

جامعة وهران
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية
فرع إرشاد وتوجيه

الموضوع

تهيئة المرأة الحامل للولادة القيصرية
- اقتراح برنامج إرشادي علاجي عقلائي انفعالي -

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر- 2 - تخصص إرشاد وتوجيه

إعداد الطالبة:

قويدر خيرة

إشراف الأستاذة:

قادري حليلة

السنة الجامعية: 2013-2014

كلمة شكر وتقدير

نحمد الله ونشكره على منحنا القدرة والإرادة لنخطو خطوات إلى الأمام.
قال المصطفى صلى الله عليه وسلم "إذا ساعدكم أحدكم فكافئوه فإذا لم تجدوا بما تكافئوه
فثنوا عليه".

فبكل فخر وامتنان نتقدم بالشكر إلي الأستاذة الفاضلة "قادري حليلة" وأساتذة اللجنة المناقشة
كل من الأستاذ بلعابد عبد القادر, طالب سوسن, طباس نسيمة .

واو دان اشكر الاستاد بن طاهر طاهر الذي ساعدي من بداية ضبط الإشكالية إلى غاية نهاية
الدراسة , واشكر كل من الأساتذة منصوري عبد الحق , هاشمي احمد .

كما بوذي أن اشكر الأخصائيين النفسانيين كل من ماحي هجيرة, رجدال عماد , بن احمد سمية
, لحرر فتيحة, صبغات عائشة , والأخصائية الاجتماعية حجاج حياة على مساعدتهم ودعمهم لنا.
كما اشكر كل من ساهم من بعيد أو من قريب في انجاز هذه الدراسة.

ملخص الدراسة:

تناول الدراسة موضوع تهيئة المرأة الحامل للولادة القيصرية وهذا من خلال اقتراح برنامج إرشادي علاجي المستند على النظرية العقلانية الانفعالية "Eliss" وعلى هذا الأساس انطلقنا من التساؤل التالي :

اثر البرنامج الإرشادي العلاجي في تهيئة المرأة الحامل للولادة القيصرية .

وللتفصيل أكثر تم طرح التساؤلات الجزئية التالية :

-هل يوجد فرق في مستوى القلق قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي العلاجي؟

-هل يوجد فرق في مستوى الضغط النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي؟

-هل يوجد اختلاف في نوعية الأفكار لدى المرأة الحامل قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي العلاجي؟

وللإجابة عن هذه التساؤلات قمنا بصياغة الفرضيات التالية :

- يوجد فرق في مستوى القلق لدى الحوامل قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي العلاجي.

- يوجد فرق في مستوى الضغط النفسي لدى الحوامل قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي العلاجي.

- يوجد اختلاف في نوعية الأفكار لدى المرأة الحامل قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي العلاجي.

ولتأكيد أو نفي الفرضيات المطروحة قمنا بدراسة ميدانية تجريبية بمصلحة توليد "نوار فضيلة", وتم بناء

أدوات الدراسة وحساب الخصائص السيكومترية المتمثل في الاستبيان المعنون "المعاش النفسي للحامل"

وبرنامج إرشادي معتمد على النظرية العقلانية الانفعالية المكونة من (11) جلسة, منها (10) جلسات تم فيها

الإرشاد الجماعي, وجلسة واحدة تتبعية فردية, بمعدل جلستين لكل أسبوع, حيث تم اختيار عينة الدراسة بطريقة

قصدية من حيث النساء الحوامل المبرمجين للولادة القيصرية, ومن تحصلن على أعلى درجات في الاستبيان

(القياس القبلي), ولم تكن مقصودة من حيث السن, المستوى الدراسي, أو عدد مرات الحمل و الوضع, وتم

استخدامنا المنهج التجريبي في الدراسة وذلك لملائمته لطبيعة الدراسة. وبعد تطبيق البرنامج على الحالات

الخمس صغرت النتائج على ما يلي:

قبول الفرض الأول يوجد فرق في مستوى القلق لدى الحوامل قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي العلاجي.

قبول الفرض الثاني يوجد فرق في مستوى الضغط النفسي لدى الحوامل قبل وبعد البرنامج الإرشادي العلاجي.

قبول الفرض الثالث يوجد اختلاف في نوعية الأفكار لدى المرأة الحامل قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي

العلاجي. وفي ضوء نتائج هذه الدراسة قدمت مجموعة من الاقتراحات.

قائمة المحتويات

الإهداء.....	أ.....
كلمة شكر.....	ب.....
الملخص.....	ت.....
قائمة المحتويات.....	ث.....
قائمة الجداول.....	خ.....
مقدمة.....	1.....
1-أهمية البحث.....	1.....
2-أهداف البحث.....	2.....
3-إشكالية الدراسة.....	2.....
4-فرضيات الدراسة.....	4.....
5-المفاهيم الإجرائية.....	4.....
الإطار النظري.....	4.....
أولا- الحمل والولادة.....	4.....
1-تعريف الحمل.....	4.....
2-المراحل النفسية للحامل.....	5.....
3-التغيرات السيكولوجية للحامل.....	6.....
4-مضاعفات الحمل.....	6.....
5-أمراض الحمل.....	7.....
6- الولادة.....	7.....
7- أسباب الولادة القيصرية.....	8.....
8-أهمية التحضير للولادة القيصري.....	8.....

9	ثانيا: النظرية العقلانية الانفعالية.....
9	1-تصورات الأساسية للنظرية.....
10	2-المفاهيم الأساسية للنظرية.....
10	3-المعتقدات.....
11	4-أهم الافتراضات والمسلمات.....
11	5-أهداف النظرية.....
12	6-آلية حدوث الاضطراب.....
12	7 خصائص العلاج العقلاني الانفعالي.....
13	8-طرق العلاج العقلاني الانفعالي.....
14	9- تقويم النظرية.....
15	الإجراءات المنهجية للدراسة.....
18	ثالثا: الدراسة الاستطلاعية.....
18	1- مكان الدراسة.....
19	2- مدة الدراسة.....
19	3- عينة الدراسة.....
19	4- أدوات الدراسة.....
19	رابعا: الدراسة الأساسية.....
19	1 منهج الدراسة.....
19	2- مكان الدراسة.....
19	3مدة الدراسة.....
19	4حالات الدراسة ومواصفاتها.....
20	5- أدوات الدراسة.....
26	6- الأساليب الإحصائية.....
26	خامسا: عرض النتائج.....

28	سادسا: مناقشة نتائج الفرضيات.....
30	الخاتمة.....
30	الاقتراحات.....

قائمة المراجع

الملاحق

قائمة الجداول

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
1	يبين قياس العبارات من عدمها حسب المحكمين لبعد القلق.	16
2	يبين قياس العبارات من عدمها حسب المحكمين لبعد الضغط النفسي.	16
3	يبين قياس العبارات من عدمها حسب المحكمين لبعد الأفكار السلبية.	16
4	يبين الغاء الفقرات او إبقاء حسب النسبة.	17
5	يوضح نسب اتفاق المحكمين على صدق محتوى البرنامج الإرشادي.	18
6	يوضح نسب إتفاق المحكمين على صدق محتوى جلسات البرنامج الإرشادي	19
7	يوضح مواصفات حالات الدراسة.	20
8	يوضح الخطوط العريضة للبرنامج.	21
9	يوضح ملخص عن جلسات البرنامج.	23
10	يوضح الواجب رقم 1.	25
11	يوضح الواجب رقم 2	26
12	يبين نتائج القياس القبلي والبعدي للاستبيان.	26
13	نتائج القياس القبلي والبعدي لبعد القلق	26
14	يبين نتائج القياس القبلي والبعدي لبعد الضغط النفسي.	27
15	يبين نتائج القياس القبلي والبعدي لبعد الأفكار الخاطئة	27
16	يبين نتائج الفروق بين القياس القبلي والبعدي لبعد القلق	28
17	يبين نتائج الفروق بين القياس القبلي والبعدي لبعد الضغط النفسي	28
18	يبين نتائج الفروق بين القياس القبلي والبعدي لبعد الأفكار السلبية	28
19	يبين نتائج الفروق بين القياس القبلي والبعدي للاستبيان.	29

المقدمة :

تعتبر الأمومة أجمل شيء في الدنيا والتي تتميز بها المرأة, غير أن هذه الأخيرة لها ثمن تدفعه قبل أخذ اسم الأم.

ونظرا لاعتبار الحمل حدث فيزيولوجي طبيعي إلا انه يحمل معه الكثير من الارتباطات والدلالات الفيزيولوجية النفسية والاجتماعية التي تؤثر في استقبال المرأة الحامل لهذا الحدث والتفاعل مع الجنين حتى لحظة الولادة, ولما كانت الولادة بأنواعها صعبة, نظرا للحالة النفسية التي تكون عليها المرأة الحامل والتي تؤثر على صحتها وصحة جنينها, وخاصة عندما لا تجد الدعم المعنوي المحتاجة إليه في هذه المرحلة من حياتها. و خاصة عندما تكون لهذه الحامل أفكار لاعقلانية حول الولادة, ومدة حملها تكون كلها مخاوف وضغوطات نفسية, هذا ما يصعب عليها الولادة, وقد ينتج عنه فقدان الرضيع أو حتي معاناتها أثناء الولادة هي ورضيعها لذلك أردنا أن تكون دراستنا حول ذلك.

ومن خلال ملاحظتي أثناء قيامي بعملتي في مصلحة أمراض النساء والتوليد, كأخصائية نفسانية, إن إحدى المشكلات التي تسبب مشاكل وخيمة تعود على الجنين والأم ألا وهي الحالة النفسية التي تكون عليها الحامل أثناء الولادة القيصرية ومن هنا نستخلص مدى أهمية تهيئة الحامل للولادة بأنواعها عامة والولادة القيصرية خاصة, وأهمية بناء برنامج إرشادي علاجي لتحضيرهن نفسيا للولادة.

1 أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الموضوع في كونه لم يتم دراسته من قبل، وهذا بعد إطلاعنا على البحوث الموجودة في مكتبة علم النفس وعلم التربية بجامعة وهران. وترجع أهمية الدراسة أو أهمية البرنامج الإرشادي لأهمية الحالة النفسية للحامل ومدى أهمية تحضيرها للولادة القيصرية وهذا يرجع إلى مدى تأثير الجانب العضوي (جسم الأم والجنين) للحالة النفسية التي تكون عليها سواء بالإيجاب أو بالسلب.

-التعرف على الأفكار اللعقلانية لهذه الفئة والتي تسبب لهن الاضطرابات النفسية (القلق, التوتر, الضغط النفسي).

-الاستفادة من البرنامج الإرشادي العلاجي لتهيئة المرأة الحامل للولادة القيصرية باستخدام الاسترخاء والاعتماد على العلاج العقلاني الانفعالي للأفكار اللاعقلانية في هذه المرحلة حول العملية القيصرية.

2- أهداف الدراسة:

- ✓ إعداد برنامج إرشادي علاجي عقلائي انفعالي لتهيئة المرأة الحامل للولادة القيصرية .
- ✓ التعرف على اثر البرنامج الإرشادي.
- ✓ التوصل على بعض المقترحات والتوصيات التي تمكن من مساعدة هذه الفئة.

3- إشكالية الدراسة :

إن الحالة النفسية للحامل مهمة جدا وتؤثر بالإيجاب أو السلبي على الجنين, وتذبذب حالتها النفسية بين الفرح والحزن والخوف من مصاعب الحمل والولادة, والتفكير في عملية الولادة وآلامها قد تظهر لديها بعض الضغوطات النفسية والقلق. ونظرا لأهمية مرحلة الحمل والولادة .

حيث يشير "ديفيد" (2004) إلى أن النساء الحوامل, اللاتي يعانين من الضغط النفسي أثناء الحمل, قد يرزقن بأطفال أكثر عرضة للإصابة بالحساسية والربو, وان ضغط الحامل قد يكون له تأثيرات سلبية دائمة في صحة الطفل اللغوية, والعقلية, في مراحل عمره اللاحقة, إما بتقليل توريد الدم للطفل, وأما بنقل هرمون التوتر "الكورتيزول" إليه فيؤثر في نموه العقلي والذهني, كما أن الأحداث الانفعالية والموترة, والمشكلات التي تتعرض لها السيدات الحوامل قد تؤدي إلى ولادة أطفال أشقياء.

ففي دراسة "بيجريس 2010" التي هدفت إلى تحديد مستوى الضغط النفسي والقلق, لدى النساء الحوامل, وعلاقتها بالحالة الصحية والجسدية لأطفالهن, شملت الدراسة (174) حاملاً, منهن (71) حاملاً للمرة الأولى. وقد أكدت النتائج وجود مستويات عالية من الضغوط النفسية والقلق لدى النساء الحوامل, خصوص بين النساء اللاتي يلدن لأول مرة, وبينت النتائج وجود علاقة سلبية بين صحة المرأة النفسية أثناء الحمل, والصحة الجسدية لأطفالهن, حيث إن 10.7% من أطفال السيدات القلقات, يعانون من أمراض عامة و 9.8% منهم يعانون من أمراض جلدية, و 7.6% يتعاطون مضادات حيوية.

