكتئاب هو عبارة عن حالة من تغير في المزاج تمس نشاطات الحياة المختلفة ، ويظهر في جملة من الأعراض ذات المظاهر الإنفعالية والمعرفية والجسمية إلخ و يكون فيه المكتئب بدرجة من الشعور بالألم النفسي مما يؤدي إلى العزلة وإيذاء الذات ، مما يجعل المكتئب في دائرة الخطر خاصة وأن أغلب الحالات الشديدة قد تصل إلى الإنتحار.

3- تصنيفات الاكتئاب النفسي:

نجد أن للإكتئاب عدة تصنيفات ومن أشهر التصنيفات المعمول بها هو تصنيف منظمة الصحة العالمية ICD10 وتصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM4 وسنعرض بالتفصيل كل منها.

3-1 التصنيف الدولي العاشر ICD10:

صدر هذا التصنيف عن منظمة الصحة العالمية وقد قسم الإكتئاب إلى عدة أنواع :

3-1-1-1- إنتكاسة إكتئاب (شديدة أو بسيطة):

وهي حالات الإكتئاب الشائعة متفاوتة الحدة ،وقد يكون هناك عوامل مهمة مرسبة للحالة أو أحداث بسيطة وقد يكون هناك عوامل للإكتئاب ،وقد قسمت إلى بسيطة وشديدة والبسيطة عادة ما لا تؤثر على أداء الإنسان لوظائفه اليومية بشكل واضح ، ولكن الإنتكاسة الشديدة قد تؤدي إلى توقف الطالب عن دراسته ،أو ربة البيت عن أداء واجباتها اليومية وقد يستقيل الموظف وتراجع أعمال التاجر والنجار والحداد ورجل الأعمال بشكل ملحوظ وتتأثر صحته وسلوكه بشكل كبير .

3-1-2- إضطراب مزاجي مزدوج القطب :إن مرحلة الإكتئاب في حياة الإنسان

،قد لا تتكرر ولا تعود الأعراض ثانية ، وفي أحوال أخرى فإن هناك تكرار للإكتئاب التي تحدث ضمن مرض الهوس الإكتئابي لا تختلف في أعراضها عن الإكتئاب عموماً،ولكنها قد تكون مسبقة أو متبوعة بالزهو ،أو أنها تتبادل الدور مع الزهو كل سنة أو ستة أشهر

3-1-3- إكتئاب متكرر (بسيط،متوسط،شديد) :إن حدوث الإكتئاب في حياة

الإنسان، قد لا يتكرر ولا تعود الأعراض ثانية ،وفي أحوال أخرى فإن هناك تكراراً للإكتئاب، إما على فترات متباعدة قد لاتصل إلى خمس سنوات أو أكثر،وقد يكون شديداً في كل مرة أو بسيطاً في كل مرة وقد تتفاوت الإنتكاسات من مرة لأخرى ،وقد يتكرر بلا سبب واضح ،أو لأسباب بسيطة أو أحداث معينة مثل الفشل في الدراسة أو الزواج والتغيير مثل بداية المرحلة الجامعية ،وبداية العمل والإقبال على الزواج، ويمكن أن يكون التكرار بعد الولادة عند بعض النساء.

3-1-4- إضطرابات مزاجية طويلة الأمد (إضطراب مزاجي دوري ، تكرر

المزاج):وهذه من المشاكل التي قد يصعب تمييزها من قبل المريض نفسه ، أو من حوله ،وقد تعد جزءاً من شخصيته ففي إضطراب المزاج الدوري يتأرجح المريض بين الإكتئاب البسيط أو تكرر المزاج ثم إرتفاع المزاج مما يصل إلى الزهو ،ولكن فيه إبتهاج ونشاط

وحركة زائدة نوعا ما ، وكثيرا ما يصف الناس هذا الشخص بأنه مزاجي مع أن الإضطراب يتعدى الشخصية المزاجية ، أما تكدر أو عسر المزاج فهو درجة بسيطة من الإكتئاب ولكنه طويل الأمد.

3-1-5- تشمل الأشكال الأخرى للإكتئاب سواء غير النموذجية أو المصاحبة

لأمراض أخرى كالفصام : فالإكتئاب غير النموذجي يختلف عن الإكتئاب بأنه يكون مصحوبا بزيادة النوم والأكل والوزن وبترافق مع الكسل والقلق أحيانا وغالبا ما يلاحظ في النساء ، أما الإكتئاب المصاحب للفصام العقلي فهو من أشكال الإكتئاب الهامة والتي تتزامن مع أعراض الفصام أو تسبقها أو تتبعها.

(وليد سرحان وآخرون، 2001، ص 40-42)

3-2- التصنيف الأمريكي الرابع DSM4:

صنفت الرابطة الأمريكية الأمراض في مرجع يسمى الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية والعقلية وكان أول إصدار لها في (1952)، وفي (1994) قامت الرابطة بإصدار دليل تشخيصي رابع فيه بعض التغييرات والتعديلات ومن بين هذه الإضطرابات التي صنفها الدليل التشخيصي الإكتئاب الذي يدخل تحت إضطرابات المزاج.

1-2-3 إضطراب إكتابي كبير.

2-2-3 إضطراب إكتابي عصابي .

3-2-3 إضطراب إكتابي غير معين على نحو آخر.

4-2-3 إضطراب ثنائي القطب

(الرابطة الأمريكية للطب النفسي ت. أمينة السماك، دس، ص 27، 28)

ولقد تعرض عدة باحثين لشرح وتحليل هذه الأنواع وفقا للأعراض المقترحة من الرابطة .

3-2-1- اضطراب إكتئابي كبير: و يعرفه عبد المنعم عبد القادر الميلادي

أنه من الإضطرابات المزاجية تصيب من 4-7% من الناس وأهم أعراض الإكتئاب هي إنطفاء الحماس والإقبال على الحياة والإستمتاع بها أي كل شيء يبدو فاتر وكل شيء بلا معنى ولا شيء يهم حيث تموت الرغبة في الجنس والحب والمعرفة، والعمل يصبح بطيء التفكير ويضعف التركيز يصبح الإنسان في ذهول وتجول في ذهنه هواجس ونجد أنه يستيقظ والناس نائمون ويشعر أنه مطارد ومراقب وقد يشكو ألما جسديا مثل الصداع وألم في البطن .

(عبد القادر الميلادي، 2004، صص 50-60)

3-2-2- الإكتئاب العصابي: ويعرفه مدثر سليم أحمد (2003): على أنه عبارة

عن إستجابة إكتئابية يفقد فيها المريض الإستمتاع بمباهج الحياة مع نقص الحماس للعمل والإنتاج وفتور في الشهية للطعام ويصاحبه إضطرابات في النوم.

(سليم أحمد، 2003، صص 227)

ويعرف في موسوعة الطب النفسي على أنه إستجابة عصابية قد تطول مدتها إلى أشهر ويشكل المرضى بالعصاب الإكتئابي من 20% إلى 30% من المرضى بكل أنواع العصاب وأغلبهم ينحدرون من أوساط إجتماعية فقيرة. وتعتبر الإستجابة الإكتئابية غير خطيرة لكن في بعض الأحيان تراوده أفكار إنتحارية.

(عبد المنعم حنفي، 1999، صص 122-123)

ومن المواقف التي تسببه فقدان أو تغير الوظيفة والمنزل أو الانفصال عن شخص حميم أو وفاته أو صدمة حادة وكذلك إن التفاعل مع الحياة بطريقة مكتئبة لفترة طويلة يعتبر نوع

عصابي للإكتئاب وأن الإكتئاب العصابي يعد إستجابة أوردت فعل للحرمان وهذه الإستجابة يقوم بها الفرد لحماية نفسه من الوعي بمشاعره الثنائية "الحب والكرهية" إتجاه الشخص المتوفى.

(حسن عبد المعطي، 1998، ص352)

3-2-3- الإضطراب الإكتئابي الغير معين على نحو آخر :

فهو يشتمل على إضطرابات ذات مظاهر إكتئابية لا تستوفي المعايير الخاصة بإضطراب الإكتئاب الكبير أو إضطراب العصابي ومن أمثلة الإضطراب الإكتئابي غير المعين على نحو آخر.

1. إضطراب عسر المزاج قبل الطمث .
2. الإضطراب الإكتئابي الصغير .
3. إضطراب الإكتئاب الوجيز الراجع.
4. إضطراب الإكتئاب بعد النهائي للفصام .
5. نوبة الإكتئاب العظمى مقحمة على الإضطراب.
6. المواقف التي إستنتجها الممارس فيها إن هناك إضطرابا إكتئابيا.

(الرابطة الأمريكية للطب النفسي ت. أمينة السماك . دس، ص، ص: 188.187)

3-3-4 إضطراب ثنائي القطب :

فهو إضطراب يتميز بنوبات متكررة يضطرب فيها مزاج الشخص ومستوى نشاطه بشكل عميق ويتكون هذا الإضطراب في بعض الأحيان من إرتفاع في المزاج وزيادة في الطاقة والنشاط وهذا يسمى الإكتئاب. وتتميز الحالة بشفاء كامل ما بين النوبات . ونجد أن نوبة الهوس تبدأ فجأة وتتراوح بين أسبوعين وأربعة أو خمسة شهور أما الإكتئاب فيميل إلى الإستمرار لفترة أطول متوسط المدة فيها 6 أشهر.

(أحمد عكاشة، 2003، ص 403، 404)

4- أعراض الإكتئاب: نجد أن للإكتئاب النفسي أعراضاً جلية وواضحة تمس عدة جوانب في الشخص ومن أهمها الجانب الإنفعالي والمعرفي والجانب الحسي الحركي والجسمي وهي كالتالي:

4-1-1 الجانب الإنفعالي:

- الحزن والبكاء بحرقة.
- اليأس.
- مطاردة الشعور بالذنب
- فقدان الإستمتاع بالأنشطة السارة.
- الشعور بعدم الكفاءة والرداءة.
- انخفاض الطاقة .
- التعب والإنهاك.
- فقد الإهتمام بالأمور المعتادة.
- الفتور واللامبالاة. (عبد الستار عسكر، 1999، ص 78)
- البؤس والأسى وهبوط الروح المعنوية.
- إنحراف المزاج وتقلبه والإنطفاء النرجسي على الذات.
- عدم ضبط النفس وضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص والقلق والتوتر.
- الشعور بخيبة الأمل (محمد سليمان، 2008، ص 131).

4-2-1 الجانب المعرفي حيث نجد:

- تشتت الإنتباه .
- صعوبة في التركيز.

- شكوى مستمرة من ضعف الذاكرة.
- فقر في القدرة على التجريد .
- فقدان الإستبصار .
- ضالة في الحكم على الأمور .
- وجود قدر كبير من الأفكار الإنتحارية.
- إضطراب محتوى التفكير حيث نجد تغلغل مشاعر اليأس، ومشاعر دونية والشعور بالذنب وكذلك وجود فقر وضحالة في محتوى التفكير

(محمد حسن غانم، 2006، ص. ص. 108-109).

4-2-1- الجانب الحسي الحركي :

- إضطراب الشهية بين الزيادة والنقصان ونقص الوزن أو زيادته.
- إضطراب إيقاع النوم حيث نجد صعوبة في الدخول إلى النوم مع أرق أو زيادة النوم إلى حد الإفراط في إنحصار الطاقة الجنسية.(عبد الستار عسكر ، 1999، ص79)

4-2-2- الجانب الجسمي وفيه:

- ضعف عام والشعور بالدوار والغثيان والقيء.
- تأخر موعد الطمث.
- إضطرابات هضمية.
- إضطرابات معدل ضغط الدم.
- تنميل الأطراف وجفاف الفم.
- إنتشار الألم في الرقبة والأطراف والمفاصل .
- ضيق التنفس وقلة الحيوية(مدحت أبو زيد، 2001، ص43).

5-أسباب الإكتئاب:

5-1العوامل الوراثية والبيئية المهنية:ونسبة هذه العوامل في إحداث الإكتئاب ضئيلة جدا.

5-2-العوامل الفيزيولوجية: وتتمثل في إنخفاض مستوى معين من الأحماض

الأمينية مثل الكانيكول أمين ، وإنخفاض مستوى مادة الأدرينالين في مناطق الإستقبال بالمخ ،وهي تختص بالسلوك العاطفي الوجداني وكذلك نقص بعض معدلات المواد الكيميائية في المخ مثل السيروتونين مما يؤثر على المزاج والتحكم في التصرفات.

