جامعة البليدة ـ 2 ـ لونيسي علي
كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس

الوحدة النفسية وعلاقتها بإكتئاب ما بعد الولادة والميل إلى السلوك الاجرامي

دراسة عيادية على عينة من الأمهات في فترة ما بعد الولادة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل.م.د تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:
بوالديار يسمينة

إشراف الأستاذ:
بوسالم عبد العزيز

السنة الجامعية 2021 / 2022

شكر وعرفان

قال تعالى ﴿ لئن شكرتم لأزيدنكم﴾ سورة إبراهيم أية (07)

الحمد لله رب العالمين الذي أعانني على إنجاز هذا العمل، فلولا توفيقه عز وجل لما تحقق من هذا الجهد شيء.

أتقدم بأسمى عبارات الشكر والتقدير للأستاذ المشرف بوسالم عبد العزيز لقبوله للإشراف على هذا العمل، وعلى نصائحه وإرشاداته من أجل إنجازه في صورته النهائية.

وأتقدم بشكر خاص إلى جميع الأساتذة خاصة صارة ألن (Sarah Allen) الذين ساعدوني ولم يبخلوا علي بنصائحهم وتوجيهاتهم، وإلى أعضاء لجنة المناقشة الذين قبلوا مناقشة هذه الأطروحة وإثرائها بأرائهم وملاحظاتهم العلمية. وإلى الأخصائية النفسانية "وصال" التي لم تبخل علي بنصائحها وإرشاداتها فألف شكر وتقدير لها.

إهداء

الحمد لله على فضله ونعمه الذي يسر لي إنجاز هذا العمل. أهدي جهدي هذا إلى:

أعز إنسانين في حياتي إلى التي أنجبتني إلى هذه الحياة وسهرت على تربيتي وعنايتي، وإلى نبع الحنان وشاطئ الأمان، وإلى أعز شخص على قلبي أمي العزيزة، وإلى سندي وقوتي وملاذي بعد الله أبي العزيز.

إلى من علموني علم الحياة وأظهروا لي ما هو أجمل ما في الحياة إخوتي وزوجة أخي وابنها، وإلى جدتي وخالتي.

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ قَالُواْ سُبۡحَٰنَكَ لَا عِلۡمَ لَنَآ إِلَّا مَا عَلَّمۡتَنَآۖ إِنَّكَ أَنتَ ٱلۡعَلِيمُ ٱلۡحَكِيمُ ٣٢ ﴾

صدق الله العظيم

(البقرة: 32)

ملخص:

تهدف الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الوحدة النفسية واكتئاب ما بعد الولادة والميل إلى السلوك الإجرامي، والتعرف على بعض الأسباب الكامنة التي تؤدي بالمرأة إلى الشعور بالوحدة النفسية، الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة، والميل للسلوك الإجرامي، ولتحقيق هدف الدراسة تكونت عينة البحث من (11) أما في فترة ما بعد الولادة والذي تم اختيارهم عن قصد، حيث تم تطبيق مقياس الوحدة النفسية المعد من طرف الباحثة، مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للباحثين قابل وبيك (2000) والمكيف في البيئة الجزائرية من طرف الباحثة، ودليل المقابلة نصف الموجهة المعد من طرف الباحثة، واعتمدنا على المنهج العيادي باستخدام طريقة كوليزي (colaizzi) المكونة من سبع خطوات للتحليل الدقيق للمقابلات التي أجريت مع الحالات.

خلصت الدراسة إلى أن هناك علاقة بين الوحدة النفسية واكتئاب ما بعد الولادة والميل للسلوك الإجرامي، وتم تلخيص الأسباب الكامنة ورائهم في موضوعات رئيسية الشعور بالوحدة النفسية، اضطراب الأكل، اضطراب النوم، القلق وعدم الأمن، الاضطرابات الانفعالية، التعرض لحدث صادم وعدم معالجته، التعرض لسوء المعاملة، ضعف القدرات العقلية، فقدان الذات، الشعور بالذنب والعار، التخطيط أو المحاولات الانتحارية، التخطيط لإيذاء الطفل، اضطرابات جنسية، عدم الإحساس بالطفل وبمشاعر الأمومة، نقص الدعم الاجتماعي.

الكلمات المفتاحية: الوحدة النفسية، اكتئاب ما بعد الولادة، السلوك الإجرامي، التخطيط للانتحار، التخطيط لإيذاء الطفل.

قائمة المحتويـات

الصفحـة	المـــــــــــوضـــــــــــــــــوع
	شكر وعرفان
	الإهداء
	ملخص الدراسة باللغة العربية
	قائمة المحتويات
	قائمة الجداول
	قائمة الأشكال
أ - ج	مقدمـة
	الباب الأول: الجانـب النظـري
	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
8	1 ـ الدراسات السابقة
8	2 ـ استعراض الدراسات السابقة
8	2 ـ 1 ـ الدراسات التي تناولت متغير الوحدة النفسية
24	2 ـ 2 ـ الدراسات التي تناولت متغير اكتئاب ما بعد الولادة
33	2 ـ 3 ـ الدراسات التي تناولت العلاقة بين الوحدة النفسية والاكتئاب
47	2 ـ 4 ـ الفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية
48	3 ـ تحديد إشكالية الدراسة
56	4 ـ تحديد مفاهيم الدراسة
57	5 ـ أهداف الدراسة
57	6 ـ أهمية الدراسة
58	7 ـ أسباب اختيار الموضوع

8 ـ الإطار النظري للدراسة	**59**
الفصل الثاني: الوحدة النفسية	
تمهيد	**61**
1ـ تعريف الوحدة النفسية	**61**
1 ـ 1 ـ لغة	**61**
1 . 2 ـ إصطلاحا	**62**
2 ـ أبعاد ومكونات الشعور بالوحدة النفسية	**65**
3 . أشكال الوحدة النفسية	**72**
4 ـ خصائص الوحدة النفسية	**79**
5 ـ مراحل الوحدة النفسية	**81**
6 ـ بعض المفاهيم المرتبطة بالوحدة	**82**
6 ـ 1 ـ الوحدة النفسية والاكتئاب	**82**
6 ـ 2 ـ الوحدة النفسية والخجل	**84**
6 ـ 3 ـ الوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية	**86**
6 ـ 4 ـ الوحدة النفسية والاغتراب	**91**
7 ـ سمات الاشخاص الذين يعانون من الوحدة النفسية	**93**
8 ـ نمو الشعور بالوحدة النفسية	**98**
9 ـ أثار الشعور بالوحدة النفسية	**100**
10 . أسباب الوحدة النفسية	**103**
11 ـ التفسيرات النظرية للوحدة النفسية	**110**
11 ـ 1 ـ النظرية التحليلية	**110**
11 ـ 2 ـ النظرية المعرفية	**113**

11 ـ 3 ـ النظرية التطورية	**114**
11 ـ 4 ـ النظرية السلوكية	**116**
11 ـ 5 ـ وجهة النظر الإسلامية	**117**
12 ـ أنواع التدخلات التي تستهدف الوحدة النفسية	**120**
خلاصة الفصل	**122**
الفصل الثالث: اكتئاب ما بعد الولادة	
تمهيد	**124**
1 ـ تعريف الولادة	**125**
2 ـ أنواع الولادة	**126**
3 ـ مراحل الولادة الطبيعية	**127**
4 ـ الاضطرابات المزاجية بعد الولادة	**128**
5 ـ اكتئاب ما بعد الولادة	**132**
5 . 1 ـ تعريف اكتئاب ما بعد الولادة	**132**
5 ـ 2 ـ أعراض اكتئاب ما بعد الولادة	**134**
5 . 3 . الاضطرابات المصاحبة لاكتئاب ما بعد الولادة	**138**
5 . 4 . التشخيص الفارقي لاكتئاب ما بعد الولادة	**145**
5 . 5 . معايير (DSM 5) لنوبة الاكتئاب الكبير	**152**
5 ـ 6 ـ الفرق بين الاكتئاب الكبير واكتئاب ما بعد الولادة	**155**
5 ـ 7 ـ النظريات المفسرة لاكتئاب ما بعد الولادة	**157**
5 ـ 7 ـ 1 ـ النظرية التحليلية	**157**
5 ـ 7 ـ 2 ـ النظرية المعرفية	**161**
5 ـ 7 ـ 3 ـ النظرية السلوكية	**167**

5 ـ 7 ـ 4 ـ النظرية البيولوجية	**172**
5 ـ 7 ـ 5 ـ النظرية المجذرة	**175**
5 ـ 8 ـ أثار اكتئاب ما بعد الولادة على علاقة أم ـ طفل	**182**
5 ـ 9 ـ عوامل إكتئاب ما بعد الولادة	**184**
خلاصة الفصل	**189**
الفصل الرابع: السلوك الاجرامي	
تمهيد	**191**
1 ـ تعريف السلوك الإجرامي	**191**
1 ـ 1 ـ لغة	**1921**
1 ـ 2 ـ إصطلاحا	**192**
2 ـ مراحل السلوك الاجرامي	**194**
3 ـ الفرق بين مصطلحي الجريمة والانحراف	**195**
4 ـ التفسيرات النظرية للسلوك الاجرامي	**197**
4 ـ 1 ـ النظرية التحليلية	**197**
4 ـ 2 ـ النظرية المعرفية	**202**
4 ـ 3 ـ النظرية السلوكية	**204**
4 ـ 4 ـ النظرية البيولوجية	**205**
4 ـ 5 ـ التفسير العصبي	**208**
5 ـ العوامل النفسية المؤدية بالمرأة المصابة باكتئاب ما بعد الولادة إلى الميل للسلوك الاجرامي	**211**
6 ـ الوحدة النفسية وعلاقتها باكتئاب ما بعد الولادة والميل إلى السلوك الاجرامي	**213**
6 ـ 1 ـ الوحدة النفسية وعلاقتها باكتئاب ما بعد الولادة	**213**

6 ـ 2 ـ الوحدة النفسية وعلاقتها بالسلوك الاجرامي	**216**
6 ـ 3 ـ اكتئاب ما بعد الولادة وعلاقته بالسلوك الاجرامي	**218**
أ ـ التخطيط للسلوك الانتحاري	**218**
ب ـ التخطيط لقتل الطفل حديث الولادة	**221**
خلاصة الفصل	**224**
الباب الثاني: الجانب الميداني	
الفصل الأول: الإجراءات المنهجية للدراسة	
1 ـ الاختبار الاستطلاعي	**227**
2 ـ عينة الاختبار الاستطلاعي	**227**
3 ـ وصف أدوات الدراسة	**229**
3 ـ 1 ـ دليل المقابلة النصف موجهة	**230**
3 ـ 2 ـ مقياس الوحدة النفسية	**230**
3 ـ 3 ـ مقياس اكتئاب ما بعد الولادة	**244**
4 ـ الدراسة الأساسية	**269**
4 ـ 1 ـ منهج الدراسة	**269**
4 ـ 2 ـ حدود الدراسة	**269**
4 ـ 3 ـ عينة الدراسة	**270**
الفصل الثاني: عرض الحالات وتحليل ومناقشة النتائج	
1 ـ عرض وتحليل مضمون المقابلة مع الحالة الأولى	**274**
2 ـ عرض وتحليل مضمون المقابلة مع الحالة الثانية	**280**
3 ـ عرض وتحليل مضمون المقابلة مع الحالة الثالثة	**286**

4 ـ عرض وتحليل مضمون المقابلة مع الحالة الرابعة	**291**
5 ـ عرض وتحليل مضمون المقابلة مع الحالة الخامسة	**296**
6 ـ عرض وتحليل مضمون المقابلة مع الحالة السادسة	**301**
7 ـ عرض وتحليل مضمون المقابلة مع الحالة السابعة	**308**
8 ـ عرض وتحليل مضمون المقابلة مع الحالة الثامنة	**316**
9 ـ عرض وتحليل مضمون المقابلة مع الحالة التاسعة	**323**
10 ـ عرض وتحليل مضمون المقابلة مع الحالة العاشرة	**331**
11 ـ عرض وتحليل مضمون المقابلة مع الحالة الحادية عشر	**335**
12 ـ تحليل عام للمقابلات	**341**
الاستنتاج العـــــــــــام	**362**
قائمة المراجع	**366**
قائمة الملاحق	
ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية	

قائـــــــــــمـــــــــة الجداول

رقم	عنوان	الصفحة
1	الأعراض التي يشعر بها الأفراد الوحيدين	77
2	العوامل الأربعة للشعور بالوحدة لروبينستان (Rubenstein) وشافرز (Shaver's)	97
3	التدخلات التي تستهدف الوحدة النفسية	120
4	الاضطرابات المزاجية بعد الولادة	128
5	الفرق بين الاكتئاب الكبير واكتئاب ما بعد الولادة	155
6	الفرق بين السلوك الاجرامي والسلوك المنحرف	195
7	وصف أنماط المخططات وارتباطها بالسلوك الإجرامي والعنف	202
8	توزيع عينة الاختبار الاستطلاعي حسب متغير العمر	227
9	توزيع عينة الاختبار الاستطلاعي حسب متغير المستوى التعليمي	229
10	اتجاه فقرات المقياس	234
11	ثبات مقياس الوحدة النفسية عن طريق معادلة ألفا لكرونباخ	226
12	معامل الارتباط بين البند والدرجة الكلية	237
13	القيم الارتباطية ما بين الأبعاد والدرجة الكلية	239
14	القيم الارتباطية للأبعاد مع بعضها البعض	239
15	القيم الارتباطية ما بين البند والبعد الذي ينتمي إليه	240
16	تشبع البنود بالسمة المكونات الأساسية	242
17	تشبع الأبعاد بالسمة المكونات الأساسية	243
18	التحليل العاملي للمكونات الرئيسية لمقياس الوحدة النفسية	243
19	دليل مقياس فحص اكتئاب ما بعد الولادة	249

20	ثبات مقياس اكتئاب ما بعد الولادة عن طريق معادلة ألفا لكرونباخ	253
21	التحليل العاملي التوكيدي	256
22	نموذج طريقة التحكيم	259
23	الصورة النهائية للمقياس بعد الترجمة	259
24	ثبات مقياس اكتئاب ما بعد الولادة عن طريق معادلة ألفا لكرونباخ	261
25	الارتباط ما بين البند والدرجة الكلية	262
26	الارتباط ما بين الأبعاد والدرجة الكلية	263
27	ارتباط الأبعاد مع بعضها البعض	264
28	الارتباط ما بين البند والبعد الذي ينتمي إليه	247
29	تشبع البنود بالسمة المكونات الأساسية	266
30	تشبع الأبعاد بالسمة المكونات الأساسية	267
31	التحليل العاملي للمكونات الرئيسية لمقياس اكتئاب ما بعد الولادة	268
32	توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر	270
33	توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	271
34	توزيع عينة الدراسة حسب متغير ولاية السكن	272
35	نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة الأولى	278
36	نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة الأولى	279
37	نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة الثانية	284
38	نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة الثانية	284

39	نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة الثالثة	289
40	نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة الثالثة	289
41	نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة الرابعة	294
42	نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة الرابعة	295
43	نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة الخامسة	300
44	نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة الخامسة	300
45	نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة السادسة	307
46	نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة السادسة	307
47	نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة السابعة	314
48	نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة السابعة	315
49	نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة الثامنة	322
50	نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة الثامنة	322
51	نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة التاسعة	329
52	نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة التاسعة	330
53	نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة العاشرة	334
54	نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة العاشرة	334
55	نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة الحادية عشر	338
56	نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة الحادية عشر	338

قائـــــــــــمـــــــــة الأشكال

رقم	عنوان	الصفحة
1	الأبعاد الثلاثة للوحدة النفسية وفق التقسيمات المختلفة للفضاء	70
2	العلاقة بين الوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية	88
3	النموذج التطوري للوحدة النفسية	99
4	الأثار غير المباشرة للوحدة النفسية	102
5	أسباب الشعور بالوحدة النفسية لروكاش	104
6	مسار الاضطرابات المزاجية لدى المرأة	131
7	المثلث المعرفي لبيك	163
8	نموذج لوينسون وزملائه للاكتئاب	170
9	أثر الهرمونات على اكتئاب ما بعد الولادة	172
10	أبعاد الوحدة النفسية	233
11	تصنيف درجات مقياس اكتئاب ما بعد الولادة	248
12	مسار الحالة الأولى من الشعور بالوحدة النفسية إلى الميل للسلوك الإجرامي	278
13	مسار الحالة الثانية من الشعور بالوحدة النفسية إلى الميل للسلوك الإجرامي	284
14	مسار الحالة الثالثة من الشعور بالوحدة النفسية إلى الميل للسلوك الإجرامي	289
15	مسار الحالة الرابعة من الشعور بالوحدة النفسية إلى الميل للسلوك الإجرامي	294
16	مسار الحالة الخامسة من الشعور بالوحدة النفسية إلى الميل للسلوك الإجرامي	300
17	مسار الحالة السادسة من الشعور بالوحدة النفسية إلى الميل للسلوك الإجرامي	306
18	مسار الحالة السابعة من الشعور بالوحدة النفسية إلى الميل للسلوك الإجرامي	314
19	مسار الحالة الثامنة من الشعور بالوحدة النفسية إلى الميل للسلوك الإجرامي	321
20	مسار الحالة التاسعة من الشعور بالوحدة النفسية إلى الميل للسلوك الإجرامي	329

21	مسار الحالة العاشرة من الشعور بالوحدة النفسية إلى الميل للسلوك الإجرامي	333
22	مسار الحالة الحادية عشر من الشعور بالوحدة النفسية إلى الميل للسلوك الإجرامي	338
23	المواضيع المتعلقة بموضوع البحث	341 -342

قائمة المـــــــــلاحـــــــــق

رقم الملحق	عنوان الملحق
1	دليل المقابلة نصف الموجهة
2	مقياس الوحدة النفسية قبل التحكيم
3	مقياس اكتئاب ما بعد الولادة قبل التحكيم
4	مقياس الوحدة النفسية بعد التحكيم
5	مقياس اكتئاب ما بعد الولادة بعد التحكيم
6	قائمة الأساتذة المحكمين لمقياس الوحدة النفسية
7	قائمة الأساتذة المحكمين لمقياس اكتئاب ما بعد الولادة

مقدمة:

الصحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يراها إلا المرضى، فهي تؤدي إلى توافق الفرد مع نفسه وبيئته وتمتعه بالرفاهية النفسية، وتؤثر على طريقة تفكيره وشعوره وسلوكه، وقد عرفتها ليونارد ستفرسون (Leonard A. Steverson) على أنها حالة من الرفاه النفسي يدرك فيها الفرد قدراته الخاصة، وتمكنه من التعامل مع ضغوطات الحياة اليومية، وتمكنه من العمل بشكل أكثر إنتاجية، ويكون قادرا على المساهمة في مجتمعه[1]، وللصحة النفسية أهمية كبيرة في حياة الفرد فهي تؤدي به إلى الشعور بالسعادة والاستقرار وهذا ما بينه صالح حسن أحمد الداهري أنها تجعل حياة الأفراد خالية من التوتر والاضطراب والصراعات المستمرة ويشعرون بالسعادة مع أنفسهم، وأقوياء اتجاه الشدائد والأزمات، وتجعلهم قادرين على التحكم بعواطفهم وانفعالاتهم ويتصفون بالسلوكات السوية ويبتعدون عن السلوكات الخاطئة[2].

تتأثر الصحة النفسية بالظروف التي يتعرض لها الفرد وهذا ما بينته منظمة الصحة العالمية (World Health Organisation) أن الصحة النفسية لا تتأثر بالسمات الفردية فحسب، بل تتأثر أيضا بالظروف الاجتماعية التي يجد الأفراد أنفسهم فيها والبيئة التي يعيشون فيها، تتفاعل هذه المحددات ديناميكيا، وقد تهدد الحالة العقلية للفرد أو تحميها، تؤدي سوء الصحة النفسية إلى الإصابة بالاضطرابات النفسية[3]، والتي تتميز حسب دافيد مورفي ميغان باري وبريغات فون (David Murphey، Megan Barry،Brigitte Vaughn) بتغيرات في التفكير أو الحالة المزاجية أو السلوك وترتبط بكرب أو ضعف

---

[1]Leonard A. Steverson: Madness reimagined: envisioning a better system of mental health in america, Vernon press, united star america. (2019). P:10.

[2] صالح حسن أحمد الداهري (2010). مبادئ الصحة النفسية، دار وائل للنشر، ط2، عمان.

[3] World Health Organisation: Mental health: Fact sheet, The regional office for europe of the world health organisation, P: 1 – 5. (2019). P:1.

شديد في الأداء، تعد الوحدة النفسية من بين المشكلات الصحية التي يتعرض لها الفرد[1]، وقد أكدت دراسة منفرد بوتل وأخرون (Manfred E. Beutel) أن الوحدة النفسية تشكل مشكلة صحية كبيرة لدى أفراد المجتمع مع زيادة خطر الإصابة بالاكتئاب والتفكير في الانتحار[2]، وقد وجدت دراسة أندرو ستيبتو وأخرون (Andrew steptoe) أن الشعور بالوحدة النفسية كان أكثر انتشارا عند النساء[3].

وللأسف ترتبط العديد من الاضطرابات النفسية بالوحدة النفسية من بينها اكتئاب ما بعد الولادة، وهو نوع من الاكتئاب الكبير الذي يصيب المرأة في الأربعة أو الخمس أسابيع الأولى بعد الولادة، حيث تشعر المرأة بالعجز واليأس، مما يحدث مشكلات عاطفية، سلوكية، معرفية، وشخصية في حياتها، تؤدي إلى بها إلى التخطيط لإيذاء نفسها عن طريق الانتحار، أو التخطيط لإيذاء طفلها، بهدف التخفيف من المعاناة النفسية التي تشعر بها في ظل غياب الدعم الاجتماعي من قبل الزوج الذي يعتبر السند الأول في حياتها أو الأفراد المقربين لها.

بين العديد من الباحثين أهمية الوحدة النفسية في حدوث اكتئاب ما بعد الولادة من بينهم قابيل وبيك (2000) حسب جيري لاسيك وأخرون (Gerri C. Lasiuk، 2005، ص: 132) حيث أجرو دراسات موسعة من خلال إجراء مقابلات عيادية مع الأمهات اللواتي يعانون من اكتئاب ما بعد الولادة، واستنتجوا عدة مواضيع تتعلق به من بينها شعور المرأة بالوحدة النفسية[4]، وكذلك دراسة فرحانين زايدي

---

[1]David Murphey, Megan Barry, Brigitte Vaughn: Mental health disorders, Adolescence health highlight, P: 1 – 10. (2013). P:1.

[2] Manfred E. Beutel, Eva M. Klein, Elmar Brähler, Iris Reiner, Claus Jünger, Matthias Michal, Jörg Wiltink, Philipp S. Wild, Thomas Münzel, Karl J. Lackner, Ana N. Tibubos: Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health, Beutel et al. BMC Psychiatry, p: 1 7. (2017). P:1.

[3] Andrew Steptoe, Aparna Shankar, Panayotes Demakakos, Jane Wardle (2010). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women, Vol. 110, No. 15, p:5797 – 5801.

[4] Gerri C. Lasiuk, MN, RN; Linda M. Ferguson, MN, RN: From practice to midrange theory and back again beck's theory of postpartum depression, Advances in nursing science/apra-, Vol. 28, No. 2. pp. l27-136. (2005). P:132.

وآخرون (Farheen zaidi) التي تكونت عينتها من (260) أما، التي أجريت في الهند، والتي هدفت إلى دراسة اكتئاب ما بعد الولادة لدى المرأة وتحليل عوامل الخطر، وتوصلت نتائجها إلى أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية مرتفعة بين الوحدة النفسية واكتئاب ما بعد الولادة[1].

اكتئاب ما بعد الولادة، لا يرتبط بالولادة الأولى فقط وإنما بجميع الولادات خصوصا إذا لم تخضع الأم للمعالجة، ويلاحظ أن المرأة لا تصرح بمرضها خوفا من العار أو الخجل لأن الموضوع يعتبر من التابوهات، وفي بعض الأحيان لا تدرك بأنها مصابة بالاكتئاب وينتظر منها بأن تقوم بواجب الأمومة والزوجية بصفة جيدة وتهمل نفسها، ونظرا لنقص الوعي في المحيط الأسري تلام أحيانا بأنها لا تقوم بواجباتها ومقصرة في حقهم. مما يزيد الشعور بالذنب المتواصل حيث تعتقد أنها السبب الرئيس في حدوث الأمور السلبية وترى بأن الطفل قد حرمها من ممارسة حياتها الطبيعية ومن الشعور بالراحة، مما يؤدي إلى عدم تقبل الأم للطفل وعدم قدرتها بأن تصبح أما جيدة له يدفعها إلى التخلص منه في حياتها لأنها ترى بأنها أهملته ولا تقوم بواجب الأمومة إتجاهه، مع زيادة لوم الذات تنقص علاقتها مع الأخرين وتصبح معزولة عنهم، ويزداد الشعور بالوحدة النفسية مع فقدان السيطرة على سلوكاتها العنيفة.

تسعى هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على هذه المشكلة النفسية التي لم تحظ باهتمام واسع في البلدان العربية خصوصا الجزائر في حدوث الاضطرابات النفسية، وكذلك توجيه الباحثين إلى الاهتمام بالمرأة في فترة ما بعد الولادة، والتي تعتبر مرحلة جد حساسة وقد تكون كعامل مفجر لحدوث الاضطرابات النفسية، لأن التركيز هو موجه فقط للصحة الجسدية للمرأة والطفل وإهمال الجانب النفسي، وتهدف إلى التعرف على العلاقة بين الوحدة النفسية واكتئاب ما بعد الولادة والميل إلى السلوك الإجرامي.

فما هي العلاقة بين الوحدة النفسية واكتئاب ما بعد الولادة والميل إلى السلوك الإجرامي؟.

---

[1] Farheen zaidi, Aruna nigam, Ruby anjum, Rashmi agarwalla (2017). Postpartum depression in women: a risk factor analysis, Journal of clinical and diagnostic research, Vol-11(8): 13-16.

اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج العيادي من خلال إجراء مقابلات عيادية مع إحدى عشرا (11) أما في فترة ما بعد الولادة، من خلال استعمال دليل المقابلة نصف الموجهة المعد من طرف الباحثة، مقياس الوحدة النفسية المعد من طرف الباحثة، ومقياس اكتئاب ما بعد الولادة للباحثان قابل وبيك (2001) والمكيف في البيئة الجزائرية من طرف الباحثة بعد التحقق من الخصائص السيكومترية لهما والتأكد من صلاحيتها، أجريت الدراسة في حدود شهر جانفي (2018) إلى شهر ماي (2022) بعد أخذ الموافقة الشخصية من الحالات للمشاركة في البحث مع الالتزام بحفظ السرية وعدم الكشف عن الهوية.

نظرا لدور الوحدة النفسية في حدوث اكتئاب ما بعد الولادة والميل إلى السلوك الاجرامي، قد تكون البحث من مدخلين وستة فصول، يعالج المدخل الأول الجانب النظري ويضم الفصل الأول، الثاني، الثالث، والرابع، يتناول الفصل الأول الإطار النظري للدراسة من خلال عرض الدراسات السابقة والتعقيب عليها، عرض إشكالية الدراسة، تحديد مفاهيمها، وأهدافها، أهميتها، أسباب اختيار الموضوع، والإطار النظري. والفصل الثاني خصص للتعرف على مفهوم الوحدة النفسية من حيث تعريفها، وتحديد أبعادها وأشكالها، والتعرف على أهم الخصائص التي تتميز بها، وإلى بعض المفاهيم المرتبطة بها، وإلى أهم النظريات التي قامت بتفسيرها، مع التطرق إلى الجوانب العلاجية لها. وتعاني النساء اللواتي يشعرن بالوحدة النفسية من الاكتئاب.