كما أشار مارغليت 2010 إلى ان الضغط النفسي يؤثر في النشاطات الفسيولوجية في جسد المرأة الحامل, وربما انتقل التأثير إلى الجنين .

ومن الدراسات التي أجريت في مجال قلق الحوامل. وفي "دراسة نوربك و أندرسون 2010" التي هدفت إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية, والقلق الذين تعاني منها النساء الحوامل, وعلاقتها بمستوى الدعم الاجتماعي, وقد بينت النتائج وجود مستوى مرتفع من الضغوط النفسية والقلق لدى الحوامل .

كما يؤكد ليتلون وآخرون, 2006 و تيكسيرا وآخرون 2009) أن حدة القلق تزداد , نظراً لتجاهل المرأة حالتها النفسية على حساب الاهتمام بأمور ثانوية أخرى, كاهتمام السيدات الحوامل بحالة الجنين, والتجهيزات المناسبة لاستقباله, فهي تركز طوال فترة الحمل على الأشياء التي تحتاجها له, وفي ظل هذه الاستعدادات والالتزامات والقلق, تتجاهل الحامل أهمية حالتها المزاجية والنفسية, التي تؤثر تلقائياً على الجنين.

و دراسة احمد واخرون 1994 , هدفت الدراسة إلى التعرف على وجود أعراض القلق والاكتئاب لدى النساء الحوامل ومدى تأثير المفاهيم الخاطئة على ذلك , ومقارنة النساء الحوامل بغير الحوامل.

وتكونت عينة الدراسة من (50) امرأة حامل تم اختيارهن عشوائياً من العيادة النسائية في مدينة الحسين الطبية بالأردن ، و (50) امرأة غير حامل كعينة ضابطة وممثلة لعينة الدراسة من حيث الخلفية الاجتماعية والسن ، والثقافة . وقام الباحثون بتطبيق مقاييس متعددة منها مقياس بيك للاكتئاب ومقياس للقلق والمقابلات الشخصية . وعمل الباحثون على معالجة البيانات إحصائياً بعدة أساليب . وأشارت نتائج الدراسة إلى أن النساء الحوامل لديهن ارتفاع في مستوى القلق وبعض المفاهيم الخاطئة أكثر من النساء غير الحوامل . ودعمت هذه النتائج فكرة النظرية المعرفية بأن المفاهيم والاتجاهات الخاطئة قد ينتج عنها قلق واكتئاب . ومن تلك الدراسة أنها أجريت على عينة مشتركة من النساء الحوامل وغير الحوامل والتي استخدم فيها الباحثون المنهج التجريبي ليصلوا إلى مدى تأثير المفاهيم الخاطئة على أفراد العينة مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة والتي جاءت نتائجها لتؤكد مدى تأثير المفاهيم الخاطئة والشائعة بين الناس على مستوى القلق والاكتئاب لدى النساء الحوامل أكثر من قرنائهن من النساء غير الحوامل .

اما دراسة صلاح الدين و نجيب ، 2001 هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير ارتفاع ضغط الدم المصاحب للحمل لأنه كثيراً ما يتسبب في أمراض أو يقضي على حياة الأم أو الجنين . عينة الدراسة اشتملت على عدد 150 سيدة حاملاً ممن تتوفر لديهن أسباب تجعلهن أكثر عرضة للإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم المصاحب للحمل . وكانت الأشعة تستعمل في تحديد مكان المشيمة وسمك الحبل السري . أما بالنسبة لقياسات الدوبلر فقد تم قياس نسبة الضغط الإنبساطي و الإنقباضي للضغط الإنبساطي ، قياس معامل المقام ووجود أو عدم وجود الحسر الإنبساطي للشريان الرحمي . وكان من أهم نتائج الدراسة أنه إذا جمع التواجد الجانبي للمشيمة مع تغيرات في دوبلر الشريان الرحمي فإنه على العكس من ذلك فإن قياس سمك الحبل السري كان غير مؤثر في التنبؤ بهذا المرض . أما بالنسبة لجرعات الأسبرين المنخفضة فإنها لم تمنع حدوث المرض ولكنها قللت من شدته .

انطلاقاً من الدراسات السابقة ومن خلال عملي في مصلحة التوليد واحتكاكي بالحوامل عن قرب واستشعاري مدى معاناة التي تشعر بها المرأة الحامل والتي تتجلى في العديد من التغيرات النفسية والجسمية خاصة المبرمجة للولادة القيصرية ومدى أهمية تهيئة الحامل للولادة القيصرية ولما تتمتع به النظرية العقلانية الانفعالية من الأساس العلمي والتجربة الطويلة في مجال مساعدة شتى الفئات ولما للنموذج من مزايا وشمولية للمعالجين والمرشدين بحرية الاستعانة بالأساليب المختلفة ارتأيت إلي ضرورة بناء برنامج إرشادي مستند على نظرية اليس لتهيئة الحامل للولادة القيصرية . ونظراً لقلّة الدراسات تعالج هذا الموضوع جاءت هذه الدراسة لبناء برنامج إرشادي علاجي من خلال الإجابة عن السؤال الاستكشافي التالي :

اثر البرنامج الإرشادي العلاجي العقلاني الانفعالي في تهيئة الحامل للولادة القيصرية .

التساؤلات الفرعية:

- ✓ هل يوجد فرق في مستوى القلق النفسي لدى المرأة الحامل قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي؟
- ✓ هل يوجد فرق في مستوى الضغط النفسي لدى المرأة الحامل قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي؟

✓ هل هناك اختلاف في نوعية الأفكار لدى المرأة الحامل قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي؟

4 - فرضيات البحث:

- ✓ يوجد فرق في مستوى القلق النفسي لدى المرأة الحامل قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي.
- ✓ يوجد فرق في مستوى الضغط النفسي لدى المرأة الحامل قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي.
- ✓ هناك اختلاف في نوعية الأفكار لدى المرأة الحامل قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

5- المفاهيم الإجرائية:

البرنامج الإرشادي: هو مجموعة من الإجراءات والخدمات الإرشادية المخطط لها التي تقدم للفرد بطريقة مباشرة أو غير مباشرة معتمدة على تقنية الاسترخاء ومعالجة الأفكار اللاعقلانية للمرأة الحامل لتهيئتها للولادة القيصرية. ويتكون البرنامج العقلاني الانفعالي الذي يقدم للحوامل في هذه الدراسة من فنيات معرفية انفعالية, سلوكية, لمساعدتهم على تصحيح معتقداتهم وتعديلها إلى معتقدات عقلانية. ومن المتوقع ان يصاحبها ضبط انفعالي سلوكي للوصول الى خفض القلق والضغط النفسي لدى الحوامل .

الولادة القيصرية: هي عملية جراحية يقوم بها طبيب مختص في أمراض النساء والتوليد, وذلك من خلال شق جدار البطن تم جدار الرحم لإخراج الجنين والمشيمة.

الأفكار اللاعقلانية: هي توقعات وتعميمات عل مزيج من الظن والمبالغة بدرجة لا تتفق

والإمكانيات الفعلية للمرأة الحامل. وتمثل كذلك كل الأفكار السلبية التي تحملها المرأة الحامل حول الولادة القيصرية.

القلق: شعور غامض غير سار, وخوف من شر مترقب وكارثة توشك أن تقع والتي تؤثر على الحالة النفسية والجسمية للمرأة الحامل المبرمجة للولادة القيصرية. ويمثل في الدرجات المرتفعة التي تحصل عليها الحامل عندما تجيب على الاستبيان (البعد 1).

الضغط النفسي: هي حالة نفسية تنتاب الحامل المبرمجة للولادة القيصرية نتيجة تعرضها لمواقف ضاغطة (داخلية أو خارجية) تهدد توازنها النفسي وينجم عنها أثار على مستوى النفسي والجسمي. والتي تعبر عنها بالدرجة المرتفعة التي تحصل عليها من خلال الاستجابة على الاستبيان (البعد 2).

الإطار النظري

أولاً: الحمل والولادة

1- تعريف الحمل :

الحمل من الأمور الطبيعية التي لا تسبب عادة أية مشاكل للجسم السليم , يحدث تلقیح أو إخصاب إحدى البويض بعد فترة قصيرة من تحررها من احد المبيضين بعدما يطرح احد المبيضين البيضة فإنها تسير داخل قناة فالون باتجاه الرحم , فادا حصل جماع في هذا الوقت فان ملايين النطف التي قذفها الزوج داخل المهبل تسير عبر الرحم باتجاه قناة فالون إلى أن تتمكن نطفة واحدة فقط من اختراق جدار البيضة وهذا هو

الإخصاب، تم تتابع البيضة الملقحة سيرها حتى تصل إلى الرحم بعد عدة أيام، وتغرس نفسها في بطانتها. (هاني عرموس: 2005، ص823)

فهو حتمية بيولوجية للمحافظة على النسل، تبدأ هذه السيرورة مند تلقيح نطفة الرجل لبويضة المرأة ومدته تتراوح ما بين 270 إلى 280 يوم مع بعض الاختلافات من مرآة لأخرى، وفي هذه الفترة تحاول المرأة التكيف مع الوضع الجديد لاسترجاع توازنها الذي اختل بتأثير التغيرات الفيزيولوجية .

(P.magnin,D.dargent :1980, p434)

بصفة عامة تعيش المرأة الحامل تطور فيزيولوجي ونفسي خاص طيلة فترة الحمل لمدة 9 اشهر، فهي تمر بأحاسيس ومراحل مختلفة. (Poperviewsa :2004,p8)

خلال فترة الحمل وتتم المبادلات بين الأم والجنين بفضل المشيمة والحبل السري. يصل الحبل السري الجنين بالمشيمة معلقة على غلاف الرحم ومتصلة بالدورة الدموية للأم، وهكذا فان الجنين يحصل على الغذاء من دم الأم ليتغذى وينمو في المقابل، ويتخلص كذلك من الفضلات مثل CO₂. (جورج قاضي: 2002، ص10)
فالحمل هو الحالة التي تكون فيها المرأة بانتظار مولود وذلك مند بداية التلقيح حتى الولادة.

2 المراحل النفسية للحامل:

1-الثلاثي الأول(الشك التكيف): إن المرأة لا تقتنع بحملها نتيجة نتائج التشخيص وإنما عند إحساسها بحركة الجنين. وفي هذه الفترة تعيش تناقضا في إحساسها بين الفرح بالحمل والخوف من المجهول، كالخوف من الموت أثناء الولادة، ميلاد طفل مشوه، الخوف من ردود فعل زوجها حول نوع الجنين، إضافة إلى خوفها مما ينتظرها مستقبلا، والى الأعراض البادية عليها في الأسابيع الأولى من الحمل كالغثيان، الأرق، فقدان الشهية والتي تكون إما سببا للاختلال النفسي (عند فرويد يسمى بالرفض اللا شعوري للحمل) أو تكون ناتجة عنه.

2-الثلاثي الثاني(التوازن): الحدث الملفت للانتباه في هذا الثلاثي هو تحرك الجنين، وهنا تتمكن الحامل من إبداء العلاقة الأولية(أم، جنين) وهذا الحدث له اثر كبير في تغيير مواقفها اتجاه حملها. وبالتالي يزداد انشغالهن بالجنين والمحافظة عليه. أما بالنسبة للتغيرات الجسدية التي تطرأ على الحامل فيختلف معاشها حسب نرجسية كل حامل.

3-الثلاثي الثالث(الانطواء): يظهر من جديد القلق ولكن بخلاف الثلاثي الأول، إذ يكون سببه انشغال الحامل بكل ما تحسه بداخلها من تحركات الجنين وتغيير وضعيته. وبالتالي تضع الحامل عالما خاصا بها ولجنينها فقط. وفي أثناء هذه الفترة يظهر الخوف من الولادة، من الألم، ومن ولادة طفل مشوه، ويأتي في عدة مظاهر من أحلام مزعجة وكوابيس وهناك من تأخذ طابع التجسيد كانه انخفاض ضغط الدم أو ارتفاعه ويمكن أن تصل إلى الولادة المبكرة.