5-3العوامل النفسية : نوجز العوامل النفسية فيما يلي

- التوتر الإنفعالي والظروف المحزنة ،الخبرات الأليمة.
- الحرمان ، فقدان الحب والمساندة العاطفية ، ،فقدان الحبيب أو وظيفة أو مكانة.
- الصراعات اللاشعورية.
- الإحباط ،الفشل ،خيبة الأمل ،الكبت والقلق.
- ضعف الأنا الأعلى ،إتهام الذات ،الشعور بالذنب والرغبة في عقاب الذات.
- الوحدة والعنوسة ،سن القعود،تدهور الكفاية الجنسية و الشيخوخة.
- الخبرات الصادمة والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات.
- التربية الخاطئة (التفرقة في المعاملة ،التسلط،الإهمال).
- عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي والمثال
- سوء التوافق،ويكون الإكتئاب شكلا من أشكال الإنسحاب ووجود الكره والعدوان المكبوت ولا يسمح الأنا الأعلى للعدوان أن يتجه للخارج،ويتجه نحو الذات،وقد يظهر في شكل محاولة الإنتحار.

(عبد الحميد محمد الشاذلي، 1998، ص136، 135).

6- الإتجاهات المختلفة في تفسير الإكتئاب: لقد ظهرت خلال السنوات الماضية نماذج عديدة مدعمة ببحوث حاولت حصر المحددات التي ترتبط بحدوث الإكتئاب وإنبثقت منها طرق لها دورها في علاج هذه النماذج رغم إحتوائها على نسب كبيرة من التداخل والتشابك إلا أنها تبدو متصارعة ومتناقضة في أكثر من مجال ولعل ذلك يعود إلى أن كل إتجاه ركز على جانب واحد من هذا الإضطراب وأهمل الجوانب الأخرى.

6-1- الإتجاه البيولوجي: يرى **kraines (1975)** أن النتائج العلاجية كانت مثمرة بالأدوية المضادة للإكتئاب وبالصدمة الكهربائية وأيضا تأثير بعض الأدوية للأمينات الدماغية وغيرها. كما دلت التقنيات الدوائية العصبية أن التغيرات التي تطرأ على تصنيع الأمينات الدماغية ومستوياتها ومستقبلاتها (مواد النقل العصبي) في المناطق اللإشتباك العصبي ، تلعب دورا هاما في حدوث الاكتئاب. (محمد الحجار؛ 1989، ص85).

هذا و يتفق كل من **Salomon, Greenblat, funken Slein** أن الأعراض الفيزيائية المرافقة للإكتئاب و الميلانخوليا مثل إضطرابات النوم ، الشهية ، الوزن ، الحيض و الوظائف الجنسية و كذلك التغيرات الفيزيولوجية مثل جفاف الفم هي نتيجة إضطرابات وظيفية للمخ الأوسط و الجهاز العصبي الذاتي و هي كلها نتائج تؤكد دور العوامل الكيميائية-الحيوية في حدوث الاكتئاب. (Frank; 1968,p11)

6-2- الإتجاه التحليلي : لقد وضع فرويد أسس دراسة الإكتئاب على ضوء تناوله السيكو دينامي في كتابه " الحداد و الميلانخوليا " سنة 1917، و الذي وضح من خلاله بأن الإكتئاب حالة يواجه فيها الفرد عدوانية إتجاه نفسه ، بدلا من توجيهها ،

للشخص الذي يمثل حقيقة موضوع هذه المشاعر العدوانية ، ومن ثم يعتقد فرويد بأن كل إحباط أو كره مرتبط بهذا الفرد لا يمكن التعبير عنه بصراحة فمثل هذه المشاعر أصبحت ممنوعة أو محصورة وأمام وجوب تحرر هذه العدوانية بشكل أو بآخر يواجهها نحو ذاته و يرجعها لنفسه .

وقد ركز " فرويد Freud على أهمية فقدان في الإكتئاب و كان يعني بالإكتئاب إنقطاع رباط تعلق هام ودال ومميز كموت شخص عزيز أو الانفصال عنه، (موضوع الحب). (Marcelli & Bracannier : 1984 ;p207-208)

ويقول فرويد "أن كل فرد لديه علاقة حب و كره إتجاه الشخص الذي يحبه. على ذلك يصبح المريض نفسه موضوعا للكراهية و الحب في نفس الوقت و كذلك يشعر بالذنب بسبب واقعي أو خيالي للخطيئة ضد الشخص المفقود ". (عبد الرحمن العيسوي، 1992، ص132).

كما تشير ميلانين كلاين (1934-1940) عن إفتراض تنشيط للوضعية الإكتئابية الطفولية عند شخص في السنوات الأولى من طفولته. وتصرح على أن حالة الإكتئاب هي عبارة عن عودة الى الوضعية الإزدواجية اتجاه موضوع واحد معاش فينفس الوقت كمحبيب ومكروه ، جيد وسيئ في آن واحد.

(Richard jabrowsk :1975 ;p84)

وفي هذا الصدد قدم Jakobson الإكتئاب كظاهرة خاصة بالأنا تنشئ عن علاقة الفرد و محيطه الإجتماعي و ليس عن الصراع الداخلي و أن كل أنواع الإكتئاب هي نتيجة إنخفاض مستوى تقدير الذات و بذلك فإن الإكتئاب هو تعبير الأنا عن الضعف والعجز ، ويظهر عندما يعجز الفرد عن التوفيق بين المثل التي يفرضها على نفسه و إمكاناته الضئيلة.

6-3- الإتياء السلوكي:

يركز التناول السلوكي في دراسة الإكتئاب على الأعراض الظاهرة لهذا الإضطراب و أهمية العامل البيئي الإيتماعي في حدوثه .

فحسب **Lazarus** فإن الإكتئاب يمكن النظر إليه على أنه وظيفة للتعزيز الخاطيء أو التعزيز غير الكافي للسلوك .(عبد الرحمان العيسوي :1992؛ص132)

كما قدم **P.Lewinshon** وجهة نظر خاصة في تفسير الإكتئاب مفادها أن التفاعلات الإيتماعية السلبية المزمنة الخالية من التعزيز الإيجابي في المحيط الضيق على وجه الخصوص ، تشكل العوامل المعالجة لكثير من حالات الإكتئاب. و يشير نفس الباحث إلى أن سبب الإكتئاب لا يقتصر على قلة الوقائع الإيجابية فقط ، إذ قد يعود أيضا إلى ضعف قدرة الفرد على ضبط التعزيز وعليه فقد إقترح الباحث التعزيز على ثلاثة جوانب في تفسير الإكتئاب.(Foutaine et al :1984 ;p107)

- عدد المعززات الإيجابية التي تأتي من المحيط بحيث تظهر مشاعر الإكتئاب وغيرها من الأعراض مثل الشعور بالنقص و التعب و الإرهاق عندما لا يتلقى السلوك التعزيز الكافي .
- عدد النشاطات و الوقائع التي تجلب التعزيز الإيجابي للفرد .
- قدرات الفرد التي تؤهله للحصول على التعزيز الإيجابي و التي تمثل مهارته المهنية و الإيتماعية .
- و من ثم تقوم إجراءات **P. Lewinshon** في العلاج على تدعيم السلوكات المضادة للإكتئاب عن طريق التعزيز الإيجابي الخارجي المستمر لأنشطة الفرد بتدعيم قدراته الإيتماعية .

6-4- الإتياء المعرفي :

لعل أحدث نظرية للإكتئاب هي تلك التي ترى أن الإكتئاب يرتبط بالناحية المعرفية . وتحمل نظرية Beck في هذا المجال صدارة الأهمية.

وتذهب هذه النظرية إلى أن العمليات المعرفية تلعب دورا مهما في نشأة الإضطرابات الوجدانية ، ويعتقد مؤيدو هذه النظرية إلى أن الأفكار و العقائد هي التي تسبب السلوك الإنفعالي .

وقد إنطلق بيك Beck من إفتراض وجود تصورات إيجابية و تصورات سلبية ، حيث لاحظ أن المكتئبين يتسمون بأعراض معرفية تتمثل في نظام تفكير خاص ومقوبل ، كما إعتبر بيك أن "نظام تفكير المكتئب " يميزه حكم سلبي حول ذاته وعالمه ومستقبله، وتم تعريف هذه العرضية المعرفية باسم " الثلاثية المعرفية السلبية" وهي:

1 النظرة السلبية للذات: حيث يحكم المكتئب على نفسه بالذم و يفكر أنه عاجز لا يصلح لشيء و لا يمتلك قدرات و لا يستطيع تحقيق السعادة لنفسه و لا لغيره.

2- النظرة السلبية للعالم الخارجي : حيث يحكم المكتئب على العالم الخارجي بأنه حاجز بينه و بين الأهداف التي يريد تحقيقها.

3- غياب البديل حيث يحكم المكتئب على مستقبله بأنه مسدود و يسلم أن وضعه لن يتغير و يطغي التشاؤم على تصوراته المستقبلية .(davison : 1986)

ويصنف بيك 1968 أعراض الإكتئاب في المظاهر التالية :

1- المظاهر الإنفعالية مثل : فقدان القدرة على الإستمتاع و الإبتهاج .

2- المظاهر المعرفية مثل: التقليل من قيمة الذات ، الشعور باليأس ، الشعور بالعجز ، تضخيم المشكلات .

3- المظاهر الدفاعية مثل : نقص الإرادة ، الإتكالية ، الرغبة في الهروب و الموت ، فقدان الدافعية .

4- المظاهر الجسمية مثل : سرعة التعب الأرق ، إرتخاء العضلات ، فقدان الليبدو . (رشاد عبد العزيز : 1993؛ ص40-41)

ويرى ميلجير ويولبي (1969) **Melges et Bowlby** أن شعور الفرد باليأس هو المحور الأساسي في الإكتئاب ، وخاصة عندما يتعلق الأمر بمستقبله ، فنجد :

- 1- يعتقد أن مهارته لم تصبح مؤثرة من أجل الوصول إلى أهدافه .
- 2- يعتقد في الفشل بسبب عدم كفاءته الذاتية و أنه يجب أن يعتمد على الآخرين .
- 3- يشعر أن مجهوداته السابقة الأهداف قد باءت بالفشل . وبالرغم من اعتقاد المكتئب بأنه غير قادر على إنجاز أهدافه إلا أن هذه الأهداف تبقى هامة بنسبة له ، لذا فإنه يبقى مستغرقا في مثل هذه الأهداف التي لم يستطيع إنجازها . (عبد الله، 1988 ، ص59).

ويشير ليشتنبرج **Lichtenberg 1957** إلى أن المكتئب عادة ما يشعر باليأس وعدم الأمل في الحصول على أهدافه، و دائما ما يلوم نفسه على إخفاقاته.

كما أشار شمال **Shmale 1958** و انجل **Ingel 1968** إلى أن الشعور باليأس والشعور بالعجز يجعلان الفرد أكثر عرضة للإكتئاب و أيضا للمرض بأمراض جسمية خطيرة . (ممدوح سلامة: 1989؛ ص12)

7- الوقاية من الإكتئاب:

يجب النظر إلى الوقاية من الإكتئاب في ثلاث مستويات تتلخص فيما يلي:

7-1- الوقاية الأولية: وتعني العمل الجاد على عدم حصول الإكتئاب عند الناس بقدر ما يمكن وهذا ما يتطلب التعامل مع الأفراد المعرضين للإصابة أكثر من غيرهم من الناس العاديين ومن هؤلاء:

-المصابين بأمراض مزمنة أو قاتلة:

أي لابد من التركيز عليهم ضمن برامج الرعاية الصحية الأولية بالتوعية من الإكتئاب والحديث عنه وإعطائهم فرصة لتعبير عن معاناتهم. كما أنه لا بد من توضيح العلاقات الشائكة للإكتئاب مع الأمراض العضوية وآثار الأدوية المستعملة في كثير من الأمراض العضوية ويجب إعداد برامج الوقاية من الإكتئاب من طرف الفريق الطبي النفسي وهدفهم الدعم والتوعية لهذا

(وليد سرحان وآخرون، 2001، ص.ص.120.121)

7-2- الوقاية الثانوية: وتعني القدرة على إكتشاف حالات الإكتئاب في وقت مبكر والبدء في معالجتها قبل الوصول إلى درجة من المرض والإكتشاف المبكر للإكتئاب يتطلب عدة أمور .

- زيادة وعي الجمهور لهذا المرض وتوضيح مظاهره .
- زيادة قدرة الأطباء على إكتشاف المرض سواء في الرعاية الصحية الأولية أو المستشفيات العامة .
- تعزيز دور الطب النفسي في المستشفيات العامة .

(وليد سرحان وآخرون، 2001، ص:122)

7-3- الوقاية الثلاثية:

وتعني أن أولئك المرضى الذين تحسنوا من حالة الإكتئاب لابد من إستكمالهم لفترة العلاج، أما الإنقطاع المبكر يسبب العديد من الإنتكاسات وقد تصل إلى درجة مستعصية وشديدة والغريب في هذا النوع من الوقاية أن المريض قد عانى ما عانى وأصبح متفهماً لمرضه ومع ذلك نجده يكمل العلاج.