عالج الفصل الثالث اضطراب اكتئاب ما بعد الولادة حيث تم تعريف الولادة، وأنواعها، ومراحلها، والتطرق إلى الاضطرابات المزاجية التي تتعرض لها الأم بعد فترة الولادة، وتعريف اضطراب اكتئاب ما بعد الولادة، وتحديد أعراضه السلوكية والمعرفية والانفعالية، والاضطرابات المصاحبة له، وكيفية تشخيصه الفارقي عن بقية الاضطرابات الأخرى، وإلى تفسيره نظريا من وجهات متعددة، وإلى أهم

العوامل المؤدية له. ويؤدي اكتئاب ما بعد الولادة إلى ميل المرأة للسلوك الإجرامي، من خلال التخطيط للسلوك الانتحاري أو التخطيط لقتل الطفل حديث الولادة.

حاول الفصل الرابع دراسة السلوك الإجرامي من خلال التطرق إلى تعريفه من وجهات نظر متعددة، ثم إلى أهم المراحل التي يمر بها، والتعرف على أهم الخصائص المميزة له، ثم التعرف على الفرق بين مصطلحي الجريمة والانحراف، وكيف يتم التمييز بينهما، ثم تناولنا التفسيرات النظرية له، وفي الأخير تعرفنا على أهم العوامل التي تؤدي بالمرأة إلى ارتكاب السلوك الاجرامي، والتعرف على الوحدة النفسية وعلاقتها باكتئاب ما بعد الولادة والميل إلى السلوك الاجرامي.

أما المدخل الثاني وهو الجانب المنهجي للدراسة وهو يضم فصلين، عالج الفصل الأول الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة، من خلال إجراء الاختبار الاستطلاعي للتعرف على المجال المكاني الذي سوف تجرى فيه الدراسة وحساب الخصائص السيكومترية للمقاييس، ثم تناولنا إجراءات الدراسة الأساسية وعينة الدراسة والخصائص المميزة لها، مع ذكر حدود الدراسة، منهج الدراسة، الإطار الزماني والمكاني الذي تجرى فيه الدراسة، ونظرا لانتشار وباء كرونا اضطرنا لإجراء الدراسة عن بعد.

اما المدخل الثاني فقد انصب على عرض وتحليل ومناقشة نتائج المقابلة مع الحالات وذلك بالاستعانة بالإطار النظري، وبالدراسات السابقة، واختتمت الدراسة باستنتاج عام حول ما توصلت إليه الدراسة.

الباب الأول

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1 ـ الدراسات السابقة:

هناك العديد من الدراسات التي تطرقت لموضوع الوحدة النفسية وموضوع اكتئاب ما بعد الولادة، ولكن تناولته بزوايا مختلفة، وقد تنوعت هذه الدراسات بين أجنبية وعربية، وسوف نقوم باستعراض هذه الدراسات التي تم الاستفادة منها في طرح موضوع البحث، مع الإشارة إلى أبرز ملامحها، وتقديم تعليقا عليها يتضمن جوانب الاتفاق والاختلاف وبيان الفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية، وتود الباحثة أن تشير إلى أن الدراسات التي سوف يتم استعراضها جاءت في الفترة الزمنية بين (1994) و(2019)، وشملت جملة من الأقطار والبلدان مما يشير إلى تنوعها الزمني والجغرافي.

هذا وقد تم تصنيف هذه الدراسات حسب متغيرات البحث الأساسية للدراسة، وفيما يلي نقدم عرضا لهذه الدراسات، مع تبيان أوجه التشابه والاختلاف بينها، ثم نبين الفجوة العلمية من خلال التعرف على اختلاف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة، وأخيرا جوانب الاستفادة من الدراسات السابقة في الدراسة الحالية.

2 ـ استعراض الدراسات السابقة:

2 ـ 1 ـ الدراسات التي تناولت متغير الوحدة النفسية:

أ ـ الدراسات العربية:

دراسة فاطمة بنت علي بن سعيد اليحيائي (2013) بعنوان الذكاء الانفعالي وعلاقته بالوحدة النفسية لدى الطلبة المكفوفين في سلطنة عمان، والتي هدفت إلى الكشف عن مستوى الذكاء الانفعالي والوحدة النفسية لدى الطلبة، كما هدفت إلى معرفة العلاقة بين الذكاء الانفعالي والوحدة النفسية وتمثلت عينتها (100) طالب، واستخدمت مقياس الذكاء الانفعالي لشابمين (Chapmen، 2001)، مقياس الوحدة

النفسية من إعداد عابد (2008) لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أنه لا توجد علاقة بين الذكاء الانفعالي والشعور بالوحدة النفسية لدى الطلبة[1].

دراسة منتهى محمد مخلف (2013) بعنوان الاغتراب النفسي وعلاقته بالشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الاعدادية في قضاء الفلوجة، والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الاغتراب النفسي وعلاقته بالشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الإعدادية في محافظة الأنبار، وتمثلت عينتها (50) طالبا، واستخدمت مقياس الاغتراب النفسي لصلاح الدين الحمد الجماعي (2008)، مقياس الشعور بالوحدة النفسية لراسيل (1996) لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة دالة إحصائيا بين الاغتراب النفسي والوحدة النفسية لدى طلاب المرحلة الإعدادية[2].

دراسة خالد دياب حميد (2013) بعنوان الوحدة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى الأسرى المحررين ـ صفقة "وفاء الأحرار" بغزة، والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية، وتمثلت عينتها (179) أسيرا فلسطينيا محرار، واستخدمت مقياس الوحدة النفسية ومقياس المساندة الاجتماعية لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الوحدة النفسية ومستوى المساندة الاجتماعية لدى الأسرى المحررين في قطاع غزة[3].

---

[1] فاطمة بنت علي بن سعيد اليحيائي، الذكاء الانفعالي وعلاقته بالوحدة النفسية لدى الطلبة المكفوفين في سلطنة عمان، رسالة ماجيستر منشورة، عمان. 2013.

[2] منتهى محمد مخلف، الاغتراب النفسي وعلاقته بالشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الاعدادية في قضاء الفلوجة، مجلة الأنبار للعلوم البدنية والرياضية، المجلد 2، العدد 8، ص: 1 ـ 18. 2013

[3] خالد دياب حميد، الوحدة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى الأسرى المحررين ـ صفقة "وفاء الأحرار"، رسالة ماجيستير منشورة، غزة، فلسطين. 2013.

دراسة بن دهنون سامية شيرين، ماحي إبراهيم (2014) بعنوان الشعور بالوحدة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى طلاب الجامعة والتي هدفت إلى معرفة العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية وتقدير الذات لدى طلبة كلية العلوم الاجتماعية، وقد تكونت عينتها (156) طالبا وطالبة يدرسون بالسنة الأولى والسنة الثالثة ل.م.د بجامعة وهران، واستخدمت مقياس الوحدة النفسية لراسيل، ومقياس تقدير الذات لروزنبارغ (Rosenberg) لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك ارتباط سالب بين الشعور بالوحدة النفسية وتقدير الذات[1].

دراسة محمد محمد علي عرابي (2018) بعنوان المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالوحدة النفسية لدى المراهقين المكفوفين بمصر، والتي هدفت إلى دراسة العلاقة بين الوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية المدركة لدى عينة من المراهقين المكفوفين (ذكور واناث)، وتكونت عينتها من(58) طالبا وطالبة من طلبة المرحلة الاعدادية والثانوية (المراهقين المكفوفين)، واستخدمت مقياس الوحدة النفسية لدى المراهقين المكفوفين (إعداد الباحث)، ومقياس المساندة الاجتماعية المدركة لدى المراهقين المكفوفين (إعداد الباحث) لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها وجود علاقة ارتباطية سالبة بين المساندة الاجتماعية المدركة والوحدة النفسية لدى عينة الدراسة، وهذه علاقة منطقية حيث أن أبعاد المساندة الاجتماعية الثلاثة العاطفية والاجتماعية والمعلوماتية تؤثر في الوحدة النفسية ككل، وأن المساندة الاجتماعية تعتبر مصدرا مخففا للوحدة النفسية في ظل تحقيق القدرة على التآلف الاجتماعي مع الآخرين[2].

---

[1] بن دهنون سامية شيرين: بعض الخصائص النفسية (الاكتئاب، الوحدة النفسية) وعلاقتها بتقدير الذات في ضوء متغير الجنس والمستوى التعليمي ـ دراسة على عينة من طلبة جامعة وهران، رسالة دكتوراه منشورة، وهران، الجزائر. 2016.

[2] محمد محمد علي عرابي: المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالوحدة النفسية لدى المراهقين المكفوفين، رسالة ماجيستر منشورة، جامعة بوسعيد. 2018.

ب ـ الدراسات الأجنبية:

دراسة نورين ماهون (Noreen e. Mahon، 1994) بعنوان الوحدة النفسية والنوم خلال فترة المراهقة، والتي هدفت إلى دراسة العلاقة بين الوحدة النفسية وبعدين من نوعية النوم (اضطراب النوم وفعالية النوم) في سن المراهقة المبكرة والمتوسطة والمتأخرة. وتمثلت عينتها (330) مراهقا، واستخدمت مقياس الوحدة النفسية لراسيل، مقياس النوم لفران سيدر هالبن (The Verran/Snyder–Halpern) لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك ارتباط بين الوحدة النفسية واضطرابات النوم في سن المراهقة المبكرة والمتوسطة[1].

دراسة توماس جوينر ودافيد رود (Thomas E. Joiner, Jr، M. David Rudd، 1996) بعنوان الكشف عن العلاقات المتبادلة بين اليأس، الوحدة النفسية والتفكير الانتحاري، والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين اليأس، الوحدة النفسية والتفكير الانتحاري وتمثلت عينتها (234) طالب جامعي، واستخدمت مقياس اليأس، مقياس أعراض الاكتئاب ـ المقياس الجزئي للانتحار، مقياس الاكتئاب لبيك، ومقياس الوحدة النفسية لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة بين الوحدة النفسية والتفكير الانتحاري[2].

دراسة راندي باج (Randy M. Page، 2006) بعنوان اليأس والشعور بالوحدة النفسية بين من يحاولون الانتحار في عينات من المراهقين التايوانيين والفلبين والتايلنديين والتي هدفت إلى تقييم مستوى محاولات الانتحار لدى عينات من المراهقين في ثلاث مدارس جنوب شرق آسيا (تايبي (Taipei)، تايوان (Taiwan)، الفلبين (Philippines)، شيانغ ماي (Chiang Mai)، تايلاند (Thailand)) وتكونت عينتها

---

[1] Noreen e. Mahon : Loneliness and sleep during adolescence, Perceptual and motor skills, v: 78, p: 227-231. 1994.

[2] Thomas E. Joiner, Jr., M. David Rudd : Disentangling the interrelations between hopelessness, loneliness, and suicidal ideation, Suicide and Life Threatening Behavior, Vol. 26(1), P: 19 - 26.

من (2624) تلميذا من (21) ثانوية في تايوان، و(2519) تلميذا من (10) ثانويات في تايلاند، و(3320) تلميذا من (8) ثانويات في فلبين، واستخدمت مقياس العجز لبيك، ومقياس الوحدة النفسية المعدل لراسيل لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة بين الوحدة النفسية والسلوك الانتحاري[1].

دراسة سوزان وايت وروكسان روبرسون ناي (Susan W. White، Roxann roberson–Nay، 2009) بعنوان القلق، العجز الاجتماعي، والوحدة النفسية لدى الشباب الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين القلق، الوحدة النفسية، ودرجات المهارات الاجتماعية، وتمثلت عينتها (20) فردا، واستخدمت جدول تشخيص اضطراب التوحد الملاحظ للورد وأخرون (Lord، 2002)، استبيان الاتصال الاجتماعي لروتر وأخرين (Rutter، 2003)، مقياس الاستجابة الاجتماعية لكنستانتينو وقروبار(Constantino and Gruber، 2005)، مقياس الكفاءات الاجتماعية لريدال (Rydell، 1997)، مقياس القلق المتعدد الأبعاد للأطفال لمارش (March، 1997)، قائمة سلوك الطفل لأشنباش ورسكولا (Achenbach and Rescorla، 2001)، استبيان الوحدة النفسية لأشار وأخرين (Asher، 1984) لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن الأفراد الذين يعانون من مستويات مرتفعة من القلق يشعرون بالوحدة الاجتماعية[2].

دراسة ماري إ. بريتشارد وكيرا ل. يلتش (Mary E. Pritchard، Kyra L. Yalch، 2009) بعنوان العلاقة بين الوحدة النفسية، والتبعية الشخصية، واضطرابات الأكل عند البالغين، والتي هدفت إلى

---

[1] Randy M. Page, Jun Yanagishita, Jiraporn Suwanteerangkul, Emilia Patricia Zarco, Ching Mei-Lee, Nae-Fang Miao : Hopelessness and Loneliness Among Suicide Attempters in School-Based Samples of Taiwanese, Philippine and Thai Adolescents, School Psychology International, V 27, P: 583- 598. 2006.

[2] Susan W. White, Roxann roberson-Nay : Anxiety, Social deficits, and loneliness in youth with autism spectrum Disorders, J Autism Dev Disor, v: 39, p:1006–1013. 2009.

التعرف على العلاقة بين الوحدة النفسية، والتبعية الشخصية، واضطرابات الأكل عند البالغين، وتمثلت عينتها (245) طالبا، واستخدمت مقياس اضطرابات الأكل لغارنر، ألمستد، وبوليفي (Garner، Olmsted، Polivy، 1983)، مقياس الوحدة النفسية النسخة الثالثة، مقياس التبعية الشخصية لهيرشفلد وأخرون (Hirschfeld، 1977) لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها توجد علاقة بين الوحدة النفسية وأعراض الشراهة، عدم الرضا عن الجسم والدافع للنحافة لدى الرجال، توجد علاقة بين الوحدة النفسية وعدم الرضا عن الجسم لدى النساء[1].

دراسة متهاو سوثوارد (Matthew W. Southward، 2014) بعنوان العلاقة الوسيطية للوحدة النفسية بين عدم التنظيم الانفعالي والشره العصبي/ الاضطرابات النفسية عند تناول الطعام لدى عينة مرضية، والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة الوسيطية للوحدة النفسية بين عدم تنظيم العاطفة والشره العصبي/ اضطرابات الأكل، التعرف على العلاقة الوسيطية لاضطراب العاطفة بين الوحدة النفسية والشره العصبي/ واضطرابات الأكل، وتمثلت عينتها (107) من النساء، واستخدمت مقياس صعوبة تنظيم العواطف ريومر وقراتز (Gratz KL، Roemer، 2004)، مقياس الوحدة النفسية النسخة الثالثة لراسيل (2004)، فحص اضطرابات الأكل النسخة الربعة لفايربون وكوبر (Fairburn CF، Cooper Z) لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن الوحدة النفسية تلعب دور وسيط في زيادة عدم التنظيم للعاطفة وترتبط بزيادة الشره العصبي[2].

---

[1] Mary E. Pritchard, Kyra L. Yalch : Relationships among loneliness, interpersonal dependency, and disordered eating in young adults, Personality and Individual Differences, 46, P: 341-346. 2009.

[2] Matthew W. Southward, Kara A. Christensen, Karla C. Fettich, Jessica Weissman, Johnny Berona, Eunice Y. Chen : Loneliness mediates the relationship between emotion dysregulation and bulimia nervosa/ binge eating disorder psychopathology in a clinical sample, Eat Weight Disord,19, P:509-513. 2014.

دراسة فيفيان هوان، ربيكا انغ، وستيفاني شي (Vivien S. Huan، Rebecca P. Ang، Stefanie chye، 2014) بعنوان الوحدة النفسية والخجل: دور القلق الاجتماعي لدى المراهقين الذين يعانون من مشكل استخدام الأنترنت، والتي هدفت إلى التعرف على العلاقات الوسيطية للقلق الاجتماعي مع المتغيرات النفسية (الشعور بالوحدة النفسية والخجل) واستخدام الأنترنت، وتمثلت عينتها (681) مراهقا في سنغفورة، واستخدمت مقياس الخجل لجونز وبرينغ (Jones and Briggs، 1986)، مقياس الوحدة النفسية لراسيل، مقياس القلق الاجتماعي لغريكا ولوبز (Greca and Lopez، 1998)، مقياس مشكل استعمال الأنترنت لكبلن (Caplan، 2002) لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة بين استعمال الأنترنت والوحدة النفسية والخجل، توجد علاقة بين الوحدة النفسية والخجل، توجد علاقة بين الوحدة النفسية والقلق[1].

دراسة دريانا لميس، إليزابيت يلارد وأمي باتل (Dorian a. Lamis، elizabeth d. Ballard، amee b. Patel، 2014) بعنوان الوحدة النفسية والتفكير الانتحاري لدى طلاب الجامعة المدمنين على المخدرات، والتي هدفت إلى اكتشاف الارتباطات بين الوحدة النفسية، وتعاطي المخدرات، والتفكير الانتحاري لدى عينة من طلاب الجامعة، وتمثلت عينتها (207) طالب جامعي، واستخدمت مقياس الوحدة النفسية لجامعة كاليفونيا لوس أنجلس، مقياس بيك للتفكير الانتحاري لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها ان تعاطي المخدرات يعتبر كوسيط في العلاقة بين الشعور بالوحدة والتفكير في الانتحار، وهناك علاقة بين الوحدة النفسية والتفكير الانتحاري[2].

---

[1] Vivien S. Huan, Rebecca P. Ang, Stefanie chye : Loneliness and shyness in adolescent problematic internet users: The role of social anxiety, Child & youth care forum, 43(5), 539-551. 2014 .

[2] Dorian a. Lamis, elizabeth d. Ballard, amee b. Patel : Loneliness and suicidal ideation in drug-using college students, suicide and life-threatening behavior, 44(6), 629-640. 2014.

دراسة أوليفر سندرمان (Oliver Sündermann، 2014) بعنوان الشبكات الاجتماعية والدعم في المرحلة الأولى من الذهان: الكشف عن دور الشعور بالوحدة النفسية والقلق في جنوب لندن، والتي هدفت إلى الكشف عن الدعم الاجتماعي ومميزات الشبكة الاجتماعية لدى الأشخاص المصابين بالذهان في المرحلة الأولى، وفحص القلق كعامل وسيط بين الشعور بالوحدة النفسية والاصابة بجنون العظمة، وتمثلت عينتها (38) شخصا مصاب بالذهان في المراحل الأولى، واستخدمت مقياس الاكتئاب، مقياس الدعم الاجتماعي متعدد الأبعاد، ومقياس الوحدة النفسية لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك ارتباط بين نقص الدعم الاجتماعي المدرك، والشعور بالوحدة النفسية وغياب أحد المقربين بشدة مع الذهان وأعراض الاكتئاب. ويعتبر القلق كعامل وسيط للشعور بالوحدة النفسية والبرانويا[1].

دراسة ليندة ألسون سكوت وأخرون (Linda Olson Scott، 2014) بعنوان العلاقة مع الله، الوحدة النفسية، الغضب وأعراض الكرب لدى مرضى السرطان الذين قربت نهاية حياتهم، والتي هدفت إلى التعرف على مستوى الرضا في العلاقة مع الله، الوحدة النفسية، الغضب وأعراض الكرب لدى مرضى السرطان الذين قربت نهاية حياتهم، التعرف على العلاقة بين رضا المريض في المستشفى والعلاقة مع الله، الوحدة النفسية، الغضب وأعراض الكرب، وتمثلت عينتها (354) مريض بالسرطان، واستخدمت مؤشر جودة الحياة في المستشفيات الذي يضم ثلاثة بنود لقياس العلاقة مع الله، الشعور بالوحدة النفسية، الشعور بالغضب، مقياس تقييم الأعراض التذكرية (Memorial Symptom Assessment Scale) لقياس الكرب لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة بين الوحدة النفسية والغضب[2].

---

[1] Oliver Sündermann, Juliana Onwumere, Fergus Kane, Craig Morgan, Elizabeth Kuipers : Social networks and support in first-episode psychosis: exploring the role of loneliness and anxiety, Soc psychiatry psychiatr epidemiol, v: 49, p:359 -366. 2014.

[2] Linda Olson Scott, Johnathon M. Law, Daniel P. Brodeur, Christopher A. Salerno, Anzette Thomas, Susan C. McMillan : Relationship with god, Loneliness, Anger and symptom distress

دراسة محمد جفاد خدمي وأخرون (Mohammad Javad Khademi، 2015) بعنوان القلق والوحدة النفسية لدى المسنين الايرانيين، والتي هدفت إلى تحديد العلاقة بين والوحدة النفسية لدى المسنين الايرانيين، وتمثلت عينتها (200) مسنا، واستخدمت مقياس القلق الايراني، مقياس الوحدة النفسية النسخة الثالثة لراسيل لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة بين الوحدة النفسية والقلق حيث يؤدي فقدان العلاقة الشخصية إلى الشعور بالوحدة النفسية والخوف من الخسارة والقلق بسبب الانفصال في النهاية، وأن هناك علاقة قوية بين الوحدة النفسية والأعراض الجسدية، المعرفية، والعاطفية[1].

دراسة كريس سغرين وتريسيا بورك (Chris Segrin، Tricia J. Burke، 2015) بعنوان الوحدة النفسية ونوعية النوم: التأثيرات الثنائية وتأثيرات الضغط النفسي، والتي هدفت إلى تحديد ما إذا كانت الوحدة النفسية مرتبطة بنوعية نوم الشخص ونوعية نوم الزوج، وفحص الضغط النفسي كعامل وسيط محتمل، وتمثلت عينتها (255) من الأزواج، واستخدمت مقياس نوعية النوم، مقياس الوحدة النفسية لروسل، مقياس القلق والاكتئاب الاستشفائي زيمود وسنايت (Zigmond and Snaith، 1983)، مقياس الضغط النفسي لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها وجود علاقة بين الوحدة النفسية ونوعية النوم، كلما كانت الوحدة النفسية أكثر وضوحا قلة نوم الزوج، كانت هناك تأثيرات غير مباشرة مهمة للوحدة النفسية على نوعية النوم من خلال زيادة الضغط النفسي، حتى بعد السيطرة على الاكتئاب[2].

دراسة سميرة روستامي بهرام جوكر (Samira Rostami، Bahram Jowkar، 2016) بعنوان العلاقة بين الشعور بالذنب والعار مع أبعاد الوحدة النفسية: الأثار الوسيطية للجنس بإيران، والتي هدفت

---

in patients with cancer who are near the end of life, J Hosp palliat nurs, v: 16(8), p: 482 - 488. 2014.

[1] Mohammad Javad Khademi, Vahid Rashedi, Sajad Sajadi, Shirzad Moradi Gheshlaghi : Anxiety and Loneliness in the Iranian Older Adults, International Journal of Psychology and Behavioral Sciences, v : 5(2), p: 49-52. 2015.

[2] Chris Segrin, Tricia J. Burke : Loneliness and sleep quality: dyadic effects and stress effects, Behavioral Sleep Medicine, 13:241–254. 2015.

إلى تحديد العلاقة بين الشعور بالذنب والعار مع أبعاد الوحدة النفسية (العائلية، الاجتماعية، الرومانسية)، وتمثلت عينتها (398) تلميذا في طور الثانوي، واستخدمت مقياس التعرض للذنب والعار لكوهن وزملائه (Cohen، 2011)، مقياس الوحدة النفسية للبالغين الصيغة المختصرة، مقياس التعرض للذنب والعار المعد من طرف كوهن وزملائه (Cohen، 2011) لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة موجبة بين الشعور بالعار والوحدة النفسية الاجتماعية والعائلية، توجد علاقة بين الوحدة النفسية الاجتماعية والعائلية والعاطفية، توجد علاقة سلبية بين الشعور بالعار والوحدة النفسية العاطفية، توجد علاقة سلبية بين الشعور بالذنب والوحدة النفسية العائلية والاجتماعية، توجد علاقة موجبة بين الشعور بالذنب والوحدة العاطفية[1].

دراسة شهلة أستوفار (Shahla Ostovar، 2016) بعنوان إدمان الإنترنت والمخاطر النفس اجتماعية (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي، والشعور بالوحدة النفسية) بين المراهقين والشباب الإيرانيين: نموذج معادلة بنائية في دراسة إستعراضية، والتي هدفت إلى الكشف عن علاقة إدمان الإنترنت بالضغط النفسي، الاكتئاب، القلق، والوحدة النفسية، وتمثلت عينتها (1052) مراهقين وشباب إيرانيين واستخدمت اختبار إدمان الإنترنت، مقياس القلق، مقياس الاكتئاب، مقياس الضغط النفسي، ومقياس الوحدة النفسية لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة بين إدمان الإنترنت والاكتئاب، القلق، الضغط النفسي، والشعور بالوحدة النفسية، وأن هناك علاقة بين الوحدة النفسية والقلق والاكتئاب[2].

---

[1] Samira Rostami, Bahram Jowkar : The relationship between guilt and shame feelings with the dimensions of loneliness: The moderating effect of gender, Int J Behav Sci, v: 10 (2), p: 72-76. 2016.

[2] Shahla Ostovar, Negah Allahyar, Hassan Aminpoor, Fatemeh Moafian, Mariani Binti Md Nor, Mark D. Griffiths : Internet Addiction and its Psychosocial Risks (Depression, Anxiety, Stress and Loneliness) among Iranian Adolescents and Young Adults: A Structural Equation Model in a Cross-Sectional Study, International journal of mental health and addiction, 14(3), 257-267. 2016.

دراسة فيل ريد وأخرون (Phil reed، 2016) بعنوان الوحدة النفسية والقلق الاجتماعي كعامل وسيط في العلاقة بين نسبة التوحد ونوعية الحياة لدى طلاب الجامعة والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الوحدة النفسية والقلق الاجتماعي ونسبة التوحد ونوعية الحياة، تمثلت عينتها (413) طالب في المملكة المتحدة، واستخدمت مقياس نسبة طيف التوحد لبارون كوهن (Baron–Cohen، 2001)، مقياس القلق والاكتئاب الاستشفائي زيمود وسنايت (Zigmond and Snaith، 1983)، مقياس الوحدة النفسية لراسيل، مقياس القلق الاجتماعي ليبوينز (Liebowitz، 1987)، ومقياس المنظمة العالمية لنوعية الحياة لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة بين الوحدة النفسية، القلق الاجتماعي، نسبة التوحد ونوعية الحياة، توجد علاقة قوية بين الوحدة النفسية والقلق، وتوجد علاقة بين الوحدة النفسية والاكتئاب[1].

دراسة إدوارد شانغ وأخرون (Edward C. Chang، 2017) بعنوان الشعور بالوحدة النفسية وخطر الانتحار عند الراشدين: هل يساعد الاعتقاد بالتغيير في المستقبل على تقليل خطر الانتحار بين الأشخاص الوحيدين؟، والتي هدفت إلى دراسة الشعور بالوحدة النفسية والتوجه المستقبلي كمؤشرين لخطر الانتحار، وهي أعراض الاكتئاب والتفكير في الانتحار، وتمثلت عينتها (228) طالب جامعي، واستخدمت أداة الوحدة النفسية لراسيل المعدل، مقياس التوجه نحو المستقبل لهيرش وأخرون (Hirsch، 2006)، وتم قياس خطر الانتحار عن طريق مقياس بيك للاكتئاب لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن الوحدة النفسية تعتبر مؤشر قوي لخطر الانتحار، وهناك تفاعل بين مفهوم الشعور بالوحدة النفسية والتوجه نحو المستقبل لزيادة مؤشرات خطر الانتحار[2].