تقول "هيلينا دوتش" في هذا الصدد: "إن الخوف هو أكثر العوامل التي تعرقل السيرورة الحسنة للحمل"، وبالتالي سوف تعيش مجموعة من المخاوف التي تسبب لها صعوبات كثيرة في التكيف مع وضعها الجديد، وهذه المخاوف تشكلت نتيجة عوامل منها: سوابقها النفسية في بناء شخصيتها أثناء الطفولة خاصة أو من

الأفكار المستقاة من المجتمع والتي جعلتها تكون نظرة سلبية للحمل والولادة. كل هذه الاضطرابات تبين حاجة الأم إلى الحصول على معلومات حول الحمل والولادة وآلامها. (زكريا إبراهيم: 1988, ص 151, 157)

3- التغييرات السيكولوجية للحامل:

يرافق حمل المرأة لجنين في أحشائها مشاركة نفسية فعلية للزوجين معا. وتتعرض الحامل لتغيرات جسدية ونفسية, تجعلها تتخبط في تناقض المشاعر بين سعادة وقلق على جنينها من المجهول الغامض, والخوف من الولادة وآلامها وما يتبعها من إرهاق جسدي وتوتر نفسي. (لولا حريقة: 2006, ص 34)

وتتمثل التغييرات في ما يأتيها من تخيلات وأفكار غير معقولة, مصحوبة بذكريات الطفولة قد كتبت والصراعات حول مشاكل الجنسية ومفاهيم الحرام والحلال في الجسد يكون في الشهر 2 او 3 وتصل ذروتها معها في نحو الشهر 7 ولا تتخلى عنها الا بعد الولادة بنحو 3 او 4 أسابيع .

وإذا كانت الحامل من النوع الراض لمسالة الأمومة وكارهة للدور الأنثوي فان العمليات الفسيولوجية المصاحبة للحمل تشحن نفسيا شحنا مضادا شحنا مضادا بحيث تكتسب كما ونوعا يجعلان الحامل تنقياً وكأنها بذلك تلفظ حملها تغيراً عن رفضه.

ذكريات الطفولة ومشاعر الذنب التي تولدها عند الحمل تختلف في تأثيراتها عما يمكن ان تستحدثه من تأثيرات اذا انتهت هذه الذكريات ومشاعر وهي غير حامل . وكلما تقدم الحمل وحصلت لها التهيؤات والتخيلات التي يبتدعها خيال الحمل المتعب, فان القلق يشملها ويعمم من بعد , بحيث لا يرتبط بمشاعر ذنب او ذكريات معينة ولكن يصبح قلق حراً او قلق من الولادة او تتصور أنها ستموت وهي تلد او طفلها يلد مشوه او ميتا وكلها لا تعدو ان تكون تصورات ترمز للعقاب تتوقه بنفسها لا شعوريا نتيجة مشاعر الذنب المرتبطة بالصراعات القديمة.

ويكون للحامل تضارب في الأحاسيس والمشاعر والأفكار التي يستحدثها الحمل تجعل تجربة الحامل تتراوح بين الإحساس بالتعاضم والتفاؤل والشعور بالدونية مما يتسبب في الاكتئاب او التفكير في الموت.

4- مضاعفات الحمل :

1-الفترة الأولى من الحمل:

-إصابة الأم بالحصبة الألمانية , عيب جنيني شديد أو أي اضطراب في الجهاز التناسلي للمرأة قد يؤدي إلى الإسقاط.

-حدوث حمل منتبذ (نمو الجنين خارج الرحم)

2-الفترة المتوسطة من الحمل:

في أثناء الشهور الثلاثة الوسطى من الحمل , تذكر عدة نساء بأنهن لا يشعرن أبداً أنهن أفضل لكن تحدث بعض المضاعفات أهمها:

فشل عنق الرحم في المحافظة على الجنين (عنق الرحم الفيشل), موه السلبي (...), وتأخر نمو الجنين داخل الرحم , التهاب المثانة , زيادة أو نقصان وزن الأم بشكل مفرط.

3-مضاعفات الفترة الأخيرة :

حدوث مخاض مبكر ,مقدمة الارتعاد (ارتفاع ضغط الدم),وتزداد السوائل في جسمها لأسباب غير معروفة ,نزف ما قبل الوضع,انزاح المشيمة (نمو المشيمة بشكل منخفض داخل الرحم),التمزق المبكر للأغشية المحيطة بالجنين,موت الجنين ,وتأخر نمو الجنين.(هاني عرموس:2005, ص ص 840 , 845) إضافة لتسمم الجنين و الإجهاض. (Poperviewsa :2004,p8)

5- أمراض الحمل:

اغلب النساء يكون لديها تعقيدات أثناء الحمل نذكر منها:

- العوامل الفيزيولوجية داخل الرحم (الحرارة-الضغوط- البرود. .(فيصل محمد خير الزراد:2000, ص ص

(442-440)

- مرض السكري الذي يؤدي إلي زيادة وزن المولود مما يؤدي الي ولادة عسرة.

- الأمراض المعدية ارتفاع ضغط الدم, فقر الدم,داء السكري,تسمم الحمل,السيدا.

((Poperviewsa :2004,p8)

- مشاكل النوم,الدوالي خاصة في الأشهر الأخيرة.

- الام الظهر,اضطرابات القلب.(هاني عرموس:2005, ص 828)

6- الولادة :

هي مجموعة من الظواهر الفيزيولوجية تتم فيها إخراج الجنين ولواحقه خارج الرحم.وتكون الولادة في الفترة الممتدة ما بين 37 وقبل 42 أسبوع منذ أول يوم من آخر حيض . (jean pierr wanster :2009 , p5)

والولادة تلعب دورا مهما من حيث الأثر النفسي والفكري الذي نتركه لدى الأم,فقد تكون الولادة عسرة

يصاحبها الأم حادة ومخاطر,كما قد تكون الولادة قبل الأوان او ولادة قيصرية .(خير الزراد:2 ص 442).

وموقف الحامل من الوضع يختلف باختلاف طبيعتها النفسية ,حيث تقول هلين دوتش H.Deutsch "بان

الحامل تخشى أن تفرغ مما يشكل لديها قطبا معاكسا يتمثل في نزعتها في الاحتفاظ به هذا الإحساس من

مظاهر قلق الخفاء"(H.Deutsch :1967 , p 185)

1-الولادة الطبيعية :عندما يقترب موعد الولادة تصبح تقلصات الرحم أكثر قوة مما يجعل عنق الرحم يتمدد

فيندفع المولود رويدا رويدا إلي الخارج.في البدء يظهر راس المولود ثم بقية جسمه,وبعدها بقليل تقذف الأم

غشاء الجنين إلى الخارج.(جورج قاض: 2002, ص 11)

وتمر الولادة بثلاثة مراحل:

1-مرحلة المحاض :تمزق الحولاء(جيب المياه),طرح سائل الامنيوتيك ويمكن أن يستمر لساعات أو لبضعة

ايام,مع اتساع عنق الرحم ,ففي حالة الولادة الأولى تدوم هذه المرحلة 15 سا وفي حالة الولادة المتكررة 6

سا.(B.courbiere-x. carcopino :2007 ,p181)

2-مرحلة طرد الجنين: يتقدم الجنين الى الامام (عنق الرحم) حتى يظهر رأسه ويخرج.

3-مرحلة الخلاص: وفيها يتم إخراج المشيمة وغشاء الجنين. (J.P.schode :2001 ,p 70)

ب-الولادة القيصرية: إنها إجراء لتوليد الرضيع بأمان وسرعة ويجري معظمها تحت التخدير العام أو فوق الجافية (تخدير القسم السفلي من الجسم) في هذه العملية يجرى شق جراحي عرض في القسم الأسفل من البطن،يخترق النسيج والرحم معا وصولا إلى الجنين.(هاني عرموس:2005, ص 855) بعد ذلك يرفع الرضيع ويعطي لطبيب الأطفال للاعتناء به وتقييم صحته,وبعدها تنزع المشيمة ثم يتم غلق الجرح.(جميل ابو نصري:2002, 301)-

7- أسباب الولادة القيصرية:

هي المفروض وفي اغلب الحالات تتم مبرمجة الحامل للولادة القيصرية للأسباب التالية:

- عدم التناسب(تجويف حوض الام ضيق جدا بحيث لا يمكن مرور راس الطفل).
- وضع المشيمة غير مناسب للولادة الطبيعية او تكون ملتصقة بجدار الرحم.
- وضع الجنين غير مناسب للولادة الطبيعية (مثلا المجيء المقعدي).(هاني عرموس:2005, ص 855)
- الجنين كبير الحجم.
- اصابت الحامل أثناء الحمل بدا السكري أو ارتفاع ضغط الدم.
- حمل متعدد.التأكد من اسم المؤلف (Elhassan :2006,p180)
- تشوه في الجهاز التناسلي.
- ورم في عنق الرحم.
- تشوه الجنين او الحبل السري ملتوي على عنق الجنين.
- وجود كيس(kyst) على مستوى المبايض.

تشوه المهبل. (H.Marret ,J.lanson :2006 ,p451)

وفي بعض الحالات يتم إدخالها لغرفة العمليات لإجراء الولادة القيصرية بدون مبرمجتها مسبقا وهذا في حالة:- عند ظهور علامات تدل على بدء اختناق الجنين وعند فشل المخاض (مخاض طويل).
- عند صعوبة تنفس الأم . (هاني عرموس:2005, ص 856).

8- أهمية التحضير النفسي للولادة :

يمكننا القول أن التشنجات الرحمية غير مؤلمة ولكن الخوف ,القلق وعدم الشعور بالأمان هي من بين الانفعالات التي يسببها الوسط الاجتماعي يربط الولادة بالألم كشيء حتمي إضافة إلى الأفكار السلبية مما يزيد من إدراك الألم. (M.Robert-P.Achadeylon : 2007 ,p 47)

غالبا ما تعيش الحامل قلق ومخاوف حول الولادة بشتى أنواعها (طبيعية،قيصرية)،سواء كانت ولادة أولى أو سبق وعاشت تجربة مؤلمة حول ذلك وعليه فان حاجة الحامل للتحضير للولادة الطبيعية بصفة عامة والولادة القيصرية بصفة خاصة يصبح أمر ضروري باعتباره انجح وسيلة،يسمح للحامل أن تعيش فترة الحمل خاصة الفترة الأخيرة في أحسن الظروف وتتم الولادة بدون تعقيدات التي قد تضر بها وبجنينها.

وهذا بمساعدتها في تكييف نفسياتها مع وضعها الجديد، ونصل بالحامل إلي تحسين اتجاهاتها وسلوكياتها إزاء الحمل والولادة وذلك بتوعيتها للتغيرات النفسية المصاحبة لحملها وبأنواع الولادة وخطواتها الي غير ذلك .
وضرورة إعطاءها فرصة للتعبير عن مخاوفها وقلقها , رغباتها واحساسها اتجاه الحمل والولادة عن طريق الحوار ومختلف التقنيات المعتمدة على النظريات خاصة النظرية العقلانية الانفعالية.

ثانيا: النظرية العقلانية الانفعالية

1- تصورات الأساسية للنظرية:

الأساس الفلسفي: يتمثل الأساس الفلسفي الذي أقام عليه "أليس" نظريته في :

لا يضطرب الناس بسبب المواقف والأحداث الطبيعية ولكنهم يضطربون بسبب رؤيتهم الخاصة لها .

-سلوك الشخص ينبع من أفكاره. (منتصر علام: 2012, ص ص 22-23)

وهذا يعني أننا لا نضطرب بسبب مواقف الحياة وأحداثها الضاغطة وإنما بسبب رؤيتنا وفهمنا واد رانكا الخاطئ لهذه المواقف .

الأساس النظري: يقوم على ثلاث عوامل سيكولوجية متداخلة وهي التفكير, الانفعال, السلوك حيث التفكير هو المحدد الأساسي للسلوك, فاستجابة الفرد للمواقف تحددها طريقة تفكيره ويترتب عليها انفعاله اتجاه الموقف ثم

تكون النتيجة هي السلوك. (منتصر علام: 2012, ص ص 28-29)

بينما الأسس التي تستند إليها النظرية في الشخصية هي:

أسس فيزيولوجية: تفترض ان الفرد يولد بميول فطري تدفعه لتبني أفكار غير عقلانية التي تسبب له القلق, الاكتئاب , الاضطرابات الانفعالية.

أسس واعتبارات اجتماعية: ترى النظرية ان الفرد يسلك العديد من أمور حياته على الاضطرار الاجتماعي من الوالدين والمحيطين المهمين في حياته فيكون ما يراه وما يريد هؤلاء محدد السلوك, فالفرد يحيا حياته المشروطة أكثر مما يحيا حياته الطبيعية. فتوقع قبول او رفض الاخرين للسلوك يحدد كيف يسلك الفرد .