(وليد سرحان وآخرون، 2001، ص:123)

8- علاج الإكتئاب:

إن معرفة الأثر الذي يتركه الإكتئاب على جوانب مختلفة من حياة الإنسان، يجعله في حاجة ملحة إلى اللجوء للعلاج، ومن أشهر العلاجات المستخدمة في الإكتئاب مايلي:

8-1- العلاج الدوائي: ذكر الحجار (1989) في كتابه أنه الأنجح والأكثر شيوعاً

في الممارسات العلاجية السيكاثرية، ويميز فيه زمرتين دوائيتين رئيسيتين:

1- زمرة مثبطات أحادي أمين أكسيداز (Maoi): وتوصف ضمن نطاق محدود

وهذا نظراً لتعارضها مع بعض الأطعمة كمشتقات الحليب ومع زمرة مضادات الإكتئاب ثلاثية الحلقات .

ويوجد في هذه الزمرة مجموعة هيدر الأزينات ISOCARDOSCIAZD
.NAILAMID

2- زمرة مضادات الإكتئاب ثلاثية الحلقة كيميائياً:

وهي الزمرة الأكثر شيوعاً وإستخداماً في علاج مختلف الإضطرابات الإكتئابية ونعد منها:

مجموعة DIBNZOCLOHPTENE مثل أميتريبتلين، ومجموعة DIBENZOSEPIN مثل دوكسبين. وهناك أدوية أخرى لا تنتمي لهذه الزمرة، وتستعمل لعلاج الإكتئاب المتأخر و الهياجي معا نعد منها الدواء مابروتكين (الحجار، 1989، ص. ص 92-93). ولكن العلاج بالعقاقير لا يؤدي إلى تغييرات شاملة، لهذا لابد من أن تصطحبه أساليب علاجية أخرى وبرامج وقائية.

8-2- العلاج بالشحنات الكهربائية:

والذي يقوم على وضع قطبين كهربائيين على فحص المريض مع تمرير تيار كهربائي آخر خلال المخ، وعلى الرغم من أن العلاج هذا يبدو مفيدا في علاج بعض حالات الإكتئاب الحاد إلا أن تأثيره مؤقت وآثاره الجانبية عند الإستعمال المستمر تؤدي إلى إصابات مخية وضعف في الذاكرة (عبد الستار إبراهيم، 1980، ص. ص 68-69).

8-3- مداخل الجراحية النفسية: حيث نلجأ إلى العمل الجراحي في الفص

الجبهي في حالات الإكتئاب المستعصي، وطبقت هذه الجراحة من قبل هيبوس، Hippus، 1969.، وعادة لا تكون نتائج هته المداخلة الحديثة مضادة للإكتئاب

8-4- العلاج النفسى:

ويقوم على جعل المريض يستبصر بصراعاته المسببة للإكتئاب، إضافة إلى التطمين المستمر والتأكيد على إمكانية الشفاء أي العلاج الداعم "ونجد أن مرضى الإكتئاب العصابي والإرتكاسي هم الذين يستفيدون جيدا من هذا النوع من العلاج وأيضا الميالون للإنتحار.

8-6- العلاج السلوكي:

خلال السنوات الخمسة عشرة المنصرمة ظهرت عدة دراسات في الولايات المتحدة الأمريكية تؤكد نجاعة نظرية التعلم الإجتماعي في علاج الإكتئاب (1968 LAZARUS وWOLPE 1971) وأخذ بها الكثير من العاملين في العلاج النفسي ويقوم هذا العلاج على التعزيز الإيجابي لسلوكات جديدة متعلمة تكيفية، والتغيير في نوعية وتكرار أو نموذج نشاطات المريض خلال تفاعلاته الإجتماعية من خلال التوجيه، التدريب الميداني وتعليمه مواجهة المثيرات الخارجية المحدثه للإضطراب الإكتئابي، والسيطرة عليها. (محمد الحجار، 1989، ص93).

8-7- العلاج المعرفي:

تستهدف العملية العلاجية المعرفية إستجلاء الأفكار الإكتئابية ومناقشة صلاحيتها وصحتها وجدواها ومن ثم طرح البدائل المنطقية لهذه التصورات وصولاً لتغيير نمط تفكير الفرد المكتئب ودور المعالج هنا هو مساعدة المريض على الوقوف موقفاً نقدياً من المطلق إلى النسبي، ومن العموميات إلى الأفكار المحددة، ومن الأحادية إلى الإختيارية من عدة بدائل وإخضاعها لمحك الواقع والتجربة العملية.

وتعد نتائج العلاج المعرفي إيجابية خاصة عندما يترافق مع إستعمال الدواء الملائم وبعض التقنيات السلوكية، أما في حالات الإكتئاب الحادة أو الشديدة يتم إضافة كل من العلاج المعرفي والسلوكي لمنح التحسين ومنع الإنتكاسة

(وليد سرحان وآخرون، 2001، ص117، 118).

هذا وفي الأخير فإن معظم العلاجات لا تصلح لوحدها كعلاج وإنما لابد من توافر العلاج المتكامل الشامل والذي يضم العلاجات السابقة مع تقديم أحدها عن الآخر حسب الأولوية وحسب نوعية وحدة الحالة الإكتئابية، وهذا للحصول على نتائج مرضية للشفاء.

ثانيا إكتئاب النفاس:

1 تعريف إكتئاب النفاس:

هو حالة مرضية حيث أنها تحدث في حوالي 50 بالمئة من النساء بعد الولادة وتبدأ بعد الولادة بأيام قلائل، ويظهر كأنه إمتداد للإضطراب المزاجي الذي يحدث بعد الولادة وأحيانا تكون الصورة واضحة منذ البداية بسبب شدة الأعراض التي تعاني منها المرأة المصابة، وتستمر هذه الأعراض لفترات متفاوتة وقد تطول أحيانا لتصل إلى عدة شهور وأحيانا تصل إلى سنة أو أكثر إذا تركت المرأة دون علاج.

(نادية عوض، 2001).

وقد يطول الإكتئاب مع تكرار حدوثه وتزداد شدته، كما تكون المرأة عرضة لنوبات إكتئاب في المستقبل وفي أوقات غير مرتبطة بالحمل و الولادة و هناك حالات تحتاج لدخول المستشفى للمتابعة الطبية و النفسية لمصلحة الأم و الطفل.

(ضحى محمود بابلي، 2003).

2 أعراض إكتئاب النفاس: تعاني المصابة بالإكتئاب بعض هذه الأعراض أو

كلها، بعد الولادة مباشرة أو بعد عدة أسابيع وهي:

- الأرق أي عدم القدرة على النوم أو النوم الكثير.
- التوتر الشديد أو نوبات من الذعر والقلق.
- صعوبة التركيز أو التذكر.
- فقد الرغبة في أمور الحياة الإعتيادية خاصة الجنس.
- الإحساس المستمر بالإرهاق و التعب.

- تغير في الشهية بحيث تعاني المرأة من قلتها أو نهم شديد للأكل.
- نقص في الوزن أو زيادته.
- الإحساس بعدم القدرة على إعطاء الطفل و الآخرين ما ينبغي من حب ومودة.
- الإحساس بالغضب ناحية الطفل و الآخرين. (نادية عوض، 2001).
- إنعدام الرغبة في الحياة وتمني الموت أو الإقدام على الإنتحار.
- الإنعزال و تجنب الإختلاط مع الناس.
- الإحساس بالذنب و الشك أو العجز واليأس والقلق.
- أعراض الوسواس القهري. (ضحى محمود بابلي، 2003).

التصنيف الأمريكي الرابع (DSM4) للأعراض:

- 1- الصدمة من طرف المحيطين.
 - 2- عدم الرغبة الجنسية.
 - 3- نقص الثقة الإجتماعية.
 - 4- زيادة القلق في حالة بقاء النافس لوحدها.
 - 5- التفكير في الهرب من المنزل.
 - 6- الخوف من تغير نظرة زوجها لها.
- (scherrey,2000,p18).

3 العوامل المؤدية لظهور إكتئاب النفاس:

- 3-1 العوامل البيولوجية: كتسم الحمل أو تعاطي بعض الأدوية و يسبق حدوث الإكتئاب أعراض إستهلاكية مثل الأرق و عدم الإستقرار، سيولة المزاج، و عدم القدرة على التركيز ثم يبدأ بعد ذلك ظهور الأعراض الإكتئابية.

(محمد مهدي، 2004).

3-2 ضغط عملية الولادة: لا شك أن عملية الولادة ضغط نفسي ليس فقط نتيجة لآلامها و صعوبتها، بل الأم تقضي شهور الحمل في معاناة ثم تصل إلى لحظة الولادة حيث تعاني بشدة حتى تلد ، وهي تكون قد قضت عدة ليالي بلا نوم أو راحة ثم تفاجئ أن هناك طفلا بجانبها يحتاج للرعاية و السهر وأن إحتياجاته لا تنتهي، ويزيد هذه الضغوط أن تكون الولادة غير طبيعية كالولادة القيصرية أو الولادة المتعسرة.

3-3 التغيرات الهرمونية السريعة: حيث يحدث إنخفاض سريع في مستوى الهرمونات الجنسية (الأستروجين والبروجستيرون) بعد الولادة مما يخل بالتوازن البيولوجي لبعض الوقت.

3-4 عوامل نفسية إجتماعية:

- اضطراب العلاقة مع الزوج و أسرته.
- معاناة المرأة من اضطرابات نفسية لم يتم علاجها.
- رفض الأم للحمل و بالتالي الطفل حيث لا ترغب أن تكون أما بسبب مشاكل نفسية أو لإرتباطها بزوج لا ترتاح إليه ، أو بسبب قلقها من مسؤولية الحمل.
- ضغوط العمل ومسؤولياته. (scherryl.p,2000,p17)

4_ النساء المعرضات للإصابة باكتئاب النفاس:

تكون بعض النساء أكثر عرضة للإصابة باكتئاب ما بعد الولادة أكثر من غيرهن وهن كالتالي:

- 1- النساء اللاتي سبق لهن الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة .

- 2- النساء اللاتي سبق لهن الإصابة بالإصابة بالإكتئاب غير المتعلق بالأمومة.
- 3- النساء اللاتي يوجد لديهن تاريخ عائلي للإصابة بالإكتئاب وإكتئاب ما بعد الولادة.
- 4- النساء اللاتي يعانين من اضطرابات شديدة قبل الدورة الشهرية.
- 5- النساء اللاتي مررن بمشكلات و صدمات أثناء الحمل أو بعد الولادة مباشرة.
- 6- النساء اللاتي لديهن مشكلات زوجية أو اللاتي ليس لديهن علاقات حميمة مع الأقارب و الأصدقاء.
- 7- في حالات صعوبة الولادة، وحالات ولادة طفل بعيوب خلقية.
- 8- في حالات الولادة المبكرة أو المتأخرة.
- 9- في حالات فصل الأم عن الطفل لأسباب تتعلق بأي منهما.
- 10- في حالات النساء اللاتي يجدن صعوبات أو مشكلات تتعلق بالطفل مثل صعوبة الرضاعة أو النوم.
- 11- في حالة عدم وجود مساندة من الأسرة. (ضحى محمود بابلي، 2003).

5- أساليب الوقاية:

هناك نصائح عديدة نستطيع إعطاؤها للمرأة من أجل تخفيف حدة الإكتئاب والمرور من هذه الفترة بسلام وأمان.

- 2- على المرأة النفساء إعطاء نفسها أكبر قدر ممكن من الراحة لتكون قادرة على مواجهة الأعباء الكثيرة المطلوبة منها في هذه الفترة.
- 3- من المطلوب في هذه الفترة عدم الإهتمام البالغ بالتفاصيل سواء بالنسبة للطفل أو فيما يتعلق بالمنزل من أجل توفير فترات راحة مناسبة.

4- وللتخفيف من الضغط النفسي على المرأة يجب أيضا التعبير بصراحة عن رغبتها والتصريح بعدم إستقبال الزيارات الإجتماعية إذا كانت الأم غير قادرة على ذلك بالإضافة إلى عدم إلزام الأم بتلقي المكالمات الهاتفية والتي عادة ما تكون كثيرة بل أحيانا مزعجة للأم في هذه الفترة.

ينبغي على الأم تناول الوجبات الغذائية المفيدة وتجنب الكافيين في المشروبات التي تزيد من حالة التوتر لدى النساء،(نادية عوض،2001).

5- تحتاج النساء أيضا الخروج من المنزل والمشي لمدة بسيطة عدة مرات في الأسبوع.

6- انظري إلى عائلتك بتأمل وسعادة بدلا من أن تكرهي كل شيء.

7- انظري إلى الوجه الجميل من الحياة وتجنبي النظر إلى الجوانب الأخرى.

8- وقبل كل شيء تتصح المرأة بسماع آيات من الذكر الحكيم والتي تبعث الطمأنينة في النفس في فترة لا تستطيع المرأة فيها القراءة بنفسها أو الصلاة.

(مجلة الحصن النفسي،2003).

كل هذه النصائح تحتاج إلى دعم وتعاون جميع أفراد الأسرة والعائلة (الأسرة الممتدة) بل حتى الأصدقاء ودعمهم النفسي وتفهمهم لهذه الفترة الحرجة من حياة المرأة والتي من طبعها تقلل الضغوط النفسية عليها، وبالتالي حمايتها من تعرضها لنوبة شديدة من الإكتئاب المرضي، إلا أن أي مساعدة يجب أن تكون برضاها.