---

[1] Phil reed, Ashleigh giles, Martha gavin, Neil carter, Lisa A. osborne : Loneliness and social anxiety mediate the relationship between autism quotient and quality of life in university students, Journal of developmental and physical disabilities, 28(5), 723-733. 2016.

[2] Edward C. Chang, Liangqiu Wan, Pengzi Li, Yuncheng Guo, Jiaying He, Yu Gu, Yingjie Wang, Xiaoqing Li, Zhan Zhang, Yingrui Sun, Casey N.-H. Batterbee, Olivia D. Chang, Abigael G. Lucas, and Jameson K. Hirsch :Loneliness and suicidal risk in young adults: does

دراسة بين يو وأخرون (Bin Yu، 2017) بعنوان الارتباطات المحتملة للعزلة الاجتماعية والوحدة النفسية مع نقص نوعية النوم لدى المسنين في تايوان، والتي هدفت إلى فحص الارتباطات المتزامنة للعزلة الاجتماعية والوحدة النفسية مع نوعية النوم دراسة طولية للمسنين، وتمثلت عينتها (639) مسنا، واستخدمت مقياس نوعية النوم، تم قياس العزلة الاجتماعية من خلال مؤشر يضم جوانب مختلفة من الشبكة الاجتماعية، تم قياس الوحدة النفسية من خلال بند واحد من مركز الدراسات لمقياس الاكتئاب لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن نوعية النوم كانت مرتبطة عكسيا بكل من العزلة الاجتماعية والوحدة النفسية[1].

دراسة يا سينغ سيو ولينغ يي لين (Ya-Cing Syu، Ling-Yi Lin، 2018) بعنوان الاستجابة الحسية، الشعور بالوحدة النفسية، والقلق لدى التايوانيين البالغين الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين التجنب الحسي، القلق، والوحدة النفسية لدى عينة من البالغين الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، وتمثلت عينتها (70) شخصا، واستخدمت مقياس البروفيل الحسي، مقياس بيك للقلق، مقياس الوحدة النفسية، وتقدير اضطراب طيف التوحد لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة بين الوحدة النفسية والقلق[2].

دراسة سيري تورسينا وأخرون (Siri Thoresena، 2018) بعنوان الوحدة النفسية كعامل وسيط في العلاقة بين العار والمشاكل الصحية لدى الشباب المتعرضين للعنف في مرحلة الطفولة، والتي هدفت إلى التحقق في العلاقة بين العار، الوحدة النفسية، والصحة لدى الشباب البالغين ضحايا العنف في مرحلة

---

believing in a changeable future help minimize suicidal risk among the lonely?, The journal of psychology, P : 1 - 11. 2017.

[1] Bin Yu, Andrew Steptoe, Kaijun Niu, Po-Wen Ku, Li-Jung Chen : Prospective associations of social isolation and loneliness with poor sleep quality in older adults, Quality of life research, p: 27(3), 683-691. 2017.

[2] Ya-Cing Syu, Ling-Yi Lin : Sensory overresponsivity, Loneliness, And anxiety in taiwanese adults with autism spectrum Disorder, Hindawi occupational therapy international,1 -7. 2018.

الطفولة، وتمثلت عينتها (505) من المراهقين والشباب البالغين حيث بلغ عدد النساء (303) وعدد الرجال (302)، واستخدمت نسخة قائمة أعراض هوبكنز لقياس أعراض القلق / الاكتئاب في الأسبوع الماضي، مقياس الوحدة النفسية لهاغس (Hughes، 2014)، المقياس الجزئي للذنب والعار بعد الصدمة النفسية لأكفاج (Aakvaag، 2006)، مقياس الأعراض الجسدية للأطفال (Walker، 2009) لقياس الشكاوي الجسدية في الشهر الماضي لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن للعار تأثير عميق مباشر وغير مباشر على أعراض القلق/الاكتئاب، وأن هناك علاقة بين الوحدة النفسية والعار، المشكلات الجسدية الصحية، والكرب النفسي[1].

دراسة كريس سغرين وأخرون (Chris Segrin، 2019) بعنوان هل لدى الوحدة النفسية جنسية؟ الاختلافات الثقافية والفردية في الشعور بالوحدة النفسية بين الشباب الأميركيين والبولنديين والتي هدفت إلى الكشف عن الفروق المحتملة في الوحدة النفسية الاجتماعية والعاطفية (أي الأسرة والرومانسية) والوظيفة الجنسية والحالة العلائقية. وتحديد إذا ما كان هناك تفاعل بين الجنسية والحالة العلائقية هذه الاختلافات بين الأفراد العزاب والمتزوجين في موضوع الوحدة النفسية عبر الجنسيتين، وتمثلت عينتها (431) أمريكي و(395) بولندي، واستخدمت استبيان حول الحالة الديمغرافية، المقياس المصغر للوحدة النفسية والاجتماعية المعد من طرف ديتوماسو وأخرين (DiTommaso، 2014) والمكيف للبولندية من طرف أدمكزيك ودي توماسو (Adamczyk، DiTommaso، 2014) لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن الأفراد البولنديين يعانون من وحدة نفسية مرتفعة مقارنة بالأمريكيين، وأظهر الأفراد العزاب وحدة نفسية

[1] Siri Thoresena, Helene Flood Aakvaaga, Ida Frugård Strøma, Tore Wentzel Larsena, Marianne Skogbrott Birkelanda : Loneliness as a mediator of the relationship between shame and health problems in young people exposed to childhood violence. Social Science & Medicine, 211, 183-189. 2018.

مرتفعة مقارنة بالمتزوجين، ارتبط عدم وجود زوج رومانسي بقوة بالوحدة العاطفية للبولنديين مقارنة بالمتزوجين الأمريكيين[1].

ج ـ تعليق على الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت متغير الوحدة النفسية:

من خلال اطلاعنا على عينة من الدراسات التي تناولت متغير الوحدة النفسية، يمكن استنتاج ما يلي:

من حيث الهدف:

يتبين أن الدراسات السابقة تناولت متغير الوحدة النفسية من زوايا متعددة، فمنهم من تطرق لموضوع الوحدة النفسية وعلاقته بالذكاء الانفعالي كدراسة فاطمة بنت علي بن سعيد اليحيائي (2013)، ومنهم من درس الوحدة النفسية وعلاقتها بالاغتراب النفسي كدراسة منتهى محمد مخلف (2013)، ومنهم من تناول الدعم الاجتماعي والوحدة النفسية كدراسة خالد دياب حميد (2013)، والبعض الأخر تناول الوحدة النفسية وعلاقتها بالشعور باليأس والانتحار كدراسة راندي باج (Randy M. Page، 2006)، ودراسة إدوارد شانغ وأخرون (Edward C. Chang، 2017). وهناك من تناول الوحدة النفسية والقلق كدراسة سوزان وايت وروكسان روبرسون ناي (Susan W. White، Roxann roberson–Nay، 2009)، دراسة فيفيان هوان، ربيكا انغ، وستيفاني شي (Vivien S. Huan، Rebecca P. Ang، Stefanie chye، 2014)، دراسة أوليفر سندرمان (Oliver Sündermann، 2014)، دراسة شهلة أستوفار (Shahla Ostovar، 2016)، دراسة فيل ريد وأخرون (Phil reed، 2016)، دراسة يا سينغ

[1] Chris Segrin, Katarzyna Adamczyk, Corey A. Pavlich, Małgorzata Osowiecka, Radosław Trepanowski, Agata Celejewska : Does loneliness have nationality? Cultural and individual differences in loneliness among american and polish young adults, P: 6 - 9, in Clara Pracana, Michael Wang (2019). Psychological Applications and Trends, Published by InScience Press, Rua Tomás Ribeiro, Lisboa, Portugal. 2019.

سيو ولينغ يي لين (Ya-Cing Syu، Ling-Yi Lin، 2018)، دراسة محمد جفاد خدمي وأخرون (Mohammad Javad Khademi، 2015)، ومنهم من تناول الوحدة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات كدراسة بن دهنون سامية شيرين، ماحي إبراهيم (2014). ومنهم من تناول الوحدة النفسية والعار كدراسة سيري تورسينا (Siri Thoresena، 2018)، ومنهم من تناول الاختلافات الجنسية والوحدة النفسية كدراسة كريس سغرين (Chris Segrin، 2019)، ومنهم من تناول الوحدة النفسية واضطرابات النوم كدراسة بين يو وأخرون (Bin Yu، 2017)، دراسة كريس سغرين وتريسيا بورك (Chris Segrin، Tricia J. Burke، 2015)، ودراسة نورين ماهون (Noreen e. Mahon، 1994)، ومنهم من تناول الوحدة النفسية واضطرابات الأكل كدراسة متهاو سوثوارد (Matthew W. Southward، 2014)، ودراسة ماري إ. بريتشارد وكيرا ل. يلتش (Mary E. Pritchard، Kyra L. Yalch، 2009).

ـ من حيث حجم العينة ونوعها:

كل الدراسات السابقة وظفت العينة كمجال لاختبار الفرضيات وتطبيق الأدوات وما يلاحظ على عينات هذه الدراسات أنها تراوحت ما بين (20 ـ 2624) فردا، وهناك تنوع واضح في أفراد العينة: شباب، مراهقين، طلاب جامعة، تلاميذ، أسراء، وتنوعت طبيعة العينة بين عينة عادية وعينة مرضية (ذهان، توحد).

أما من حيث كيفية اختيار العينة فنلاحظ أن معظم الباحثين لم يشيروا إلى كيفية اختيار عينة البحث التي أجريت عليها الدراسة.

من حيث المنهج:

فيما يتعلق بمنهج البحث المستخدم في الدراسات السابقة التي تم عرضها فإن كل الباحثين اعتمدوا على المنهج الوصفي كإطار عام لدراستهم.

ـ من حيث الأداة:

يتضح أن الباحثين اختلفوا في استعمال مقياس الوحدة النفسية فمنهم من استعمل مقياس الوحدة النفسية لعابد (2008) كدراسة فاطمة بنت علي بن سعيد اليحيائي (2013)، ومنهم من استعمل مقياس الشعور بالوحدة النفسية لراسيل (1996) كدراسة منتهى محمد مخلف (2013)، دراسة بن دهنون سامية شيرين، ماحي إبراهيم (2014)، دراسة راندي باج (Randy M. Page، 2006)، دراسة فيفيان هوان وربيكا انغ، وستيفاني شي (Vivien S. Huan، Rebecca P. Ang، Stefanie chye، 2014)، دراسة فيل ريد وأخرون (Phil reed، 2016)، ودراسة إدوارد شانغ وأخرون (Edward C. Chang، 2017)، ومنهم من استعمل استبيان الوحدة النفسية لأشار وأخرين (Asher، 1984) كدراسة سوزان وايت وروكسان روبرسون ناي (Susan W. White، Roxann roberson–Nay، 2009)، ومنهم من استعمل مقياس الوحدة النفسية لهاغس (Hughes، 2014) كدراسة سيري تورسينا (Siri Thoresena، 2018)، ومنهم من استعمل مقياس لديتوماسو وأخرين (DiTommaso، 2014) كدراسة كريس سغرين (Chris Segrin، 2019)، ومنهم من قام بتصميم مقياس الوحدة النفسية في دراسته كدراسة محمد محمد علي عرابي (2018).

ونلاحظ أن معظم المقاييس المعتمد عليها في الدراسات السابقة هي مقاييس أجنبية، لهذا قامت الباحثة بعد الاطلاع على الدراسات السابقة وعلى الإطار النظري للوحدة النفسية، ببناء مقياس يقيس الوحدة النفسية.

2 ـ 2 ـ الدراسات التي تناولت متغير اكتئاب ما بعد الولادة:

أ ـ العربية:

دراسة محمد أحمد شهين، جيهان إلياس أعمية (2015) بعنوان درجة اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظة بيت لحم، والتي هدفت إلى التعرف درجة اكتئاب ما بعد الولادة لدى النساء اللواتي تقل أعمارهم عن (48) عاما، وأنجبن مرة واحدة على الأقل ويسكن في محافظة بيت لحم، وتمثلت عينتها (290) امرأة، واستخدمت مقياس اكتئاب ما بعد الولادة المعد من طرف الباحثان، لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي التحليلي، وكانت أهم نتائجها أن درجة الاكتئاب في فترة ما بعد الولادة لدى النساء في محافظة بيت لحم متوسطة، بنسبة (56.6%)، وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا في درجة اكتئاب ما بعد الولادة لديهن تبعا لمتغير عمر الأم، أو لمتغير المستوى التعليمي للزوج أو الزوجة، أو لترتيب المولود الأخير أو جنسه، أما بالنسبة لمكان السكن فقد تبين أن هناك فروق دالة في درجة اكتئاب ما بعد الولادة لدى النساء في محافظة بيت لحم، حيث تبين أن النساء في المدينة يعانين من الاكتئاب في فترة ما بعد الولادة أكثر ممن هن في القرية، والنساء في القرية يعانين أكثر ممن هن في المخيم[1].

ب ـ الأجنبية

دراسة ألكسندرا مالوكس وأخرون (Aleksandra malus، 2016) بعنوان الحدوث المفاجئ لإكتئاب ما بعد الولادة وعلاقته بنوعية العلاقات الزوجية، والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين أعراض اكتئاب ما بعد الولادة الحاد ونوعية العلاقات الزوجية، وتمثلت عينتها (100) إمرأة في الشهر الاول بعد الولادة، واستخدمت مقياس بيك وقابل (Beck، Gable، 2000) لإكتئاب ما بعد الولادة (2000) المكيف

---

[1] محمد أحمد شاهين، جيهان الياس أعمية: درجة اكتئاب ما بعد الولادة لدى النساء الفلسطينيات في محافظة بيت لحم .مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، المجلد 3، العدد 10، ص: 13 – 45. 2017.

للغة للبولندية من طرف كوزاكوزسكا (Kossakowska)، ومقياس بلوبا (Plopa) للتوافق الزواجي لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها وجود ارتباط بين مستويات اكتئاب ما بعد الولادة ونوعية العلاقة، حيث ظهرت أعراض شديدة لإكتئاب ما بعد الولادة (إضطرابات النوم والأكل (Sleeping/Eating Disturbances SLP)، القلق وعدم الأمن (Anxiety/Insecurity ANX)، التقلبات الانفعالية (Emotional Lability ELB)، الارتباكات العقلية (Mental Confusion MNT)، فقدان الذات (Loss of Self LOS)، الذنب والعار (Guilt/Shame GLT)، الأفكار الانتحارية Suicidal Thoughts (SUI)) لدى النساء اللواتي كانوا أقل إشباعا عن علاقاتهم أي اللواتي عانوا من إنخفاض مستوى الحميمية، تحقيق الذات، الشريك المثالي، وشعورا أعمق بخيبة الأمل، ولم يتم العثور على أي إرتباط بين حدوث اكتئاب ما بعد الولادة، والعوامل الاجتماعية والديموغرافية (العمر، مستوى التعليم، ومكان الاقامة)، والعوامل المرتبطة بتاريخ انجاب الأطفال (عدد الأطفال، عدد حالات الحمل، تاريخ الاجهاض، شجرة العائلة، التشخيص المسبق للإكتئاب، نوع الولادة، حالة الطفل بعد الولادة)[1].

دراسة دانييلا ميسي (Daniela Meçe، 2013) بعنوان اكتئاب ما بعد الولادة والعلاقة الزوجية والتي هدفت إلى اكتشاف اكتئاب ما بعد الولادة في تيرانا والتنبؤ به من خلال التركيز على تأثير العلاقة الزوجية وتمثلت عينتها (398) امرأة بعد شهر إلى عام من الولادة، واستخدمت مقياس إدنبورغ للاكتئاب ومقياس بيك المعدل للتنبؤ باكتئاب ما بعد الولادة لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة سلبية بين اكتئاب ما بعد الولادة والعلاقات الزوجية[2].

---

[1] Aleksandra malus, Justyna szyluk, Beata galinska-skok, Beata konarzewska : Incidence of postpartum depression and couple relationship quality, Psychiatr. Pol. V: 50(6), p: 1135-1146. 2016

[2] Daniela Meçe : Postpartum Depression and Marital Relationship, Academic Journal of Interdisciplinary Studies, Vol 2, No 4, p : 319 - 323. 2013.

دراسة أتفه فايزي وأخرون (Atefeh Vaezi، 2018) بعنوان العلاقة بين الدعم الاجتماعي واكتئاب ما بعد الولادة لدى النساء: دراسة عرضية، والتي هدفت إلى التعرف على مدى انتشار اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات وارتباطه بالدعم الاجتماعي، وتمثلت عينتها في (200) أما لديهن طفل أقل من (6) أشهر واستخدمت مقياس إدنبورغ لاكتئاب ما بعد الولادة، واستبيان الدعم الاجتماعي المعد من طرف سرازون وأخرين (Sarason) والمكيف في البيئة الايرانية من طرف ناصح وأخرون (Naseh) لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك ارتباط بين اكتئاب ما بعد الولادة والدعم الاجتماعي[1].

دراسة بيلتزر بنقبيد (K Peltzer, S Pengpid، 2017) بعنوان الارتباط بين عنف الشريك الحميم والاكتئاب والسلوك الانتحاري لدى النساء اللواتي يحضرن لتلقي خدمات في المستشفى والعيادات الخارجية قبل الولادة في تايلاند، والتي هدفت إلى معرفة العلاقة بين عنف الشريك الحميم والاكتئاب والسلوك الانتحاري لدى المرأة في تايلاندا، وتمثلت عينتها (207) امرأة، واستخدمت مقياس إدنبورغ لاكتئاب ما بعد الولادة، مقياس شدة العنف الموجه ضد المرأة، وتم استخدام مقياس تقييم المخاطر المكون من (14) بندا لتقييم عوامل الخطر المرتبطة بالقتل في مواقف سوء المعاملة خلال (12) شهرا الماضية، تم تقييم السلوك الانتحاري باستخدام بند واحد من شبكة تقييم المخاطر إذا قامت المرأة بالتهديد أو محاولة الانتحار خلال (12) شهرا الماضية، أسئلة اجتماعية ديموغرافية تضم (العمر، المستوى التعليمي، الحالة الوظيفية، الحالة الزوجية، العيش مع الزوج، عدد الأطفال، وضع الأسرة الاقتصادي والشخصي) لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك ارتباط إيجابي بين عنف الشريك الحميم (الجنسي) واكتئاب ما بعد الولادة، حيث سجلت نتائج إيجابية للاكتئاب (49.3٪)، و(17.6٪) لتهديدات أو محاولات انتحارية خلال

[1] Atefeh Vaezi, Fatemeh Soojoodi, Arash Tehrani Banihashemi, Marzieh Nojomi : The association between social support and postpartum depression in women: A cross sectional study. journal Women and Birth, P : 1 - 5. 2018.

(12) شهرا الماضية، ارتبطت جميع أنواع العنف (الجسدي، الجنسي، النفسي) ارتبطت بشكل كبير بأعراض الاكتئاب والسلوك الانتحاري[1].

دراسة أزتورا وآخرون (S Öztora، 2019) بعنوان اكتئاب ما بعد الولادة والعوامل المؤثرة في الرعاية الأولية، والتي هدفت إلى تحديد شدة العوامل التي تؤثر على اكتئاب ما بعد الولادة (PDD) في وسط مدينة أدرنة بتركيا. وتمثلت عينتها (111) امرأة، واستخدمت استبيان حول العوامل الاجتماعية والديموغرافية، مقياس الاكتئاب لبيك للرعاية الأولية، ومقياس إدنبورغ لاكتئاب ما بعد الولادة، لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن الظروف المعيشية السيئة الناجمة عن الفقر وتدني الوضع الاجتماعي والاقتصادي (عدم عمل الزوج، نقص الدخل الشهري)، وجود مشاكل صحية لدى الطفل، عدم إرضاع الطفل كلها تعتبر كعوامل خطر للاكتئاب[2].

دراسة تامباو وأخرين (H Tambağ، 2018) بعنوان الدعم الاجتماعي المدرك والاكتئاب في فترة ما بعد الولادة في هاتاي بتركيا، والتي هدفت إلى تحديد الاكتئاب والدعم الاجتماعي لدى النساء في فترة ما بعد الولادة. وتمثلت عينتها (177) امرأة، واستخدمت مقياس اكتئاب ما بعد الولادة لإدنبورغ ومقياس الدعم الاجتماعي المدرك المتعدد الأبعاد لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة سلبية دالة إحصائيا بين اكتئاب ما بعد الولادة والدعم الاجتماعي المدرك أي كل ما زادت مستويات الدعم الاجتماعي انخفضت مخاطر اكتئاب ما بعد الولادة[3].

---

[1] K Peltzer, S Pengpid : Associations between Intimate Partner Violence, Depression, and Suicidal Behavior among Women Attending Antenatal and General Outpatients Hospital Services in Thailand, Nigerian Journal of Clinical Practice, Volume 20, ssue 7, P : 892 - 899. 2017.

[2] S Öztora, A Arslan , A Çaylan, HN Dağdeviren : Postpartum Depression and Affecting Factors in Primary Care, Nigerian Journal of Clinical Practice, Volume 22, Issue 1, P: 85 - 91. 2019.

[3] H Tambağ, Z Turan, S Tolun, R Can : Perceived social support and depression levels of women in the postpartum period in hatay, Turkey, Nigerian Journal of Clinical Practice, Volume 21, Issue 11, P : 1525 - 1530. 2018.

دراسة أيز فيغن توركبار وآخرون (Ayse Figen Turkcapar، 2015) بعنوان السمات الاجتماعية والديموغرافية والإكلينيكية لاكتئاب ما بعد الولادة بين النساء الأتراك: دراسة مسبقة، بأنقرة تركيا، والتي هدفت إلى دراسة مدى انتشار اكتئاب ما بعد الولادة وعلاقته بعوامل الخطر المرتبطة به لدى عينة من النساء اللواتي تلقين خدمات صحية في مستشفى التوليد في أنقرة بتركيا. وتمثلت عينتها (671) امرأة، واستخدمت مقياس إدنبورغ لاكتئاب ما بعد الولادة، وتم تقييم السمات الاجتماعية والديموغرافية والإكلينيكية للمفحوصين باستخدام استبيانين من إعداد الباحثين لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن الأفكار الانتحارية أثناء الحمل، تاريخ اكتئاب ما بعد الولادة، العنف الجسدي أثناء الحمل أو خلال فترة ما بعد الولادة، التاريخ النفسي السابق، أعراض الاكتئاب أثناء الحمل، نقص مستوى الرضا الذاتي أثناء الحمل، والحمل غير المخطط له لديه احتمالات أعلى لظهور اكتئاب بعد الولادة[1].

دراسة أرزو يلدريم، ربيعة هاسياسانوغلو، وبابتيا كاراكورت (Arzu Yıldırım، Rabia Hacıhasanoğlu، Papatya Karakurt، 2011) بعنوان العلاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة والدعم الاجتماعي والعوامل العاطفية، بتركيا والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة والدعم الاجتماعي والعوامل العاطفية، وتمثلت عينتها (197) أما يتراوح عمر الرضيع من (0 . 12) شهرا بعد الولادة، واستخدمت مقياس إدنبورغ لاكتئاب ما بعد الولادة، ومقياس الدعم الاجتماعي المدرك المتعدد الأبعاد لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة سلبية بين الدعم الاجتماعي واكتئاب ما بعد الولادة[2].

---

[11] Ayse Figen Turkcapar, Nezaket Kadıoğlu, Ebru Aslan, Suphi Tunc, Müjdegül Zayıfoğlu, Leyla Mollamahmutoğlu : Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study, BMC Pregnancy and Childbirth, 15, P:1 – 8. 2015.

[2] Arzu Yıldırım, Rabia Hacıhasanoğlu, Papatya Karakurt : Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörle, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi [Bağlantıda], Cilt:8 Sayı:1, 31 -46. 2011.

دراسة يكسين قان وأخرون (Yuexin Gan، 2019) بعنوان تأثير الدعم الاجتماعي المدرك في مراحل الحمل الأولى على أعراض الاكتئاب في (6) أسابيع بعد الولادة: دراسة تنبؤية في شنغهاي الصين، والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك خلال فترة الحمل المبكر وأعراض اكتئاب ما بعد الولادة، وتمثلت عينتها (3310) أما، واستخدمت مقياس الدعم الاجتماعي المدرك ومقياس اكتئاب ما بعد الولادة لإدنبورغ لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة دالة إحصائيا بين انخفاض الدعم الاجتماعي المدرك واكتئاب ما بعد الولادة[1].

دراسة سيهان كنكايا وأخرون (Seyhan Çankaya، 2017) بعنوان تأثير اكتئاب ما بعد الولادة على تعلق الأمهات، بمدينة كونيا (Konya) والتي هدفت إلى تحليل تأثير الاكتئاب الذي تعاني منه الأمهات في فترة ما بعد الولادة، على تعلق الأمهات، وتمثلت عينتها (277) أما، واستخدمت استبيان للخصائص الديموغرافية، الاجتماعية، وحول الولادة، مقياس إدنبورغ لاكتئاب ما بعد الولادة، مقياس تعلق الأمهات لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة سلبية دالة إحصائيا بين اكتئاب ما بعد الولادة وتعلق الأمهات، اي أن اكتئاب ما بعد الولادة يؤثر على تكيف الأم مع الطفل ويزيد من حدة المشاكل لدى الأم في فترة ما بعد الولادة[2].

دراسة مريم سليج وآخرون (Maryam Saligeh، 2014) بعنوان العلاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة، العوامل الاجتماعية والديموغرافية، مستويات دعم الشريك، ومستويات النشاط البدني، بمدينة بيرث (Perth) غرب أستراليا، والتي هدفت إلى تحديد ما إذا كانت العوامل الاجتماعية والديموغرافية (عمر

---

[1] Yuexin Gan, Ran Xiong, Junjiao Song, Xinli Xiong, Fei Yu, Weiming Gao, Hui Hu, Jinsong Zhang,Ying Tian, Xiaobo Gu, Jun Zhang, Dan Chen : The effect of perceived social support during early pregnancy on depressive symptoms at 6 weeks postpartum: a prospective study, BMC Psychiatry, p:1 - 8. 2019.

[2] Seyhan Çankaya, Sema Dereli Yılmaz, Ruveyde Can, Neslihan Değerli Kodaz :Postpartum Depresyonun Maternal Bağlanma Üzerine Etkisi, ACU Sağlık Bil Derg, v: (4), p: 232-240. 2017.

الطفل، عمر الأم الدخل السنوي، عدد الأطفال، مستوى التعليم)، ومستويات النشاط البدني (في مجالات الرعاية، المعيشة، المهنة، والرياضة)، الدعم الاجتماعي، دعم الزوج، وثقة الوالدين، ترتبط باكتئاب ما بعد الولادة. وتمثلت عينتها (150) أما في الاسبوع (6) إلى (52) بعد الولادة، واستخدمت استبيان نمط الحياة بعد الولادة، مقياس إدنبورغ لاكتئاب ما بعد الولادة، قائمة كايزر للنشاط البدني، مقياس ثقة الوالدين لكاريتان، مقياس التوافق الزواجي، مقابلة الدعم الاجتماعي لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن اكتئاب ما بعد الولادة ناتج عن نقص التفاعل مع الآخرين، لا توجد علاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة والنشاط البدني، ونقص الثقة لدى الوالدين تؤدي إلى اكتئاب ما بعد الولادة وهذا ما يؤدي بهم إلى العزلة الاجتماعية ونقص الكفاءة الذاتية تجاه أطفالهم[1].