(منتصر علام: 2012, ص ص 35-36)

اسس وجوانب سيكولوجية: عرفت بالحروف (A-B-C) وقام Ellis من خلالها بشرح دور التفكير العقلاني في إحداث الاتزان النفسي ودور التفكير غير العقلاني في إحداث الاضطراب الانفعالي وصرح الحروف كالأتي:

A الحدث المنشط B- معتقدات و إدراك الفرد C- الاستجابة الانفعالية والسلوكية

في ضوء هذه النظرية Ellis يرى انه حين يحدث للفرد عواقب انفعالية مضطربة مثل القلق C بعد حدث منشط او خبرة محركة لها A العاقبة الانفعالية المضطربة نتيجة نظام الفرد غير العقلانية B , حيث المرشد بمناقشة ودحض تلك المعتقدات , فان العواقب الانفعالية المضطربة سوف تخفي ويتمتع الفرد بال نفسية. (هشام

إبراهيمي: 2008, ص 27)

2- المفاهيم الأساسية للنظرية:

الحديث الي الذات :فان كان ايجابي فعلا كانت الشخصية سوية,اما اذا كان الحديث سلبيها هداما للذات ,كانت الشخصية سلبية مضطربة انفعاليا تقع فريسة الصراع والمرض النفسي .

التقييم الذاتي :اذا امتلك الفرد المشوعية والعقلانية في تحليل الموقف من افكار وانفعال وسلوك بذلك يستفيد من جانب قوته ويدعم ويقوي جوانب ضعفه في المرات المقبلة.اما اذا كان التقييم غير عقلائي وغير موضوعي يؤدي الي تحقير ولوم الذات,والشعور بالفشل وعدم الكفاءة,فيصاب بالاضطراب.

المساندة الذاتية :وهي شكل من أشكال التدعيم الذاتي غير الظاهري ,فاذا كان تفكير الفرد عقلائيا موضوعيا تاتي هذه المساندة موضوعية تقوم على خبر حياتية سليمة وهذا ما يؤثر ايجابيا في الانفعال,ثم ياتي السلوك سويا.اما في حالة كان تفكير الفرد غير عقلائي تكون هذه المساندة غير موضوعية لا تستند على مهارات اجتماعية سليمة وتفتقر الي الموضوعية والخبرة الحياتية السليمة مما يؤثر سلبيًا على الانفعال فالسلوك.

(منتصر علام:2012, ص ص 43-45)

العوامل الوراثية البيئية: يقرر Ellis ان الفرد يولد ولديه نزعة قوية لان يكون عقلائيا او غير ذلك ,وانه يضع اضطرابات بنفسه.(طه عبد العظيم حسين:2008, ص 113)

ويتعلم ذلك من خلال الاشتراط الاجتماعي وتدعيم وتعزيز هذه الرغبة غير العقلانية ,كما لديه القدرة على الضبط الذاتي والتفكير بطريقة عقلانية تمكنه من تغيير فلسفته غير العقلانية المسببة للاضطراب

(منتصر علام:2012, ص45).

3- المعتقدات:

من خصائص المعتقدات والأفكار العقلانية هي:

الاعتقادات الحقيقية وغير مطلقة.

الاعتقادات محدودة الانفعالات .

الاعتقادات محققة للاهداف.

من سمات المعتقدات غير العقلانية:

يعرض Ellis بعض المعتقدات التي تنسم بها وهي:

المطالبة: يرى Ellis وجود علاقة ارتباطية بين رغبات الفرد ومطالبه الدائمة واضطرابه

الانفعالي (يردد كلمات مثل يجب ,ينبغي ,..)

التعميم الزائد:يرى Ellis ان الفرد يلجأ الي تعميم النتائج التي لا تعتمد الي تفكير دقيق والتي

عادة ما تقوم على الملاحظة الفردية .

التقدير الذاتي: يقرر Ellis ان التقدير الذاتي يعد من اشكال التعميم الزائد

الترعيب: ويرتبط ذلك بمطالب الفرد غير المنطقية والتي غالبا ما يريد تحقيقها بشيء من

الفضاعة او الرعب ويؤدي ذلك الي الانفعالية الزائدة وعدم القدرة على الحل العقلائي للمشكلة

أخطاء التفسير والتنسيب: حيث يميل الفرد ان ينتسب أفعاله الخاطئة الى أفراد آخرين مما يؤثر على إدراكه للأحداث الخارجية وحالته الانفعالية والسلوكية وأخطاء التنسيب تتمثل في اللوم المستمر للذات والآخرين .

اللاتجريب: ويعني أن الأفكار الغير العقلانية لا تكون مستمدة من الخبرة التجريبية للفرد. التلقين (التكرار): يقرر Ellis ان الافكار غير العقلانية غالبا ما تتكرر وتعاد مرات المرات بأسلوب لا شعوري وان الضغوط الداخلية والخارجية تجعل لذا الفرد ميلا قويا اتجاه تكرار الافكار الخادلة للذات . (هشام ابراهيم عبد الله: 2008, ص ص 30-31)

4- اهم الافتراضات والمسلمات التي تقوم عليها النظرية :

- ان التفكير والانفعال يمثلان وجهان لشيء واحد فلا يمكن النظر الي احدهما بمعزل عن الاخر.
 - ان الانسان لديه ميل للتفكير بشكل عقلاي وغير عقلاي.
 - ان الاضطرابات النفسية التي يعانها الفرد هي نتاج أفكار ومعتقدات خاطئة وسلبية تشكل البناء المعرفي لديه.
 - ان التفكير غير العقلاي يرجع الى مرحلة الطفولة والى عوامل التنشئة الاجتماعية.
 - يجب مهاجمة ومحاربة الافكار اللاعقلانية لدى الفرد من خلال المناقشة والاقناع وتزويده بالافكار العقلانية والمنطقية.
 - يعزو الأفراد مشكلاتهم واضطراباتهم الانفعالية الي الاخرين والى الاحداث الخارجية.
 - يميل الأفراد الى استخدام بعض الاليات الدفاعية ضد افكارهم وسلوكهم وذلك حفاظ على ذواتهم.
- (طه عبد العظيم حسين: 2008, ص ص 112-113)

5- أهداف النظرية:

- وتتحدد أهداف نظرية الإرشاد العقلاي فيما يلي :
- الكشف عن الأفكار والمعتقدات الخاطئة وغير المنطقية لدى الفرد
- مساعدة العميل في التغلب على الأفكار والمعتقدات الخاطئة التي تسبب له اضطراباته الانفعالية
- زيادة اهتمام الفرد بنفسه وتقبله لذاته , والتفكير العلمي والمنطقي
- تزويد الفرد بالمعلومات والأفكار الصحيحة التي تعينه في حياته
- مهاجمة الأفكار والمعتقدات للاعقلانية لدى الفرد ومساعدته التوقف عنها.(طه عبد العظيم حسين: 2008, ص ص 121-122)

علاج اللامنطق بالمنطق ومساعدة العميل على ان يفهم سبب كونه غير منطقي.

مساعدة العميل على تعلم خطوات التفكير المنطقي وبناء فلسفة واقعية حول الحياة والأحداث.(محمد ابراهيم السفاضة: 2003, ص 66)

تقليل اوتغيير النواتج اللاعقلانية او الاضطرابات عند العميل عن طريق تغيير التفكير عنده واستبداله بتفكير عقلائي.

تقليل القلق والعوانية والغضب ولوم الذات عند العميل.(جودت عبد الهدي,سعيد حسني:2007,ص51)

6- الية حدوث الاضطراب :

ان الناس يقلقون ويزعجون انفسهم حسب نظرية R.Ellis على النحو التالي:
عندما يشعر الافراد بالانزعاج, عند تعرضهم لحادثة نفسية نشطة والتي يرمز لهذا الشعور السلبي بالرمز C وبعد حدوث الخبرة المؤلمة في النقطة A يقنعون أنفسهم باعتقادات لاعقلانية وهذا لميل للاعتقاد يعتبر لاعقلاني بسبب :

ان البشر يستطيعون تحمل الحوادث النشطة المؤلمة مع انهم لا يحبونها ابدا.
الحوادث رهيبة بشدة وتسمية الاضطراب رهيب ان الفرد بشكل عالي ومضطربين وغير مفيد.
ايمانهم ان الحوادث سيءة الحظ يجب ان لا تكون موجودة في حياتهم .
انهم اشخاص عديمي الثقة لانهم لا يمتلكون القدرة على التخلص من هذه الحوادث ولا ينجحون في عمل.
يظهر اضطراب العصاب حسب R.Ellis عندما يطالب الافراد باشباع رغباتهم وان يكونوا ناجحين ومستحسنين وان يعاملهم الاخرين بعدل وان يكون الكون اكثر سرورا , لكن اذا كان الناس عديمي المطالب وغير راغبين بهم فان ذلك يجعلهم يدخلون في مشكلة عاطفية وهم يتجهون الى تخفيف الامهم باستخدام كلا الطريقتين المفيدة وغير المفيدة.(عبد الله يوسف ابوزعزع :2013, ص 91)

7- خصائص العلاج العقلاني الانفعالي:

-لا يستخدم هذا العلاج لمساعدة العملاء ليصبحو متعوضين على طرق اكثر فعالية للانجاز فقط ولكن لمساعدتهم لتغيير لمعارفهم ايضا.
-يستخدم R.Ellis الاشرط الاجراي في أحوال كثيرة لتعزيز تغيير السلوك لدا الاشخاص ولتغيير التفكير اللعقلاني .
-تساعد العملاء ليصبحوا اكثر واقعية,وقادرين على احتمال فلسفة الحياة بسبب ان بعض اساليبها مشابه الاساليب المستخدمة من معالجين نفسيين ذوي توجهات اخرى.
-لا يقضي المعالج وقت طويل للاستماع لتاريخ العميل بشكل عام.
-يقلل المعالج النفسي من استخدام التداعي الحر, وتحليل الأحلام وتفسير العلاقة التحولية, وشرح الأعراض الحالية للعملاء في حدود الخبرات الماضية,وعندما يستخدم هذه الأساليب فإنها تكون مستخدمة لمساعدة العميل ليرى بعض أفكاره الأساسية غير عقلانية.
-كثيرا ما يستعمل أصحاب المهنة التوجيه الفعال والأساليب الفلسفية المقنعة,انهم تحديدا يقومون بما يلي :
-يحدد أفكار العميل الأساسية غير المفيدة ليحاول تنفيذها وتحديدها ليظهر له انه يمتلك مقدمات غير منطقية وغير متبئة منطقيا بتاتا. .(عبد الله يوسف ابوزعزع :2013, ص ص 91-92)

2- يحلل هذه الأفكار ويقاومها بفعالية, يظهر للعميل لماذا لا يمكنه العمل ولماذا سيكون دائما منقاد وبشكل حتمي لاضطراب أكثر.

3- يقلل من الأفكار اللاعقلانية لدى العميل عن طريق الدعابة أحيانا ويشرحون كيف يمكنه استبدالها بفلسفات أكثر عقلانية .

4- يستطيع ان يلاحظ منطقيا وان يحفظ اي أفكار لاعقلانية لاحقا واستنتاجاتها اللامنطقية التي تقوده إلي مشاعر وسلوكيات هادمة للذات . (عبد الله يوسف ابوزعيزع : 2013, ص 93)

8- طرق العلاج العقلاني الانفعالي:

يشير R.Ellis ان هذا العلاج يستخدم طرق علاجية متنوعة:

ا- العلاج الفردي: Individual therapy

وهو تعامل المرشد مع عميل واحد وجها لوجه (بطرس حافظ بطرس: 2007, ص 148) ويستعمل مع العميل الذي يتعثر في العلاج الجماعي ولا يفضل, او طبيعة المشكلة تستدعي العلاج الفردي, وفي العادة يتراوح عدد الجلسات من خمسة الي خمسين جلسة بمعدل جلسة واحدة أسبوعيا, ويفضل ان يبدأ العميل بان يذكر للمعالج مشاعره المضطربة وغير المألوفة (C) خلال الاسبوع الاول, ويكشف المعالج الاحداث المنشطة (A) والتي حدثت للعميل قبل ظهور المشاعر المضطربة ويحاول المعالج ان يساعد العميل في الكشف عن المعتقدات العقلانية (B1) واللاعقلانية (B2) والتي ترتبط بالاحداث النشطة , و علي الجدل والمناقشة (D) ويعطي للعميل اعمال منزلية محددة وفي الجلسة التالية يعمل المعالج على مساعدة العميل في تنمية المساعدة الذاتية العقلانية, وتطبيق المنهج العقلاني الانفعالي خلال الاسبوع, ويعلم العميل كيف يجادل ويهاجم معتقداته غير العقلانية, ثم يكلفه باعمال جديدة محددة حتى يتخلص من اعراضه المرضية الحالية. (هشام ابراهيم عبد الله: 2008, ص ص 76-78)

ب-العلاج الجماعي: Group Therapy

ويتم مع مجموعة من العملاء تتم خلال جلسات جماعية في مكان واحد ويتشابهون في نوع المشكلة, ومن خلال الجماعة تكون هناك فرصة لتطبيق الاعمال المنزلية والتي يطبق بعضها في الجماعة ذاتها والتدريب على الادوار والقيام بمخاطبة لفظية وغير لفظية والتعلم من خبرات الاخرين والتعامل الاجتماعي والعلاج. ويقرر R.Ellis ان هذا الاسلوب يعتبر فعالا لان يتيح الفرصة للمعالج لكي يفهم ديناميات الجماعة وكيف يؤثر كل منهم في تفكير ومشاعر وسلوكيات الاخرين كما انه في نفس الوقت يتاثر بهم. (سامح وديع

الخفش: 2011, ص ص 370-371)

ث- العلاج المختصر:

يمكن للمعالج العقلاني الانفعالي ان يعلمهم في جلسة أو عشر جلسات طريقة (A-B-C) وذلك ليفهموا أي مشكلة انفعالية ولرؤية المصدر الفلسفي الرئيسي وكيف يبدأ العمل في تغيير اتجاهاته الأساسية المسببة للاضطراب, ويطبق ذلك على الشخص الذي يعاني من مشكلة معينة والذي لا يعاني من اضطراب عام .