6- الوسائل العلاجية:

1- التنفيس عن النفس بإخبار المحيطين بالأعراض التي تشعر بها المرأة المصابة.

- 2- طلب المساعدة من الزوج والأقارب وخاصة فيما يتعلق بالعناية بالمولود.
- 3- أخذ قسط كافي من الراحة والنوم.
- 4- ممارسة رياضة الاسترخاء.
- 5- الترفيه عن النفس بعدم ضرورة الوصول إلى الكمال في العناية بأمر الطفل.
- 6- اللجوء إلى الطبيب المختص وإخباره بالمعاناة في وقت مبكر لأن نتيجة العلاج تعتمد على البدء به مبكراً.
- 7- إخبار المختصة عند الرغبة في إرضاع الطفل طبيعياً لتختار الأدوية التي لا تضر الطفل.
- 8- لابد من الإنتباه إلى تقوية علاقة الأم بالوليد و التأكد من عدم رفضها له ويكون ذلك بإتباع الخطوات التالية:
 - إرضاع الطفل طبيعياً كل ساعتين أو ثلاثة في مكان هادئ ومحاولة أخذ فترة من الراحة أثناء نومه.
 - التحدث مع الرضيع ومناغاته من وقت لآخر.
 - طلب مشاركة الأب والأقارب في العناية بالمولود وإعطاء الأم فترات من الراحة.
 - الخروج في نزهة بصحبة الطفل الوليد من وقت لآخر. (نادية عوض، 2001).

خلاصة الفصل:

لقد تطرقنا في هذا الفصل أولاً إلى الإكتئاب الذي يعتبر من الإضطرابات النفسية الأكثر إنتشاراً، وهو حالة مرضية تتميز بمظاهر مختلفة انفعالية ونفسية وبدنية ومعرفية حيث تؤثر على ذات الفرد وعلى سلوكه وشخصيته حيث قمنا بتقديم لمحة تاريخية عن الإكتئاب وتعريفه، وتصنيفاته وأعراضه، وأسبابه والاتجاهات المختلفة في تفسير الإكتئاب، والوقاية والعلاج من الإكتئاب .

كما تطرقنا ثانياً إلى إكتئاب النفاس أو ما يعرف بإكتئاب ما بعد الولادة والذي ينتشر في أواسط العديد من النساء في الفترة التي ينبغي أن تكون النساء فرحة بقدوم مولود جديد في حياتها إلا أن تلك التغيرات التي تحدث خلال فترة النفاس تحول دون ذلك وجعل المرأة في صراع بين ما تحسه و بين ذلك المولود.

حيث قمنا بتعريف إكتئاب النفاس، أعراضه، عوامل حدوثه، و النساء الأكثر عرضة للإصابة به ، كما قدمنا أساليب الوقاية منه و الأساليب العلاجية.

وأضح من خلال ماسبق أن الإكتئاب أكثر و أخطر الإضطرابات النفسية التي تصيب المرأة بعد الولادة، وذلك لارتباطه بكثير من سمات الشخصية السلبية كالعجز واليأس وانخفاض تقدير الذات واضطراب العلاقة بالأنا ونتيجة التغيرات الهرمونية السريعة التي تحدث بعد عدة ساعات من الولادة وقد يكون الإكتئاب بسيطاً و يستمر لفترات قد تطول أو تقصر ، كما قد يكون شديداً

العلاج المتكامل الشامل والذي يضم العلاجات السابقة مع تقديم إحداهما عن الآخر حسب الأولوية وحسب نوعية وحدة الحالة الإكتئابية ، وهذا للحصول على نتائج مرضية للشفاء .

الجانحة التطبيقية

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

1. منهج البحث.
2. الدراسة الاستطلاعية.
3. عينة الدراسة الاستطلاعية.
4. أداة البحث.
5. الخصائص السيكومترية للمقياس.
6. عينة الدراسة الأساسية.
7. إجراءات تطبيق الدراسة.
8. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعدما تطرقنا إلى الجانب النظري الذي يعد الإطار المرجعي والذي يركز على تحديد إشكالية الدراسة وما يتعلق بها من متغيرات، بحيث سنتطرق في هذا الفصل إلى الإجراءات التطبيقية، والتي تعتبر حلقة وصل بين الجانب النظري والجانب الميداني وذلك ابتداء بالمنهج المتبع في الدراسة وكذا عينة الدراسة وكيفية اختيارها ثم الدراسة الاستطلاعية وما يتبعها من تحديد لميدان الدراسة والأدوات المستعملة لجمع البيانات، ثم نتعرض إلى إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية وكذا أبرز الأساليب الإحصائية لتحليل البيانات المحصل عليها.

1- منهج البحث:

إن طبيعة المشكلة المطروحة للدراسة هي التي تحدد المنهج الذي يتبع من بين المناهج المختلفة، وبداية يمكن أن نعرف المنهج العلمي بأنه "الطريقة التي يسلكها الباحث في دراسته، أو تتبعه لظاهرة معينة من أجل تحديد أبعادها بشكل شامل، يجعل من السهل التعرف عليها وتمييزها ويسهل معرفة أسبابها ومؤشراتها والأشكال التي تتخذها والعوامل التي تؤثر فيها. وطرق قياس الأثر والتنبؤ بشكل موضوعي دقيق يفسر العلاقات التي تربط عواملها الداخلية و الخارجية بهدف الوصول إلى نتائج عامة محددة يمكن تطبيقها وتعميمها". (الهادي خالدي وآخرون، 1996، ص22).

ويمكن تعريف المنهج الوصفي الإستكشافي و الذي يميزه أن الباحث يدخل الميدان و هو لا يعرف الأبعاد الحقيقية للظاهرة التي يدرسها، الأمر الذي يجعله يحصر إهتمامه في إستكشاف كل جوانب هذه الظاهرة أو المشكلة.

(موريس أنجرس، 2008، ص106).

2- الدراسة الإستطلاعية

1- تعتبر الدراسة الإستطلاعية مرحلة مهمة في البحث العلمي، نظرا لإرتباطها

بالميدان من خلالها نتأكد من وجود عينة الدراسة.

و حسب "عبد الرحمن عيسوي" فالدراسة الاستطلاعية هي دراسة استكشافية تسمح للباحث

بالحصول على معلومات أولية حول موضوع بحثه كما تسمح لنا كذلك بالتعرف على

الظروف و الإمكانيات المتوفرة في الميدان ومدى صلاحية الوسائل المنهجية المستعملة

قصد ضبط متغيرات البحث.

(عبد الرحمن العيسوي، 1989، ص118).

▪ 1-2- تهدف الدراسة الإستطلاعية إلى:

دراسة صدق المقياس .

دراسة ثبات المقياس.

▪ معرفة مدى ملاءمة وفهم عبارات إختبار الإكتئاب لبيك للمستوى التعليمي لعينة

الدراسة.

▪ التعرف على عينة الدراسة و المتمثلة في نساء حديثات الولادة

3- عينة الدراسة الاستطلاعية: تم إختيار 30 إمراة حديثة الولادة واختيرت العينة

بالطريقة القصدية والتي يعرفها موريس "أخذ عينة عن طريق السحب بالصدفة من بين

مجموع عناصر مجتمع البحث" (موريس أنجريس، 2006، ص304).

ذلك للتأكد من صلاحية أدوات الدراسة و من ثم استخدامها لحساب الصدق و الثبات

لمقياس الدراسة وهو مقياس الإكتئاب النفسي.

4- أداة البحث:

إعتمدت الطالبتان في هذا البحث على مقياس الإكتئاب النفسي B.D.I والذي أعده في

الأصل أرون بيك A. Beck وعريه غريب عبد الفتاح غريب (1985).

4-1- قائمة بيك لقياس الإكتئاب (الصورة المختصرة): أعد المقياس في الأصل بيك Beck وتتكون الصورة الأصلية لهذا المقياس من 21 بنداً، بينما تتكون الصورة المختصرة من 13 بنداً، وقد تركز هدف بيك في وضع أداة تغطي جميع أعراض الإكتئاب بصورة شاملة .

ويتميز هذا المقياس بجميع الخصائص السيكومترية للمقياس الجيد، كما أنه أداة قصيرة وسهلة الاستعمال . (bellack&Hersen:1988;P320.321)

ويحتوي كل بند من هذا المقياس على سلسلة من العبارات بحيث يختار العميل العبارة التي تناسبه وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس من 0 إلى 39. وتشير الدرجة التي تتراوح بين 0 و4 إلى عدم وجود إكتئاب أما الدرجة 5 و7 إلى وجود إكتئاب معتدل وبين 8 و15 إلى إكتئاب متوسط بينما تشير الدرجة التي تتراوح بين 16 فما فوق إلى وجود إكتئاب شديد. (غريب عبد الفتاح: 1988, ص 6-8)

ولقد اختارت الطالبتان هذا المقياس نظراً لتمتعه بخصائص المقياس الجيد لقياس الإكتئاب ، مقارنة بغيره من المقاييس الأخرى مثل مقياس جلفورد- زيمرمان للمزاج ، ومقياس الإكتئاب

من حيث Lubin، برناردلوبن. Zuckeman وقائمة صفات الإكتئاب لمارقن زوكمان MMPI درجة الإتساق الداخلي لعباراته وقدرته على التمييز .

5- الخصائص السيكومترية للمقياس:

1- في البيئة الأمريكية:

الثبات: استخدمت عدة طرق لقياس ثبات المقياس في المجتمع الأمريكي منها : ثبات تقديرات الأطباء النفسيين ، حيث وصلت نسبة الإتفاق بين إثنين من الأطباء النفسيين عند تطبيق المقياس على عينة مكونة من 150 مريضاً يعانون من اضطرابات العصاب النفسي وإضطرابات الشخصية إلى 70% كما استخدمت طريقة الإتساق

الداخلي، حيث طبق المقياس على 200 مفحوصا و تمت مقارنة درجة كل مفحوص على كل عرض بدرجته الكلية على المقياس ككل ، وباستخدام تحليل التباين اللابارامتري بواسطة الرتب، تبين أن جميع الأعراض التي يقيسها المقياس ذات علاقة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 واستخدمت كذلك طريقة التجزئة النصفية على عينة مكونة من 97 مفحوصا فوصل معامل الارتباط إلى 0.86 وبعد تصحيحه بمعادلة سبيرمان براون وصل معامل الارتباط إلى 0.93 كما استخدمت طريقة إعادة التطبيق على عينة مكونة من 38 مريضا مرتين بفواصل زمني يتراوح من أسبوعين إلى ستة أسابيع، فوصل معامل الارتباط بين التطبيقين إلى: 0.83 . (رشاد عبد العزيز، دس، ص، 40، 39)

الصدق: استخدمت عدة طرق لإيجاد صدق مقياس بيك للإكتئاب منها الصدق التلازمي حيث حسب العلاقة بين درجات المقياس بدرجات أخرى سيكومترية منها مقياس الاكتئاب MMPI ومقياس هاملتون للإكتئاب فوصلت معاملات الارتباط بين 0.72، 0.76 . (غريب عبد الفتاح غريب؛ 1988، ص 42).

وحسب كذلك معاملات الارتباط بين مقياس بيك ونتائج التشخيص الإكلينيكي ل226 مفحوصا فكان معامل الارتباط 0.65 وهو دال عند مستوى الدلالة 0.01. وتم حساب صدق المضمون فوجد في 1961 علاقة دالة إحصائية بين الاكتئاب والأحلام المازوخية، Beck et Ward وفي دراسة أخرى وجد بيك وستاين 1960 أن الأفراد المكتئبين يحصلون على درجات منخفضة على مقياس مفهوم الذات وبينت بعض الدراسات أن الفرد المكتئب يتوحد مع النموذج الخاسر أو ضحية الظلم والإضطهاد ، ويميل إلى تكوين تنبؤات تشاؤمية والى التحقير في حالة الإستجابة لسلسلة من المؤثرات المصورة ، والتقليل من شأن الأداء.

(رشاد عبد العزيز، دس، ص 44).

في البيئة العربية:

1- الثبات:

إستخدم غريب عبد الفتاح غريب عام 1985 طريقة التجزئة النصفية على 50 مفحوصا في مصر من جامعة الأزهر، فوصل معامل الارتباط إلى 0.87 وإستخدمت كذلك طريقة إعادة التطبيق على 33 فردا راشد بفاصل زمني بين التطبيقين شهر ونصف، فوصل معامل الثبات بهذه الطريقة

وإستخدمت طريقة ألفا كرونباخ على عينة من 75 طالبا جامعيًا في مصر (جامعة عين شمس)، فكان المعامل ألفا يساوي 0.75 وهو دال عند مستوى الدلالة 0.01.
(رشاد عبد العزيز، دس، ص45).