دراسة جاكلين أدينكا وآخرون (Jaclyn I. Odinka، 2018) بعنوان اكتئاب ما بعد الولادة والقلق والرضا الزواجي: من وجهة نظر جنوب شرق نيجيريا، والتي هدفت إلى تقييم مدى انتشار اكتئاب ما بعد الولادة والقلق، والكشف عن علاقتهما بالرضا الزواجي لدى النساء في إينوجو، جنوب شرق نيجيريا. وتمثلت عينتها (309) أما تم اختيارهم بطريقة عشوائية، واستخدمت استبيان الخصائص الاجتماعية والديموغرافية، مقياس القلق والاكتئاب، ودليل الرضا الزواجي لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة بين عدم الرضا الزواجي والقلق والاكتئاب لدى النساء[2].

---

[1] Maryam Saligeh, Rosanna Mary Rooney, Beverley McNamara, Robert Thomas Kane :The relationship between postnatal depression, sociodemographic factors, levels of partner support, and levels of physical activity. Frontiers in Psychology, 5, P : 1 - 21. 2014.

[2] Odinka, Jaclyn I.; Nwoke, Marybasil; Chukwuorji, JohnBosco C.; Egbuagu, Kenneth; Mefoh, Philip; Odinka, Paul C.; Amadi, Kennedy U.; Muomah, Rosemary C : Post-partum depression, anxiety and marital satisfaction: A perspective from Southeastern Nigeria. South African Journal of Psychiatry, 24(0), 1109. 2018.

ج ـ تعليق على الدراسات الأجنبية التي تناولت متغير اكتئاب ما بعد الولادة

من خلال اطلاعنا على عينة من الدراسات التي تناولت اكتئاب ما بعد الولادة، يمكن استنتاج ما يلي:

من حيث الهدف:

نستنتج مما تقدم أن الدراسات المتعلقة بمتغير اكتئاب ما بعد الولادة جد متباينة فيما بينها حسب أهمية وأهداف الدراسة وطبيعة النتائج التي يريد الباحث أن يتوصل إليها، أو بسبب اختلاف بيئاتها الاجتماعية المتعددة منها إيران، تايلاندا، تركيا، الصين، أستراليا، نجيريا، فلسطين، الأمر الذي جعل الباحث قادرا على تحديد الهدف منها بشكل واضح ودقيق، خاصة وأنها لم تصب في اتجاه واحد، فجل الدراسات التي تم تناولها حاولت التعرف على العلاقة بين الدعم الاجتماعي واكتئاب ما بعد الولادة، وهذا ما ورد في دراسة أتفه فايزي وأخرون (2018)، دراسة تامباو وأخرين (2018)، دراسة أرزو يلدريم وربيعة هاسياسانوغلو وبابتيا كاراكورت (2011)، دراسة يكسين قان وأخرون (2019)، ودراسة مريم سليج وأخرون (2014)، ومنها ما هدفت إلى التعرف درجة اكتئاب ما بعد الولادة كدراسة محمد أحمد شهين، جيهان إلياس أعمية (2015)، وهناك من تناولت اكتئاب ما بعد الولادة وعلاقته بنوعية العلاقات الزوجية كدراسة ألكسندرا مالوس وأخرون (2016)، دراسة دانييلا ميسي (2013)، ودراسة جاكلين أدينكا (2018)، وتجدر الإشارة إلى أن هناك دراسات أخرى بعضها تناول الارتباط بين عنف الشريك الحميم والاكتئاب والسلوك الانتحاري لدى النساء كدراسة بيلتزر بنقبيد (2017)، بينما هناك من تناولت موضوع اكتئاب ما بعد الولادة والعوامل المؤثرة في الرعاية الأولية كدراسة أزتورغا وأخرون (2019)، والبعض الأخر تناول موضوع السمات الاجتماعية والديموغرافية والإكلينيكية لاكتئاب ما بعد الولادة كدراسة أيز فيغن توركبار وأخرون

(2015)، وهناك من تناول موضوع تأثير اكتئاب ما بعد الولادة على تعلق الأمهات كدراسة سيهان كنكايا وأخرون (2017).

ـ من حيث حجم العينة ونوعها:

كل الدراسات السابقة وظفت العينة كمجال لاختبار الفرضيات وتطبيق الأدوات وما يلاحظ على عينات هذه الدراسات أنها كانت تتراوح ما بين (100 ـ 3310) أما في فترة ما بعد الولادة.

أما من حيث كيفية اختيار العينة فنلاحظ أن معظم الباحثين لم يشيروا إلى كيفية اختيار عينة البحث التي أجريت عليها الدراسة، ما عدا دراسة جاكلين أدينكا (2018) والتي كان اختيار العينة فيها بطريقة عشوائية ويرجع ذلك إلى أهداف الدراسة وأدواتها.

من حيث المنهج:

فيما يتعلق بمنهج البحث المستخدم في الدراسات السابقة التي تم عرضها فإن كل الباحثين اعتمدوا على المنهج الوصفي كإطار عام لدراستهم.

ـ من حيث الأداة:

يتضح أن الباحثين اختلفوا في استعمال مقياس اكتئاب ما بعد الولادة فمنهم من لجأ إلى استعمال مقياس إدنبورغ كدراسة دانييلا ميسي (Daniela Meçe، 2013)، دراسة أتفه فايزي وأخرون (Atefeh Vaezi، 2018)، دراسة بيلتزر بنقبيد (K Peltzer, S Pengpid، 2017)، دراسة أزتورغا وأخرون (S Öztora، 2019)، دراسة تامباو وأخرين (H Tambağ، 2018)، دراسة أيز فيغن توركبار وأخرون (Ayse Figen Turkcapar، 2015)، دراسة أرزو يلدريم، ربيعة هاسياسانوغلو، وبابتيا كاراكورت (Arzu Yıldırım، Rabia Hacıhasanoğlu، Papatya Karakurt، 2011)، دراسة يكسين قان وأخرون (Yuexin Gan، 2019)، دراسة كنكايا وأخرون (Seyhan Çankaya، 2017)، ودراسة مريم

سليج وأخرون (Maryam Saligeh، 2014)، ومنهم من لجأ إلى استعمال مقياس بيك وقابل (2000) كدراسة ألكسندرا مالوس وأخرون (Aleksandra Małus، 2016)، ومنهم من لجأ إلى بناء مقياس لاكتئاب ما بعد الولادة كدراسة محمد أحمد شهين، جيهان إلياس أعمية (2015).

لكن نلاحظ أن مقياس إدنبورغ هو مقياس مختصر ويتكون من (10) بنود ولا يمكن الاعتماد عليه فقط لتحديد أعراض اكتئاب ما بعد الولادة، لأنه لا يستطيع أن يخبرنا بما تمر به الأم من معاناة نفسية خلال فترة ما بعد الولادة، عكس مقياس بيك وقابل الذي قاما الباحثان عند تصميمه بإجراء دراسات موسعة لتحديد الأعراض التي تعاني منها المرأة خلال فترة ما بعد الولادة، وهو يحتوي على عدة مؤشرات صممت في شكل أبعاد تحتوي على مجموعة من البنود لتقيس مستوى اكتئاب ما بعد الولادة، وهذا ما دفع الباحثة إلى القيام بإحضار هذا المقياس بلغته الأصلية وتكييفه، واستعماله على عينة البحث.

2 ـ 3 ـ الدراسات التي تناولت العلاقة بين الوحدة النفسية والاكتئاب:

أ ـ الدراسات العربية:

دراسة يوسف موسى مقدادي (2008) بعنوان الوحدة النفسية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من طلبة كلية العلوم التربوية بجامعة أل البيت، والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الوحدة النفسية والاكتئاب لدى الطلبة، وتمثلت عينتها (510) طالبا، واستخدمت مقياس الوحدة النفسية، ومقياس بيك للاكتئاب لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن الزيادة في الاكتئاب تقترن بالزيادة في الشعور بالوحدة النفسية، ومستوى الشعور بالوحدة النفسية أعلى لدى الأفراد المكتئبين[1].

---

[1] يوسف موسى مقدادي: الوحدة النفسية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من طلبة كلية العلوم التربوية بجامعة أل البيت، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 9، العدد 3، ص: 176 ـ 195. 2008.

دراسة رياض العاسمي (2009) بعنوان الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالاكتئاب والعزلة والمساندة الاجتماعية دراسة تشخيصية لدى عينة من طلبة جامعة دمشق بسوريا، والتي هدفت إلى التعرف على الفروق بين الطلبة الجامعيين القاطنين في الريف وأقرانهم القاطنين في المدينة في درجة الشعور بالوحدة النفسية، وكل من العزلة الاجتماعية، الاكتئاب، المساندة الاجتماعية، وتكونت عينتها من (486) طالبا وطالبة من طلبة الدراسة في جامعة دمشق، بواقع (259) من القاطنين في الريف، و(227) طالبا وطالبة من القاطنين في المدينة، تراوحت أعمارهم بين (19 ـ 24) سنة، واستخدم الباحث مقياس الوحدة النفسية، مقياس الاكتئاب، مقياس العزلة الاجتماعية، ومقياس المساندة الاجتماعية لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الشعور بالوحدة النفسية وكل من الاكتئاب والعزلة[1].

دراسة حمو علي خديجة (2012) بعنوان علاقة الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى عينة من المسنين المقيمين بدور العجزة والمقيمين مع ذويهم، والتي هدفت إلى معرفة علاقة الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لديهم، ومعرفة ما إذا كان هناك اختلاف في درجة الشعور بالوحدة والاكتئاب حسب طبيعة تواجد المسن، وتكونت عينة دراستها من (12) مسن (6 حالات من بينها تقيم بدار العجزة و 06 حالات من المسنين يقيمون مع ذويهم)، واستخدمت مقياس الشعور بالوحدة النفسية لعبد الرقيب البحيري وإعادة تقنين على فئة المسنين في الجزائر، ومقياس بيك للاكتئاب المعرب على يد غريب عبد الفتاح غريب، بالإضافة

[1] رياض العاسمي: الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالاكتئاب والعزلة والمساندة الاجتماعية دراسة تشخيصية على عينة من طلبة جامعة دمشق، مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، المجلد السابع، العدد 2. جامعة دمشق، سورية. ص: 208 ـ 251. 2009.

إلى استخدام المقابلة والملاحظة لجمع البيانات وفق المنهج العيادي، وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب[1].

دراسة دانيا الشبؤون (2013) بعنوان الوحدة النفسية وعلاقتها بالاكتئاب عند الأطفال: دراسة ميدانية لدى تلاميذ الصف الرابع من التعليم الأساسي حلقة أولى من مدينة دمشق الرسمية، والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الوحدة النفسية وبين الاكتئاب لدى الأطفال من تلاميذ الصف الرابع من التعليم الأساسي في مدارس مدينة دمشق الرسمية، ومعرفة الفروق بين الأطفال في الوحدة النفسية وبين الاكتئاب تبعاً لمتغير الجنس (ذكور وإناث)، وتمثلت عينتها (814) تلميذا وتلميذة من تلاميذ الصف الرابع من التعليم الأساسي موزعين إلى (418) ذكور، و(396) إناث، تم اختيارهم بطريقة عشوائية طبقية من مدارس مدينة دمشق الرسمية، واستخدمت مقياس الوحدة النفسية والشعور بالاكتئاب لدى الأطفال من إعداد الباحثة لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، بعد أن قامت الباحثة بتطبيقهما على عينة استطلاعية وتأكدت من صدقهما وثباتهما. وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة بين الوحدة النفسية وبين الاكتئاب لدى أطفال[2].

ب ـ الدراسات الاجنبية:

دراسة ماتياس لسغارد، لوك قوزانز، وأسك إلكليت (Mathias Lasgaard، Luc Goossens، Ask Elklit، 2011) بعنوان الوحدة النفسية والأعراض المرضية للاكتئاب، والافكار الانتحارية لدى المراهقين: دراسة تحليلية استعراضية وطولية، والتي هدفت إلى معرفة العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية، أعراض الاكتئاب، والتفكير في الانتحار في مرحلة المراهقة، وتمثلت عينتها في عينة طبقية لتلاميذ مرحلة

---

[1] حمو علي خديجة: علاقة الشعور بالوحدة النفسي والاكتئاب لدى عينة من المسنين المقيمين بدور العجزة والمقيمين مع ذويهم، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، الجزائر. 2011.

[2] الشبؤون دانيا: الوحدة النفسية وعلاقتها بالاكتئاب عند الأطفال: دراسة ميدانية لدى تلاميذ الصف الرابع من التعليم الأساسي حلقة أولى من مدينة دمشق الرسمية، مجلة دمشق، المجلد (29)، العدد الأول. (2013). ص: 15 – 75.

ثانوية تكونت من (1009) إناث في الوقت الأول بنسبة (57%)، و(541) إناث في الوقت الثاني بنسبة (60%)، واستخدمت مقياس الوحدة النفسية لراسيل المترجم للغة الدنماركية من طرف لسغارد (Lasgaard، 2007)، مقياس الاكتئاب المترجم للغة الدنماركية من طرف تستوم (Thastum، 2009)، ومقياس التفكير الانتحاري لكول وقيل (Gill .Cull، 1988) المكيف في البيئة الدنماركية لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أنه يوجد ارتباط بين الشعور بالوحدة النفسية وأعراض الاكتئاب[1].

دراسة يالسين أزدمير وياسار كوزوكو وسريف أك (Yalcın Özdemir، Yaşar Kuzucu، şerife Ak، 2014) بعنوان الاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية وإدمان الإنترنت: ما مدى أهمية نقص التحكم في الذات، والتي هدفت إلى اكتشاف العلاقات المباشرة وغير المباشرة بين الاكتئاب، الشعور بالوحدة النفسية، نقص التحكم في الذات، وإدمان الإنترنت لدى عينة من الشباب التركي، بناءا على نموذج إدراكي سلوكي لتعميم مشكل استخدام الأنترنت، وتمثلت عينتها (648) طالب جامعي، واستخدمت مقياس يونغ (Young، 1998) المترجم إلى اللغة التركية من طرف بيركتار (Bayraktar، 2001)، مقياس نقص التحكم في الذات المعد من طرف قسميك وأخرون (Grasmick، 1993) والمترجم إلى اللغة التركية من طرف أوزديمير (Özdemir، 2013)، ومقياس الأعراض المختصرة للاكتئاب المعد من طرف دروغاتيس (Derogatis، 1992) والمترجم إلى اللغة التركية من طرف دوراك (Durak، 1994) لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن الوحدة النفسية لها علاقة بإدمان الأنترنت، وتوجد علاقة بين الاكتئاب والوحدة النفسية[2].

---

[1] Julie Christiansen, Finn Breinholt Larsen, Mathias Lasgaard : Do stress, health behavior, and sleep mediate the association between loneliness and adverse health conditions among older people?, Social science & medicine 152, 80 - 86. 2016.

[2] Yalcın Özdemir, Yaşar Kuzucu, şerife Ak : Depression, loneliness and Internet addiction: How important is low self-control?, Computers in Human Behavior 34, P : 284–290. 2014.

دراسة أزلام سغام وألتين يونسال (Özlem Çağan، Alaettin Ünsal، 2014) بعنوان الاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية لدى المعوقين الراشدين، والتي هدفت إلى معرفة العلاقة بين الاكتئاب والوحدة النفسية لدى الافراد المعاقين في جمعية إسكيشهر التركية للأفراد المعوقين (Eskişehir Turkish Disabled People's Association)، وتمثلت عينتها (348) معاقا، واستخدمت مقياس بيك للاكتئاب المكيف في البيئة التركية من طرف هيسلي (Hisli)، ومقياس الوحدة النفسية لروسل المكيف من طرف دمير (Demir) لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها وجود علاقة بين الوحدة والاكتئاب لدى الأشخاص المعاقين[1].

دراسة مايفن واي وأخرون (Meifen Wei، 2014) بعنوان تعلق الراشد، العار، الاكتئاب، والوحدة النفسية: دور العوامل الوسيطية للرضا عن الحاجات النفسية الأساسية، والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة الوسيطية للرضا عن الحاجات النفسية الأساسية (أي الحاجة إلى الاستقلالية والكفاءة والقرابة) بين تعلق الأفراد البالغين (أي القلق والتجنب)، الكرب (أي العار، الاكتئاب، والوحدة النفسية)، وتمثلت عينتها (299) طالب جامعي، واستخدمت مقياس التقييم الذاتي للاكتئاب لزانج (Zung، 1965)، مقياس الحاجات النفسية الأساسية لإلردي وأخرون (Ilardi، 1993)، مقياس التجارب في العلاقات الوثيقة لبرنان (Brennan، 1998)، مقياس العار لزلما هاردر (Harder، Zalma، 1990)، مقياس الاكتئاب لرادولف (Radloff، 1977)، المقياس الجزئي للاكتئاب للوفينبود ولوفينبود (Lovibond، Lovibond، 1995)، مقياس الوحدة النفسية لراسل النسخة الثالثة، لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة بين الوحدة النفسية والعار، أن هناك علاقة قوية بين الوحدة النفسية والاكتئاب، توجد علاقة

---

[1] Özlem Çağan, Alaettin Ünsal : Depression and loneliness in disabled adults, 4th World Conference on Psychology, Counselling and Guidance WCPCG-2013, Procedia - Social and Behavioral Sciences, v: 114, P: 754 - 760. 2014.

سلبية بين الرضا عن الحاجات النفسية الأساسية والوحدة النفسية، توجد علاقة بين التعلق القلق والتعلق التجنبي والوحدة النفسية[1].

دراسة بيرنبوم وآخرون (L. Peerenboom، 2015) بعنوان العلاقة بين الاكتئاب والشعور بالوحدة العاطفية والاجتماعية لدى كبار السن وتأثير الدعم الاجتماعي، والأداء المعرفي والشخصية، والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الاكتئاب والشعور بالوحدة العاطفية والاجتماعية لدى كبار السن. تم إجراءها باستخدام بيانات من دراسة هولندا للاكتئاب لدى كبار السن، وتمثلت عينتها (341) شخصا يعانون من الاكتئاب و(125) لا يعانون من الاكتئاب، وذلك من خلال استخدام أداة المقابلة التشخيصية للأفراد الذين يعانون من الاكتئاب، ومقياس جونغ جيفارد (Jong Gierveld) للوحدة النفسية، والمتغيرات الاجتماعية والديموغرافية، متغيرات الدعم الاجتماعي، خصائص الاكتئاب (قائمة أعراض الاكتئاب)، الأداء المعرفي (فحص الحالة العقلية المختصر) وعوامل الشخصية (قائمة العوامل الخمسة ومقياس بيرلين ماستري (Pearlin Mastery Scale) لجمع البيانات، وكانت أهم نتائجها ارتباط الاكتئاب بقوة بالوحدة العاطفية، وليس بالوحدة الاجتماعية. ويعتبر الإحساس المتزايد بالعصبية والشعور بالضعف في التحكم من أهم العوامل المفسرة لذلك، ووجدوا أن هناك عدة عوامل تبين ارتباط الاكتئاب بالشعور بالوحدة العاطفية من بينها قلة الانبساط وارتفاع شدة الاكتئاب[2].

دراسة مست مالكا برفين ونفيزا فردووشي (Mst. Maleka pervin، Nafiza ferdowshi، 2016) بعنوان التفكير الانتحاري وعلاقه بالاكتئاب، الوحدة النفسية، والعجز لدى طلاب الجامعة، وهدفت

---

[1] Meifen Wei, Philip A. Shaffer, Shannon K. Young, Robyn A. Zakalik : Adult attachment, shame, depression, and loneliness: the mediation role of basic psychological needs satisfaction, Journal of Counseling Psychology, Vol. 52, No. 4, 591-601. 2014.

[2] L. Peerenboom, R.M. Collard, P. Naarding, H.C. Comijs : The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross sectional study, Journal of Affective Disorders, P : 1 - 30. 2015.

إلى فحص العلاقة بين التفكير الانتحاري، الاكتئاب، الوحدة النفسية، والعجز لدى طلاب الجامعة، بجامعة دكا (Dhaka)، وتمثلت عينتها (112) طلاب جامعة، واستخدمت مقياس بيك للتفكير الانتحاري، مقياس الاكتئاب المعد من طرف رحمان وأديم (Rahman، Uddin)، مقياس الوحدة النفسية لراسيل المعدل، ومقياس العجز لبيك لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة إيجابية بين التفكير الانتحاري والاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية واليأس، وتؤدي الوحدة النفسية واليأس إلى التفكير في الانتحار[1].

دراسة شو إنهيوا شو وأوون جو كيم وأون يونغ كيم (EunYoung Kim، Eun Joo Kim، Cho Inhyo Cho، 2017) بعنوان نموذج المعادلة البنائية للاعتماد على الهاتف الذكي استنادا إلى نظرية التعلق للبالغين: الآثار المتداخلة للشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب والتي هدفت إلى التعرف على الأثار المتداخلة بين الوحدة النفسية والاكتئاب في العلاقة بين تعلق الراشدين والادمان على الهاتف الذكي لدى طلاب الجامعة، وتمثلت عينتها (200) طالب جامعي، واستخدمت مقياس التعلق القلق المعد من طرف برينام (Brennan et all) وأخرون والمترجم من طرف كيم وأخرون (Kim)، مقياس التعلق التجنبي المراجع من طرف كورين (Korean)، مقياس الاكتئاب المعد من طرف رادلوف (Radloff) والمترجم من طرف تشون (Chon) ومقياس الوحدة النفسية المعد من طرف راسل لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة بين التعلق القلق، الشعور بالوحدة النفسية، والاكتئاب، وإدمان الهاتف الذكي[2].

---

[1] Mst. Maleka pervin, Nafiza ferdowshi : Suicidal ideation in relation to depression, loneliness and hopelessness among university students, Dhaka Univ. J. Biol. Sci. 25(1), p: 57-64. 2016.

[2] EunYoung Kim, Eun Joo Kim, Cho Inhyo Cho : Structural Equation Model of Smartphone Addiction Based on Adult Attachment Theory: Mediating Effects of Loneliness and Depression, Asian Nursing Research, P : 1- 9. 2017.

دراسة سدغي يرماني وآخرون (Sadeghi Bahmani، 2017) بعنوان لم يؤثر الاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية على التحصيل الدراسي لدى طلاب الجامعة والتي تهدف إلى البحث عن العلاقة بين الاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية والإنجاز الأكاديمي بين طلاب المرحلة الجامعية، وتمثلت عينتها (204) طالب جامعي، واستخدمت مقياس بيك للاكتئاب ومقياس الوحدة النفسية بينما في الانجاز الأكاديمي استعملت معدلات التلاميذ لجمع البيانات، وكانت أهم نتائجها وجود ارتباط مرتفع بين الوحدة النفسية والاكتئاب[1].

دراسة غوجون وانغ وأخرون (Guojun Wang، 2017) بعنوان الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين في المناطق الريفية المنعزلة في ليويانغ، الصين: دراسة استعراضية، والتي هدفت إلى المقارنة بين الشعور بالوحدة النفسية، أعراض الاكتئاب والاكتئاب الحاد لدى المسنين الذين يعيشون في المناطق الريفية المنعزلة وغير المنعزلة في مدينة ليويانغ، هونان، الصين، وتمثلت عينتها (814) مسنا، واستخدمت المقياس المختصر للوحدة النفسية لجامعة كاليفورنيا لوس أنجلوس، مقياس الاكتئاب للمسنين، والمقابلة العيادية المنظمة لاضطرابات المحور الأول للدليل التشخيصي والاحصائي (DSM–IV) نسخة غير المرضية لتشخيص الاكتئاب الحاد لجمع البيانات، وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب كانت أكثر حدة لدى المسنين في المناطق الريفية المنعزلة وغير المنعزلة، تلعب الوحدة النفسية دورا وسيطيا في الشعور بالاكتئاب لدى المسنين في المناطق الريفية المنعزلة[2].

---

[1] Sadeghi Bahmani, D., Faraji, R., Faraji, P., Holsboer-Trachsler, E., & Brand, S : Depression and loneliness did not affect academic achievement among university students. European Psychiatry, 41, S541. 2017.

[2] Guojun Wang, Mi Hu, Shui-yuan Xiao, Liang Zhou : Loneliness and depression among rural empty-nest elderly adults in Liuyang, China: a cross-sectional study, BMJ Open, v: 7(10), P: 1-8. 2017.

دراسة ألان تيو وأخرون (Alan R. Teo، 2018) بعنوان يرتبط الشعور بالوحدة النفسية ارتباطا وثيقا بنتائج الاكتئاب والتفكير في الانتحار بين قدامى الجنود العسكريين في مجال الرعاية الأولية والتي هدفت إلى تحديد عدد أوجه الترابط الاجتماعي (عدد المقربين، الدعم الاجتماعي، الصراع بين الأشخاص، الأعراف الاجتماعية، الشعور بالوحدة النفسية) التي ترتبط بالاكتئاب وتحدد أثاره، وتمثلت عينتها في (301) فردا من المحتمل أنهم يعانون من الاكتئاب الحاد في مستشفى الإدارة الصحية للجنود العسكريين والعيادات التابعة له، واستخدمت بطارية مقاييس العلاقات الاجتماعية للراشدين لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن الوحدة النفسية لها أهمية كبيرة في ظهور الأعراض الاكلينيكية للاكتئاب الحاد[1].

دراسة جووان دومنش أبيلا وأخرون (Joan Domènech–Abella، 2018) بعنوان القلق، الاكتئاب، الشعور بالوحدة النفسية، والشبكات الاجتماعية لدى كبار السن: دراسة طولية في جمعيات الشيخوخة في إيرلندا، والتي هدفت إلى معرفة العلاقة بين اضطراب الاكتئاب واضطراب القلق العام والشبكات الاجتماعية والوحدة النفسية، وتمثلت عينتها (5066) من الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين (≤ 50) سنة، واستخدمت مقياس الوحدة النفسية، وتم قياس الاندماج الاجتماعي باستخدام دليل الشبكة الاجتماعية لبيركمان سيم (Berkman–Syme)، وتم قياس اضطراب الاكتئاب الحاد واضطراب القلق العام من خلال المقابلة التشخيصية العالمية (International Diagnostic Interview Composite (CIDI) لجمع البيانات، وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها أن هناك ارتباط بين مستويات الوحدة النفسية المرتفعة والاكتئاب الحاد[2].

---

[1] Alan R. Teo, Heather Marsh, Christopher W. Forsberg, Christina Nicolaidis, Jason I. Chen, Jason Newsom, Somnath Saha, Steven K. Dobscha : Loneliness is closely associated with depression outcomes and suicidal ideation among military veterans in primary care, Journal of affective disorders, P : 1 – 25. 2018.

[2] Joan Domènech-Abella, Jordi Mundó, Josep Maria Haro, Maria Rubio-Valera :Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA), Journal of affective disorders, P : 1 – 28. 2018.

دراسة إدوارد شانغ (Edward C. Chang، 2018) بعنوان العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والقلق وأعراض الاكتئاب بين الرجال والنساء من أصول أمريكية إفريقية: الجنس كعامل وسيط، والتي هدفت إلى دراسة الاختلافات بين الجنسين في الشعور بالوحدة النفسية والانفعالات السلبية، والتي تعتبر من أعراض القلق والاكتئاب، وتمثلت عينتها في (168) طالبا، واستخدمت مقياس الوحدة النفسية لروسل، مقياس بيك للقلق ومقياس بيك للاكتئاب لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها وجود مستويات أعلى من أعراض القلق والاكتئاب بين النساء الأميركيات الوحيدات من أصل إفريقي، مقارنة بالرجال، إن الشعور بالوحدة النفسية ينبأ بأعراض القلق والاكتئاب، ووجود مستويات عالية من القلق والاكتئاب لدى النساء مقارنة بالرجال[1].