ويقرر R.Ellis انه يمكن استخدام التسجيلات الصوتية للجلسات ويستمع إليها العميل في منزله مما يساعده في رؤية مشكلته، وتفهم الأسلوب العقلاني الانفعالي لمساعدته، وكذلك عن طريق التقرير عن الأعمال المنزلية التي يستخدمها العميل ليتعلم كيفية إتباع الأسلوب حين يواجه مشكلة انفعالية بين الجلسات العلاجية، ويشمل التقرير عن الأعمال المنزلية جزأين :

1- استمارة تحتوى على قائمة شطب يسجل فيها العميل مشاعره الانفعالية السلبية والأفعال والعادات غير الملائمة، والأفكار غير العقلانية، ومقدار العمل الذي قام به لمكافحتها ونتائجها.

2- ويشمل الجزء الثاني من التقرير على نموذج لأسلوب (A-B-C) وأمثلة مختلفة لتطبيقها في مواجهة مشكلاته الانفعالية الحادة. (هشام ابراهيم عبد الله: 2008، ص 80-81)

4- خطوات (A-B-C-D-E) :

-البحث عن المشكلة وتقييم العناصر المتعلقة بها من إحداث منشطة (A) والنتائج (C) .

-تعليم العميل كيفية تحديد العلاقة بين (B-C) والذي يعني أن الاعتقاد يؤدي على نطاق واسع إلي نتائج انفعالية وربط ذلك باضطراب الانفعال .

-تفنيذ الاعتقادات اللاعقلانية للعميل (D) وذلك عن طريق إجراء مناقشة معه في هذا الصدد وإيضاح كيفية تعميق اقتناعه بالاعتقادات العقلانية المكتسبة حديثاً من خلال مهام الواجبات المنزلية والتي تتم مراجعتها مع العميل في الجلسة التالية.

-مواجهة الاعتقادات اللاعقلانية للعميل في مجموعة من المواقف المشكلة وذلك حتى يتسنى له

استدخال نظرته العقلانية الجديدة. (هشام ابراهيم عبد الله: 2008، ص 90-91)

9- تقويم النظرية العقلانية الانفعالية:

من أهم الأوجه الايجابية في هذه النظرية ما يلي:

-بما أن تفكير الفرد هو الناحية المستهدفة بالأساس في النظرية العقلانية الانفعالية يصبح من السهل تنظيم أطار تلقين تعليمي هادف يحقق المطلب الإرشادي.

-تسمح بان يستعمل المرشد أساليب متعددة وتركيزه جهوده على العقل. (منصوري عبد الحق: 2010، ص

ص 190-191)

-انشغال النظرية بحاضر العميل والطريقة التي يدرك بها المواضيع ومدة العلاج فيها قصيرة مقارنة بالنظريات الأخرى.

-مساعدة الفرد في إدراك أن سلوكه نابع من أفكاره. كما لها فعالية كبيرة مع الراشدين.

من أهم سلبيات هذه نظرية:

-أهمل R.Ellis دور التواب العقاب في تعديل السلوك البشرية.

-الغي R.Ellis اثر البيئة في سلوكيات الإنسان.

-قلل R.Ellis من تأثير الماضي في الحاضر. (جودت عبد الهادي، سعيد حسن: 2007، ص 51)

الإجراءات المنهجية

أولاً: الدراسة الاستطلاعية:

إن الدراسة الاستطلاعية أساسية للقيام بأي بحث علمي ، والهدف منها اختيار العينة، وحساب الخصائص السيكومترية من حيث الصدق والثبات.

1-مكان الدراسة: لقد أجريت الباحثة الدراسة بالمؤسسة الاستشفائية طب النساء والتوليد وجراحة الأطفال "نوار فضيلة".

2- مدة الدراسة الاستطلاعية : دامت شهرين (فيفري – مارس) خلال السنة الجامعية 2014/2013

3-عينة الدراسة : تم اختيار عينة الدراسة بطريقة مقصودة من حيث أنهم حاملات ومبرمجات للولادة القيصرية وغير مقصودة بالنسبة للسن وعدد مرات الحمل والمستوى التعليمي. بحيث اشتملت على 30 حامل من مجتمع .

4- أدوات الدراسة:

4-1 الاستبيان: ويتضمن مجموعة من الأسئلة يطلب الإجابة عنها من قبل شخص موضوع الدراسة وكانت الأسئلة من نوع الذي يجاب عليه نعم او لا, بعنوان "المعاش النفسي للحامل المبرمجة للولادة القيصرية".
أ- كيفية بناءه:

لقد تم بناءه بالاعتماد على القراءات النظرية الذي تناولت كل من القلق والضغط النفسي والأفكار غير العقلانية خاص بالحوامل. حيث تكون من 41 فقرة مقسمة إلى ثلاث أبعاد (القلق,الضغط النفسي,الأفكار غير العقلانية) واشتملت على بديلين (يقيس ,لا يقيس) و(واضحة وغير واضحة).

ب-الخصائص السكومترية:

الصدق : اعتمدنا في قياس الاستبيان على صدق المحكمين وهذا بتوزيعه علي مجموعة من الأساتذة (بن طاهر طاهر- منصوري عبد الحق- بلعابد عبد القادر –طالب سوسن – طباس نسيمه), وطلبنا منهم إفادتنا بمعلومات من حيث صياغة الأفكار إذا كانت مناسبة مع عنوان الرسالة وإذا كانت سليمة من حيث الصياغة اللغوية , وكانت نتائج التحكيم كما هي موضحة في الجداول التالي:

جدول رقم (1) يبين قياس العبارات من عدمها حسب المحكمين لبعد القلق :

القلق														البعد	
14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	ن	
5	5	5	4	4	5	4	5	4	4	4	5	5	5	ك	تقيس
100	100	100	80	80	100	80	100	80	80	80	100	100	100	%	
0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	ك	لا تقيس
0	0	0	20	20	0	20	0	20	20	20	0	0	0	%	

جدول رقم (2) يبين قياس العبارات من عدمها حسب المحكمين لبعد الضغط النفسي :

الضغط النفسي														البعد	
14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	ن	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	ك	تقيس
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	%	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	ك	لا تقيس
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	%	

جدول رقم (3) يبين قياس العبارات من عدمها حسب المحكمين لبعد الأفكار السلبية:

الأفكار السلبية															البعد	
15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	ن	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	ك	تقيس
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	40	100	100	%	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	ك	لا تقيس
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	60	100	100	%	

وتم إبقاء الفقرة أو إلغائها على أساس الجدول رقم (4) .

النسبة %	إلغاء أو إبقاء
من 50 % فما فوق	مناسبة
أقل من 50 %	غير مناسبة

جدول رقم 4- - يبين إلغاء الفقرات أو إبقاء حسب النسبة.

كل من الفقرات الخاصة بالبعد القلق 14 فقرة بقيت و الفقرات الخاصة بالبعد الضغط 14 فقرة بقيت.

بينما الفقرات الخاصة بالبعد الأفكار 15 فقرة أُلغيت الفقرة رقم 3 .

وبعد الحذف أصبح عدد فقرات الاستبيان 41 فقرة للأبعاد الثلاثة (القلق ,الضغط النفسي ,الأفكار الخاطئة) حيث تعطي درجة لكل إجابة بنعم و صفر لكل إجابة لا ,وتكون النتيجة (من 20-41) مرتفع ,من(10-20) متوسط ,أقل من 10 منخفض.

***الثبات:** لحساب الثبات اعتمدنا على التجزئة النصفية,وهذا بتقسيم الاستبيان إلي نصفين ,جزء فردي(1 إلي 41) وجزء زوجي من(2 الي 40) وبعد حساب معامل الارتباط بيرسون "ر" كانت قيمة $r=0.52$ وبعد تطبيق معادلة التصحيح "سبيرمان براون" أصبحت قيم $r=1/2+r$, $r=0.68$ بالتقريب $r=0.70$ ومما سبق يتبين لنا ان الاستبيان صادق وثابت ويصلح للدراسة الأساسية.

2-4 البرنامج الإرشادي :

مصادر بناء محتوى البرنامج الإرشادي العلاجي:

1-الإطار النظري والدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة.

2- الخبرة المهنية لدى الباحثة وهذا لاحتكاكها المتكرر بهذه الفئة.

3-أراء الأساتذة المحكمين في مجال علم النفس وعلوم التربية.

مراحل إعداد:

1-تم بناء البرنامج الإرشادي العلاجي العقلاني الانفعالي لتهيئة الحامل المبرمجة للولادة القيصرية من طرف الباحثة,وهذا: بعد القراءة في مجال الحمل والولادة ,والحالة النفسية للحامل والأفكار التي تراودها العلاج العقلاني الانفعالي ,ثم الإطلاع على البرامج الإرشادية المتنوعة والتي لها علاقة بالموضوع,(كبرنامج فعالية العلاج الواقعي الجمعي في تخفيف الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى الحوامل) لعائشة السوامة واحمد الصمادي,وقراءة كتب الإرشاد النفسي.

ثم قامت الباحثة بإعداد البرنامج في صورته المقترحة الذي يهدف إلي تهيئة الحامل المبرمجة للولادة القيصرية,حيث يتكون احد ي عشرة جلسة,لكل جلسة موضوع وأهداف خاصة,وزمن محدد ومحتوى يعكس بدقة تحديد الأهداف.

ولتأكد من صدق البرنامج تم عرضه على مجموعة من الأساتذة تخصص علم النفس وعلوم تربية بجامعة وهران, كل من "بن طاهر طاهر, طالب سوسن, طباس نسيمه, غزال أمال, قادري حليلة" والأخصائية النفسانية "ماحي هجيرة" الموجودة بمصلحة التوليد نوار فضيلة التي لها خبرة في هذا الميدان لا تقل عن 8 سنوات. وهذا لتحكيمة بشكل عام وتحديد مدى صدق محتوى البرنامج الإرشادي, وتم الأخذ باقتراحاتهم للخروج بالبرنامج بصورته النهائية.

جدول (5) يوضح نسب اتفاق المحكمين على صدق محتوى البرنامج الإرشادي:

العدد	الموضوع	نسبة الإتفاق
1	عنوان البرنامج	100%
2	أهداف البرنامج	100%
3	فترة البرنامج	100%
4	خطوات تصميم البرنامج	100%
5	عدد الجلسات الإرشادية	100%
6	ترتيب الجلسات	100%
7	الفنيات البرنامج	100%

كما قام المحكمين بتحكيم البرنامج الإرشادي لتحديد مدى صدق محتوى كل جلسة من جلسات البرنامج الإرشادي، والجدول يوضح نسب اتفاق المحكمين على صدق محتوى جلسات البرنامج الإرشادي:

جدول رقم (6) يوضح نسب اتفاق المحكمين على صدق محتوى جلسات البرنامج الإرشادي.

نسبة مناسبة الفنيات المستخدمة	نسبة مناسبة محتوى الجلسة لما وضعت لقياسه	نسبة وضوح أهداف الجلسة	رقم الجلسة
100%	100%	100%	الجلسة الأولى
100%	100%	100%	الجلسة الثانية
100%	100%	100%	الجلسة الثالثة
100%	100%	100%	الجلسة الرابعة
100%	100%	100%	الجلسة الخامسة
100%	100%	100%	الجلسة السادسة
100%	100%	100%	الجلسة السابعة
100%	100%	100%	الجلسة الثامنة
100%	100%	100%	الجلسة التاسعة
100%	100%	100%	الجلسة العاشرة
100%	100%	100%	الجلسة الحادي عشرة

ويتضح من الجدول أن جلسات البرنامج الإرشادي قد حصلت على نسب إتفاق من المحكمين تبلغ نسبة 100 % ووفقا لما تم عرضه في الجدول السابق فإن جميع جلسات البرنامج الإرشادي تعتبر صادقة ومناسبة.