وفي الإمارات العربية قام غريب (1992) بحساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق في أربع دراسات على عينات من طلاب الجامعة عددهم في كل دراسة هو 37 طالبة، 29 طالبة، 42 طالب، 20 طالبا، فكانت معاملات الثبات في الدراسات الأربع على التوالي هي: 0.88، 0.90، 0.71، 0.68، وكلها دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01

2-الصدق: ولحساب الصدق إستخدمت كذلك عدة طرق منها طريقة الصدق التلازمي بين المقياس بيك للإكتئاب و مقياس (د) من مقياس MMPI على 43 من الراشدين ، فوصل معامل الصدق إلى 0.60 كما قام عبد الخالق (1996) بحساب صدق مقياس بيك بطريقة صدق التكوين فحسب معامل الارتباط على 120 طالبا من جامعة الإسكندرية بينه وبين ثلاثة مقاييس يفترض إرتباطها بالإكتئاب إيجابيا أو سلبيا وهي : التفاؤل والتشاؤم و اليأس ، فكانت معاملات الارتباط كما يلي على التوالي : 0.56، 0.72، 0.37 كما قام بحساب الصدق التلازمي بين قائمة بيك و ثلاثة مقاييس أخرى تقيس الإكتئاب و هي : مقياس جلفورد للإكتئاب ومقياس MMPI للإكتئاب ومقياس زوكرمان لوين للصفات الإنفعالية على عينة من 120 طالبا جامعيًا ، فوصلت معاملات

الإرتباط بين قائمة بيك و المقاييس الأخرى كالآتي على التوالي : 0.66، 0.49، 0.46 وكلها دالة عند مستوى الدلالة 0.01 كما تبين أيضا عن طريق الصدق التمييزي أن مقياس بيك يميز بشكل واضح بين مرضى الإكتئاب و الأسوياء.

(بشير معمره؛1998،ص148-149).

في البيئة الجزائرية

1- الثبات: قام بشير معمره 1998 بحساب الثبات على عينة متكونة من 63 طالب وطالبة 28 من الذكور و 35 من الإناث من السنوات الأربعة لمعهدي العلوم الاجتماعية و الآداب و اللغة العربية في جامعة باتنة بفاصل زمني بين التطبيقين تراوح بين 18 يوما و 27 يوما فوصل معامل الإرتباط بين التطبيقين بطريقة بيرسون من الدرجات الخام إلى 0.832 و هو دال عند مستوى الدلالة 0.01.

2- الصدق : قام الباحث بحساب معامل الصدق بطرقتين الأولى عن طريق الصدق التلازمي فحسب المعامل بطريقة بيرسون من الدرجات الخام بين مقياس بيك للإكتئاب ومقياس التقدير الذاتي للإكتئاب لزونج w.w.zung وهو من تعريب و إعداد رشاد عبد العزيز موسى 1988 على عينة متكونة من 43 طالبا و طالبة من معهدي العلوم الإجتماعية و الإقتصاد في جامعة باتنة، فوصل معامل الإرتباط بين المقياسين إلى 0.825 وهو دال عند مستوى الدلالة 0.01. والثانية عن طريق الإتساق الداخلي و هي إحدى طرق حساب صدق التكوين. حيث تم حساب معامل الإرتباط بطريقة بيرسون من الدرجات الخام بين درجة كل عبارة و الدرجة الكلية للمقياس على عينة متكونة من 82 طالبا و طالبة 34 ذكر ، و 48 أنثى من معاهد العلوم الإجتماعية و الري و الإقتصاد و اللغات و العلوم الدقيقة . وتبين الجداول التالية معاملات الإرتباط بين كل عبارة و مستوى دلالتها الإحصائية: لدى عينة الذكور ن=34

الجدول رقم:1 يبين معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية للمقياس لدى عينة الذكور في البيئة الجزائرية.

أرقام العبارات	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	أرقام العبارات	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	أرقام العبارات	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.464	0.01	6	0.482	0.01	11	0.452	0.01
2	0.532	0.01	7	0.473	0.01	12	0.457	0.01
3	0.518	0.01	8	0.460	0.01	13	0.550	0.01
4	0.437	0.01	9	0.562	0.01			
5	0.603	0.01	10	0.446	0.01			

الجدول رقم:2 يبين معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية للمقياس لدى عينة الإناث في البيئة الجزائرية

أرقام العبارات	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	أرقام العبارات	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	أرقام العبارات	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.652	0.01	6	0.547	0.01	11	0.561	0.01
2	0.526	0.01	7	0.613	0.01	12	0.535	0.01
3	0.605	0.01	8	0.632	0.01	13	0.615	0.01
4	0.483	0.01	9	0.567	0.01			
5	0.552	0.01	10	0.624	0.01			

يتبين من خلال معاملات الثبات و الصدق التي تم استخراجها لهذا المقياس أنها كانت كلها مرتفعة و دالة إحصائيا، وهذا ما يجعل هذا المقياس صالحا للإستخدام في البيئة الجزائرية بكل ثقة و إطمئنان .
(بشير معمريه، 1998؛ ص149،153)

6- الخصائص السيكومترية لمقياس الإكتئاب النفسي للدراسة الحالية:

لكي يتحقق الباحث من صلاحية الأداة المستعملة لجمع البيانات يقوم بحساب الصدق و الثبات حتى يستطيع أن يثق في النتائج المتحصل عليها.

الصدق: يمثل الصدق واحد من الخصائص الأساسية للاختبار، فالاختبار الصادق هو ما يقيسه الاختبار أو يتتبا به.

و الاختبار يعتبر صادقا إذا كان يقيس ما وضع لقياسه

و قد تم الإعتماد في هذه الدراسة على أنواع الصدق التالية:

صدق المقارنة الطرفية: تسمح لنا هذه الطريقة بالتحقق من مدى قدرة الأداة على التمييز بين طرفي الخاصية التي تقيسها.

و قد تم حساب مجموع درجات كل فرد من أفراد العينة ثم ترتيبها من الدنيا إلى العليا، ثم تقسيم العينة إلى مجموعتين باختيار نسبة ثم حساب المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري للدرجات العليا و الدنيا، و تطبيق إختبار (T) لقياس الفروق بين المتوسطات الحسابية فكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (3) يوضح نتائج صدق الاختبار باستخدام المقارنة الطرفية

مستوى الدلالة	درجة الحرية	ت المجدولة	ت المحسوبة	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	C	
دالة عند 0.01	20	13,47	8.77	2,16	10,09	11	القيم العليا 33%
				0,88	0,72	11	القيم الدنيا 33%

من خلال النتائج الموضحة نلاحظ المتوسط الحسابي للفئة الدنيا بلغ (0,72) و المتوسط الحسابي للفئة العليا بلغ (10,09) في حين بلغ الإنحراف للفئة الدنيا (0,88) و الفئة العليا بلغ (2,16) و بلغت قيمة (ت) المحسوبة (8,77) و عند مقارنتها ب (ت)

المجدولة التي بلغت قيمتها (13,47) عند درجة الحرية 20 نجد أن (ت) المحسوبة أقل من (ت) المجدولة عند مستوى الدلالة 0.01.

إذن فالأداة قادرة على التمييز و منه فالإختبار صادق و نستطيع تطبيقه على العينة الأساسية بعد التأكد من ثباته.

2-الصدق الذاتي: هو صدق الدرجات التجريبية للإختبار بالنسبة للدرجات الحقيقية، وفي الصدق الذاتي خلصت من أخطاء القياس، و بما أن الثبات يقوم في جوهره على معامل ارتباط الدرجات الحقيقية للإختبار بنفس الدرجات إذا أعيد إجراء الإختبار على نفس المجموعة التي أجري عليها لأول مرة.

$$\text{الصدق الذاتي:} = \sqrt{\text{معامل الثبات}} = \sqrt{0,73} = 0,85$$

(مقدم عبد الحفيظ ، 2007 ، ص86)

3-الثبات: يعني مدى الدقة و الإستقرار و الإتساق في نتائج الأداة لو طبقت مرتين فأكثر على نفس الخاصية في مناسبات مختلفة.

(بشير معمره، 2006 ص188).

و بمعنى آخر إن الإختبار يعد ثابتا إذا كان يؤدي إلى نفس النتائج في حالة تكراره. و لحساب معامل مقياس الإكتتاب النفسي في هذه الدراسة تم إستخدام الطرق التالية:

1- الثبات بطريقة ألفا كرونباخ: يعد معامل ألفا كرونباخ أحد أهم مقاييس الإتساق الداخلي الذي يمثل متوسط المعاملات الناتجة عن تجزئة الإختبار إلى أجزاء بطريقة مختلفة و ذلك فإنه يمثل معامل إرتباط بين أي جزئين من أجزاء الإختبار

(سعد عبد الرحمن، 2003، ص85).

و في هذه الدراسة تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات للمقياس الكلي، حيث اتضح من خلال النتائج أن قيمة ألفا كرونباخ قدرت بـ 0.73 و هي قيمة قوية و دالة لدى مستوى الدلالة 0.01.

و بناء على هذه النتيجة فإن مقياس الإكتئاب النفسي يجيب على تساؤلات و فرضيات الدراسة و هو مناسب لتطبيقه على أفراد عينة الدراسة.

2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية: تم تطبيق المقياس على عينة إستطلاعية عددها (30) امرأة حديثة الولادة بمستشفى بوضياف بورقلة و بعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية للمقياس الكلي، حيث أن طريقة التجزئة النصفية تقوم على قسمة بنود المقياس إلى نصفين و كذلك بنود كل بعد إلى قسمين، حيث تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول و مجموع فقرات النصف الثاني للمقياس الكلي و كذلك لكل بعد على حدى و النتائج الخاصة بذلك موضحة من خلال الجدول التالي: **الجدول رقم (4) يوضح ثبات الإختبار باستخدام طريقة التجزئة النصفية.**

مستوى الدلالة	(ر) بعد التعديل	(ر) قبل التعديل	
0.01	0.60	0.40	إختبار الإكتئاب النفسي

من خلال النتائج المدونة في الجدول يتضح أن قيمة (ر) قبل التعديل قدرت بـ 0.40 و بعد التصحيح بمعادلة سبيرمان قدرت بـ 0.60 و هي قيمة قوية و دالة عند 0.01.

7- عينة الدراسة الأساسية : تكون أفراد العينة من 100 امرأة حديثة الولادة تتراوح أعمارهم ما بين (19) و (43) سنة في مستشفى محمد بوضياف بورقلة و مستشفى محمد بوضياف بحاسي مسعود المتمثلة في مصلحة الولادة.

7-1 خصائص عينة الدراسة:

7-1-1 تقسيم العينة على حسب عدد الولادات: تم تقسيم العينة على حسب متوسط الحسابي لعدد الولادات و قدر ب 2.48 بإنحراف معياري مقدر ب 1.64 وعليه تم تقسيم الأفراد إلى مجموعتين حسب ما هو مبين في الجدول التالي رقم(5):

جدول رقم (5) يوضح تقسيم العينة على حسب عدد الولادات:

النسبة المئوية %	العينة	
62%	62	من 1 إلى 2 ولادات
38 %	38	من 3 إلى 7 ولادات
100%	100	المجموع

من خلال جدول (5) يتضح أن عدد النساء من 1 إلى 2 ولادات هن (62) وتقدر النسبة

المئوية ب 62% ومن 3 إلى 7 ولادات هن (38) وتقدر النسبة المئوية ب 38%

7-1-2 تقسيم العينة حسب السن: تم تقسيم العينة وذلك بعد تحديد قيمة المتوسط الحسابي والمقدرة ب 28,57 وعليه تم تقسيم العينة إلى ثلاث فئات حسب ما هو مبين في الجدول التالي :

جدول رقم (6) يوضح تقسيم العينة على حسب السن :

النسبة المئوية %	العينة	
33 %	33	من 19 إلى 25
55%	55	من 26 إلى 37
12%	12	من 38 إلى 43
100%	100	المجموع

من خلال جدول رقم (6) يتضح أن عدد النساء ذوي السن من 19 إلى 25 هن (33) وتقدر النسبة المئوية بـ 33% ومن 26 إلى 37 هن (55) وتقدر النسبة المئوية بـ 55% ومن 38 إلى 43 هن (12) وتقدر النسبة المئوية بـ 12%

6-1-3 تقسيم العينة حسب المستوى الإقتصادي : وذلك بعد تحديد ثلاث

مستويات لأفراد العينة حسب ما هو مبين في الجدول التالي

جدول رقم (7) يوضح تقسيم العينة على حسب المستوى الإقتصادي :

النسبة المئوية %	العينة	
15%	15	مرتفع
82%	82	متوسط
03%	03	منخفض
100%	100	المجموع

من خلال هذا الجدول رقم (7) يتضح أن عدد النساء ذوات مستوى اقتصادي مرتفع هن (15) وتقدر النسبة المئوية بـ 15% و عدد النساء ذوات مستوى إقتصادي متوسط هن (82) وتقدر النسبة المئوية بـ 82% أما النساء ذوات مستوى إقتصادي منخفض هن (03) وتقدر النسبة المئوية بـ 03%

8- إجراءات تطبيق الدراسة : بعد التأكد من صلاحية أداة القياس والإطمئنان على

ثباتها وصدقها من خلال الدراسة الإستطلاعية شرعنا في تطبيق الدراسة ، حيث تم توزيع

100 إستمارة بشكل جماعي على نساء حديثات الولادة

فقمنا بإتباع الإجراءات التالية :

- قامت الطالبتان بتقديم نفسيهما والغرض العلمي من هذه الدراسة .
- التأكد من فهم العينة لطريقة الإجابة .