دراسة لورين ثيكك وأخرون (Laurie TheekeK، 2019) بعنوان الاختلافات بين الجنسين في الشعور بالوحدة النفسية، الغضب، الاكتئاب، القدرة على الإدارة الذاتية والعلامات الحيوية للأمراض المزمنة لدى البالغين المصابين بمرض مزمن في منتصف العمر في أبالاشيا، والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والغضب والاكتئاب والقدرة على الإدارة الذاتية والعلامات الحيوية للأمراض المزمنة في منتصف العمر لدى البالغين المصابين بأمراض مزمنة في أبالاشيا، وتمثلت عينتها في (90) مريضا من مركز الرعاية الصحية الأولية، واستخدمت أداة الحالة المعرفية تم تقييمها باستخدام الحالة العقلية المختصر لفولشتاين (Folstein)، مقياس الغضب الإكلينيكي لسنال (Snell، 1995)، مقياس الوحدة النفسية لروسل (Russell، 1996)، تم استخدام الدعم الاجتماعي من خلال نتائج الرعاية الطبية، مقياس القدرة الوظيفية باستخدام مؤشر كاتز وداون وكاش (Katz, Downs, & Cash، 1970) للاستقلالية في أنشطة الحياة اليومية، مقياس القدرة على الإدارة الذاتية لشيربون وسوارت (Sherbourne، Stewart،

[1] Edward C. Chang : Relationship between loneliness and symptoms of anxiety and depression in African American men and women: Evidence for gender as a moderator, Personality and Individual Differences 120, P : 138-143. 2018.

1991)، ولقياس الاكتئاب تم استعمال استبيان صحة المريض (Patient Health Questionnaire-9) المعد من طرف أرول وأخرون (Arroll، 2010)، وتم التعرف على المؤشرات الحيوية للأمراض المزمنة من خلال ضغط الدم، كتلة الجسم ونسبة السكر في الدم لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها وجود علاقة ارتباطية بين الوحدة النفسية والاكتئاب[1].

دراسة أنتونيا يبسيلنتيا وأخرون (Antonia Ypsilantia، 2019) بعنوان الاشمئزاز الذاتي كآلية محتملة تشرح العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب، والتي هدفت إلى شرح العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب، وتفاعل استراتيجيات تنظيم العواطف مع الاشمئزاز الذاتي بالتنبؤ بأعراض الاكتئاب، وتمثلت عينتها في (370) حالة، واستخدمت مقياس الوحدة النفسية لروسل، مقياس الاكتئاب لبيك، إستبيان تنظيم العواطف لقروس وجون (Gross and John، 2013) ومقياس الاشمئزاز الذاتي لأفرتون (Overton، 2013) لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي، وكانت أهم نتائجها وجود علاقة قوية بين الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب[2].

---

[1] Laurie Theeke, Roger D. Carpenter, Jennifer Mallow, Elliott Theeke : Gender differences in loneliness, anger, depression, self-management ability and biomarkers of chronic illness in chronically ill mid-life adults in Appalachia, Applied Nursing Research 45, P : 55 - 62. 2019.

[2] Antonia Ypsilantia, Lambros Lazurasa, Phillip Powellb, Paul Overtond : Self-disgust as a potential mechanism explaining the association between loneliness and depression, Journal of Affective Disorders 243, P : 108–115. 2019.

ج ـ التعليق على الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت العلاقة بين الوحدة النفسية والاكتئاب:

من خلال استعراض ما سبق من دراسات سابقة عربية وأجنبية في موضوع الوحدة النفسية والاكتئاب يمكن استنتاج ما يلي:

من حيث الهدف:

نستنتج مما تقدم أن بعض الدراسات السابقة تناولت العلاقة بين الوحدة النفسية والاكتئاب فقط، كدراسة يوسف موسى مقدادي (2008)، دراسة رياض العاسمي (2009)، دراسة حمو علي خديجة (2012)، دراسة دانيا الشبؤون (2013)، دراسة بيرنبوم وزملائه (L. Peerenboom، 2015)، ودراسة أزلام سغام وألتين يونسال (Özlem Çağan، Alaettin Ünsal، 2014)، وهناك من درست العلاقة بين الوحدة والاكتئاب وأضافت إليها متغيرات أخرى كالتحصيل الدراسي، التفكير الانتحاري، القلق، الغضب كدراسة سدغي يرماني وأخرون (Sadeghi Bahmani، 2017)، دراسة ألان تيو وأخرون (Alan R. Teo، 2018)، دراسة جووان دومنش أبيلا (Joan Domènech–Abella، 2018)، دراسة لورين ثيكك وأخرون (Laurie TheekeK، 2019)، دراسة أنتونيا يبسيلنتيا وأخرون (Antonia Ypsilantia، 2019)، دراسة إدوارد شانغ (Edward C. Chang، 2018)، دراسة شو إنهيوا شو وأوون جو كيم وأون يونغ كيم (EunYoung Kim، Eun Joo Kim، Cho Inhyo Cho، 2017)، دراسة يالسين أزدمير وياسار كوزوكو وسريف أك (Yalcın Özdemir، Yaşar Kuzucu، şerife Ak، 2014)، دراسة مست مالكا برفين ونفيزا فردووشي (Mst. Maleka pervin، Nafiza ferdowshi، 2016).

ـ من حيث حجم العينة ونوعها:

اهتمت الدراسات السابقة بعينات متنوعة تراوحت ما بين (90) إلى (5066)، فهناك من اختارت الأفراد البالغين كعينة لدراستها، ومنها من اختارت الطلبة، ومنها من اختارت المسنين، كما اهتمت دراسات أخرى بالمرضى المصابين بأمراض مزمنة وبالاكتئاب.

ـ من حيث المنهج:

فيما يتعلق بمنهج البحث المستخدم في الدراسات السابقة التي تم عرضها فإن كل الباحثين اعتمدوا على المنهج الوصفي كإطار عام لدراستهم.

ـ من حيث الأداة:

تباين استعمال الباحثين لمقياس الوحدة النفسية فمنهم من استعمل مقياس روسل للوحدة النفسية كدراسة دراسة أنتونيا يبسيلنتيا وآخرون (Antonia Ypsilantia، 2019)، دراسة لورين ثيكك وآخرون (Laurie TheekeK، 2019)، دراسة إدوارد شانغ (Edward C. Chang، 2018)، دراسة شو إنهيوا شو وأوون جو كيم وأون يونغ كيم (EunYoung Kim، Eun Joo Kim، Cho Inhyo Cho، 2017)، دراسة مست مالكا برفين ونفيزا فردووشي (Mst. Maleka pervin، Nafiza ferdowshi، 2016)، دراسة مايفن واي (Meifen Wei، 2014)، ودراسة أزلام سغام وألتين يونسال (Özlem Çağan، Alaettin Ünsal، 2014)، وهناك من استعمل المقياس المختصر للوحدة النفسية لجامعة كاليفورنيا لوس أنجلوس كدراسة غوجون وانغ وأخرون (Guojun Wang، 2017)، وهناك من استعمل مقياس جونغ جيفارد (Jong Gierveld) كدراسة بيرنبوم وزملائه (L. Peerenboom، 2015).

تباين استعمال الباحثين لمقياس الاكتئاب، فمنهم من استعمل مقياس بيك للاكتئاب كدراسة أنتونيا يبسيلنتيا وأخرون، دراسة إدوارد شانغ، دراسة سدغي يرماني وأخرون (Sadeghi Bahmani، 2017)،

ودراسة أزلام سغام وألتين يونسال، وهناك من استعمل استبيان صحة المريض كدراسة لورين ثيكك وأخرون، بينما هناك من استعمل مقياس الاكتئاب للمسنين كدراسة غوجون وانغ وأخرون (Guojun Wang، 2017)، وهناك من استعمل مقياس الاكتئاب المعد من طرف لرادلوف (Radloff) كدراسة شو إنهيوا شو وأوون جو كيم وأون يونغ كيم، وهناك من استعمل مقياس رحمان وأدين (Rahman، Uddin)، كدراسة مست مالكا برفين ونفيزا فردووشي، وهناك من استخدام أداة المقابلة التشخيصية لتشخيص الاكتئاب كدراسة بيرنبوم وزملائه دراسة مايفن واي.

يتضح مما سبق أن كل الباحثين اتفقت نتائجهم على أن هناك علاقة بين الوحدة النفسية والاكتئاب، لأن لها أثار سلبية على شخصية الفرد، ونظرا لأن مفهوم الاكتئاب في هذه الدراسات عولج بمفهومه العام مما دفع بالباحثة إلى تناول الاكتئاب عند المرأة في فترة ما بعد الولادة، ومن هنا جاءت فكرة طرح موضوع الوحدة النفسية وعلاقتها باكتئاب ما بعد الولادة والميل إلى السلوك الاجرامي، لتحديد العلاقة بدقة بين المتغيرين.

ومن خلال عرض الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات البحث الأساسية يمكن أن نستنتج ما يلي:

1 ـ ارتباط الوحدة النفسية بعدة اضطرابات كاضطرابات الأكل والنوم، القلق، الاكتئاب.

2 ـ ندرة الدراسات السابقة العربية على حسب إطلاع الباحثة التي تناولك اضطراب اكتئاب ما بعد الولادة.

3 ـ ارتباط اكتئاب ما بعد الولادة بالعديد من المشاعر السلبية كالقلق، عدم الرضا الزواجي.

4 ـ يؤثر اكتئاب ما بعد الولادة على تكيف الأم مع الطفل ويزيد من حدة المشكلات النفسية في فترة ما بعد الولادة، مثل العزلة الاجتماعية، بسبب نقص الدعم الاجتماعي، ووجود اضطرابات في العلاقات الزوجية.

5 ـ وجود علاقة بين الوحدة النفسية والاكتئاب.

2 ـ 4 ـ الفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية:

من خلال استعراض أوجه الاتفاق والاختلاف بين الدراسات السابقة نشير أن الدراسة الحالية تتفق مع الدراسات السابقة في متغيرات البحث، إلا أنها تختلف عنها في عدة جوانب، تمثل الفجوة العلمية التي تعالجها هذه الدراسة فيما يلي:

1 ـ تضمنت هذه الدراسة ربط مشكلة البحث بمتغيرات حالية التي تمثلت في الوحدة النفسية، اكتئاب ما بعد الولادة، والسلوك الإجرامي.

2 ـ اشتملت هذه الدراسة على مدخلين مدخل نظري تناولنا فيه الإطار النظري للدراسة، فصل الوحدة النفسية، فصل اكتئاب ما بعد الولادة وفصل السلوك الاجرامي، ومدخل ميداني تناولنا فيه إجراءات البحث الأساسية بدءا بالاختبار الاستطلاعي والتحقق من الخصائص السيكومترية للمقاييس وإجراء مقابلات عيادية مع الحالات، إلى عرض الحالات ومناقشة فرضيات الدراسة.

3 ـ تنوع أدوات الدراسة حيث شملت على مقياس الوحدة النفسية المعد من طرف الباحثة، مقياس اكتئاب ما بعد الولادة المكيف من طرف الباحثة، ودليل المقابلة. وذلك من أجل جمع معلومات بدقة أكبر حول الموضوع المدروس.

ومن العرض السابق يتضح أن هذه الدراسة عالجت فجوة علمية متعددة الجوانب بتطرقها لموضوع الوحدة النفسية وعلاقتها باكتئاب ما بعد الولادة والميل إلى السلوك الإجرامي، وتعدد أدواتها بين مقياس الوحدة النفسية، مقياس اكتئاب ما بعد الولادة، ودليل المقابلة نصف الموجهة، واستخدامها المنهج العيادي.

3 ـ الاشكالية:

يتعرض الفرد في حياته إلى عدة مشكلات نفسية تؤثر على كيانه وتهدد أمنه وسلامته واستقراره النفسي، ومن بين هذه المشكلات الوحدة النفسية، وتعتبر من أكثر المشكلات التي يعاني منها الانسان في عصرنا، وهذا راجع إلى التغيرات السريعة في مجالات الحياة وإلى التقدم العلمي، فأصبح الانسان يشعر بالوحدة والضيق والعزلة. وهذا ما أكده عرفات ونقايس أن الشعور بالوحدة النفسية مشكلة ملحة في حياة الانسان اليوم فهو بمثابة نقطة البداية للكثير من المشكلات التي يعانيها، وذلك ناتج عن تعقد نمط الحياة الحديثة، وللتغيرات الاقتصادية والثقافية والاجتماعية والسياسية التي شهدها المجتمع العالمي في القرن الحادي والعشرون والتي أدت إلى الكثير من المواقف الضاغطة على نفسية الانسان، مما يدفعه للشعور بالعزلة والوحدة النفسية والتي أصبحت مجالا خصبا للأبحاث التجريبية[1]. ويرى ريفاتي بغشانداني (Revati K. Bhagchandani) بأن الوحدة النفسية شعورا سلبيا ذاتيا يتعلق بتجربة الشخص بنقص علاقاته الاجتماعية، ويرتبط بتقييم الفرد لمستوى تفاعله الاجتماعي ووصفه بأنه عاجز عن المشاركة الاجتماعية، فهي استجابة لعدم وجود علاقات اجتماعية يحتاجها الفرد، لأن علاقاته تفتقر إلى الحميمية والرضا والعاطفة[2].

يتضح أن من بين انعكاسات الوحدة النفسية على الفرد هو الشعور بالاكتئاب الذي يؤدي إلى تقلبات انفعالية والشعور بالحزن والتشاؤم، ويرى روكاتش (Rokach) بأنه شعور مؤلم ناتج عن شدة الاحساس بالعجز، الانعزال الاجتماعي والانفعالي والشعور بأنه غير مرغوب فيه من طرف الاخرين مما

---

[1] محمد عرفات جخرات. فضيلة نقايس : العوامل المعرفية السلوكية المخففة من حدة الوحدة النفسية لدى الطالبات المقيمات، دراسة تجريبية على الطالبات المقيمات بالإقامة الجامعية بورقلة، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الشهيد حمى لخضر الوادي، العدد 20، ص. ص 122 ـ 133. 2016. ص: 123.

[2] Revati K. Bhagchandani : Effect of loneliness on the psychological well being of college students, International journal of social science and humanity, Vol. 7, No. 1, p : 60 – 64. 2017. P :60.

يؤدي للإحساس بالتعاسة والتشاؤم والقهر والاكتئاب[1]. وقد أشار كل من شميدت وكورديك (Schmidt. kurdek، 1985) إلى أن هناك علاقة بين الوحدة النفسية والاكتئاب حيث يتميز الاكتئاب بأنه ميل عام للنظر إلى الحياة بصورة سلبية، ويتفق كل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب في أن انعكاساتهما تتمثل في الحزن والتأثيرات السلبية[2]. والاكتئاب حالة وجدانية أو عاطفية أو انفعالية تتميز بالمشاعر السلبية كالحزن الشديد، انخفاض الروح المعنوية، قلة النشاط والحيوية، ويعتقد المريض أن حياته ليست لها قيمة، بل إن كل شيء في الحياة لا قيمة له[3].

وهناك عدة أنواع من الاكتئاب الذي يصيب المرأة في فترة ما بعد الولادة من بينها كأبة ما بعد الولادة، ذهان ما بعد الولادة، واكتئاب ما بعد الولادة، ويعد هذا الأخير من بين أنواع الاضطرابات المزاجية التي تتعرض لها الأم في فترة ما بعد الولادة، وتعتبر الولادة حدث سعيد للأبوين ولكل أفراد الأسرة، حيث يحلمان بشكل الطفل ويخططان لمستقبله حتى قبل قدومه، ولكن سرعان ما تزول هذه الفرحة عند إصابة الأم بهذا الاضطراب النفسي، الذي يعد من بين أنواع الاكتئاب الكبير الذي يصيب النساء في الأربعة أسابيع الأولى بعد الولادة، ويؤثر على حالتهم النفسية من خلال تقلبات المزاج والاضطرابات السلوكية والتشوهات المعرفية، وهو يشمل على الحزن والقلق والخوف واضطرابات النوم والأفكار الإستحواذية وتقلب المزاج، والهيجان، والسلوكات الوسواسية، وجنون العظمة[4]. بينما ترى كايلا أفيس وأنجلا بون (Kyla avis.

---

[1] حمو علي خديجة: (2011). علاقة الشعور بالوحدة النفسي والاكتئاب لدى عينة من المسنين المقيمين بدور العجزة والمقيمين مع ذويهم، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، الجزائر. 2011، ص: 18.

[2] دانيا الشبؤون. 2013، ص: 28

[3] عبد الرحمن محمد العيسوي: دوافع الجريمة، ط1، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، لبنان. 2004، ص: 208.

[4] Rebecca J. Mccloskey. Rebecca reno : Complementary health approaches for postpartum depression: A systematic review,social work in mental health, routledge taylor and francis group. P1 – 22. 2018. P :2.

angela bowen) أنه اكتئاب كبير يصيب ما بين (15% ـ 25%) من النساء، عادة ما يحدث الاكتئاب من أربعة إلى اثنى عشرا أسبوعا بعد الولادة، ولكن يمكن أن يحدث بعد عام من ولادة الطفل.[1]

بينت منستو ملكاموس أساي وهايماتو ألن موش وإيروسالام دستا زالام (Mengstu melkamus asaye، Haymanot alen muche، Eyerusalem desta zelalem) أن نسبة انتشار اكتئاب ما بعد الولادة تتراوح ما بين (1.9 ـ 82.1%) في مختلف البلدان، أما بالنسبة لانتشاره في المجتمع الجزائري فلا توجد إحصائيات حول ذلك، لأن كل الاهتمامات موجه للرعاية على المستوى الفيزيولوجي للأم والطفل وإهمال الجانب النفسي[2]، وقد قامت الباحثة بالاستعانة بالاختبار الاستطلاعي لإبراز مدى حجم خطورة هذا الاضطراب، والتي أجريت سنة (2019) في البليدة على (50) أما في فترة ما بعد الولادة، وتوصلت الدراسة إلى أن أفراد العينة اللواتي يعانين من أعراض اكتئاب ما بعد الولادة بلغ (8%)، ونسبة النساء اللواتي يعانون من فحص إيجابي لاكتئاب ما بعد الولادة الكبير بلغ (84%) وهذا في ظل غياب التشخيص المبكر، وارتفاع العواقب الخطيرة المحتملة لاكتئاب ما بعد الولادة، مع غياب المساعدة النفسية.

يرتبط اكتئاب ما بعد الولادة لدى المرأة بالدعم الاجتماعي من قبل الأفراد المحيطين وخاصة الزوج، باعتباره السند الأول والمحور الأساسي في حياتها، ونقص هذا الدعم يؤدي إلى شعورها بالوحدة النفسية، وهذا ما بينه ميشال أوهارا (Michael W. O'hara) بأنه لا توجد علاقة أكثر أهمية للمرأة خلال النفاس إلا مع زوجها[3]، وقد بينت العديد من الدراسات انعكاس هذا المفهوم على حياتها، وقد وجد أبرامز وكوران (Ambras، Koran، 2007) أن اكتئاب ما بعد الولادة يرتبط ارتباطا سلبيا بالدعم الاجتماعي

---

[1] Kyla Avis, Angela bowen :Postpartum depression support program evaluation, University Institute for Social Research, University of saskatchewan, Canada, 2004, p :3.

[2] Mengstu melkamus asaye ،Haymanot alen muche ،Eyerusalem desta zelalem : Prevelence and predictors of postpartum depression: Northwest ethiopia, pschiatry journal, P: 1 – 9. 2020, P :2.

[3] Michael W. O'hara (1995). Postpartum Depression Causes and Consequence, Library of congress cataloging in publication data, New york. 1995, P : 20.

وبالتالي يدعم النظرية القائلة بأن اكتئاب ما بعد الولادة مرتبط إلى حد كبير بالضغط النفس اجتماعي والبيئي. ومع ذلك وبسبب الوصمة المستمرة والمعلومات الخاطئة والمكتومة التي تحيط باكتئاب ما بعد الولادة غالبا ما تعاني النساء وحدهن، ويمكن للوحدة النفسية أن تحافظ على نفسها وتصبح مكانا مظلما لا تجد فيه المرأة طريقها للخروج[1].

وقد وجد ميشال أوهارا أن دراسة برافرمان وروكس (Braverman. Roux، 1978) ودراسة (Kuman. Robson، 1984) فحصت العلاقات الزوجية أثناء الحمل، ووجدت أن اضطراب العلاقة الزوجية سبق اكتئاب ما بعد الولادة. وقد وجدت دراسة كوس وآخرون (Cox، 1982) ودراسة كامبدل وآخرون (Campdell، 1992)، ودراسة بايكل وآخرون (Paykel، 1980) أن النساء اللواتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة لديهن نقص في العلاقات الزوجية، بينما وجدت دراسة بلاير وآخرون (Blair، 1970) وكامبل وآخرون (Kambel، 1992) أن نقص الدعم بين الزوجين يرتبط بزيادة مستويات اكتئاب ما بعد الولادة، وهذا ما أكدته دراسة أوهارا وآخرون (O'hara، 1983) وبايكل (1980) أن عدم وجود أفراد مقربين كافيين أو انخفاض مستويات الدعم من المقربين ارتبط باكتئاب ما بعد الولادة[2].

فالمرأة التي تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة تجد نفسها وحيدة ولا أحد يستمع لها ويشعر بمعاناتها، ويساندها على تخطي أزماتها، وكشفت الدراسة التي قام بها بيك (Beck، 2000) حسب جمعية الممرضين لأنتاريوا في كندا (Nurses association of ontario، 2005، ص: 31) أن العديد من النساء اللواتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة، يختبرن إحساسا عميقا من العزلة والوحدة النفسية، وتصور أن الناس لا يعرفون ما كانوا يعانون منه[3].

---

[1]María graciela rojas castillo: Perinatal Depression. First published, Published by InTech, Croatia. 2012, P : 73 – 74.
[2] Michael W. O'hara, 1995. P : 20 -21.
[3]Nurses' association of ontario : Interventions for Postpartum Depression. Toronto, Canada: Registered nurses' association of ontario. 2005, p : 31.

تؤدي الوحدة النفسية إلى زيادة المشاعر السلبية لدى المرأة في فترة ما بعد الولادة، ويرى باريس ودوبوس (Dubus .paris، 2005) أن الأمهات حديثات الولادة يعانين من العزلة والوحدة النفسية والتي غالبا ما تؤدي إلى انعزالهم عن المجتمع الذين يعيشون فيه[1]. وأضاف في هذا السياق سيندي لي دانيس (Cindy lee dannis) أن المرأة تصف باستمرار مشاعرها حول الوحدة النفسية، بالخوف حول كفاءات الأمومة، وصراع الادوار، وعدم القدرة على مواجهة ذلك[2]، فالأمهات يتحدثون باستمرار عن شعور عميق بالعزلة والوحدة النفسية، والشعور بعدم الارتياح المتكرر لوجودهم بالقرب من الآخرين واعتقادهم أن لا أحد يفهم ما كانوا يعانون منه، وانسحبوا اجتماعيا وفروا إلى عالم يحتمل أن يكون حساسا[3]. قام إيدبورغ وآخرون (Edhborg، 2005) باكتشاف تجارب النساء في الأشهر الأولى بعد الولادة، وتوصل إلى أن النساء اللواتي يعانين من إكتئاب ما بعد الولادة يشعرن بأنهن مهجورات ووحيدات[4].

وقد أجرت شيرلي بيك (Cheryl Beck، 1992) دراسة ظواهرية للأوصاف الذاتية لسبع أمهات مصابات باكتئاب ما بعد الولادة، تم وصف البنية الأساسية لاكتئاب ما بعد الولادة بأنها "كابوس حي" مليء بالقلق والشعور بالذنب والتفكير الوسواسي، فكرت الأمهات في إيذاء أنفسهن وأطفالهن الرضع ووصفت الشعور بالوحدة النفسية وفقدان الاستمتاع وفقدان الأمل[5].

---

[1] María graciela rojas castillo, 2012, p :7.

[2] Cindy-Lee Dennis : Detection, prevention, and treatment of postpartum depression, University health network women's health program, 2003, P : 136.

[3] Donna E. Stewart, E. Robertson, Cindy-Lee Dennis, Sherry L. Grace, Tamara wallington (2003). Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions, Toronto Public Health, University health network women's health program, 2003, p :54.

[4] Hilary Joan Planden : The lived experience of postpartum depression as reflected in fabric Art, A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing, University of Victoria. 2009, p :90.

[5] Aula meki (2014). Perceived causes of postnatal depression, degree of doctorate in clinical psychology, Staffordshire and keele universities for the jointly, 2014, p : 13.

إن اكتئاب ما بعد الولادة لا يؤثر على نوعية حياة المرأة ولا على تجربتها في الأمومة فقط بل وعلى رضيعها وأطفالها الأخرين وزوجها وكل واحد بجانبها، بما في ذلك أولئك الذين يشاركون في رعايتها على المستوى الفردي يمكن أن تكون التجربة مدمرة، ولاحظ بيت (Pitt، 1968) أن العديد من الأمهات في الدراسات المبكرة يشعرن بتغير كبير في طبيعتهم المعتادة، ومعظمهن لم يكن مكتئبات من قبل، بدون مساعدة أو علاج نتائجه على المدى الطويل ستكون باهظة الثمن بالنسبة للمرأة أو أسرتها، وخاصة في الاكتئاب الحاد مع أعراض ذهانية هناك خطر للانتحار وقتل الطفل[1].

يعتبر اكتئاب ما بعد الولادة من بين الاضطرابات الاكثر خطورة على المرأة وعلى طفلها لأنه يؤدي إلى اضطرابات نفسية للأم وقتل الطفل وحتى الانتحار، ومن ناحية أخرى لوحظ أن الأطفال الذين لديهم أمهات يعانين من إكتئاب ما بعد الولادة لديهم قابلية أكبر للمشاكل السلوكية والعاطفية[2]، فلاكتئاب الذي يصيب النساء بعد الولادة يعد مشكلة خطيرة، وخاصة إذا ترك دون علاج، فالأم تتعرض لفشل حياتها الزوجية، وخاصة إذا لم يتفهم الزوج وضعها ومعاناتها، كما أنه يشكل خطرا على الأم والطفل كليهما فتضعف العلاقة الطبيعية بينهما، ويزيد الخطر أكثر فيما إذا كان لدى الأم أفكارا تدعوها لإيذاء نفسها أو طفلها. فالمرأة دائما متعلقة بغيرها، فهي تتعلق بشدة بأمها وأبيها واخوتها ثم بعد ذلك بزوجها وأبنائها وأحفادها، وهي تندمج بقوة في هذه العلاقات أكثر من الرجل وتصبح جزءا هاما من حياتها وبالتالي حين تفقد أيا من هذه العلاقات فإنها تصاب بالحزن والأسى وربما تصل إلى درجة الاكتئاب[3].

---

[1] John cox, Jeni holden, carol henshaw (2014). Perinatal mental health : The edinburgh postnatal depression scale (EPDS) manual, RCPsych publications, Second edition, London. 2, 2014, p :1.

[2] shiping liu, yan yan , xiao gao, shiting xiang, tingting sha, guangyu zeng, qiong he (2017). Risk factors for postpartum depression among chinese women: path model analysis, BMC Pregnancy and Childbirth, p: 1- 7. 2017, p :2.

[3] زياد الطراونة: الاكتئاب: أسبابه، أعراضه، أنواعه، وطرق علاجه، دار الطريق للنشر والتوزيع، ط1، عمان.2010، ص: 9.

نقص الوعي في المحيط الاسري وجهلهم لفترة ما بعد الولادة وما يحيط بها من متغيرات سلوكية ومعرفية وانفعالية يؤدي إلى لومها واتهامها بأنها لم تقم بدورها الأمومي وأهملت زوجها وبيتها يدفعها إلى الشعور المتزايد بأنها أما غير جيدة، وهذا ما بينته إما دونفورد وشارلوت جرانجر (Emma Dunford، Charlotte Granger) أن العديد من النساء يجدن الانتقال إلى الأمومة صعب وتحدي. قد يعتبرون أنفسهم فاشلين أو "أمهات سيئات"، مما يؤدي إلى الشعور بالعار والذنب والنقد الذاتي[1]. فالنساء يعانين من مشاعر اللوم والذنب لأنهن لم يصلن إلى معاييرهن الخاصة "للأم الجيدة"، وترتبط هذه المشاعر بصراع داخلي كبير حول أطفالهن[2].