ثانيا: الدراسة الأساسية:

1-منهج الدراسة: بعد ان حققت الدراسة الاستطلاعية الأهداف المرجوة منها المتمثلة في التأكد من أداة البحث وإمكانية تطبيقها جاءت الدراسة الأساسية لتحقيق من صحة فروض الدراسة او نفيها وبناء علي طبيعة الموضوع تم استعمال المنهج التجريبي.

2-مكان الدراسة: أجريت الدراسة في المؤسسة الاستشفائية لطب النساء والتوليد وجراحة الأطفال "نوار فضيلة"

3-مدة الدراسة: دامت لمدة شهرين,من أواخر شهر ابريل حتى الأسبوع الأول من شهر جوان خلال السنة الجامعية 2014/2013.

4- حالات الدراسة ومواصفاتها: بداية تكونت من سبعة حالات, لكن خمس حالات فقط من اتممن البرنامج وثلاث حالات من تم تتبعهن حتى بعد الوضع(الولادة),حيث تم اختيارهن بطريقة مقصودة,وهي نفس الاختيار الدراسة الاستطلاعية بمصلحة التوليد نوار فضيلة. ومواصفاتها موضح في الجدول :

جدول رقم(7) يوضح مواصفات حالات الدراسة

الحالات	السن	المستوى الدراسي	عدد مرات الحمل	عدد مرات الوضع	مضاعفات الحمل	سبب المبرمجة للولادة القيصريية
1	32	ثالث ثانوي	1	0	HTA	HTA
2	22	سادسة ابتدائي	3	0	HTA	HTA+G ₃
3	40	ثالثة ثانوي	1	0	HTA+Diabète	-Age HTA+Diabète
4	32	جامعي	3	0	نزيف	G ₃
5	38	جامعي	3	1	HTA	HTA

تحليل الجدول: نلاحظ من الجدول رقم (7) الذي يمثل مواصفات العينة أن السن يتراوح بين 22-40 وان كل منهن يعانون من مضاعفات أثناء الحمل المتمثلة في ارتفاع ضغط الدم وداء السكري، ما عدى الحالة الرابعة التي تعاني من تقدم المشيمة على الجنين مما يعرض الأم إلى النزيف باستمرار، وان عدد مرات الحمل الحالة الأولى والثالثة مرة واحدة بينما الحالة الثانية والرابعة والخامسة تمثل في ثلاث مرات بينما الوضع الحالات الرابعة الأولى لا يوجد وضع إلا عند الحالة الخامسة (1).

شرح المعلومات HTA: ضغط الدم /G₃ عدد مرات الحمل ثلاثة/ P₀ عدد مرات الوضع 0

5- أدوات الدراسة:

5-1 الاستبيان: هو نفسه الذي صمم في الدراسة الاستطلاعية وخضع للخصائص السكومترية.

المعنون "المعاش النفسي للحامل المبرمجة للولادة القيصريية، من إعداد الباحثة.

5-2 البرنامج الإرشادي:

هو برنامج مخطط منظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة، فردية وجماعية، بهدف المساعدة في تحقيق النمو السوي، والقيام بالاختيار الواعي المتعقل ولتحقيق التوافق النفسي، بحيث يقوم بتخطيطه وتنفيذه فريق من المسؤولين المؤهلين. (حامد زهران: 1980، ص439).

أما جودت عبد الهادي وسعيد العزة 2008 يرى أن البرنامج الإرشادي هو البيان الكلي لأنواع النشاط التي نقرر اتخاذها للقيام بعمل إرشادي معين, أو بيان عن الموقف وتحديد المشكلات النفسية وتحديد الأهداف المنشودة, ثم حصر المواد المتاحة ووضع خطة عمل يمكن من خلالها تنفيذها للتغلب على المشاكل وتحقيق الأهداف في اقصر وقت ممكن وبأقل جهد وتكاليف ممكنة. (حماد بن علي, عادل عبد الفتاح: 2009, ص10).

ويوضح الجدول التالي الخطوط العريضة للبرنامج الإرشادي المقترح.

جدول رقم (8) يوضح الخطوط العريضة للبرنامج :

البيان	توضيحه
تصميم البرنامج	من طرف الباحثة
أهداف البرنامج	<ul style="list-style-type: none"> - تنفيذ الجانب النظري. - تحقيق إستراتيجية الوقاية والعلاج. - التمييز بين المعتقدات الصحيحة والخاطئة وتغييرها . - إدراك الصلة بين الأفكار والانفعالات. -تحضير الحامل للولادة القيصرية.
الحاجة إلى البرنامج	<p>تعود الحاجة إلى البرنامج العلاجي لتهيئة المرأة الحامل للولادة القيصرية إلى حاجة هذه الفئة إلى المساندة المعنوية,سواء من الأسرة أو الفريق الطبي أو من الأخصائي النفسي نظرا للحالة السيئة التي تكون عليها معظم الحوامل في هذه المرحلة وهذا ما لاحظته من خلال تأديتي لوظيفتي كأخصائية نفسانية في المؤسسة الاستشفائية لطب التوليد .</p>
أسس البرنامج	<ul style="list-style-type: none"> - مراعاة طبيعة المرأة الحامل و أخلاقيات الإرشاد. - الاهتمام بالحامل كعضو في الجماعة (الحوامل). - مراعاة الفروق الفردية الحالات .
المستفيدون من البرنامج	<p>وجه هذا البرنامج الإرشادي العلاجي للمرأة الحامل التي برمجت للولادة القيصرية لأسباب صحية, ومتحصلات على نسب مرتفعة في الاستبيان"المعاش النفسي للحامل المبرمجة للولادة القيصرية" وتكونت العينة التي طبق عليها البرنامج من خمس حالات مبرمجات للولادة القيصرية والذي سجلوا على درجات في الاستبيان المطبق عليهن.</p>

الباحثة و الأخصائية النفسانية بمصلحة التوليد نوار فضيلة.	منفذ البرنامج
بغرفة الفحص التي تحتوي على كراسي وجو مريح والهدوء بمصلحة التوليد نوار فضيلة	مكان تنفيذه
الإرشاد الجماعي وهو " إرشاد عدد من المسترشدين الذين تتشابه مشكلاتهم في جماعات صغيرة" (حامد زهران:1980, ص297) أي كلهن مبرمجات للولادة القيصرية	نوع الإرشاد
صمم البرنامج الإرشادي العلاجي وفق لمبادئ النظرية العقلانية الانفعالية ل R.Ellis	الخلفية النظرية
-المناقشة – المحاضرة – الواجبات المنزلية –النمذجة – الحث – تفنيد الاستجابات. -فنية a-b-c - إعادة البناء المعرفي – الاسترخاء الذهني والاسترخاء عن طريق التنفس. -الإقناع المنطقي – التشجيع -	فنيات البرنامج
كان تطبيق البرنامج بمعدل جلستين في أسبوع أي دام خمس أسابيع ,بينما الجلسة التتبعية كانت بعد إنهاء البرنامج وبعد الولادة ب 24 سا.أي حوالي شهرين . وتتراوح مدة الجلسات من 40 إلي 60 د.	مدة البرنامج
تكون من عشرة جلسات إرشادية وجلسة تتبعية لبعض الحالات .	عدد الجلسات

جدول رقم(9) يوضح ملخص عن جلسات البرنامج

رقم الجلسة	الموضوع العام	الأهداف	المدة	التقنيات
1	تمهيدية	1- التعرف وبناء العلاقة الإرشادية. 2- بناء العقد الإرشادي.	45 د	-الحوار -المناقشة -التشجيع
2	قياس قبلي	1-تحديد الفئة 2-قياس شدة المشكل.	45 د	الاستبيان الحوار المناقشة
3	التعريف بالمشكل	1- معرفة المعتقدات "ب" لدى الحوامل حول الولادة القيصرية . 2- تصحيح المعتقدات حول الولادة من خلال تزويدهم بمعلومات.	60 د	الحوار المناقشة المحاضرة فنية ا-ب-س الواجب المنزلي
4	تابع (التعريف بالمشكل)	1-تعديل الإدراك المشوه لدى الحوامل 2- إعادة تنظيم إدراك وتفكير الحوامل حول العملية القيصرية 3-التمييز بين المعتقد الخاطئ والصحيح.	50 د	الحوار المناقشة المحاضرة فنية ا- ب- س التشجيع
5	جلسة تنفسية	1-التنفيس و الإفصاح عن مشاعرهن بوجود الآخرين وهذا لإعطاء الفرصة بالمشاركة الوجدانية. 2-الاسترخاء الذهني	60 د	-التشجيع -الاسترخاء الذهني -الواجب المنزلي رقم 2
6	رفع استبصار الحالات	1-زيادة الوعي بالذات. 2- تعليمهن الصلة بين أفكارهن الخاطئة والأعراض الجسمية والنفسية وإقناعهن بذلك. 3-مناقشة وتنفيذ المعتقدات الخاطئة. 4-التدريب على الاسترخاء الذهني .		الإقناع المنطقي تفنيذ الاستجابات غير الواقعية. التشجيع. الواجب رقم 3 و 2

7	إعادة البناء العقلاني	1-إعادة البناء العقلاني 2-تعميق الإقناع 3-التحقق من تطبيق المعتقدات الايجابية في الواقع. 4-الاسترخاء الذهني.	50 د	النمذجة إعادة البناء العقلاني. التشجيع الاسترخاء الواجب رقم 2
8	التركيز على العلاقة بين الأم والجنين	1-تعميق الإقناع 2-التركيز على العلاقة بين الأم والجنين. 3-التعريف بمراحل تكوين الجنين 4- الاسترخاء التنفسي.	50 د	الحث التشجيع التحويل الحوار
9	التحضير للختام البرنامج	-التعبير عن مشاعرهن والتحدث عن التغيير الذي يحسون به. -تحضيرهن لنهاية البرنامج . -الاسترخاء.	40د	الحوار الاسترخاء التشجيع
10	جلسة ختامية تقويمية	-تقويم البرنامج وانهايه -قياس بعدي	50د	-الاستبيان التشجيع الحوار
11	جلسة تتبعية	-معرفة استمرارية فعالية البرنامج بعد انتهاءه.	40د	الحوار التشجيع

ملاحظة: الجلسة الحادية عشر هي جلسة فردية وتتم حسب الحالات بعد الإنجاب.

التقنيات المستخدمة في البرنامج:

التحويل: تحويل اهتمام المسترشد، نحو أوجه نشاط عديدة مثل: العمل أو الرياضة أو الإبداع الفني، أو التأمل والتصور والتخيل وفي الدراسة تم تحويل الاهتمام إلي الجنين بدلا من الولادة.
فنية ا، ب، ج: الكشف عن أنماط التفكير المسببة للانفعالات والمشاعر غير المرغوبة والمحبطة للذات، والتي تمثل المكونات المعرفية الوسيطة.

الإقناع المنطقي: بان يكشف المعالج عن أفكار المسترشد غير العقلانية وطرق تفكيره الخاطئة، وإقناعه بذلك.

التشجيع: بان يتعلم المسترشد كيف يتخلص من أفكاره غير العقلانية عن طريق تشجيع المعالج.

المستمرة (هشام إبراهيم عبد الله: 2008، ص 206).

الحث: لكي يتمكن المرشد من إقناع المسترشد بان يتخلى عن تفكيره الخاطئ واستبداله بأفكار أخرى أكثر فعالية(هشام إبراهيم عبد الله:2008 ص208).

النمذجة: لكي يوضح للمسترشد كيف يتبنى قيما جديدة أكثر منطقية وعقلانية ومختلفة عن قيمه السابقة(هشام إبراهيم عبد الله:2008 ص85).

المحاضرة: تتضمن المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم معلومات مبسطة حول الولادة القيصرية ,اسبابها مضاعفاتها ,والهدف منها هو إثباع الاحتياجات المعرفية.

المناقشة: يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تبادل الرأي حول موضوع المحاضرة بين الباحثة والنساء الحوامل المبرمجات للعملية القيصرية من جهة ومن جهة أخرى بين الحوامل بعضهن بعض,وبهذا فان المادة العلمية للمحاضرة تصبح موضوع نقاش وحوار.والهدف من استخدام هذه التقنية هو إعادة البناء المعرفي للنساء الحوامل المبرمجات للولادة القيصرية,وتعديل أفكارهن الخاطئة ,وتعزيز التواصل بينهن.

إعادة البناء المعرفي: يهدف إلى تعليم المسترشدين تحديد كيفية تآثر العلاقة بين المشاعر والسلوك بالمعتقدات ,ونموذج (ا,ب,ج) تم استخدامه لتوضيح هذه العلاقة.فالمعالج يساعد المسترشد في تحديد المعتقدات غير المنطقية والتي تؤثر في تفسير الأحداث ويناقش معه التأثير السلبي لهذه المعتقدات مع السلوك والهدف هو تحديد تأثير هذه المعتقدات على التفكير ,ومنهج "ليس"يعتمد على المواجهة إلى حد ما و المواجهة هي توليد بدائل معرفية أكثر توافقا.