- يطلب من المفحوصات عدم ترك أي سؤال بدون إجابة .
 - الطالب من النساء حديثات الولادة مراجعة أوراق الإجابة للتأكد من أنهم أجابوا على الفقرات و أنهم سجلوا جميع البيانات المطلوبة.
 - شكر المفحوصات على مشاركتهم وتعاونهم في إعداد هذا البحث.
- ثم بعد ذلك يصحح المقياس بناء على مفتاح التصحيح ،حيث أن في مقياس الإكتئاب النفسي

"فإن الدرجات التي يتحصل عليها المفحوص في كل بند تتراوح بين صفر وثلاثة، أما BDI القيمة الإجمالية للمقياس تصل بين (0) إلى (39) وهي الحد الأقصى الذي يمكن أن تصل إليه النساء حديثات الولادة على مقياس بيك للإكتئاب (الصورة المختصرة) . وتشير الدرجة التي تتراوح بين 0 و 4 إلى عدم وجود إكتئاب أما الدرجة 5 و 7 إلى وجود إكتئاب معتدل وبين 8 و 15 إلى إكتئاب متوسط بينما تشير الدرجة التي تتراوح بين 16 فما فوق إلى وجود إكتئاب شديد.

9- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة :

تعد الصور والأساليب الإحصائية المستعملة بتعداد أغراض الدراسة، وهذا من أجل الوصول إلى معالجة وتحليل البيانات بطريقة علمية وموضوعية، وقد تم الاستعانة في هذه الدراسة بالأساليب الإحصائية التالية:

9-1 المتوسط الحسابي: حساب المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة على بنود الإختبار و المقياس و يعد من مقاييس النزعة المركزية الذي يوضح مدى تقارب الدرجات من بعضها و إقترابها من المتوسط وهو مجموعة الدرجات المتحصل عليها على مجموع أفراد العينة.

(يشير معمره،2002،ص130)

9-2 الإنحراف المعياري: يعتبر الإنحراف المعياري من أهم مقاييس التشتت و يعرف على أنه الجذر التربيعي لمتوسط مربعات القيم عن متوسطها الحسابي، و الإنحراف المعياري يفيدنا في معرفة توزيع أفراد العينة و مدى إنسجامها.

9-3 معامل الارتباط بيرسون: وقد تمت الاستعانة به لحساب معامل الثبات بإستخدام التجزئة النصفية

9-4 النسبة المئوية: وقد تمت الإستعانة بها للتأكد من صحة الفرضية الثانية

9-5 اختبار "ت" T.Teset: وقد تمت الإستعانة به للتأكد من صحة الفرضية الجزئية الأولى

إختبار (ف) تحليل التباين: وقد تمت الإستعانة به للتأكد من صحة الفرضية الأولى والثالثة

كما أنه قد تم الإستعانة بنظام الإعلام (spss) للتأكد من صحة فرضيات الدراسة

خلاصة الفصل:

بعد عرض جميع الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة الميدانية بدءاً بالمنهج المستخدم في الدراسة ، بحيث اعتمدنا على المنهج الوصفي والذي يهتم بوصف وتحليل وتفسير الظاهرة ثم تطرقنا بعد ذلك إلى الدراسة الاستطلاعية للتعرف على ميدان الدراسة والخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة ، بعد ذلك عرجنا على العينة ومواصفاتها ، وانتهاءً بالأساليب الإحصائية المعتمدة في النتائج لتسهيل عرضها وتحليلها وتفسيرها في الفصل القادم .

الفصل الخامس

معرض و تحليل و مناقشة النتائج

تمهيد

1 معرض و تحليل النتائج.

2 تفسير فرضيات الدراسة.

3 الإستنتاج العام.

4 خلاصة الدراسة.

1- عرض وتحليل النتائج:

تمهيد: بعد تطرقنا إلى فصل الإجراءات الميدانية وتحديد المنهج المتبع وعينة البحث وتحديد الأدوات المستعملة لجمع البيانات ، سنتطرق في هذا الفصل إلى عرض وتحليل النتائج المتحصل عليها ثم مناقشتها وتفسيرها .

عرض نتائج الفرضية العامة: و التي تنص على انه تظهر لدى المرأة إستجابة إكتئابية بعد الولادة.

و للتأكد من صحة الفرضية تم حساب النسبة المئوية و المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري و الجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم(8): يوضح درجات الاستجابة الاكتئابية للمرأة بعد الولادة.

16 فما فوق		15_8		7_5		4_0		الإكتئاب النفسي
ن	%	ن	%	ن	%	ن	%	
4	4%	36	36%	19	19%	41	41%	

من خلال الجدول رقم(8) يتضح أن عدد النساء ذوات مستوى إكتئاب من (4_0) قدر بنسبة (41%) و أن عدد النساء ذوات مستوى اكتئاب من (7_5)قدر بنسبة (19%) و أن النساء ذوات مستوى الإكتئاب من (15_8) قدر بنسبة (36%) و أ، عدد النساء ذوات مستوى الإكتئاب من 16 فما فوق قدر بنسبة (4%).

عرض وتحليل النتائج

و من خلال هذه النتائج يتضح لنا انه تظهر لدى المرأة إستجابة إكتئابية منخفضة بعد الولادة و للتأكد من ذلك تم حساب المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري لدرجات أفراد عينة الدراسة و النتائج المحصل عليها مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (9): يوضح المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي
5,57	6,83

عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى: تنص على أنه توجد فروق في درجة الإستجابة الإكتئابية لدى النساء بعد الولادة باختلاف المستوى الإقتصادي و للتأكد من صدق الفرضية تم إستخدام إختبار (ف) و تحليل التباين الأحادي و النتائج المحصل عليها مدونة في الجدول التالي:

جدول رقم (10): يوضح نتائج تحليل التبايني باختلاف المستوى الاقتصادي

مستوى الدلالة	ف الجدولة	ف المحسوبة	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	
غير دالة عند 0,05	3,09	2,44	73,88	2	147	بين المجموعات
			30,18	97	2927	داخل المجموعات
			104,6	99	3075	المجموع

عرض وتحليل النتائج

من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم (10) يتضح أن قيمة (ف) المحسوبة قدرت ب 2,44 وهي قيمة غير دالة عند مستوى الدلالة (0,05) ودرجة حرية (2)-97 و عليه نقبل الفرضية الصفرية التي تنص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإستجابة الإكتئابية لدى النساء بعد الولادة باختلاف المستوى الإقتصادي وعليه نرفض الفرضية البديلة و نقبل الفرضية الصفرية.

عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية: تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإستجابة الإكتئابية لدى النساء بعد الولادة باختلاف عدد الولادات.

و للتأكد من صدق الفرضية تم إستخدام إختبار (ت) و النتائج المحصل عليها مدونة في الجدول التالي:

جدول رقم (11): يوضح نتائج التحليل التبايني باختلاف عدد الولادات

مستوى الدلالة	(ت) الجدولة	(ت) المحسوبة	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	
دالة عند 0,05	1,98	2,16	98	6,07	7,30	62	2-1
				4,30	4,86	38	7-3
				10,37	12,16	100	المجموع

من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم (11) يتضح أن قيمة (ت) المحسوبة قدرت ب (2,16) وهي قيمة أكبر من القيمة الجدولة والمقدرة ب (98,1)(0,05) و درجة حرية (98) و عليه نقبل فرضية الدراسة ونرفض الفرضية الصفرية التي تنص

معرض وتحليل النتائج

على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإستجابة الإكتئابية لدى النساء بعد الولادة بإختلاف عدد الولادات ونرفض الفرضية البديلة.

الفرضية الجزئية الثالثة: تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإستجابة الإكتئابية لدى النساء بعد الولادة بإختلاف السن.

و للتأكد من صدق الفرضية تم إستخدام إختبار (ف) و التحليل التباين الأحادي و النتائج المحصل عليها مدونة في الجدول التالي:

جدول رقم (12): يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي باختلاف السن

مستوى الدالة	ف المجدولة	ف المحسوبة	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	
غير دالة عند 0,05	3,09	2,35	71,17	2	142,33	بين المجموعات
			30,23	97	2933,22	داخل المجموعات
			101,4	99	3075,56	المجموع

من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم (12) يتضح أن قيمة (ف) المحسوبة قدرت ب (2,35) وهي قيمة غير دالة عند مستوى الدلالة (0,05) ودرجة حرية (2)_97 وعليه نقبل الفرضية الصفرية التي تنص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإستجابة الإكتئابية لدى النساء بعد الولادة بإختلاف السن ونرفض الفرضية البديلة.

2- تفسير الفرضيات:

2-1 تفسير نتائج الفرضية العامة: والتي تنص على أنه:

" تظهر لدى المرأة إستجابة إكتئابية بعد الولادة".

من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم (8) يتضح لنا أن نسبة 41% من أفراد عينة الدراسة كانت استجابتهم الاكتئابية منخفضة و قد يعود ذلك لعدة أسباب و عوامل قد يكون منها مثلا الدعم الاجتماعي من طرف الأسرة والعائلة (الأسرة الممتدة) بل حتى الأصدقاء ودعمهم النفسي و تفهمهم لهذه الفترة الحرجة من حياة المرأة و التي من طبعها تقليل الضغوط النفسية عليها و بالتالي حمايتها من تعرضها لنوبة شديدة من الاكتئاب ، كما أن للزوج دورا مهما في هذا الدعم إذ يعتبر مدعما أساسيا للمرأة في هذه الفترة و غيابها قد يؤدي إلى تعرضها أيضا للإصابة بالاكتئاب، إضافة إلى عامل الوازع الديني فالمرأة المشبعة دينيا تحمي نفسها من خطر التعرض للإصابة بالاكتئاب فتقوم المرأة مثلا بسماع آيات من الذكر الحكيم و التي تبعث الطمأنينة في نفسها في فترة لا تستطيع فيها القراءة لوحدها و هذه ما أكدته (أمل مخزومي 2003).

كما أن التحضير النفسي للأم الحامل قبل الولادة يعتبر عاملا مهما في تخفيف و حماية هذه الأخيرة من تعرضها لنوبات اكتئابية بعد الولادة حيث يجعلها مهياً ولو بنسبة قليلة لخوض هذه العملية و التكيف مع الفترة التي تليها و المتمثلة في فترة النفاس ، كما قد نجد انه يمكن للجو الاجتماعي الذي تعيشه الأم النفساء داخل مصلحة ما بعد الولادة مع زميلاتها في الغرفة عاملا مدعما لحمايتها من هذا الاضطراب من خلال تجاذب أطراف الحديث عن فرحة ازدياد المولود و أمور العناية به و التحضيرات لإستقباله بالبيت وتسميته.

كما وجدنا أن ما نسبته (36%) من أفراد العينة كانت إستجابتهم الإكتئابية متوسطة و هذا ما يتفق مع ما توصل إليه كل من الباحث (إيطو Itou 2001) و الباحثة (كيري توماس T-kiri 2007) و الباحثة (رانيا مسعد إسماعيل يوسف 2008).

فقد تصاب المرأة بنوع من الإكتئاب في أي يوم من الأيام أو الأسابيع الأولى بعد الوضع، و مع تفاوت الأعراض من امرأة لأخرى إلا أنها تتمثل في التفكير السلبي و الإحساس بالخيبة و عدم القيمة و القلق و الذعر مع سرعة الغضب وصعوبة التركيز و حتى الفزع و الذعر لدرجة الرغبة في إيذاء الطفل و تصاب المرأة بهذا الاكتئاب في فترة الولادة نتيجة لعدة أسباب كالولادة العسيرة إضافة الى وجود أحداث غير سعيدة قد تؤثر على نفسياتها كالمشاكل الزوجية أو العائلية أو المادية أو غيرها التي تساهم في الإصابة بالاكتئاب ، كما أن قدوم الطفل في حد ذاته يعتبر مرحلة تغيير كبيرة في حياة المرأة و حدوث تغيرات جسدية و عاطفية و اجتماعية مما قد تؤدي مجتمعة إلى الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة. كما أن بعض الأمهات قد لا تشعرن بالشعور الطاغي بالأمومة أو بالأحاسيس اللاتي كن يتوقعنها لدى حمل الطفل لأول مرة فبعض النساء يقعن في حب أطفالهن من أول نظرة و البعض الآخر يتعلمنه تدريجيا مما يصيب المرأة بالإحباط و القلق ما يساهم في حدوث الاكتئاب و هذه ما أكده (ياسر متولي 2009) ، كما انه نتيجة الانخفاض السريع في الهرمونات الجنسية (الأستروجين و البروجستيرون) بعد الولادة مما يخل بالتوازن البيولوجي ما يساهم في حدوث الإكتئاب بعد الولادة و هذا ما أكده الباحث(شيريل Scherreyل 2000).