يؤدي اللوم المتواصل إلى نقص تقدير الذات والشعور بالذنب المفرط والعار، يشمل العار خوفا شديدا من أن يتم الكشف عنها علنا، ومن الحكم السلبي عليها ورفضها من قبل الآخرين. ضمن الشعور بالذنب، فإن السلوكات المحددة التي قامت بها هي محور التقييم السلبي، لذلك، فإن الشعور بالذنب يكون مصحوبا بمشاعر الندم أو الحسرة على الأفعال. كل هذه المشاعر السلبية تدفع المرأة إلى القيام بالسلوكات العدوانية اتجاه نفسها أو طفلها لأنه سبب المشاكل التي تعرضت لها وهذا ما أكده بلام لورانس (Blum Lawrence. D) أن الأم إذا شعرت بالذنب المفرط أو الخوف من هذه المشاعر الغاضبة، فقد تصبح منشغلة بشكل متزايد بالغضب تجاه الطفل وقد تتطور لديهم أفكار وسواسية حول الأذى الذي قد يصيب الطفل أو القيام بإيذاء طفلها بنفسها[3].

---

[1] Emma Dunford, Charlotte Granger : Maternal Guilt and Shame: Relationship to Postnatal Depression and Attitudes towards Help-Seeking, J Child Fam , 26, p:1692–1701.2017 , p : 1693.

[2] Ana M. Quelopana, Champion Jane Dimmitt, Reyes Rubilar Teresa, (2011). Factors associated with postpartum depression in chilean women. Health care for women international, 32(10), 939–949. 2011, p :946.

[3] Blum Lawrence. D. (2007). Psychodynamics of postpartum depression, Psychoanalytic psychology, Vol: 24(1), 45 - 62. 2007, p : 54.

ترتبط الوحدة النفسية واكتئاب ما بعد الولادة بالسلوكات العدوانية، حيث تعتبر وسيلة للتنفيس عن الغضب والشعور بالارتياح، وهذا ما بينته إلس ديانيرا كاريزالس (Ilse deyanira carrizales) أن الوحدة النفسية ترتبط بالسلوكيات العدوانية، فالأشخاص الذين يتصرفون بشكل عدواني تجاه الآخرين يعانون من الرفض من قبل الأقران، لأنهم غالبا ما يكون لديهم آليات معالجة المعلومات الاجتماعية بطريقة مشوهة وقاصرة[1]. وهذا ما أكده بيوفين وإيمال (Boivin، Hymel، 1997) بأنها تؤدي إلى انخفاض التفضيل الاجتماعي، مما يؤدي بدوره إلى ضعف التصورات الذاتية الاجتماعية والشعور بالوحدة النفسية[2]. وقد بين ويلام مرتنز وجيورج باليرمو (George B. Palermo .Willem H. J. Martens) أن الوحدة النفسية يمكن أن تكون مدمرة بشكل خاص للأشخاص المعرضين لخطر السلوك المضاد للمجتمع، مثل تعاطي المخدرات، الاكتئاب، العجز الاجتماعي العاطفي، نقص الدعم الاجتماعي، لأنها تلعب دورا هاما في نمو واستمرار العنف والمواقف والسلوكات المضادة للمجتمع[3].

ومن بين السلوكات المضادة للمجتمع التي تقوم بها المرأة التي تشعر بالوحدة النفسية في فترة ما بعد الولادة هي السلوكات الانتحارية والتخطيط لقتل الطفل حديث الولادة، وقد بينت دنيز كوزان (Deniz Coşan) أن الوحدة النفسية قد تسبب سلوكا إجراميا وهذا قد يشكل خطرا على البيئة الاجتماعية. تظهر الابحاث أن الوحدة النفسية تسببت في سلوكيات إجرامية مثل السرقة والتخريب، وقد تبين أن أكبر مشكلة يواجهها المغتصبون هي الشعور بالوحدة النفسية مقارنة بمشاعر الغضب، والاستهانة، وعدم الكفاءة والشعور

---

[1] Ilse deyanira carrizales : Loneliness, Violence, Aggression, And suicidality in incarcerated youth, Degree of doctor of philosophy, Oklahoma state university. 2013, p : 7.

[2] Lisette Wilcox Swails : Associations between aggression and loneliness: An examination of the mediating role of social preference, the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, University of Kansas. 2014, p :8.

[3] Willem H. J. Martens, George B. Palermo : Loneliness and Associated Violent Antisocial Behavior: Analysis of the Case Reports of Jeffrey Dahmer and Dennis Nilsen, International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 49(3), P : 298-307. 2005, p :298 - 306.

بالرفض[1]. وقد قامت مزوز بركو (2013، ص: 120) بتتبع واستقراء جل الجرائم التي ارتكبت من قبل المرأة، في مؤسسة إعادة التربية بباتنة خلال الفترة الممتدة من سنة (2000 ـ 2005) والتحليل الدقيق لمختلف الجرائم، وقد بلغت نسبة جريمة قتل الطفل حديث الولادة ب (21.05%)[2]. وهذا دليل على أن هذه الظاهرة قد مست الشعب الجزائري.

وبما أن العنصر الأساسي لدى المرأة التي تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة هو فقدان السيطرة على النفس، حيث تتصرف بسلوكات عنيفة دون أن تكون واعية بأثار هذه السلوكات على حياتها وعلى حياة طفلها، ونظرا لأهمية موضوع الوحدة النفسية عند المرأة التي تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة وعلاقتها بالميل إلى السلوك الاجرامي تم اختيار هذا الموضوع للتعمق فيه ودراسته، واستنادا لذلك نطرح التساؤل التالي:

ـ هل توجد علاقة بين الوحدة النفسية واكتئاب ما بعد الولادة والميل إلى السلوك الإجرامي؟.

4 ـ تحديد مفاهيم الدراسة:

لكل دراسة جملة من المفاهيم لا بد من تحديدها في إطار الغرض الذي تخدم فيه الدراسة، وقد احتوت الدراسة التي بين أيدينا على مجموعة من المفاهيم يمكن تحديدها كما يلي:

4 ـ 1 ـ الوحدة النفسية: هي خبرة نفسية غير سارة ومؤلمة ناتجة عن نقص في كمية ونوعية العلاقات أو التناقض المعرفي بين ما يحصل عليه الفرد من علاقات وما يرغب فيه، وتؤدي إلى شعور الفرد بأنه منفرد، منعزل عن المجتمع الذي يعيش فيه، وقد تصل إلى درجة الشعور بالاغتراب، وقد تم قياسها في هذه

---

[1] Deniz Coşan : An evaluation of loneliness, European proceedings of social & behavioural sciences, Keele university, The United Kingdom, eISSN: 2357-1330, p: 103-110. 2014, p : 108.

[2] مزوز بركو: جريمة القتل عند المرأة، دراسة في علم اجتماع الجريمة، دار الكتب والوثائق القومية، ط1. 2013، ص: 120.

الدراسة عن طريق مقياس الوحدة النفسية المعد من طرف الباحثة، والذي يشمل على أربعة أبعاد، بعد العزلة الاجتماعية، بعد فقدان الحب والحاجة إليه، بعد عدم القبول الاجتماعي، وبعد المعاناة النفسية.

4 ـ 2 ـ اكتئاب ما بعد الولادة: هو نوع من الاكتئاب الكبير الذي يصيب الأم في ثلاثة أو أربعة أسابيع الأولى بعد الولادة، ويؤدي إلى اضطرابات انفعالية ومعرفية وسلوكية، وقد تم قياسه في هذه الدراسة عن طريق مقياس بيك وقابل (2000)، ويحتوي على سبعة أبعاد، بعد اضطرابات النوم والأكل، بعد القلق وعدم الأمن، بعد التقلبات الانفعالية، بعد الارتباكات العقلية، بعد فقدان الذات، بعد الذنب والعار، بعد الأفكار الانتحارية، والمكيف في البيئة الجزائرية من طرف الباحثة.

5 ـ أهداف الدراسة:

تكمن الأهداف الرئيسية لهذه الدراسة في:

ـ التعرف على العلاقة بين الوحدة النفسية واكتئاب ما بعد الولادة التي تدفع المرأة إلى القيام بالسلوك الإجرامي.

ـ التعرف على بعض الأسباب الكامنة التي تؤدي بالمرأة إلى الشعور بالوحدة النفسية، الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة، والميل للسلوك الإجرامي

6 ـ أهمية الدراسة:

تعتبر الوحدة النفسية من المشكلات التي يعاني منها الإنسان في عصرنا الحالي، وهي في تفشي مستمر نتيجة للتغيرات المستمرة التي تطرأ على كافة نواحي الحياة، وكل الأفراد معرضون للشعور بالوحدة النفسية من بينهم المرأة الحامل، ومن المعلوم أن المرأة الحامل تحاول أن تعوض وحدتها من خلال التحدث مع جنينها عن طريق ملامسة بطنها، ولكن بعد الولادة نلاحظ أن سلوكات المرأة تغيرت وقدرتها على مواجهة الصعاب قلت، وهذا ما يؤدي بها إلى الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة الذي يولد لديها أفكار خطيرة

لإيذاء نفسها أو إيذاء طفلها، بعد الاطلاع على الدراسات المحلية لم نجد دراسات وأبحاث علمية محلية تطرقت لموضوع الوحدة النفسية وعلاقتها باكتئاب ما بعد الولادة والميل إلى السلوك الإجرامي، ولهذا حاولنا من خلال هذه الدراسة تسليط الضوء على العلاقة بين الوحدة النفسية واكتئاب ما بعد الولادة، والكشف عن العلاقة بين الوحدة النفسية والميل إلى السلوك الإجرامي لأن من المتعارف عليه أن المرأة التي تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة تلجأ إلى محاولة الانتحار أو التخطيط لقتل الطفل حديث الولادة، لأن هذا التصرفات ناتجة عن عدم القدرة على السيطرة على سلوكاتها وانفعالاتها بهدف التخفيف من المعاناة النفسية التي تشعر بها والتخلص من الشعور بالذنب والعار نحو عدم كفاءتها كأم ومن لوم محيطها الأسري، كما تساهم هذه الدراسة في محاولة الخروج بنتائج علمية وعملية يمكن الاستفادة منها في التخفيف من الشعور بالوحدة النفسية لدى المرأة التي تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة، وتقيها من محاولة إيذاء نفسها أو إيذاء طفلها.

7 ـ أسباب اختيار الموضوع:

كل موضوع تقف وراءه عدة أسباب التي تعتبر بمثابة الدعائم الاساسية لنقطة انطلاق البحث، ويمكن تلخيصها في ما يلي:

ـ تم اختيار الموضوع انطلاقا من إجراء مقابلة مع أم تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة، ولوحظ أنها تعاني من الشعور بالوحدة النفسية، وتعاني من أفكار دائمة للميل للسلوك الإجرامي.

ـ ظهور عدة مشكلات للأم في فترة ما بعد الولادة، سواء على المستوى السلوكي، المعرفي، الانفعالي.

ـ اهتمام بعض الدراسات السابقة الأجنبية بالبحث عن أسباب الاضطرابات المزاجية للأم في فترة ما بعد الولاد.

ـ ندرة الدراسات العربية على حسب إطلاع الباحثة التي تناولت موضوع اكتئاب ما بعد الولادة، بالرغم من أنه من بين الاضطرابات الشائعة في فترة ما بعد الولادة.

- إبراز مدى أثر الشعور بالوحدة النفسية في حدوث الاضطرابات النفسية.

8 - الإطار النظري للدراسة:

اعتمدنا على النظرية المجذرة وعلى طريقة كوليزي (Colaizzi، 1978) في تحليل محتوى المقابلة، وتتمثل خطواتها في ما يلي:

1 - قراءة وإعادة قراءة تسجيلات المقابلة.

2 - استنتاج البيانات المهمة التي تتعلق بالظاهرة.

3 - صياغة المعاني من البيانات الهامة.

4 - تجميع المعاني المصاغة في مواضيع مصنفة وموضوعات.

5 - تطوير وصف شامل للبنية الأساسية للظاهرة أو جوهرها.

6 - تكوين وصف للبنية الأساسية للظاهرة.

7 - التحقق من صدق نتائج الدراسة من خلال التحليل الكلي للتغذية الراجعة المشاركين[1].

تقوم طريقة كوليزي على تسجيل المقابلات التي تتعلق بالموضوع قيد الدراسة، ثم استنتاج أهم البيانات المهمة التي تتعلق بالموضوع وصياغة المعاني المرتبط بها، ثم جمع المعاني في مواضيع مصنفة ووصف البنية الشاملة لها، وفي الأخير تكوين وصف للبنية الأساسية للظاهرة من خلال التحقق من نتائج الدراسة عن طريق التحليل الكلي للتغذية الراجعة للمشاركين.

---

[1] Wirihana , L., Welch , A., Williamson , M., Christensen , M., Bakon , S., & Craft, J. (2018). Using Colaizzi's method of data analysis to explore the experiences of nurse academics teaching on satellite campuses. Nurse Researcher, 25(4), 30–34. 2018, P : 31.

الفصل الثاني

الوحدة النفسية

تمهيد:

تعتبر الوحدة النفسية خبرة نفسية مؤلمة تؤثر على الفرد وعلى علاقاته بأفراد مجتمعه، وهي من بين المشكلات التي يشهدها مجتمعنا الحالي نتيجة للتغيرات السريعة وإلى التقدم العلمي والتكنولوجي في مختلف المجالات، وسنحاول من خلال هذا الفصل التعرف على مفهوم الوحدة النفسية من خلال التطرق لبعض التعريفات لمختلف الباحثين، وتحديد أبعادها وأشكالها، والتعرف على أهم الخصائص التي تتميز بها، وإلى بعض المفاهيم المرتبطة بها، وإلى أهم النظريات التي قامت بتفسيرها، مع التطرق إلى الجوانب العلاجية لها.

1 ـ تعريف الوحدة النفسية:

يمكن تعريف الوحدة النفسية من الناحية اللغوية والاصطلاحية، كالاتي:

1 ـ 1 ـ لغة:

عرفها المعجم الوسيط على أنها تعني منفردُ بنفسه، والذي لا يعرف نسبه ولا أصله، وهي وحدة. (الوحداني): نسبة إلى الوحدة بمعنى الانفراد، بزيادة الألف والنون للمبالغة، والمفارق للجماعة المنفرد بنفسه. الوحيد: المنفرد بنفسه، وهي وحيدة[1].

بينما عرفها معجم لاروس (Larousse، 1968) على أنها تعني وحيد، منفرد، متوحد، من غير جماعة، منعزل[2]، وهي مفاهيم تشير إلى إحساس الفرد بأنه منفصل أو منعزل عن الأخرين، وهي حالة يشعر فيها الفرد بالوحشة، الاغتراب، الاكتئاب[3].

---

[1] المعجم الوسيط: ط4، مكتبة الشروق الدولية. (2004)، ص: 1056.

[2] Larousse : English larousse, Librairie larousse.198 , P : 681.

[3] إبراهيم زكي قشقوش: خبرة الاحساس بالوحدة النفسية. https://qspace.qu.edu.qa/handle/10576/9180 يوم 2020/01/16 الساعة 12:26. (1983)، ص: 189.

يتضح من خلال التعريف اللغوي أن الوحدة النفسية هي إحساس الفرد بالتوحد، الوحدة، الانفراد والانعزال عن الجماعة التي ينتمي إليها.

1 . 2 ـ اصطلاحا:

يمكن تعريف الوحدة النفسية من خلال ما يلي:

1 ـ 1 ـ تعريف الوحدة النفسية على أنها خبرة ذاتية:

عرف أن إليسون (Ellison، 1978) عرف الوحدة النفسية بأنها خبرة نفسية ذاتية، تشمل العناصر المعرفية والعاطفية والسلوكية والتحفيزية، التي تتميز عموما بحالة عاطفية سلبية، فالعلاقات الاجتماعية السلبية يمكن أن تسبب عدم الراحة النفسية[1].

وقد عرفها أشار وباكيت (2003) بأنها الادراك المعرفي للشخص عن وجود ضعف في العلاقات الاجتماعية والشخصية مما يؤدي إلى الشعور بالتعاسة والفراغ والشوق[2].

بينما عرفها محمد عرفات جخرات وفضيلة نقايس (2016) بأنها إحساس الفرد بوجود فجوة نفسية تباعد بينه وبين أشخاص وموضوعات مجاله النفسي إلى درجة يشعر فيها بافتقاد التقبل والود والحب من جانب الآخرين، بحيث يترتب على ذلك حرمان الفرد من أهلية الانخراط في علاقات مثمرة ومشبعة مع أشخاص وموضوعات الوسط الذي يعيش فيه ويمارس دوره من خلاله[3].

---

[1] Anda le Roux : The christian faith as predictor of loneliness, Scriptura 79, pp. 320 - 335, Free state university. (2002). P :321.

[2] Ami sha'ked. Ami rokach : Addressing loneliness coping, prevention and clinical interventions, published by routledge, taylor & francis group, New york, London. (2015). P :70.

[3] محمد عرفات جخرات. فضيلة نقايس: العوامل المعرفية السلوكية المخففة من حدة الوحدة النفسية لدى الطالبات المقيمات، دراسة تجريبية على الطالبات المقيمات بالإقامة الجامعية بورقلة، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الشهيد حمى لخضر الوادي، العدد 20، ص. ص 122 ـ 133. (2016). ص:126.

يتضح مما سبق أن الباحثين اتفقوا في تعريف الوحدة النفسية على أنها خبرة ذاتية ناتجة عن مشاعر وأفكار الفرد عند وجود فجوة تباعد بينه وبين المجتمع الذي ينتمي إليه، وهذا ما يؤدي إلى ظهور مشاعر سلبية مثل الحزن، الاكتئاب، الشعور بالتعاسة، الفراغ، الشوق، وذلك ناتج عن نقص الحنان والاهتمام والتعاطف من قبل الأفراد المهمين.

1 ـ 2 ـ تعريف الوحدة النفسية على أنها نقص في كمية أو نوعية العلاقات:

عرف أليس موير (Alice muir) الوحدة النفسية بأنها استجابة عاطفية للإحساس بالنقص بين كمية الاتصال الشخصي وما يريده الفرد وما يحصل عليه من علاقات[1].

بينما عرفها امي روكاش (Ami rokach) بأنها النقص العام في الرضا عن العلاقات الشخصية والاجتماعية والجماعية[2].

يتضح مما سبق أن الباحثان اتفقا في تعريف الوحدة النفسية على أنها نقص في كمية أو نوعية العلاقات، ويقصد بالكم عدد الأفراد الذي يرغب الفرد في تكوين العلاقات معهم، أما الجانب النوعي يقصد به تنوع العلاقات الاجتماعية، وهذا ما يؤثر على الفرد من خلال انعدام الروابط الاجتماعية، الشعور بالهامشية، وبأنه مهمل وغير مرغوب فيه، فينعزل عن المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه ويبقى وحيدا.

---

[1] Alice nuir : Overcoming loneliness, british library cataloguing in publication data, first published, great britian. (2012). W.P.

[2] Ami rokach : The correlates of loneliness, published by bentham science published, first published, sharjah. U. A. E. (2016). P :8.

1 ـ 3 ـ تعريف الوحدة النفسية على أنها خبرة نفسية غير سارة:

عرفها الطبيب والمحلل النفسي هاري ستاك سوليفيان (Harry stack sullivan، 1983) بأنها تجربة غير سارة تحدث عندما تكون شبكة العلاقات الاجتماعية للشخص ناقصة من الناحية الكمية أو النوعية[1].

أما مكيلا (Michela) واخرون فعرفتها على أنها تجربة غير سارة للأفراد ناجمة عن إدراك أن هناك فجوة في العلاقات الاجتماعية الفعلية والمتوقعة[2].

بينما عرفها هاني الجزار على أنها خبرة غير سارة ترتبط بالحاجة إلى الألفة الانسانية المتبادلة، فهي مؤشر يعكس مدى تحقيق الفرد للحاجة للرفقة مع الجنس البشري أو الحاجة الى التفاعلات الاجتماعية، فإذا كانت علاقات الفرد الحالية لا تشبع حاجاته أو توافق توقعاته فإنه يختبر الشعور بالوحد النفسية، وهي حالة انفعالية تتضمن مشاعر حادة تكونت عبر الوعي الذاتي بتحطم الشبكة الأساسية لعلاقة الواقع بعالم الذات، وهي تشير إلى الحرمان في العلاقات الاجتماعية[3].

يتضح مما سبق أن الباحثين اتفقوا في تعريف الوحدة النفسية على أنها خبرة نفسية غير سارة ومؤلمة تتضمن الشعور بالحرمان، التعاسة، الفراغ في العلاقات العاطفية والاجتماعية وهذا ما يؤدي بالفرد إلى الحاجة للألفة الدائمة.

وقد قام تيموثي إيفانز (Timoty j. evans) بوضع تعريف يجمع بين النقاط الأساسية السالفة الذكر للباحثين، كما هو موضح فيما يلي:

---

[1] E. Galanaki. (2014), p :6.

[2] Fei He. Qin Zhou. Jing Li. Rong Cao. Hao Guan : Effect of social support on depression of internet addicts and the mediating role of loneliness, International Journal of Mental Health Systems, 1- 5. (2014). p :1.

[3] هاني الجزار: أسباب الشعور بالوحدة النفسية لدى الشباب، دار هلا للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الجيزة. (2011). ص: 68 –69.

1 ـ الوحدة النفسية هي نتيجة نقص العلاقات الاجتماعية.

2 ـ هي تجربة ذاتية لا ترتبط بالعزلة الاجتماعية الموضوعية.

3 ـ إنها غير سارة ومزعجة[1].

يمكن تعريف الوحدة النفسية بأنها خبرة ذاتية غير سارة يستشعرها الفرد عند وجود نقص أو قصور في علاقاته الاجتماعية، وهي ناتجة عن التناقض المعرفي بين ما يرغب به الفرد من علاقات اجتماعية وما يحصل عليه من علاقات، وهذا ما يؤدي إلى شعوره بالحزن، والضيق، والكرب، والاكتئاب، مما يؤدي إلى انسحابه من العلاقات الاجتماعية وبقائه وحيدا.

2 ـ أبعاد ومكونات الشعور بالوحدة النفسية:

تباينت آراء الباحثين واختلفت حول أبعاد ومكونات وعناصر الشعور بالوحدة النفسية وفيما يلي عرض لبعض آراء هؤلاء الباحثين:

يرى حسين البلاح أن الشعور بالوحدة النفسية يتميز بثلاثة أبعاد أساسية تتمثل فيما يلي:

1 ـ فقدان الحب والحاجة إليه: تعكس شعور الفرد بعدم السعادة والقلق في تفاعلاته مع الأخرين والتي تتميز بالسطحية وتفتقر إلى العلاقة الحميمية مع التعبير عن حاجته للتعاطف وحب الاخرين له، وذلك بسبب النقص في المهارات الشخصية والاثارة المرتبطة بالمشاركة في النشاط الاجتماعي.

2 ـ عدم القبول الاجتماعي: يتمثل في شعور الفرد بعدم استمتاعه بتواجده مع الاخرين وشعوره بعدم الارتياح في أي موقف يتضمن علاقات مع الاخرين لعدم تقبلهم له، وكذا الخوف من العلاقات مع الاخرين.

---

[1] Timothy J. Evans (2008). Sober and alone: a phenomenological exploration of the loneliness experienced by recovering alcoholics, Requirements for the degree doctor of philosophy, Liberty university, Lynchburg, Virginia. 2010, P : 5.

3 ـ العزلة الاجتماعية: وهي تعكس شعور الفرد بالانسحاب والعزلة من العلاقات، والهروب وعدم القابلية للمشاركة والتفاعل مع الأخرين[1].

يتضح أن الباحث قد صنف الوحدة النفسية إلى ثلاثة أبعاد، حيث تمثل البعد الأول في فقدان الحب والحاجة إليه ويقصد به الافتقاد إلى العلاقات الحميمية، نقص الحنان، الدفء والاهتمام من قبل الأفراد المهمين لدى الفرد، بينما البعد الثاني فتمثل في عدم القبول الاجتماعي حيث يشعر الفرد بانه منبوذ وغير مرغوب فيه مما يؤدي به إلى عدم الشعور بالارتياح في وسط الجماعة التي ينتمي إليها، في حين تمثل البعد الثالث في العزلة الاجتماعية ويقصد بها انسحاب الفرد من علاقاته الاجتماعية وعدم الرغبة في التواجد مع الأخرين.

بينما قسم روكاش (Rokach) عناصر الشعور بالوحدة النفسية كما يلي:

1 ـ اغتراب الذات: وهو شعور الفرد بالفراغ الداخلي، الانفصال عن الأخرين، اغتراب الفرد عن نفسه وهويته، والحط من قيمة الذات.

2 ـ العزلة البينشخصية: ويتمثل ذلك في كون الفرد وحيد انفعاليا، وجغرافيا، واجتماعيا وشعور الفرد بعدم الانتماء، ونقص في العلاقات ذات المعنى لديه، وغياب المودة، وإدراك الفرد للاغتراب الاجتماعي، والشعور بالإهمال والهجر.

3 ـ ألم وصراع عنيف: ويتمثل في الهياج الداخلي والثوران الانفعالي للفرد وسرعة الحساسية، الغضب، فقدان القدرة على الدفاع، الارتباك، الاضطراب، واللامبالاة، الذي يستهدف الافراد الذين يشعرون بالوحدة النفسية.

---

[1] خالد عوض حسين البلاج: الاضطرابات النفسية لدى ذوي الإعاقة السمعية (في ضوء التواصل)، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية. (2009). ص: 220.

4 ـ ردود الأفعال الضاغطة: وتكون ناتجة عن الألم والمعاناة من الخبرة المعاشة للشعور بالوحدة النفسية والمتضمنة للاضطراب، والالم الذي يعيشه الافراد الذين يشعرون بالوحدة النفسية[1].

يتضح أن روكاش قسم الوحدة النفسية إلى أربعة أبعاد، حيث تمثل البعد الأول في اغتراب الذات ويقصد به انفصال الفرد عن ذاته وعن الأخرين وشعوره بأنه وحيد وافتقاده للمودة والمحبة من طرف الأفراد المهمين، وتمثل البعد الثاني في العزلة البينشخصية ويقصد بها شعور الفرد بأنه وحيد نتيجة لنقص علاقاته الاجتماعية مما يؤدي إلى شعوره بالإهمال والهجر، بينما البعد الثالث فتمثل في ألم وصراع عنيف ويقصد بها المعاناة النفسية التي يعيشها الفرد الوحيد، وفي الأخير تمثل البعد الرابع في ردود الأفعال الضاغطة ويقصد بها انعكاسات الوحدة النفسية على الجانب النفسي والجسدي.

بينما ويس (weiss، 1987) قد صنفها في ثلاثة أبعاد أساسية وهي:

1 ـ العاطفة: تشير إلى حاجة الفرد الدائمة إلى الصداقة العاطفية الحميمية من الأشخاص المقربين، وإلى التأييد الاجتماعي، ويتولد هذا الشعور نتيجة افتقاده هذه المشاعر.

2 ـ فقدان الامل: يعني شعور الفرد بالقلق المرتفع والضغط النفسي عند التوقع لحاجات لا تتحقق مما يولد الشعور بالوحدة النفسية.

3 ـ المظاهر الاجتماعية: وهي أن شعور الفرد بالوحدة النفسية يوقفه حائلا امام تكوين صداقات مع الاخرين، مما يولد الشعور بالاكتئاب[2].