الاسترخاء: هو أسلوب يهتم في الأصل في التقليل من حدة القلق والضغط النفسي الذي يشعر به الفرد من خلال اكتسابه عدد من المهارات.ويعمل الاسترخاء على زيادة قدرة الفرد على التمييز عناصر الضغط والانزعاج ومقاومة الاثار السلبية الناتجة عنها.(عبد الحليم عب الله:2013,ص 248)

الواجبات المنزلية: بان يكلف المعالج المسترشدين ببعض التدريبات المنزلية مثل:حصر الأفكار غير العقلانية التي يعتقد بها المسترشدون ومحاولة تصحيحها وعرض ذلك مرة أخرى على المعالج.(هشام عبد الله:2008 ,ص 207).

وتمثلت واجبات البرنامج في :

الواجب الأول:عندما تفكرين بالولادة ما هي الأفكار التي تراودك؟ ما هو إحساسك؟ما هو شعورك؟والإجابة تكون بملاً الجدول.

الجدول رقم (10) يوضح الواجب رقم 1

الفكرة	الإحساس (جسدي)	الشعور(نفسي), الانفعالات

الواجب الثاني: أثناء شعورك بالضييق اكتب أفكارك من خلال الجدول .

الجدول رقم (11) يوضح الواجب رقم 2

نوع الشعور	الفكرة أثناء ذلك	كيف واجهت ذلك

الواجب الثالث: تطبيق الاسترخاء .

6- الأساليب الإحصائية:

-استخدام الإحصاء اللابرامتري بتطبيق معادلة الأسلوب الإحصائي Wilcoxon لدراسة الفروق الإحصائية.
-معامل بيرسون.

- النسب المؤوية.

ثالثا: عرض النتائج:

الجدول رقم (12) يبين نتائج القياس القبلي والبعدي للاستبيان

الحالات	القياس القبلي	القياس البعدي
1	25	5
2	30	6
3	33	6
4	27	5
5	36	7

التعليق: من خلال الجدول رقم (12) نجد عند كل الحالات الخمس تراوحت الدرجات الاستبيان بين (25-36) درجة وهي درجات مرتفعة في القياس القبلي ، وفي القياس البعدي انخفضت كل النسب وتراوحت بين (5-7) درجات.

الجدول رقم (13) يبين نتائج القياس القبلي والبعدي لبعد القلق

الحالات	القياس القبلي	القياس البعدي
1	6	1
2	9	2
3	10	3
4	8	3
5	9	3

التعليق: من خلال الجدول رقم (13)، نجد عند كل الحالات الخمس تراوحت الدرجات الاستبتيان لبعء القلق بين (9-6) درجة وهي درجات مرتفعة في القياس القبلي ، وفي القياس البعدي انخفضت كل النسب وتراوحت بين (3-1) درجة.

الجدول رقم (14) يبين نتائج القياس القبلي والبعدي لبعء الضغط النفسي

الحالات	القياس القبلي	القياس البعدي
1	9	4
2	9	4
3	12	3
4	11	2
5	14	4

التعليق: من خلال الجدول رقم (14)، نجد عند كل الحالات الخمس تراوحت الدرجات الاستبتيان لبعء الضغط النفسي بين (14-9) درجة وهي درجات مرتفعة في القياس القبلي ، وفي القياس البعدي انخفضت كل النسب وتراوحت بين (4-2) درجة.

الجدول رقم (15) يبين نتائج القياس القبلي والبعدي لبعء الأفكار الخاطئة

الحالات	القياس القبلي	القياس البعدي
1	10	0
2	12	0
3	11	0
4	8	0
5	13	0

التعليق: من خلال الجدول رقم (15)، نجد عند كل الحالات الخمس تراوحت الدرجات الاستبتيان لبعء الأفكار السلبية (الخاطئة) بين (13-8) درجة وهي درجات مرتفعة في القياس القبلي ، وفي القياس البعدي انعدمت الدرجات.

-بما أن عدد الأفراد عينة الدراسة (ن=5) تم دراسة الفروق باستخدام الإحصاء اللابرامتري بتطبيق معادلة الأسلوب الإحصائي Wilcoxon لدراسة الفروق الإحصائية , عند مستوى الدلالة 0.05 وأسفرت النتائج الموضحة في الجداول التالية :

الجدول رقم (16) يبين نتائج الفرق بين القياس القبلي والبعدي لبعء القلق

النتيجة	الدلالة	الاختبار	الفرضية الصفرية
رفض الفرض الصفري	0.041	Wilcoxon	فروق الوسيط بين القلق للقياس القبلي والبعدي

تعليق: من خلال الجدول رقم (16) يتضح ان فروق الوسيط بين القياس القبلي والبعدي للقلق منعدم عند مستوى الدلالة 0.05, وعليه يرفض الفرض الصفري ويقبل الفرض البديل الذي ينص على: يوجد فرق في مستوى القلق لدى الحامل قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

الجدول رقم (17) يبين نتائج الفرق بين القياس القبلي والبعدي لبعء الضغط النفسي

النتيجة	الدلالة	الاختبار	الفرضية الصفرية
رفض الفرض الصفري	0.041	Wilcoxon	فروق الوسيط بين الضغط النفسي للقياس القبلي والبعدي

تعليق: من خلال الجدول رقم (17) يتضح ان فروق الوسيط بين القياس القبلي والبعدي لبعء الضغط النفسي منعدم عند مستوى الدلالة 0.05, وعليه يرفض الفرض الصفري ويقبل الفرض البديل الذي ينص على:

يوجد فرق في مستوى الضغط النفسي لدى الحامل قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

الجدول رقم (18) يبين نتائج الفرق بين القياس القبلي والبعدي لبعء الأفكار السلبية

النتيجة	الدلالة	الاختبار	الفرضية الصفرية
رفض الفرض الصفري	0.041	Wilcoxon	فروق الوسيط بين الأفكار السلبية للقياس القبلي والبعدي

تعليق: من خلال الجدول رقم (18) يتضح ان فروق الوسيط بين القياس القبلي والبعدي لبعء الأفكار السلبية منعدم عند مستوى الدلالة 0.05, وعليه يرفض الفرض الصفري ويقبل الفرض البديل الذي ينص على: يوجد اختلاف في نوعية الأفكار لدى الحامل قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

الجدول رقم (19) يبين نتائج الفرق بين القياس القبلي والبعدي للاستبيان.

النتيجة	الدلالة	الاختبار	الفرضية الصفريية
رفض الفرض الصفري	0.043	Wilcoxon	فروق الوسيط بين القياس القبلي والبعدي للاستبيان

تعليق: من خلال الجدول رقم (19) يتضح ان فروق الوسيط بين القياس القبلي والبعدي (الاستبيان

المعاش النفسي) منعدم عند مستوى الدلالة 0.05, وعليه يرفض الفرض الصفري .

رابعاً: تفسير نتائج الدراسة :

تناولت هذه الدراسة مدى فعالية البرنامج المطبق لدى حالات الدراسة بمصلحة التوليد نوار فضيلة .

يتضح من نتائج الدراسة الحالية مدى فعالية البرنامج الإرشادي في تهيئة المرأة الحامل المبرمجة للولادة القيصرية, وترى الباحثة أن التحسن الذي طرأ على الحالات يرجع إلى مدى فعالية البرنامج العلاجي المستخدم في هذه الدراسة, حيث استهدف البرنامج الجانب العقلي والانفعالي للحامل ويهدف العلاج العقلاني إلي التمييز بين الأفكار الخاطئة والأفكار الصحيحة, وتنفيذ الأفكار اللامنطقية وتغييرها بأفكار منطقية (منتصر علام: 2012, 47), كما احتوى البرنامج الإرشادي العلاجي فنيات مختلفة وذلك من اجل تعديل أفكار ومعتقدات الحوامل الخاطئة ويتضح من خلال نتائج الدراسة ما يلي :

نتيجة الفرض الأول: وجود فروق في مستوى القلق لدى المرأة الحامل قبل وبعد تطبيق البرنامج .

حيث تراوحت درجات القلق في القياس القبلي بين (6-10) وفي القياس البعدي تراوحت الدرجات (1-3) وهذا يبين تحسن الحوامل بعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح, ويرجع هذا التحسن إلى انتظام الحالات في جلسات البرنامج وتجاوبهن, ومدى نجاعة الفنيات المستخدمة في البرنامج .

حيث يرى عبد المنعم (2005, ص 155) أن المرأة عندما تعلم أنها ستخدر يزداد شعورها بالتهديد من الموت, ولغموض العملية القيصرية وما يصاحبها من آلام ومع غموض مستقبل الجنين تزداد درجات القلق وهذا ما أكدته دراسة (احمد وآخرون, 1994) حيث أسفرت نتائج الدراسة إلى أن النساء الحوامل لديهن ارتفاع في مستوى القلق وبعض المفاهيم الخاطئة أكثر من النساء غير الحوامل, ودعمت هذه النتائج فكرة النظرية بان المفاهيم والاتجاهات الخاطئة قد ينتج عنها القلق. وهذا جاء طبقاً للدراسة الحالية حيث ان مستوى القلق عند حالات الدراسة تراوحت بين (6-10) درجات أي مرتفعة, كما يذكر (زكريا إبراهيم 1980, ص 158) أن القلق يظهر عند الحامل من الأفكار المستقاة من المجتمع الذي يجعلها تكون نظرة سلبية حول الحمل و الولادة.

وبعد تطبيق البرنامج لاحظنا أن نسبة القلق انخفضت وهذا كما وضع الجدول رقم (16), ويرجع هذا إلى ما أشتمل عليه البرنامج من فعاليات وتدريبات وأساليب مختلفة تخفف من القلق عند الحوامل, إضافة إلى العلاقة الجيدة معهن ومن خلال المشاركة الفعالة خلال الجلسات, و المتابعة المستمرة من خلال الواجبات المنزلية المقدمة لهن. وتغزو كذلك هذه النتيجة إلى ما تضمنه البرنامج الإرشادي من استراتيجيات وفعاليات لمواجهة ومعالجة القلق لدى الحوامل, وذلك خلال بناء علاقة جيدة بين النساء الحوامل والباحثة وكذلك الحوامل فيما بينهن, مما ساعدهن على التعبير الصادق و المريح عن مخاوفهن مشاكلهن وقد بدا ذلك واضحا خلال الجلسات الإرشادية, حيث تضمنت الجلسات الكثير من الوضوح والصراحة في التعبير لدى الحوامل حول المخاوف لديهن مثل: (الخوف من الألم بعد العملية القيصرية, التخدير, فقدان الجنين, ومن المضاعفات قبل وبعد العملية القيصرية), كما استفادت الحوامل من معلومات حول (الولادة القيصرية, أسباب الولادة القيصرية, مضاعفاتها) وكذلك تبادل الخبرات بينهن من خلال الحديث عن الخبرات الايجابية للولادة السابقة لدى بعض الحوامل (النمذجة), كما أن القلق يعتمد بشكل كبير على فكرة الفرد السلبية ثم التركيز خلال الجلسات على أهمية انتباه الحوامل إلى أفكارهن خاصة الأفكار السلبية تم العمل على تنفيذ هذه الأفكار وتغييرها إلى أفكار ايجابية, والتمييز بين الأفكار السلبية و الايجابية, بالإضافة إلى الواجبات التي تساعدهن على الوعي بذواتهن والتخفيف من شدة القلق .