إضافة إلى أن تسمم الحمل أو تعاطي الأدوية في ذلك الوقت يؤدي إلى ظهور الأعراض الاكتئابية وهذا ما ذهب إليه وأكده الباحث (محمد مهدي، 2004).

2-2 تفسير نتائج الفرضيات الجزئية الأولى: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في

درجة الإستجابة الإكتئابية لدى النساء بعد الولادة بإختلاف المستوى الإقتصادي.

من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم (10) يتضح لنا أن متوسط المربعات بين المجموعات قدر ب(73,88) وداخل المجموعات قدر ب(30,18) وقد بلغت (ف) المحسوبة (2,44) وهي أصغر من (ف) المجدولة وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0,05) وانطلاقا من هذه النتيجة يتضح لنا أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاستجابة الاكتئابية لدى النساء بعد الولادة بإختلاف المستوى الإقتصادي.

ويمكننا أن نفسر ذلك بأن المرأة في فترة الولادة تحتاج إلى الدعم المعنوي و النفسي أكثر من إحتياجها للدعم المادي رغم أن هناك إختلاف في ما أكده الباحث (ياسرمتولي 2009) حيث أكد أن النساء الأكثر عرضة للإصابة بإكتئاب ما بعد الولادة من توجد لديهن أحداث غير سعيدة كالمشاكل الزوجية و العائلية والمادية، لكن رغم هذا إلا أن الدعم المعنوي من طرف الأسرة و الأقارب وخاصة الزوج مهم جدا حيث أن غياب هذه المساندة تجعل المرأة النفساء أكثر عرضة للإصابة بإكتئاب ما بعد الولادة وهذا ما أكدته الباحثة (ضحى محمود بابلي 2003)، و بالرجوع إلى الواقع نرى أيضا أن الدعم المعنوي يخفف الضغوط على النفساء فتحس أنها محاطة بكل أشكال الرعاية لها ولطفلها ما يخفف أيضا خوفها من مسؤولية رعاية الطفل لوحدها حتى وإن كان المستوى الإقتصادي مرتفعا أو منخفضا إلا أنه لا يؤمن الراحة النفسية التي يؤمنها الدعم المعنوي كما أن هذا أكثر ما لاحظناه و لمسناه من معظم النساء أثناء تطبيقنا لأداة البحث .

تفسير الفرضية الجزئية الثانية: و التي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة

إحصائية في درجة الإستجابة الإكتئابية لدى النساء بعد الولادة بإختلاف عدد الولادات.

من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم (11) يتضح لنا أن المتوسط الحسابي للنساء من (1-2) ولادات قدر ب (7,30) وتتحرف عن القيم ب(6,07)، أما قيمة المتوسط الحسابي للنساء من (3-7) ولادات قدرت ب(4,86) و تتحرف عن القيم ب(4,30) و قد بلغت قيمة (ت) المحسوبة(2,16) وهي أكبر من (ت) المجدولة وهي دالة عند مستوى الدلالة (0,05) بدرجة حرية (98) وإنطلاقاً من هذه النتيجة يتضح لنا أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإستجابة الإكتتابية لدى النساء بعد الولادة بإختلاف عدد الولادات.

و تتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه الباحثة (كيري توماس Kiri-T)

و يمكننا أن نفسر ذلك في حدوث التغيرات المفاجئة في معدل الهرمونات خلال وقت الولادة و مع ذلك يمكن أن تكون هناك أسباب أخرى حقيقية كصدمة الولادة نفسها و الإضطراب الذي يصاحب قدوم طفل جديد ، و ينتشر هذا الإكتتاب بشكل أوسع بين الأمهات الحديثات العهد بالأمومة و هذا ما أكده (ياسر متولي 2009)

كما يمكننا أن نفسر ذلك بالمسؤولية الجديدة التي تحسها المرأة حديثة العهد بالأمومة و تخوفها منها ما يشكل و يكون لديها ضغوطاً قد تؤدي و تساهم في الإصابة بالإكتتاب بعد الولادة على عكس الأمهات سابقات العهد بالأمومة و هذا ما نراه ونلاحظه أيضاً بالرجوع إلى الواقع فسابقات العهد بالأمومة لديهن خبرة العناية بالطفل الجديد و تحمل مسؤوليته و بالتالي تخف عليهن الضغوط كما أن الأمهات الحدي يجدن صعوبة تتعلق بالعناية بالطفل و تلبية حاجاته كالرضاعة على العكس من سابقات العهد بهذه الخبرة فهذه الأخيرة شيء طبيعي و عادي ألفه و تعودن عليه و لا يشكل لهم أي ضغط أو قلق أو توتر.

تفسير الفرضية الجزئية الثالثة: و التي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإستجابة الإكتئابية لدى النساء بعد الولادة بإختلاف السن.

ومن خلال النتائج المدونة في الجدول رقم (12) يتضح لنا أن قيمة متوسط المربعات بين المجموعات قدرت ب(71,17) و داخل المجموعات قدرت ب(30,23) وقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة (2,35) وهي أصغر من (ف) المجدولة وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0,05) عند درجة حرية (2)-97، وإنطلاقاً من هذه النتيجة يتضح لنا أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإستجابة الإكتئابية لدى النساء بعد الولادة بإختلاف السن، وتختلف نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه الباحثة (ماري سيلج هاغا 2009) والتي دلت نتائجها على أن النساء الكيبرات في السن (على مشارف الأربعين) من أكثر عرضة للإصابة بإكتئاب ما بعد الولادة.

ويمكننا أن نفسر عدم وجود الفروق باختلاف السن بالرجوع إلى عملية الولادة أيضاً فالمرأة سواء كانت صغيرة في السن أو كبيرة فإنها تمر بنفس ضغوط الولادة ثم تمر أيضاً بنفس نواتجها (التغيرات الهرمونية) التي قد تكون مساهماً كبيراً في إصابة النساء بإكتئاب ما بعد الولادة ، كما يمكن تفسير ذلك بأنه كلما كانت الأم صغيرة في السن كلما استهدفها الصراع فهي تحزن إذ ترى جسمها قد تغير و تحترق بين الأمومة و أنوثتها و بين واجباتها و متطلباتها و أن تكون بنتاً مدللة من طرف والديها و أن تكون أما تدلل وليدها و هذا ما أكدته (محمد علي البار، 1984).

و هذه التفسيرات ليست مطلقة و قد تكون خاصة بعينتنا التي طبقت عليها فقط و حتى البيئة التي تعيش فيها هذه العينة و ذلك حسب العادات و التقاليد.

الإستنتاج العام:

بعد التعرف على موضوع الدراسة و المتمثل في الإستجابة الإكتتابية لدى المرأة بعد الولادة فقمنا بإجراء دراسة ميدانية من أجل التعرف على ما إذا كانت تظهر لدى المرأة إستجابة اكتبائية في فترة الولادة و إثبات أو نفي فرضيات الدراسة و مناقشة النتائج المحصل عليها و التي كانت كالتالي:

تحقق الفرضية التي تقر أنه تظهر لدى المرأة إستجابة إكتتابية بعد الولادة.

نفي الفرضية التي تقر وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإستجابة الإكتتابية لدى النساء بعد الولادة بإختلاف المستوى الإقتصادي.و ذلك من خلال التحليل الإحصائي لإختبار (ف).

نفي الفرضية الثانية التي تقر وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإستجابة الإكتتابية لدى النساء بعد الولادة بإختلاف عدد الولادات و ذلك من خلال التحليل الإحصائي لإختبار (ت).

نفي الفرضية الثانية التي تقر وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإستجابة الإكتتابية لدى النساء بعد الولادة بإختلاف السن وذلك من خلال التحليل الإحصائي لإختبار (ف).

خلاصة الدراسة:

في تناولنا لموضوع الإستجابة الإكتئابية لدى المرأة بعد الولادة إنطلقنا من فرضية عامة و ثلاث فرضيات جزئية و ذلك للتعرف على درجة هذه الأخيرة حيث قمنا بتطبيق مقياس بيك للاكتئاب الذي قام بتكليفه غريب عبد الفتاح غريب في البيئة العربية و قد قمنا بتطبيقه على 100 امرأة بمصلحة ما بعد الولادة

و بعد ذلك قمنا باستخدام عدة أساليب إحصائية لحساب هذه الدرجات فتوصلنا الى أنه تظهر لدى المرأة استجابة اكتئابية منخفضة بعد الولادة.

و على إثر هذه النتائج نقترح بعض التوصيات و الاقتراحات التي قد تساهم ولو بشكل قليل في تخفيف هذه الإستجابة الإكتئابية بعد الولادة.

التوصيات و الاقتراحات:

على ضوء ما توصلنا إليه من نتائج نوصي ونقترح مايلي:

- الاهتمام بالمختص النفسي ودوره في مصلحة التوليد.
- القيام بحملات توعوية للنساء المقبلات على الولادة و لأسرهن.
- ضرورة التحضير النفسي قبل الولادة.
- مساعدة الأم على التكيف مع فترة الولادة من خلال تقديم كل أشكال الدعم والمساندة خاصة النفسية و قيامها بإستشارة المختص النفسي في هذه الفترة.
- لفت الانتباه للاضطرابات المصاحبة للمرأة بعد الولادة (كالذهان).

- مواصلة البحث و التعمق في موضوع الاكتئاب لدى المرأة بعد الولادة و ذلك من خلال علاقته ببعض المتغيرات كالمستوى التعليمي ،المنحدر السكاني (مدينة، ريف).

قائمة المراجع:

مراجع باللغة العربية:

- 1- أحمد عكاشة. (2003). الطب النفسي المعاصر ، د ط ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة .
- 2- أحمد مدثر سليم (2003): الصحة النفسية ،دط، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، الإسكندرية
- 3- بشير معمره (2002):القياس النفسي ،ط2، دار النشر باتنيت للخدمات المكتبية والمعلوماتية ، باتنة الجزائر.
- بشير معمره .(2006):القياس النفسي وتصميم الإختبارات النفسية ،دط، منشورات الحبر، الجزائر.
- 4-حسن مصطفى عبد المعطي .(1998):علم النفس الإكلينيكي ،دط، دار قباء للنشر والتوزيع ،القاهرة.
- 5-رشاد عبد العزيز موسى .(1993) :علم النفس المرضي ،دط،مؤسسة المختار للنشر والتوزيع ، القاهرة.
- 6-رشاد عبد العزيز.(دس) :الإكتتاب النفسي في سيكولوجية الفروق بين الجنسين ،دط، مؤسسة مختار للنشر والتوزيع ، القاهرة .
- 7-الرابطة الأمريكية للطب النفسي ، الدليل النفسي الإحصائي الرابع للإضطرابات النفسية ،ترجمة أمينة السماك وآخرون ،(دس)، دط،مكتبة المنار الإسلامية ، الكويت.
- 8-الهادي خالدي وعبد المجيد قدي .(1996):المرشد في المنهجية وتقنيات البحث العلمي ، دط ، دار هومة ، الجزائر .
- 9-سنا محمد سليمان .(2008) : الأمراض النفسية والأمراض العقلية ،ط1 ، عالم الكتب ، القاهرة.

- 10- سعد عبد الرحمن .(2003) :القياس النفسي بين النظرية والتطبيق ،ط4 ، دار الفكر العربي ،مصر.
- 11- عبد الستار إبراهيم .(1980):العلاج النفسي الحديث ،دط ،علم المعرفة بيروت .
- 12- عبد الستار إبراهيم .(1999):علم النفس الإكلينيكي ،ط1،مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 13- عبد المنعم حنفي.(1999):موسوعة الطب النفسي (مج2)،ط2 ،مكتب المدبولي ، القاهرة.
- 14- عبد الرحمن العيسوي .(1992): في الصحة النفسية والعقلية،دط، دار النهضة العربية ، بيروت
- 15- عبد الحميد محمد الشاذلي .(1998)،الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية ،دط،المعهد العالي للخدمة الإجتماعية ،أصوان.
- 16- عبد المنعم عبد القادر الميلادي .(2004):الأمراض و الإضطرابات النفسية ،دط، مؤسسة شباب الجامعة ، الإسكندرية .
- 17- عبد الرحمن عيسوي.(1989):الإحصاء السيكولوجي التطبيقي ، دط، دار النهضة العربية.
- 18- عبد الله عسكر .(1988):الإكتئاب النفسي بين النظرية والتطبيق ، مكتبة الأنجلو المصرية ،القاهرة .
- 19- فؤاد بهي السيد .(2008): الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة ،ط2، دار الفكر العربي ،القاهرة .
- 20- لظفي الشربيني. (2001) : الإكتئاب (المرض والعلاج) ،دط ، شركة الجلال للطباعة .