---

[1] حدواس منال: الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي ومستوى تقدير الذات لدى المراهق الجانح، مذكرة لنيل شهادة الماجيستر في علم النفس الاجتماعي، جامعة مولودي معمري، تيزي وزو، الجزائر. (2012). ص: 38 ـ 39.

[2] رياض العاسمي: الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالاكتئاب والعزلة والمساندة الاجتماعية دراسة تشخيصية على عينة من طلبة جامعة دمشق، مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، المجلد السابع، العدد 2. جامعة دمشق، سورية. ص: 208 ـ 251. (2009). ص:215.

يتضح أن ويس (1987) قسم الوحدة النفسية إلى ثلاثة أبعاد، حيث تمثل البعد الأول في العاطفة ويقصد بها افتقاد الفرد إلى العلاقات العافية الحميمية، أما البعد الثاني فمثل في فقدان الأمل وينتج نتيجة للتناقض بين ما يرغب فيه الفرد وما يحصل عليه من علاقات مما يؤدي إلى شعوره بالوحدة والقلق، أما البعد الثالث فتمثل في المظاهر الاجتماعية ويقصد به عجز الفرد على تكوين علاقات اجتماعية.

في حين أشار ألان كوزال (Alen kosal، 2008) إلى أربعة مكونات أساسية للوحدة النفسية وتتمثل في كثرة أنواع العلاقات المفقودة، العقلنة والدفاع لمشاعر الحرمان، المنظور الزمني، تصور قدرات الفرد لتغيير الوضع، ويمكن العثور على التصنيف الأكثر معقولية في بحث شيبور (Chipuer، 2004) حيث حلل معنى كونه وحيدا في الطفولة، وصنف مكونات الوحدة إلى ثلاثة أقسام:

1 ـ العجز في العلاقات الاجتماعية: مثل الحاجة إلى شخص ما، عدم وجود أي شخص من أجلك، عدم وجود شخص تتكلم معه أو رفضه من قبل أقرانه أو تركه، عدم وجود شخص يلعب معه لكونه وحيدا أو عدم وجود أصدقاء.

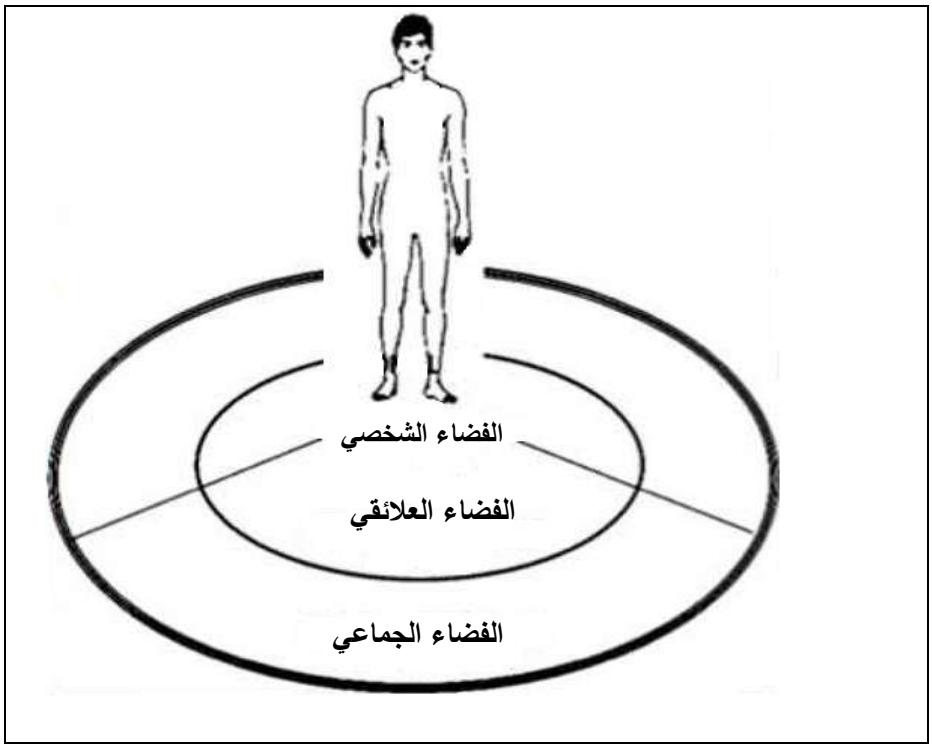
2 ـ العواطف المحزنة: الشعور بالسذاجة، الفراغ، الضيق، وليس على حق، خيبة الامل، الاكتئاب، الارتباك، الحزن، الملل.

3 ـ مراجعة الذات: الغيرة من الاخرين، ليست لديك الشجاعة للتحدث عن وضعيتك، لديه عالم خاص به، الحاجة لتكوين صداقات كثيرة، عدم وجود شيء للقيام به أو الاستمتاع به، الشعور بالاختلاف[1].

[1] Mehrdad Shahidi : Loneliness as predictor of mental health components, The requirement for the degree of Master of Arts (Child and Youth Study), Mount Saint Vincent University. (2013).p : 21 -22.

يتضح أن ألان كوزال قسم أبعاد الوحدة النفسية إلى أربعة أبعاد حيث تمثل البعد الأول في كثرة أنواع العلاقات المفقودة، وتعني نقص أو عجز في العلاقات الاجتماعية. وتمثل البعد الثاني في الدفاع لمشاعر الحرمان حيث يسعى الفرد هنا جاهدا للتخلص من مشاعر الحرمان عن طريق بذل مجهودات للمحافظة على العلاقات والتمسك بها، أما البعد الثالث فتمثل في المنظور الزمني ويقصد به المدة التي يستغرق فيها شعور الفرد بأنه وحيد، لأن هناك عدة أنواع للوحدة النفسية فمنها ما تكون عابرة ومنها ما تكون مزمنة والتي تدوم إذا لم يقم الفرد بالتخلص منها. أما البعد الرابع فتمثل في تصور قدرات الفرد لتغيير الوضع ويقصد بها تقييم الفرد لقدراته للتخلص من مشاعر الوحدة النفسية. بينما قام الباحث شيبور بتقسيمها إلى ثلاثة أبعاد حيث تمثل البعد الأول في العجز في العلاقات الاجتماعية ويقصد بها عجز الفرد في تكوين علاقات اجتماعية، أما البعد الثاني فتمثل في العواطف المحزنة ويقصد بها المشاعر والانفعالات السلبية التي يشعر بها الفرد، أما البعد الثالث فتمثل في مراجعة الذات وتعني البحث عن الأسباب التي ولدت لديه الشعور بالوحدة النفسية.

أما ستفاني كاكيوبو وأخرون (Stephanie cacioppo) فترى أن الوحدة النفسية هي بناء معقد يتكون من ثلاثة جوانب وأبعاد ذات صلة: الوحدة الحميمية، الوحدة العلائقية، الوحدة الجماعية، هذه الابعاد تتطابق مع الأبعاد الثلاثية المحيطة بمساحة المرء، الفضاء الحميم (أقرب مساحة تحيط بشخص ما)، الفضاء الاجتماعي الذي يشعر الناس فيه بالراحة من خلال التفاعل مع العائلة والمعارف، والفضاء العام (مساحة مجهولة أكثر). وفق الشكل التالي:



شكل رقم (1): الأبعاد الثلاثة للوحدة النفسية وفق التقسيمات المختلفة للفضاء

ويبدو أن هذه الانواع الثلاثة للوحدة تشترك في الاتصال مع بنية الشبكات الاجتماعية للشخصية البشرية التي حددها دنبار(2014) وهي كالتالي:

1 ـ الوحدة الحميمية: تشير إلى غياب شخص مهم (على سبيل المثال الزوج) أي شخص يمكن الاعتماد عليه للحصول على الدعم العاطفي أثناء الازمات، والمساعدة المتبادلة تؤكد قيمة الفرد كشخص، وكثيرا ما يكون لهذا الشكل من الارتباط الحميم تداخل كبير جدا مثلا لوحظ بين الأصدقاء المقربين، مثلا الزوج والزوجة والأصدقاء المفضلين، وهذا يتطابق هذا البعد مع ما وصفه دنبار (Dunbar، 2014) بأنه النواة الداخلية، والذي يشمل ما يصل إليه اتحاد (5) أشخاص، وتضم الأشخاص الذين نعتمد عليهم في الدعم العاطفي خلال الأزمات.

2 ـ الوحدة العلائقية: تشير إلى وجود أو عدم وجود صداقات أو روابط علائقية جيدة، أي روابط التعاطف الاجتماعي ضمن الفضاء العلائقي، ووفقا لدنبار فإن التعاطف الجماعي يمكن أن يشمل ما بين

(15 و50) شخصا ويضم الأصدقاء الاجتماعيين الأساسيين الذين نراهم بشكل منتظم، ومنهم يمكننا الحصول على دعم اجتماعي مرتفع من خلال الوسائل الفضائية المتعددة (البصرية، السمعية، اللمسية) التي تسمح بالاتصال والتفاعل وجها لوجه.

3 ـ الوحدة الجماعية: تشير الوحدة الجماعية إلى الهوية الاجتماعية للشخص أو الشبكة النشطة (على سبيل المثال الجماعة، المدرسة، الفريق، أو الهوية الوطنية)، ويشير ظهور البعد الجماعي للوحدة إلى أننا قد نكون طورنا القدرة على التحاور والدافع إلى تكوين علاقات ليس فقط مع أفراد أخرين ولكن أيضا مع مجموعات، مما يؤدي إلى تعزيز الهوية الاجتماعية والتعاون في الظروف الطارئة، وقد يؤدي التعرف على هذه المجموعات واستثمارها إلى زيادة احتمال استمرارية المجموعة وأعضائها وإرثهم الفردي[1].

يتضح أن الباحث دنبار (2014) قسم الوحدة النفسية إلى ثلاثة أبعاد حيث تمثل البعد الأول في الوحدة الحميمية يشير إلى غياب الدعم العاطفي من الأشخاص المقربين وقت الشدة، أما البعد الثاني فتمثل في الوحدة العلائقية ويقصد به انعدام الروابط العلائقية لدى الفرد، أما البعد الثالث فتمثل في الوحدة الجماعية وهي تشير إلى الهوية الاجتماعية للشخص داخل الجماعة التي ينتمي إليها، وهذا ما يؤدي إلى تعزيز الروابط والحفاظ على علاقاته واستمرارها.

يتضح مما سبق أن تصنيفات الوحدة النفسية لمختلف الباحثين تختلف بعض أبعادها في التسمية، وتتشابه ضمنيا حيث أن معظمهم اتفق على أنها تحتوي على فقدان الحب من المحيط الاجتماعي والحاجة إليه من خلال نقص العلاقات الحميمية بين الأفراد، وتحتوي على عنصر العزلة الاجتماعية الذي يعتبر مؤشر مهم في الوحدة النفسية، وكذلك عنصر المعاناة النفسية الذي يتضمن الألآم النفسية الناتجة عن فقدان العلاقات الاجتماعية، بينما نلاحظ أن حسين البلاح اختلف تصنيفه عن

---

[1] Stephanie Cacioppo. Angela J. Grippo. Sarah London. Luc Goossens. John T. Cacioppo : Loneliness: Clinical Import and Interventions, Perspect Psychol Sci, 10(2): 238 - 249. (2016). P : 3 – 5.

تصنيفات الباحثين في بعد أو عنصر عدم القبول الاجتماعي الذي يعكس رفض المحيط الاجتماعي في تكوين علاقات مع الفرد. ويتضح من التقسيم الإجمالي لمختلف العلماء والباحثين حول الوحدة النفسية أن معظمهم رأى بأنها ظاهرة نفسية تمس الفرد ولها انعكاسات على:

1 ـ الجانب العاطفي: حيث يعاني الفرد من نقص الحنان والتعاطف والاهتمام من قبل الأفراد المهمين في مجتمعه.

2 ـ الجاب الاجتماعي: حيث يعاني الفرد من نقص الروابط والعلاقات الاجتماعية أو انعدامها.

3 ـ الجانب النفسي: حيث يعاني الفرد هنا من ألام نفسية حادة.

3 ـ أشكال الوحدة النفسية:

تختلف أشكال الوحدة النفسية حسب تقييم الفرد لعلاقاته الاجتماعية، وسنحاول تقديم أشكال الوحدة النفسية حسب بعض الباحثين وهي كالتالي:

قسم يونغ (1982) الشعور بالوحدة النفسية إلى ثلاثة أنواع تتمثل في:

1 ـ الوحدة المؤقتة أو اليومية: تتضمن مزاج موجز أو عرضي للوحدة النفسية، هذه التجارب لم تكن موضع قلق كبير للباحثين أو الأطباء.

2 ـ الوحدة الظرفية أو الانتقالية: تتضمن الأشخاص الذين لديهم علاقات مرضية حتى حدوث تغيير معين، مثل الطلاق أو الموت أو الانتقال إلى مدينة جديدة. يمكن أن تكون الوحدة الظرفية تجربة مؤلمة للغاية.

3 ـ الوحدة المزمنة: تحدث عندما يفتقد الشخص إلى علاقات اجتماعية مرضية لمدة سنتين أو أكثر، عندما تستمر الوحدة الظرفية لفترات طويلة يمكن أن تصبح مزمنة، وينبغي التدخل وتوجيه أكبر قدر من

الاهتمام لمنع الشعور بالوحدة الظرفية من أن تصبح تجربة قاسية ومزمنة[1]. ويشير كاسيوبو وباتريك (Patrick .Cacioppo، 2008) إلى وجود خمسة عوامل تؤثر من خلالها الوحدة النفسية المزمنة على الصحة وهي:

1 ـ من خلال زيادة العادات المدمرة للذات (مثل زيادة تناول الطعام، وزيادة استهلاك الكحول، والتدخين).

2 ـ من خلال التعرض للضغط النفسي الزائد.

3 ـ كلما كان الناس أكثر عرضة للانسحاب، وعدم البحث عن الدعم العاطفي.

4 ـ تؤثر على نظام المناعة والأوعية الدموية القلبية.

5 ـ تؤدي إلى صعوبة النوم، والتي لها أثار سلبية على الأنظمة الأيضية، والعصبية، والهرمونية[2].

يتضح أن الباحث ميز بين ثلاثة أشكال للوحدة النفسية، حيث تمثل الشكل الأول في الوحدة النفسية العابرة والتي يستشعرها الفرد عندما لا يجد أحدا يتكلم معه، في حين يقصد بالوحدة النفسية التحويلية إلى التغيرات التي تحدث في علاقات الفرد الاجتماعية، أما الوحدة النفسية المزمنة فتدل على عدم الإشباع والرضا للعلاقات الاجتماعية ويستمر هذا الشعور لمدة طويلة وله انعكاسات سلبية على الجانب الصحي للفرد.

أما ليونارد (Leonard, 1979) وكاليوبوسكا (kalliopuska, 1986) فقد صنفا الوحدة النفسية إلى:

1 ـ الوحدة النفسية العميقة: التي تأتي مع الاكتئاب.

2 ـ الشعور بالوحدة الاجتماعية: التي تتشكل عن طريق احساس النفس بالابتعاد عن المجتمع.

---

[1] Daniel Perlman.Letitia Anne Peplau .(1984). P :17.

[2] Katy Hole : Loneliness compendium: Examples from research and practice, published by Joseph Rowntree Foundation, First published. (2011). P :6.

3 ـ الشعور بالوحدة الحسية: التي تتشكل عندما لا يستطيع الشخص أن يستجيب لتوقعاته العقلية حتى ولو كان في ظروف بدنية وبيئية جيدة.

4 ـ الوحدة الخفية: التي تبدو فيها السلوكات طبيعية[1].

يتضح أن الباحثان قد قسما الوحدة النفسية إلى أربعة أشكال حيث تمثل الشكل الأول في الوحدة النفسية العميقة وهي الألآم التي يشعر بها الفرد لبقائه وحيدا مما يؤدي إلى الشعور بالاكتئاب، أما الشكل الثاني فتمثل في الوحدة النفسية الاجتماعية والتي تنتج من شعور الفرد بأنه مستبعد من العلاقات الاجتماعية وعدم قدرته على الانخراط في علاقات مشبعة، بينما الشكل الثالث فتمثل في الشعور بالوحدة الحسية أي الوحدة المدركة وتعني التنافر بين ما يحصل علية الفرد من علاقات وما يرغب فيه من علاقات، في حين تمثل الشكل الرابع في الوحدة الخفية حيث أن مظاهرها لا تبدوا ظاهرة للعيان وتبدوا السلوكات فيها طبيعية.

بينما ترى مالكا مرغليت (Malka margalit) أن هناك أربعة أنوع للوحدة النفسية وهي كالتالي:

1 ـ الوحدة العاطفية: تشير إلى الضيق الذي يعبر عن نقص (أو فقدان) الاشخاص المقربين (أفضل الأصدقاء أو الأحباء).

2 ـ الشعور بالوحدة الاجتماعية: يشير الشعور بالوحدة الاجتماعية إلى المعاناة الناجمة عن عدم وجود أو فقدان الروابط المرضية للانتماء إلى الفئات الاجتماعية المرغوبة مثل شبكة الأصدقاء والزملاء وغيرهم. وقد تم دراسة الوحدة النفسية من خلال مفهوم ضعف العلاقات والوضع الاجتماعي (فقدان معين، الرفض) والمهارات الاجتماعية. ويسعى الفرد الوحيد من الناحية الاجتماعية إلى المشاركة في النشاطات داخل الشبكات الاجتماعية متمنيا منهم قبولهم كعضو، يحدث هذا النوع من الشعور بالوحدة

---

[1] Hüseyin IZGAR : An Investigation of Depression and Loneliness among School Principals, Selçuk University, Ahmet Keleşoğlu Education Faculty, Department of Educational Sciences: theory & practice , Konya, Turkey.(2009), p :247.

النفسية عن عدم وجود طمأنة للقيمة الشخصية ويرتبط بمفهوم الهوية الذاتية في الجماعة، الجماعة قد تتجاهله أو حتى ترفض تقديم الاشباع المرضي الموجود بواسطة التبادل الاجتماعي، وقد تؤدي المشاركة في الانشطة الاجتماعية وتعزيز مشاعر الانتماء من خلال الاهتمامات المشتركة، أو المصالح، أو العمل، أو الأنشطة الأخرى إلى التخفيف من الشعور بالوحدة الاجتماعية وتعزيز طمأنينة الفرد وقيمته.

3 ـ الوحدة الوجودية: هي تصور ذاتي للعزلة الاجتماعية وهي شرط أساسي للحياة، تتعلق بمشاعر انعدام المعنى الشخصي والعجز، العزلة، الوحدة، وفقدان الحرية، وبما أن جميع البشر يولدون في عالم يستحيل فيه التواصل التام مع الأخرين حيث يظهر الشعور الأساسي للوحدة، وتؤدي الأحداث المأساوية القوية، مثل وفاة شخص قريب أو الانفصال إلى الشعور بالوحدة الوجودية، وبالإضافة إلى ذلك فإن التغيرات التي لا يمكن تجنبها في الحياة مثل التغيرات المهنية، والأمراض التي تهدد الحياة، وقد تولد أيضا الكوارث الطبيعية مشاعر الوحدة الوجودية.

4 ـ الوحدة المتصورة: يحدث الشعور بالوحدة المتصورة عندما تكون معارف الاخرين في صراع مع المعارف الذاتية لا يمكن أبدا أن يفهمها الاخرون في مجملها لأنه لا يمكن أن يوجهها أي شخص أخر، هذا النوع من الشعور بالوحدة يشبه الوحدة الوجودية، بسبب فقدان التجربة الايجابية، وعلى عكس الوحدة الوجودية فإنها تستثار من خلال وجود الأخرين حيث يظهر الرغبة الكبيرة في أن يفهم من طرف الأخرين، والوعي بخيبة الامل المؤلمة بغض النظر عن التقارب "الأشخاص لن يفهموك حقا" وظهور المسافات الشخصية[1].

يتضح أن الباحثة قد قسمت الوحدة النفسية إلى أربعة أشكال حيث تمثل الشكل الأول في الوحدة النفسية العاطفية وتعني نقص العلاقات الحميمة والوثيقة بالأشخاص المقربين، أما الوحدة النفسية الاجتماعية فتعني الافتقار إلى الروابط الاجتماعية المرضية، بينما الوحدة النفسية الوجودية فهي ناتجة

[1] Malka Margalit : Lonely Children and Adolescents Self-Perceptions, Social Exclusion, and Hope, Library of Congress, New York, London. (2010). P :6-8.

عن التغيرات الاجتماعية التي تحدث للفرد فتسبب له الشعور بالوحدة النفسية مثل الانفصال أو الموت، في حين يقصد بالوحدة النفسية المتصورة بالتناقض والصراع بين المعارف الذاتية للفرد وللأخرين.

أما ويس (weiss) فقد ميز بين نوعين من الوحدة النفسية هما:

1 ـ الوحدة الاجتماعية: تشير إلى عدم وجود دور اجتماعي معترف به، وعدم وجود شبكة من العلاقات الاجتماعية، من خلال الشعور بالملل والضعف والاكتئاب، ويسعى الفرد الوحيد من الناحية الاجتماعية إلى المشاركة في أنشطة داخل شبكات أو مجموعات تقبله كعضو. هذا النوع من الشعور بالوحدة كان أفضل توقعه من عدم وجود طمأنة للقيمة الشخصية والهوية في مجموعة[1]. وترتبط الوحدة الاجتماعية بعدم وجود اتصال مع الاصدقاء والجيران والعالم الخارجي، وعدم وجود شبكة اجتماعية[2].

2 ـ الوحدة العاطفية: تشير إلى الافتقار الملحوظ للحميمية، وغياب علاقة عاطفية وثيقة يشعر فيها الفرد بالقبول والامان والرعاية والتفهم.[3]

إن الأشخاص الذين يعانون من الوحدة النفسية الاجتماعية أو العاطفية أوكليهما يتميزون بمجموعة من الأعراض تتمثل في ما يلي:

---

[1] MaIka Margalit : Loneliness among children with special needs theory, research, Coping, and Intervention, Library of Congress Cataloging-in Publication Data, 1st edition, New York. (1994). p :11.

[2] Alice muir. (2012). W.P.

[3] Ken j. Rotenberg. Shelly hymel : Loneliness in childhood and adolexence, Cambridge university press, first published, united states America. (1999). P :11.

جدول رقم (1): الأعراض التي يشعر بها الأفراد الوحيدين.

الوحدة الاجتماعية	الوحدة العاطفية	كليهما
الضجر	اليأس	انعدام السعادة
الاستبعاد	الفراغ	القلق
الاحباط	الالم الداخلي	اللا أمن
نقص تقدير الذات	الكأبة	الاكتئاب
التفاهة	الشوق	العزلة
الخجل	الحنين	الغضب
الشعور بالذنب		التشاؤم
بدون فائدة		الالم العاطفي
الرفض		الحاجة للانتماء
الشوق ليصبح جزء من المجموعة		السلبية
غير مرغوب فيه		الضغط النفسي
		صعوبة الثقة في الأشخاص
		الشعور بالحصر
		بدون هدف[1]

إن تصنيف وايس للوحدة هو ايمانه بان أنواع العلاقات المختلفة تلبي مختلف احتياجات الاشخاص أو تقدم أحكاما اجتماعية مختلفة، وهكذا عندما تفقد علاقة معينة، فإن العجز داخل الشخصية الذي يعاني منه يعتمد على الأحكام الاجتماعية التي كانت توفرها تلك العلاقة، وحدد وايس ستة أحكام اجتماعية هي:

1 ـ التعلق الذي توفره العلاقات التي يعاني فيها الشخص من الشعور بالأمان والامن.

2 ـ الدمج الاجتماعي الذي توفره العلاقات التي يتقاسم فيها الافراد المصالح.

[1] Alice muir. (2012). W.P.

3 ـ فرصة الحصول على رعاية مستمدة من العلاقات التي يشعر فيها الشخص بالمسؤولية عن رفاه الاخر.

4 ـ الطمأنينة التي توفرها العلاقات التي تعترف فيها بمهارات الشخص وأفعاله.

5 ـ تحالف موثوق فيه مستمد من العلاقات التي يعتمد فيها الشخص على المساعدة تحت أي ظرف من الظروف.

6 ـ التوجيهات المقدمة من خلال العلاقات مع أفراد موثوق فيهم يمكنهم تقديم النصائح والمساعدة[1].

يتضح أن وايس قد قسم الوحدة النفسية إلى نوعين، حيث تمثل النوع الأول في الوحدة الاجتماعية ويقصد بها الافتقار إلى العلاقات الاجتماعية وغياب التفاعل والتواصل والشعور بالابتعاد ونقص تقدير الذات، والشعور بالخجل والرفض من قبل الجماعات التي يرغب الفرد في الانضمام إليها، بينما الوحدة النفسية العاطفية فيقصد بها الافتقار إلى العلاقات الحميمية والعاطفية لدى الفرد، مما يؤدي إلى الشعور باليأس والفراغ، والاكتئاب والحزن.

يتضح أن الباحثين قد قدموا أشكال مختلفة لمفهوم الشعور بالوحدة النفسية، واختلفت هذه الأشكال من الناحية الاصطلاحية، ولكنها تحمل نفس الدلالة والمضمون، ويمكن أن نجمع بين تلك الأشكال كما يلي:

1 ـ الوحدة النفسية الأولية

2 ـ الوحدة النفسية الثانوية

3 ـ الوحدة النفسية المزمنة

4 ـ الوحدة النفسية الاجتماعية

---

[1] Dan Russell, Carolyn E. Cutrona, Jayne Rose, and Karen Yurko : Social and Emotional Loneliness: An Examinationof Weiss's Typology of Loneliness, Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 46, No. 6, 1313-1321. (1984). P :1314.

5 ـ الوحدة النفسية العاطفية

ولكن نلتمس من خلال تصنيف ليونارد وكاليوبوسكا (1979 . 1986) ومالكا مرغريت (2010) وجود أبعاد مختلفة لمفهوم الوحدة النفسية، والتي تمثلت في الوحدة الحسية حيث تظهر عندما يكون هناك تناقض على المستوى العقلي أو الإدراكي للفرد أي ما يريد أن يقوم به الفرد وما يصدر عنه من سلوكات حتى ولو كانت كل الظروف المحيطة به من جسدية وبيئية مهيأة للقيام بما يريد، وهذا ما يؤدي به إلى الشعور بالوحدة النفسية، وكذلك الوحدة الخفية والتي تتميز بوجود مؤشرات أو سلوكات دالة عليها وهي تستشعر ذاتيا ولا يعبر الفرد عنها، وكذلك مفهوم الوحدة النفسية المتصورة التي يستشعرها الفرد عندما تكون معارفه الذاتية متناقضة مع معارف الأخرين حيث يستشعر بأنه وحيد، وبأن الأخرين يقفون ضده ولا يؤيدونه في معارفه.

4 ـ خصائص الوحدة النفسية:

تتميز الوحدة النفسية بمجموعة من الخصائص، وفيما يلي عرض بعض الخصائص لبعض الباحثين، وتتمثل فيما يلي:

1 ـ الوحدة النفسية هي ظاهرة إنسانية أساسية للبشر.

2 ـ على الرغم من تشاركنا جميعا في أوقات معينة، الوحدة النفسية في هي جوهرها تجربة ذاتية تتأثر بالمتغيرات الشخصية والظرفية.

3 ـ الوحدة النفسية هي تجربة معقدة ومتعددة الأوجه، دائما ما تكون مؤلمة جدا وذات كرب حاد، وفردية[1].

[1] Ami rokach : Loneliness updated recent research on loneliness and how it affects our lives, published by routledge, first published, London. (2013). P :3.