تفسير نتائج الفرض الثاني:

بينت النتائج قبول الفرض الذي ينص على وجود فروق في مستوى الضغط لدى المرأة الحامل قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي, حيث أكدت نتائج بعض الدراسات أن الخوف من الإنجاب و الولادة كانت من ابرز العوامل المسببة للضغط النفسي التي تعاني منه النساء الحوامل أثناء فترة الحمل, ويرتفع مستوى القلق و الضغط النفسي بسبب الخوف من إنجاب طفل معاق ومن الآلام المرتبطة بالحمل (Alhassani: 2006). كما يرتبط ارتفاع الضغط النفسي بعدد مرات الحمل, حيث عند الحالات اللواتي كان عندهن 3 مرات حمل والوضع 0 ($G_3 P_0$) كان مستوى الضغط النفسي مرتفع مقارنة ب ($G_1 P_0$) في استبيان "المعاش النفسي" للقياس القبلي. والنتيجة المتحصل عليها ترجع إلى ما أشتمل عليه البرنامج من فعاليات وتدريبات وأساليب مختلفة تخفف من الضغط النفسي, بدءا من تكوين علاقة ايجابية بين الحوامل والباحثة حيث حرصت كل الحوامل على التواجد خلال الجلسات, وكذلك المشاركة الفعالة خلال الجلسات, إضافة إلى المتابعة المستمرة للواجبات المنزلية التي كانت تعطى لهن وتدعيم الجلسات بالخبرات التي كانت بمثابة فرص غنية للجميع وكان يعبر عن الاندماج بينهن وبين الباحثة بشكل مستمر من خلال ذكر الحوامل لأهمية الجلسات بالنسبة لهن وشوقهن لها. وتضمن البرنامج أيضا العديد من أساليب مواجهة الضغوط النفسية للحوامل وتوضيح مفاهيم, والتأكيد على أهمية تطبيقها مثل: الاسترخاء, والتنفيس الانفعالي, وتحويل الانتباه, وأسلوب تنفيذ المعتقدات السلبية, وإدراك الحوامل أهمية هذه الأساليب. وبما أن الضغوط النفسية هي نتيجة لأفكارهن السلبية فقد تم التركيز خلال الجلسات على أهمية انتباه الحوامل على أفكارهن وإدراكهن للأحداث والمواقف وتفسيرهن لها

ولا بد من استخدام أسلوب عقلائي في إدراك الأحداث بحيث يدركها كما هي بعيدا عن التحجيم أو التضخيم حتى يتمكن من التفاعل معها بشكل عقلائي, مقبول وتحصلن على نتائج مرضية. وضرورة تنفيذ الأفكار التي تروضهن وتغيرها بأفكار ايجابية, كما أن البرنامج زودهن بمعلومات, وهذا لغرض تغيير أفكارهن وبالتالي التخفيف من الضغط النفسي.

الفرضية الثالثة: بينت النتائج قبول الفرض الثالث الذي ينص على وجود اختلاف في نوعية الأفكار لدى المرأة الحامل قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

حيث تراوحت نسبة درجات في الاستبيان (البعد الأفكار) قبل تطبيق البرنامج (8-12) درجة وانعدمت الدرجات بعد تطبيق البرنامج لدى حالات الدراسة.

وتتفق نتيجة الدراسة مع دراسة (Ahmed 1994) الذي اصفرت النتائج إلي ان النساء الحوامل لديهن ارتفاع في مستوى القلق وبعض المفاهيم الخاطئة أكثر من النساء غير الحوامل, ودعمت هذه النتائج فكرة النظرية بان المفاهيم والاتجاهات الخاطئة قد ينتج عنها قلق وضغط نفسي.

وهذا يفسر مدى ملائمة العلاج العقلائي الانفعالي لتهيئة الحامل للولادة القيصرية وتنفيذ المعتقدات الخاطئة لديهن حول الولادة القيصرية وكل ما يتعلق بها. حيث يركز Ellis على "أهمية التمييز بين المعتقدات الخاطئة والصحيحة ويعلم الفرد كيف يفكر منطقيا عن طريق الملاحظة الدقيقة والتجريب الميداني والطرق المنطقية كالتنفيذ المعتقدات الخاطئة" (هشام إبراهيم عبد الله: 2008, ص 153).

وتعود نتيجة فعالية البرنامج للتقنيات المستخدمة فيه و من خلال الجلسات الإرشادية والانضباط انعدمت الأفكار السلبية.

حيث تضمن البرنامج مجموعة من الأساليب لتنفيذ الأفكار السلبية لديهن وتوضيح مفاهيم نظرية Elliss فنية (A-B-C) والتأكيد على أهمية تطبيقها, واستعمال كذلك تقنية تحويل الانتباه (إلى الجنين) والتركيز على العلاقة (أم - جنين), واحتوى البرنامج الإرشادي العلاجي أساليب والأفكار الايجابية في التعامل مع الحوامل ولتهيئهن للولادة القيصرية مثل توضيح أسباب الولادة القيصرية بصفة عامة وأسباب تخص كل حال وإقناعهن بذلك, وكيف تتم عملية التخدير, ومتي وكيف تكون مضاعفات الولادة القيصرية. إضافة إلى تعديل الإدراك المشوه أو الخاطيء لدى الحوامل حول الولادة وإعادة تنظيم إدراكهن وتفكيرهن حول ذلك من خلال الجلسات وهذا بعد إتاحة الفرصة لهن بالإفصاح عن أفكارهن السلبية ومن خلال القياس القبلي والجلسات الإرشادية. فتنوع التقنيات التي احتوتها هذه الأخيرة ومدى فعالية العلاج العقلائي انفعالي واستنادا على أسلوب الإرشاد الجماعي أدى إلي انعدام الأفكار السلبية لدى حالات الدراسة.

التفسير العام: من خلال النتائج المحصل عليها في الجدول رقم (19) الذي يوضح الفروق في القياس البعدي والقبلي .

يفسر ذلك بمدى نجاعة البرنامج الإرشادي المقترح المستند على النظرية العقلانية الانفعالية الذي مفادها ان سلوك أو الاضطراب نتيجة للأفكار غير العقلانية, السلبية. وهذه النتيجة تتفق مع ما جاء في الإطار النظري,

بما ان عملية الولادة القيصرية عملية يشوبها الكثير من القلق(الشرييني 2005) حيث تعاني النساء الحوامل من بعض جوانب القلق أثناء الحمل أو الولادة والكثير من المخاوف نتيجة لأفكارهن السلبية والمعلومات الخاطئة حول ذلك.كما يذكر (زكريا إبراهيم:1980) ان القلق يظهر عند الحامل نتيجة الأفكار المستقاة من المجتمع الذي يجعلها تكون نظرة سلبية عن الحمل والولادة.

إضافة إلى ما أشارت إليه دراسة (Margalit 2010) حول الضغط النفسي الذي تتعرض له الحامل, ودراسة (lexeieira et la2006 .littletion et la 2009)الخاصة بالقلق عند الحوامل بالاعتماد على مقاييس القلق حيث وجدوا ان هناك ارتفاع في مستوى القلق لديهن حيث تزداد شدة القلق نتيجة تجاهل الحامل لحالتها النفسية,بالإضافة إلي وجود حول تأثير المفاهيم الخاطئة الموجودة بين الناس على مستوى القلق لدى الحوامل أكثر من النساء غير الحوامل.(سوالمة, الصمادي: 2012)

وتغزو هذه النتيجة ما تضمنه البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي, ونتيجة لتنوع الأساليب من أساليب معرفية, سلوكية, انفعالية التي يتميز بها العلاج العقلاني الانفعالي, والى انتظام مواضيع وأهداف كل جلسة ورغبة المشاركين في تطبيق البرنامج وإتمامه.

وتوفر المعلومات المختلفة التي تحتاج إليها الحوامل من الناحية الطبية والنفسية كشرح لهن تقنية (A-BC) ,الولادة القيصرية...وتزويدهن ببعض المعلومات لها علاقة بكيفية توفير الراحة والهدوء من خلال تمارين الاسترخاء(الذهني والتنفسي) والوصول بهن إلى إدراك أفكارهن السلبية والتمييز بين الأفكار السلبية والايجابية ثم تغييرها وتطوير العلاقة (ام –جنين) .

وبذلك يكون البرنامج الإرشادي الذي تلقته الحوامل المبرمجات للولادة القيصرية خلال الجلسات الإرشادية الجماعية والذي استند على النظرية العقلانية الانفعالية له اثر في تهيئة الحامل لذلك.

الخاتمة:

نظرا ما تعانيه الحامل من ضغوطات نتيجة التغيرات التي تطرأ عليها أثناء الحمل ونظرا لأهمية الحالة النفسية التي تكون عليها المرأة الحامل, ولما لها من تأثير إما بالسلب أو بالإيجاب على صحتها وصحة جنينها والذي يؤثر بدوره على وضعها أثناء العملية القيصرية , فكان من الضروري تهيئتها للولادة وذلك باقتراح برنامج إرشادي علاجي عقلاي انفعالي.

الاقتراحات:

- من خلال النتائج المتوصل إليها في الدراسة ارتأينا تقديم بعض الاقتراحات المتمثلة في:
- بناء برنامج إرشادي توعوي للحامل أثناء فترة الحمل.
- بناء برنامج إرشادي لتهيئة الحامل المقبلة على الولادة الطبيعية.
- دراسة حول دور المحيط (خاصة الزوج) في تهيئة الحامل للولادة.
- دراسة حول شخصية الحامل وعلاقتها بصعوبة الولادة .

قائمة المراجع

أولا قائمة المراجع باللغة العربية

I. الكتب

- 1- إبراهيم عبد الله هشام (2008), العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي أسس وتطبيقات, دار الكتاب الحديث, ط1, القاهرة.
- 2- ابوزعيزع عبد الله يوسف (2013), الاتجاهات النظرية في الارشاد والعلاج النفسي مدخل سلوكي معرفي ظاهراتي, دار زمزم, عمان.
- 3- بطرس حافظ بطرس (2011), النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي, دار الفكر, ط1, عمان.
- 4- حامد زهران, (1980), التوجيه والإرشاد النفسي, عالم الكتب, ط2 .
- 5- حماد بن علي الحمادي, عادل عبد الفتاح الهجمي, (2009), برنامج التوجيه والإرشاد النفسي الأسري, دار الفكر, ط1 .
- 6- جودت عبد الهادي, سعيد حسن العزة (2007), مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي, دار الثقافة, ط1, عمان.
- 7- فيصل محمد خير الزراد (2000), الأمراض النفسية-جسدية أمراض العصر, دار النفاس, ط1, بيروت.
- 8- سامع وديع الخقش (2011), النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي, دار الفكر, ط1, عمان.
- 9- عبد الحليم عبد الله (2013), دليل حصص الإرشاد والتوجيه الجمعي, دار جليس الزمان و البليبيسي, ط1.
- 10- هاني عرموس (2005), دليل الأسرة الطبي المصور, دار النفاس, ط1, سوريا.
- 11- زكريا إبراهيم 1980, سيكولوجية المرأة, دار مصر, بيروت.
- 12- محمد إبراهيم السفاسفة (2005), أساسيات في الإرشاد والتوجيه النفسي والتربوي, دار حنين ومكتبة الفلاح, ط1, بيروت.
- 13- منتصر علام (2012), الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي السلوكي, دار الكتب والوثائق القومية, القاهرة.
- 14- منصور عبد الحق (2010), الإرشاد والتوجيه, دار الغرب, ط1 الجزائر.
- 15- طه عبد العظيم حسين (2004), الإرشاد النفسي النظرية التطبيق التكنولوجيا, درا الفكر, ط1, عمان.

II. الموسوعات

- 16- ابونصري جميل (2002), موسوعة أسرتنا السعيدة دليل الحمل والولادة والإرضاع, دار الراتب الجامعية.
- 17- جورج قاضي (2002), موسوعة لروس جسم الإنسان, دار عيودات, ط1, بيروت.

18- عبد المنعم الحفني (2005) , الموسوعة النفسية الجنسية 2, المجلد 2, ط1 .

19- لولا حريقة (2006) , موسوعة الأسرة الحديثة من الحمل إلى البلوغ, الجزء 2 , دار نوبليس, ط2 .

III. الرسائل الجامعية:

20-صالح إسماعيل عبد الله الهمص (2010) ,قلق الولادة لدى الامهات في محافظة الجنوب لقطاع غزة وعلاقتها بجودة الحياة, رسالة ماجستير في علم النفس ,إشراف جميل حسن الصهرراوي- عبد الفتاح عبد الغنى.

IV. المجلة :

21- السوالمه عائشة,الصمادي احمد (2012) ,فعالية العلاج الواقعي الجمعي في تخفيف الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى الحامل ,المجلة الأردنية في العلوم التربوية,مجلد 8, عدد 4 , 376-365, الأردن .

V. قائمة المراجع باللغة الأجنبية :

22-B .Courbiere –X .Carcopino (2007) ,**Gynécologie Obstétrique** ,nouvelle édition ,Paris.

23- Alhassan (2006) ,**le gynécologie vous parle comment mené a bien sa grossesse** ,edition Dar el gharb ,Oran.

24-J.P.Schade (2001) ,**Ency clopédie Medicin & Santé** ,sergers media sarl, Paris .

25- Jean Pierre Wansten (2009) ,**la Rousses Médical** ,Annie Botrel ,3^{eme} édition ,Paris.

26-Hélène Deutsch(1967),**la psychologie de la femme**,4^{eme} édition PUF ,paris.

27-Henry Marret ,Jacques lansoc(2006) ,**pratique de l'accouchement**,4^{eme} édition Masson.

28-Paperviewsa (2004) ,**la sante de A.Z grossesse et naissance** ,Brussels, tome 1 ,Belgique.

29-Robert Muget P.A. Chadeyen,(1975), **l'accouchement sans douleur que sais je ?**,Puf ,Paris.