- 21-موريس أنجريس .(2006):منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية ،دط ، دار القصبية ،الجزائر .
- 22-موريس أنجريس.(2008) منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية ،دط ، دار القصبية ،الجزائر .
- 23-محمد حسن غانم .(2006):الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية ،ط1 ،مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .
- 24-محمد الحجار .(1989):الطب السلوكي المعاصر ،ط1،دار الملايين ،بيروت.
- 25-محمد جاسم محمد (2004)،علم النفس الإكلينيكي،ط1،مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن
- 26-مجدي محمد الدسوقي .(2002): قائمة تشخيص الإكتئاب ، دط، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة
- 27-منى الصواف وقتيبة الحلبي .(2003):الصحة النفسية للمرأة العربية ،طبية للنشر والتوزيع ،دط،القاهرة
- 28-مدحت عبد الحميد .(2001):الإكتئاب دراسة في السيكيوبامترية ،ط1،دار المعرفة الجامعية ،القاهرة .
- 29- مقدم عبد الحفيظ (2007)، الإحصاء والقياس النفسي والتربوي ، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر.
- 30-وليد سرحان وآخرون .(2001) :الإكتئاب ،ط1،دار مجدلاوي للنشر والتوزيع ، عمان.

المجلات:

31-أمل مخزوني (2004): مجلة الحصن النفسي - المشكلات النفسية بعد الولادة وكيفية مواجهتها.

32-إيطو.م. (2001) : مجلة النفسي السريري.

33-بشير معمرية. (1998):مدى إنتشار الإكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين ، مجلة علم النفس ج.1.منشورات جامعة الجزائر، الجزائر.

34- عبد الرحمن العيسوي .(1975):إبن سينا والأمراض العقلية العصرية ،مجلة كلية الأدب والتربية ،جامعة الكويت ،عدد ديسمبر.

35-غريب عبد الفتاح.(1988):دراسة مستعرضة للفروق بين الجنسين في الإكتئاب لدى عينة مصرية ،مجلة الصحة النفسية ،مجلد 29 القاهرة

36-مجلة المجالس .(2003)،أسبوعية سياسية كويتية ،جامعة ،العدد،1629

37-ممدوح سلامة .(1989):التشويه المعرفي لدى المكتئبين وغير المكتئبين ،مجلة علم النفس ، العدد التاسع ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة.

رسائل جامعية:

38-محمد سليم خميس. (2005):علاقة نمط التفكير بالإكتئاب النفسي لدى المراهقين المتمدرسين، رسالة ماجستير غير منشورة .

مراجع باللغة الأجنبية:

39-Bellack &Hersen .(1988):Behavioral assessment. Pregmon press. New York.

40- Davison ,cg.neale,jm.(1986) :Abnormal psychology ,john willy sons press . New York.

- 41-Dider Lechemia (1995) : Les dépressions de la Prévention à la guérison . Edition deheleb .Alger.
- 42-Ferreri .M. Bottero .A. Alby .J.M. (1993):Sémiologie des états dépressifs de l'adulte. E.M.C. edition techniques. Paris.
- 43-Ferreri Maurice.(1983) : Eux les déprimés .Documenta G Eigy. Paris.
- 44-Fontaine .O. Cottraux .J .Ladouceur.R. (1984) : Clinique des thérapies comportementales . Pierre Margada .Bruxelles.
- 45-Frank .J. AYd .J. R. (1986) :Dépressions et leurs diagnostic .p.u .f. Paris.
- 46-Marrceli .D. Bracannier .A. (1984) : Abrégé Psychopathologie de l'adolescent. Ed Masson . Paris.
- 47-Pierre Schneider.(1980).La dépressions. Collection santé le hameau. Paris.
- 48-Richard Jabrowski .(1975) : La dépression dite moureuse . Paris.

المواقع الإلكترونية :

49- رانيا مسعد إسماعيل يوسف (2008):إكتتاب مابعد الولادة ،منتدى خالد،2مارس

pm : 7.59- 2012

50- ضحى محمد بابلي (2003) :لها أون لاين ، الحمل والولادة وإكتتاب مابعد الولادة

51- ماري سيلج هاغا M-haga(2009): موقع عيت أرفاد التميمي ،22مارس –

Pm :11 , 35

52-نادية عوض (2001) :إسلام أون لاين ، علوم تكنولوجيا ،الصحة والطب
البديل.

53- [http :w/www .neahernet /.com /stories or/16849-](http://www.neahernet.com/stories_or/16849-)
pm:11;36

54-

[scherryl.p\(2000\)altannasta.fr,postnataldépression/15/01/2012](http://scherryl.p(2000)altannasta.fr,postnataldépression/15/01/2012)
/pm:9,55.

55- [http:/ www.yassermetwily.com](http://www.yassermetwily.com)

مقياس B .D .I

إعداد

الدكتور/غريب عبد الفتاح غريب

كلية التربية – جامعة الأزهر

قسم الصحة النفسية

الإسم :

المستوى التعليمي:

عدد الولادات :

السن:

المستوى الإقتصادي :

تعليمات:

في هذه الكراسة مجموعة من العبارات الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حدى ، ثم قم بوضع دائرة حول العبارة (0 أو 1 أو 2 أو 3) والتي تصف حالتك خلال الأسبوع الحالي بما فيه ذلك اليوم.

تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قبل أن تختار واحدة منها وتأكد من أنك قد أجبت على كل المجموعات .

- 1 (0. أنا لا أشعر بالحزن.
 1. أنا أشعر بالحزن والكآبة.
 2. أنا مكتئب وحزين طوال الوقت ولا أستطيع أن أنزع نفسي من هذه الحالة.
 3. أنا حزين وغير سعيد لدرجة أنني لأستطيع تحمل ذلك.
- 2 (0. أنا لست متشائماً على وجه الخصوص ولست مثبط الهمة فيما يتعلق بالمستقبل.
 1. أنا أشعر بأن المستقبل غير مشجع .
 2. أنا أشعر بأن ليس لدي شيء أتطلع إليه في المستقبل.
 3. أنا أشعر بأن المستقبل لأمل فيه وأن الأشياء لا يمكن أن تتحسن.
- 3 (0. أنا لا أشعر بأنني شخص فاشل.
 1. أنا أشعر بأنني فشلت أكثر من الشخص المتوسط.
 2. كلما أعود بذاكرتي إلى الوراء، لأستطيع أن أرى في حياتي إلا الكثير من الفشل
 3. أنا أشعر بأنني شخص فاشل تماما (كوالد،والدة ،زوج).
- 4 (0. أنا لست غير راضي.
 1. أنا أشعر بالملل أغلب الوقت.
 2. أنا لا أحصل على الإثباع والرضا من أي شيء بعد الآن.
 3. أنا غير راضي عن كل شيء.

5) 0. أنا لا أشعر بأنني أثم أو مذنب . 1. أنا أشعر بأنني رديء أو لا قيمة لي

أغلب الوقت 2. أنا أشعر بالذنب أو الإثم تماما. 3. أنا أشعر كما لو أنني رديء جدا أو عديم القيمة.

6) 0. أنا لأشعر بخيبة الأمل في نفسي .

1. أنا فاقد الأمل في نفسي.

2. أنا مثمئز من نفسي.

3. أنا أكره نفسي.

7) 0. أنا ليست لدي أي أفكار للإضرار بنفسي .

1. أنا لدي أفكار للإضرار بنفسي ولكن لا أنفذها. 2. أنا أشعر بأنه من الأفضل أن

أموت. 3. لو أسطعت لقتلت نفسي .

8) 0. أنا لم أفقد اهتمامي بالناس .

1. أنا أقل اهتماما بالناس مما تعودت أن أكون من قبل .

2. أنا فقدت أغلب اهتمامي بالناس ، ولدي مشاعر قليلة اتجاههم.

3. أنا فقدت كل اهتمامي بالناس ، ولا أهتم بهم على الإطلاق.

9) 0. أنا أتخذ القرارات بنفس الجودة كما تعودت أن أتخذها من قبل .

1. أنا أحاول تأجيل اتحاد القرارات.

2. أنا لدي صعوبة شديدة في إتخاذ القرارات.

3. أنا لأستطيع اتحاد أي قرار بعد الآن.

10) 0. أنا لأشعر بأنني أظهر أسوأ مما اعتدت أن أظهر به من قبل

1. أنا مشغول وقلق على أنني أظهر كبير السن أو غير جذاب.

2. أنا أشعر بأن هناك تغييرات ثابتة في مظهري تجعلني اظهر بطريقة غير جذابة

3. أنا أشعر بأنني قبيح أو كره المنظر

11 (11) 0. أنا استطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل.

1. أبذل بعض الجهد لكي أبدأ العمل في بعض الأشياء.

2. يجب أن أدفع نفسي بقوة لأقوم بأي شيء.

3. أنا لأستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق.

12 (12) 0. أنا لا أجهد أكثر مما تعودت من قبل.

1. أنا لأشعر بالإجهاد بسهولة أكثر مما تعودت من قبل.

2. أنا أشعر بالإجهاد من أداء أي شيء.

3. أنا في منتهى الإجهاد لدرجة أنني لأستطيع عمل شيء.

13 (13) 0. شهيتي للأكل ليست أسوأ من المعتاد.

1. شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت.

2. شهيتي أصبحت أسوأ الآن .

3. أنا ليست لي شهية للأكل نهائيا.

NEW FILE. DESCRIPTIVES VARIABLES=age /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives

[DataSet2]

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Age	100	19,00	43,00	28,5700	5,93782
Iné	100	1,00	7,00	2,4800	1,64212
Valid N (listwise)	100				

ONEWAY déprition BY iconom /STATISTICS DESCRIPTIVES /MISSING ANALYSIS.

Oneway

[DataSet2]

Descriptives

Déprition

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1,00	15	5,4667	6,03403	1,55798	2,1251	8,8082	,00	18,00
2,00	82	6,7805	5,46374	,60337	5,5800	7,9810	,00	30,00
3,00	3	,0000	,00000	,00000	,0000	,0000	,00	,00
Total	100	6,3800	5,57371	,55737	5,2741	7,4859	,00	30,00

ANOVA

Déprition

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	147,778	2	73,889	2,448	,092
Within Groups	2927,782	97	30,183		
Total	3075,560	99			

ONEWAY deprition BY age /STATISTICS DESCRIPTIVES /MISSING ANALYSIS.

Oneway نتائج الفرضية الثانية

[DataSet0]

Descriptives

Deprition

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
					1,00	34		
2,00	54	5,4444	4,83956	,65858	4,1235	6,7654	,00	18,00
3,00	12	5,9167	5,14266	1,48456	2,6492	9,1842	,00	13,00
Total	100	6,3800	5,57371	,55737	5,2741	7,4859	,00	30,00

ANOVA

Deprition

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	142,339	2	71,170	2,354	,100
Within Groups	2933,221	97	30,239		
Total	3075,560	99			

T-TEST GROUPS=iné(4 5) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=deprition /CRITERIA=CI(.95).

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
deprition	Equal variances assumed	1,919	,169	2,162	98	,033	2,43803	1,12757	,20041	4,67565
	Equal variances not assumed			2,344	95,867	,021	2,43803	1,04018	,37326	4,50280

T-Test نتائج الفرضية الثالثة

[DataSet0]

Group Statistics

	iné	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
deprition	4,00	62	7,3065	6,07491	,77151
	5,00	38	4,8684	4,30067	,69766

ONEWAY déprissions BY économe /STATISTICS DESCRIPTIVES /MISSING ANALYSIS.

Oneway نتائج الفرضية الأولى

[DataSet0]

Descriptives

Déprissions

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1,00	15	5,4667	6,03403	1,55798	2,1251	8,8082	,00	18,00
2,00	82	6,7805	5,46374	,60337	5,5800	7,9810	,00	30,00
3,00	3	,0000	,00000	,00000	,0000	,0000	,00	,00
Total	100	6,3800	5,57371	,55737	5,2741	7,4859	,00	30,00

ANOVA

Déprissions

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	147,778	2	73,889	2,448	,092
Within Groups	2927,782	97	30,183		
Total	3075,560	99			

Reliability

[DataSet0]

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,376
		N of Items	7 ^a
	Part 2	Value	,728
		N of Items	6 ^b
		Total N of Items	13
			Correlation Between Forms
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,661
	Unequal Length		,662
	Guttman Split-Half Coefficient		,585

a. The items are: VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006, VAR00007.

b. The items are: VAR00007, VAR00008, VAR00009, VAR00010, VAR00011, VAR00012, VAR00013.

Reliability

[DataSet0]

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

b.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,732	13

T-Test

[DataSet1]

Group Statistics

	VAR00002	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00001	1,00	11	10,0909	2,16585	,65303
	,00	11	,7273	,78625	,23706

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
									Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
VAR00001	Equal variances assumed	9,019	,007	13,478	20	,000	9,36364	,69473	7,91446	10,81281
	Equal variances not assumed			13,478	12,591	,000	9,36364	,69473	7,85780	10,86948