أما مالكا مرغريت فحددت خصائص الشعور بالوحدة النفسية في النقاط التالية:

1 ـ الشعور بالوحدة هو تجربة عاطفية سلبية مؤلمة، على غرار التجارب العاطفية السلبية، مثل الخوف، والقلق، والاكتئاب، والوحدة النفسية هي تجربة غير سارة ومؤلمة، ووصف الأفراد الوحيدون خبرتهم بالألم الاجتماعي، التعاسة، القلق.

2 ـ الوحدة هي تجربة ذاتية.

3 ـ الشعور بالوحدة النفسية هو مجموعة من المشاعر التي تشمل ردود فعل ناتجة عن عدم تلبية الحاجات الاجتماعية، وقد اعتبر الشعور بالوحدة النفسية استجابة لغياب أو لعدم تحقق الحاجات الفردية الخاصة للعلاقات الاجتماعية المتبادلة، وبدون هذا الجانب يتم وضع الحاجة النمائية غير المنجزة على أنها تشكل السبب في وجود صعوبات علائقية، والحاجة للارتباط بالمجموعة المرغوبة تعتبر حاجة نفسية أساسية.

4 ـ الشعور بالوحدة النفسية هو رد فعل على عدم تحقق الحاجات الحميمية.

5 ـ الوحدة النفسية هي حالة عابرة ومؤقتة للكثير من الأفراد ولا تزال حالة مزمنة بالنسبة للأخرين.

6 ـ الوحدة النفسية تحدث في الأسرة.

7 ـ الوحدة النفسية مختلفة عن العزلة، ولكنها ترتبط بها، وتتسم العزلة بالانفصال عن المطالب المباشرة للأفراد الأخرين. والتثبيط الاجتماعي (الكبح) وزيادة الحرية، والانتقاء، والبقاء بعيدا عن الأنشطة الفكرية أو البدنية، وتوفير الوقت للأحلام، والأنشطة الترفيهية، وفترات مريحة بعد متطلبات يومية، وتجديد النفس، والبقاء وحيدا لا يرتبط بتجارب سلبية، وعلى عكس التأثير السلبي للوحدة النفسية، غالبا ما ينظر إلى العزلة على أنها حالة ممتعة وإيجابية، بل وأحيانا مرغوبة حتى نتمكن من تعزيز تجربة أو توفير فرصة للراحة من الواقع المنهك، ومطالب وضعيات العمل، وغالبا ما يصف الفنانون والكتاب والعلماء العزلة على أنها أكثر إبداعا وإنتاجية.

8 ـ الشعور بالوحدة النفسية مختلف عن الاكتئاب[1].

يتضح أن للوحدة النفسية خصائص معينة تميزها، من بينها أنها ظاهرة إنسانية يشترك فيها جميع أفراد المجتمع أي أنها لا تخص أفراد معينين فجميع الأفراد في مرحلة معينة قد يشعرون بالوحدة النفسية، وكذلك تتميز بأنها تجربة ذاتية يستشعرها الفرد، وتتميز أيضا بأنها خبرة نفسية مؤلمة تتميز بعاطفة سلبية. ونلاحظ أن هذه النقاط تشترك مع ما جاءت به مالكا مرغليت، ولكن تحديدها لخصائص الوحدة النفسية كان مفصل والعنصر الأساسي فيه هو شعور الفرد بالوحدة حتى داخل محيطه الأسري.

5 ـ مراحل الوحدة النفسية:

إقترح روكاش (1998) حسب أمي شاكد وإمي روكاش (2015، ص:70) ست مراحل لتجربة الوحدة النفسية، وتتمثل فيما يلي:

1 ـ الألم والجهد (للمشكلة): حيث يشعر الفرد في هذه المرحلة بالحزن والألم الشديد لفقدانه التفاعل في علاقاته الاجتماعية.

2 ـ الانكار: حيث يتعرض الفرد في هذه المرحلة لعدم تصديق ما حدث له.

3 ـ الانذار والإدراك: وتعني استشعار الفرد بالتهديد الناتج عن فقدانه للعلاقات الاجتماعية.

4 ـ البحث عن الاسباب والشك في النفس: يبحث الفرد في هذه المرحلة عن الأسباب التي أدت إلى شعوره بالوحدة النفسية، فيلوم نفسه ويعتبرها السبب الوحيد فيما حدث له.

5 ـ القبول: تعني هذه المرحلة أن الفرد تقبل وضعية الوحدة النفسية، وهذا ما يدفعه إلى التصدي لها.

6 ـ المواجهة: يتأهب الفرد في هذه المرحلة إلى التصدي للشعور بالوحدة النفسية والقضاء على هذا الإحساس المؤلم[2].

---

[1] Malka margalit. (2010). P :8 −12.

[2] Ami sha'ked. Ami rokach (2015). P :70.

6 ـ بعض المفاهيم المرتبطة بالوحدة النفسية:

6 ـ 1 ـ الوحدة النفسية والاكتئاب:

هناك ثلاثة أسباب توضح العلاقة بين الاكتئاب والوحدة النفسية، وتتمثل في:

1 ـ إن استمرار الوحدة النفسية لفترة طويلة يؤدي للاكتئاب.

2 ـ يمكن للاكتئاب أن يساهم في خفض الأنشطة الاجتماعية، ومن ثم يصبح الفرد وحيدا.

3 ـ قد تؤدي عوامل أخرى مثل تفكك العلاقة الحميمية إلى الوحدة النفسية والاكتئاب[1].

حدد روبيستاين (Rubenstein) وشافر (Shaver) مفهوم متعدد الأبعاد للشعور بالوحدة النفسية من خلال تحديد الخصائص الأربعة للتجربة النوعية للوحدة النفسية، استنتجوا أن الشعور بالوحدة النفسية هي مزيج بين اليأس والاكتئاب، الملل ونفاذ الصبر، نقص تقدير الذات[2]، وقد وجد كل من لوكس (Loucks) و روك (Rook) أن الشعور بالوحدة النفسية يرتبط بكل من الاكتئاب والقلق والتعب والقصور الذاتي والارتباك والذهول والتوتر النفسي[3]، وهذا ما أكده وايس (1973) بأنها مرض مزمن وله علاقة قوية معترف بها مع أعراض الاكتئاب منذ فترة طويلة[4]. وقد وجد شميدت وكورديك (Schmidt & Kurdek، 1985) أن هناك علاقة بين الوحدة النفسية والاكتئاب، حيث يتميز الاكتئاب بأنه ميل عام للنظر إلى الحياة بصورة سلبية، ويتفق كل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب في أن مصاحباتهما تدور حول الحزن والتأثيرات السلبية. فالوحدة النفسية حالة يشعر بها الفرد بشيء ينقصه، والمظهر الأساسي للوحدة هو الوحشة، بينما في الاكتئاب تكون الحالة الوجدانية هي الغضب، وعلى عكس

---

[1] David G. Weeks. John L. Michela. Letitia Anne Peplau. Martin E. Bragg : Relation Between Loneliness and Depression: A Structural Equation Analysis, Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 39, No. 6, 1238-1244. (1980). P :1239.

[2] L. Tornstam : Dimensions of loneliness, Aging, Vol. 2, N. 3, P: 259-260. 1990. 252.

[3] الشبؤون دانيا : الوحدة النفسية وعلاقتها بالاكتئاب عند الأطفال: دراسة ميدانية لدى تلاميذ الصف الرابع من التعليم الأساسي حلقة أولى من مدينة دمشق الرسمية، مجلة دمشق، المجلد (29)، العدد الأول. (2013). ص:.28

[4] John T. Cacioppo. (2010).p :140.

الشخص المكتئب، فإن الشخص الذي يشعر بالوحدة النفسية يصل إلى الناس، ولكنه لا يستطيع أن يتواصل معهم، وبالتالي لا يستطيع استبعاد عنصر الوحشة[1]، وقد افترض ديل وأندرسون (Dill and Anderson، 1999) أن التهديد بفقدان العلاقة الشخصية بين الأشخاص أو فقدانها أو عدم القدرة على إقامة علاقة شخصية مرضية قد يزيد من الشعور بالوحدة النفسية وبالتالي يؤدي إلى أعراض اكتئابية. وقد تسبب الأعراض الاكتئابية للأشخاص في الحد من أنشطتهم الاجتماعية أو تضعف جودة هذه الأنشطة، وبالتالي ترتفع مشاعر الوحدة النفسية للفرد من الممكن أيضا وجود علاقة متبادلة بين الوحدة النفسية والأعراض الاكتئابية[2].

ويرى هوروويتز وفريتش وأندرسون (Horowitz, French, and Anderson، 1982) أن مصطلح الاكتئاب والوحدة النفسية هما مصطلحان متقاربان، ولكهما يختلفان عن بعضهما البعض حيث أن الشخص الذي يعاني من الوحدة النفسية يشعر بالإقصاء من الأنشطة، يعزل نفسه عن الأخرين، يعتقد أن الأخرين لا يحبونه، يشعر بالدونية، يعتقد أنه لا يستطيع تكوين علاقات. هذه المؤشرات تشير إلى أن الفشل بين الأشخاص (وعدم وجود الكفاءة الشخصية) يؤدي إلى الشعور بالوحدة النفسية. بينما الاكتئاب يتميز بالتشاؤم، نقص الطاقة، الشعور بالعجز، عدم الجدوى[3]. وهذا ما أكده روك دو كرمو أمورين نتو (Roque do carmo amorim neto) أن الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب هي بنيات مختلفة، حيث يشير الشعور بالوحدة النفسية على وجه التحديد إلى العلاقات الاجتماعية والمشاعر المتعلقة بتلك العلاقات، فإن الاكتئاب هو اضطراب نفسي والسببية الإمراضية ترتبط بعوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية، التي تتميز بالمزاج المكتئب، وعدم القدرة على الاستمتاع بالأنشطة التي كانت في الماضي القريب مصادر للمتعة، والأرق، وفقدان الطاقة، ووفقا لكاسيوبو وباتريك (Patrick .Cacioppo،

---

[1] دانيا الشبؤون (2013). ص:29

[2] John T. Cacioppo (2010). P :141 – 142.

[3] Craig A. Anderson،Leonard M. Horowitz،Rita deSales French (1983), p :129.

2008) إن الوحدة النفسية تعمل كمخدر مما يدفع الفرد إلى التواصل مع الأخرين من أجل التغلب على الشعور غير المريح، في حين أن الاكتئاب يزيد من اللامبالاة وهذا ما يثبط أي عمل يهدف إلى التغلب على هذه الحالة[1].

يتضح أن هناك علاقة بين الوحدة النفسية والاكتئاب فكلاهما يؤثر سلبا على الفرد، فإذا ما استمر الشعور بالوحدة النفسية لدى الفرد يؤدي به إلى الإصابة بالاكتئاب من خلال تثبيط نشاطاته وتفاعلاته الاجتماعية مع الأفراد الأخرين. ولكنهما مفهومان متمايزان عن بعضهما البعض فالفرد الذي يعاني من الوحدة النفسية يشعر دائما بالوحشة للعلاقات الاجتماعية والعاطفية، وبأنه منبوذ وغير مرغوب فيه، وبالدونية وعدم القدرة على إقامة علاقات مع الأخرين، ويسعى الفرد جاهدا هنا للتغلب على هذا الشعور من خلال السعي نحو التقرب من الأفراد، بينما يتميز الفرد الذي يعاني من الاكتئاب بالشعور بالغضب ووجود اضطراب في المزاج، البلادة، الخمول، ولا يسعى جاهدا إلى الحصول على العلاقات.

6 ـ 2 ـ الوحدة النفسية والخجل:

إن الخجل هو ميل متعلم لتجنب المواقف الاجتماعية، والاخفاق في المواجهات الاجتماعية، والشعور بالقلق وعدم الارتياح خلال التفاعلات مع الاخرين، ونقص ثقة الفرد في أهميته، والخوف من احتمال التعرض للنقد من الاخرين، والبعد عن المبادرة، والصمت عن الحديث[2].

ينظر إلى الخجل على أنه يلعب دور رئيس في نمو الشعور بالوحدة النفسية، يواجه الأشخاص الخجولين صعوبة في إنشاء علاقات شخصية قوية والحفاظ عليها. يتداخل الخوف والقلق الذي يتسم به الخجل مع محاولات التفاعل مع الآخرين، تؤدي هذه الارتباكات والإخفاقات الناتجة عن المحاولات

---

[1] [1] Roque do Carmo Amorim Neto : Teachers' job satisfaction and loneliness in brazil: testing integrative models, Requirements for the degree doctor of education in educational leadership, Published by ProQuest, Published by ProQuest. California. (2013). P : 35 – 36.

[2] طه عبد العظيم حسين: استراتيجيات إدارة الخجل والقلق الاجتماعي، دار الفكر، ط1، عمان. (2009). ص:16.

الضعيفة للشخص الخجول بتجنب اللقاءات الاجتماعية[1]. فالوحدة النفسية من المتغيرات النفسية الوثيقة الصلة بظاهرة الخجل، فهناك خصائص نفسية وسلوكية مشتركة بينهما، يتصدرهما تجنب التفاعل والاحتكاك مع الأخرين، فضلا عن انخفاض السلوك التوكيدي وتقدير الذات، ولا تنحصر هذه الخصائص المشتركة في الجوانب السلوكية ولكنها تتضمن أيضا جوانب معرفية كالحيرة في كيفية التصرف نحو الأخرين، الشعور بالارتباك وضعف القدرة على الاسترخاء، والشعور بعدم الجاذبية والأهمية[2].

وقدم تشيك وبوش (Cheek and Busch، 1981) أدلة على أن الخجل يسبب الشعور بالوحدة النفسية، في دراستهم للطلاب الجامعيين قاموا بتوزيع مقياس الخجل ومقياس الوحدة النفسية في كل من بداية ونهاية فصل الربيع في مقياس مدخل إلى علم النفس، على الرغم من أن درجات الوحدة النفسية انخفضت بالنسبة للأفراد الخجولين وغير الخجولين من البداية حتى نهاية الفصل الدراسي (من المفترض أنهم تعودوا على التغيير في الفصل الدراسي)، المشاركون الخجولون كانوا وحيدين بشكل كبير من غير الخجولين في كلتا الفترتين، تم أخذ النتائج للإشارة إلى أن كل من المواقف الاجتماعية، وخاصة المواقف الجديدة، وخصائص الشخصية، وخاصة الخجل، تساهم في الشعور بالوحدة النفسية التي قد يعاني منها الفرد[3].

هناك علاقة دالة بين الخجل والشعور بالوحدة النفسية. فالشبكات الاجتماعية المحدودة، انخفاض التفاعل الاجتماعي، نقص الدعم الاجتماعي، الروابط الشخصية الضعيفة، انخفاض التقييم الذاتي، وضعف الاتصال هي أعراض نموذجية للخجل، ومما لا شك فيه أن الأشخاص الخجولين من المحتمل أن يشعروا بالوحدة النفسية. كما وجدت دراسة هوان وآخرون (Huan، 2014) أن المستويات

---

[1] jody c. Dill, craig a. Anderson (1999).p :97.

[2] حسين البلاح. 2009، ص:226 ـ 227

[3] jody c. Dill, craig a. Anderson (1999).p :97.

المرتفعة من الخجل ترتبط بمستويات عالية من الشعور بالوحدة النفسية[1]. بينما يرى ميننجر (Menninger) أن الفرد الذي يشعر بالوحدة النفسية يشترك مع الفرد الخجول في أن شخصية كلا منهما تميل إلى الفشل في التكيف الاجتماعي، وعلى الرغم من وجود قدر من التداخل والارتباط بين الشعور بالوحدة النفسية والخجل فكثير من الباحثين ينبه لضرورة التمييز بينهما. فالشعور بالوحدة النفسية هو شعور ضاغط مؤلم لا يستطيع الفرد التخلص منه وقتما يشاء بينما الخجل فهو خجل الفرد وبعده عن الأخرين بمحض إرادته وبسبب ظروف طارئة تمنعه من ممارسة حياته بشكل طبيعي نتيجة الخوف من النبذ او عدم الرضا، فكلما أدرك الشخص أنه قد أخفق في مواقفه الاجتماعية ازداد خجلا وحال بينه وبين التفاعل مع المؤشرات الاجتماعية[2].

يتضح أن الخجل من المفاهيم ذات الصلة الوثيقة بالوحدة النفسية، فهناك خصائص تجمعها منها تجنب المواقف الاجتماعية والتفاعل مع الأخرين وانخفاض تقدير الذات، وعلى الرغم من وجود ارتباط بين المفاهيم إلا أن الخجل يتميز عن الوحدة النفسية، حيث أن الخجل يستشعره الفرد في المواقف الاجتماعية خوفا من النقد أو من الرفض من قبل الجماعة التي ينتمي إليها، ويمكن التحكم فيه والتخلص منه وقت ما يشاء الفرد. بينما الوحدة النفسية هي شعور مؤلم وضاغط ولا يستطيع الفرد التخلص منه بسهولة.

6 ـ 3 ـ الوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية:

إن العزلة الاجتماعية تمثل مظهرا من مظاهر السلوك الانساني له تأثيرات خطيرة على شخصية الفرد وعلاقته بالأخرين حيث تشير إلى عدم قدرته على الانخراط في العلاقات الاجتماعية أو على مواصلة الانخراط فيها، وعلى تقوقعه أو تمركزه حول ذاته حيث تنفصل ذاته في هذه الحالة عن ذوات

---

[1] Chin-Siang Ang, Nee-Nee Chan, Cheng-Syin Lee (2017). P:3.

[2] حسين البلاح. (2009) ، ص: 227

الاخرين، مما يدل على عدم كفاية جاذبية شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد من حيث عدم الارتباط بين أعضائها والاغتراب فيما بينهم مع غياب العلاقات المتكاملة اجتماعيا[1]. فهي خبرة ضاغطة ترتبط بعدم اشباع الحاجة الى الارتباط الوثيق بالأخرين والافتقار إلى التكامل الاجتماعي والذي يكون استجابة للقصور والعجز في التواصل مع الاخرين، وإقامة العلاقات الحميمية معهم حيث تتسم العلاقات الاجتماعية في ظل العزلة الاجتماعية بالسطحية مع الشعور باليأس والنبذ، ويحس الفرد الذي يشعر بالعزلة أنه بعيد عن الاخرين، وأنهم لا يقبلون عليه ولا يشبعون له حاجاته الاجتماعية المختلفة، حيث يفشل في جذبهم نحوه بأي صورة كانت نظرا لوجود ضعف في التواصل وقصور في العلاقات الاجتماعية التي يمكن أن يقيمها الفرد، والعزلة الاجتماعية هي حالة من العزل البيئي والابتعاد عن الاخرين، وقد يكون لدى الفرد وحدة نفسية أو لا يكون. أما الوحدة النفسية فهي حالة من الحزن أو وهن العزيمة مع وعي الشخص بكونه وحيدا، وتمثل حالة نفسية تنبثق عن إدراك الذات للتخلي أو الهجر، ولا يشترط فيمن يعاني الوحدة النفسية أن يكون منعزلا، فقد يعاني الوحدة النفسية وهو بين الاخرين[2].

تعد الوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية مفاهيم نفسية تعكس وجود خلل في العلاقات الاجتماعية وفي التفاعل الاجتماعي لدى الأفراد، كالشعور بالألم النفسي، فقدان الأشخاص المقربين، الشعور بالوحدة. فالوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية مفاهيم "مرضية" تركز على الجوانب السلبية للعلاقات الاجتماعية على حساب فهم الجانب الإيجابي للحياة[3].

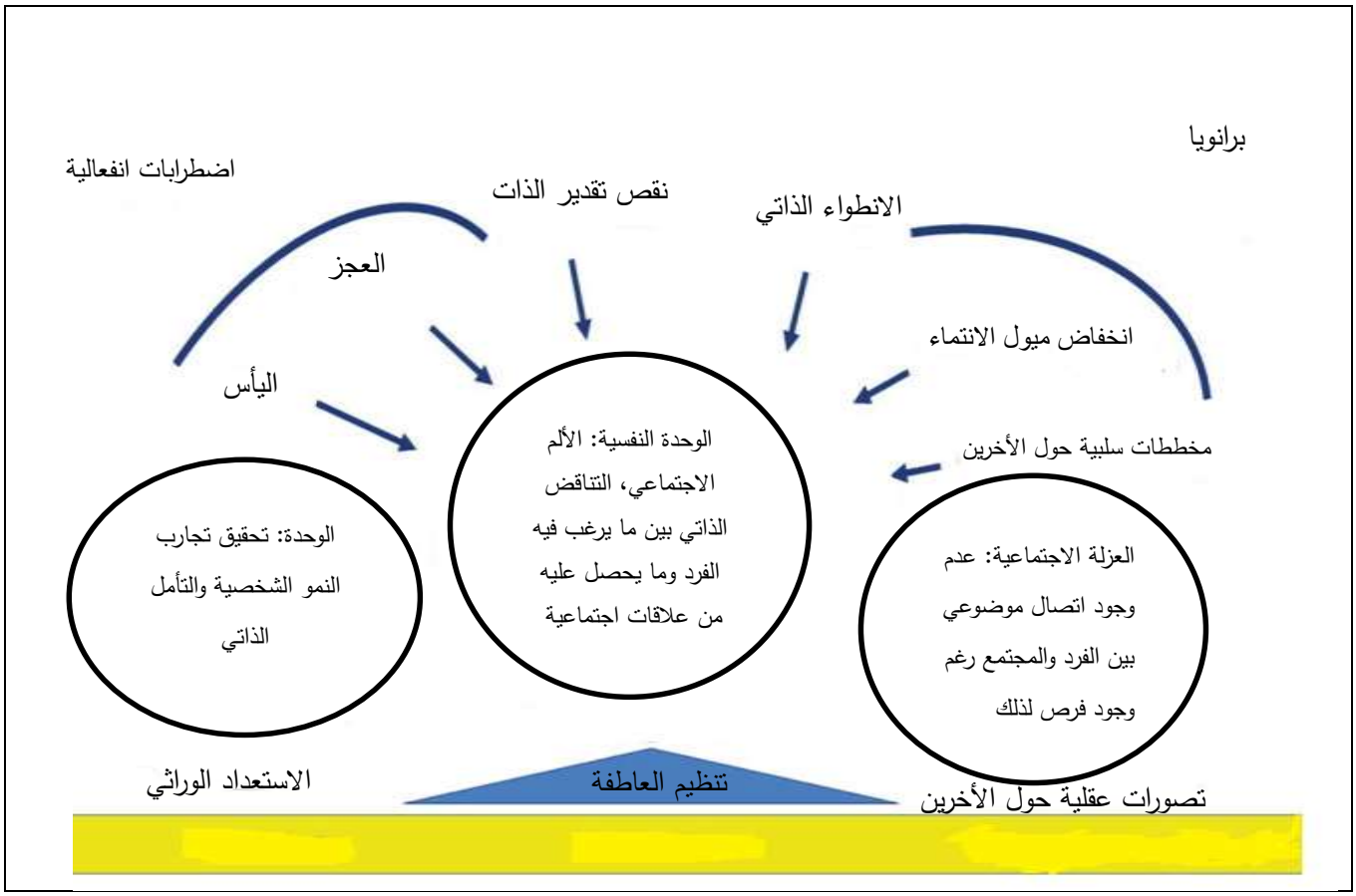
يمكن توضيح مسار العلاقة بين العزلة الاجتماعية والوحدة النفسية من خلال المخطط التالي:

---

[1] عادل عبد الله محمد: الصحة النفسية: الهوية، الاغتراب، الاضطرابات النفسية، دار الرشاد، السودان. (2000). ص: 191.

[2] حسين البلاح (2009)، ص:225 ـ 226)

[3] Victor Christina, Scambler Sasha, Bond John : The social world of older peopleUnderstanding loneliness and social isolation in later life Library of congress cataloging-in-publication data, London. (2009). P :31.



شكل رقم (2): العلاقة بين الوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية[1]

يتضح مما سبق أن الاستعداد الوراثي من خلال شعور الفرد بالانفراد والتوحد والعزلة الاجتماعية يساهمان في نمو الشعور بالوحدة النفسية وذلك بزيادة الألم، المعاناة النفسية، زيادة التناقض الذاتي بين ما يرغب فيه الفرد وما يحصل عليه من علاقات، ويؤدي الشعور بالوحدة النفسية الناتج عن التجارب الشخصية التي تؤدي بالانطواء على الذات إلى اضطرابات انفعالية وتظهر مؤشراتها من خلال الإحساس باليأس، العجز، ونقص تقدير الذات، التي تنتج من خلال محاولة الفرد المتكررة لتكوين علاقات اجتماعية، بينما تظهر العزلة الاجتماعية من خلال عدم وجود اتصال موضوعي بين الفرد والمجتمع رغم وجود فرص محفزة لذلك، وتظهر مؤشراتها في الانطواء الذاتي، انخفاض ميول الانتماء إلى الجماعة،

[1] Alberto Siracusano : Loneliness: a new psychopathological dimension?, Journal of psychopathology, 23:1-3. (2017). P :2.

ووجود مخططات سلبية حول الأخرين مما يولد لدى الفرد نوع من الهذاء والبرانويا، وذلك بتوهم أن الأخرين يتأمرون ضده ويخططان لأذيته.

رغم مساهمة العزلة الاجتماعية في نمو الشعور بالوحدة النفسية، إلا أنهما مصطلحان مختلفان عن بعضهما البعض، وهذا ما بينه ريجو س تيفس وآخرون (Reijo S. tivis) بأنه غالبا ما تستخدم مصطلحات الوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية بالتبادل، ولكنهما مصطلحين مختلفين، حيث تشير العزلة الاجتماعية إلى عدد الاتصالات الاجتماعية للأفراد ويمكن قياسها موضوعيا، والوحدة النفسية لا يمكن تقييمها إلا من قبل الفرد الذي يعاني منها[1]. وهذا ما أكدته أمندا كو (Amanda chue) أن العزلة الاجتماعية والوحدة النفسية يستخدمان كمصطلحين متقاربين، لكنهما منفصلين عن بعضهما البعض، ووصف كورنول ووايت (Cornwell. waite، 2009) الوحدة النفسية بأنها مشاعر ذاتية من العزلة الاجتماعية الناتجة عن تصور أن الاحتياجات الاجتماعية لم تلب، مثل الدعم، والمودة، والصداقة، وتشير العزلة الاجتماعية إلى غياب الاتصال الاجتماعي، فمفهوم الوحدة الاجتماعية والعزلة الاجتماعية متقاربين لكنهما مستقلين، والفرد لا يشعر بالوحدة النفسية لبقائه وحيدا في أعلب الاحيان، أو بحجم العلاقات الاجتماعية، أو نقص الاتصال، والشعور بالعجز هو جوهر الشعور بالوحدة النفسية، فعلى سبيل المثال فالأفراد الوحيدين لا يختلفون عن الافراد غير الوحدين في الجاذبية والثروة أو الذكاء، ولكن يشعرون بقدر أكبر من التشاؤم والخجل والتأثير السلبي والقلق والخوف من الرفض، وبالتالي فإن الادراك هو محور الشعور بالوحدة النفسية، مما يجعله مفهوما أساسيا، والشعور بالوحدة النفسية يؤثر أيضا على الرفاهية العقلية.

ووجد أيضا كورنول ووايت أن الشعور بالوحدة النفسية على عكس العزلة الاجتماعية يرتبط ارتباطا وثيقا بنقص الصحة العقلية وارتفاع في معدلات الاكتئاب. فالوحدة النفسية مرتبطة بزيادة

---

[1] Reijo S. tivis. (2014).p :1.

التفاعلات الاجتماعية العاطفية السلبية، فالأفراد الوحيدين يولون اهتماما أكبر للصور الاجتماعية المرئية السالبة والكلمات الاجتماعية السالبة أكبر من الصور الاجتماعية الايجابية والكلمات الاجتماعية الايجابية، ومن الممكن أن ترتبط المشاعر السلبية الملاحظة عند الافراد الوحيدين بفرط الحساسية أي أكثر حساسية في المواقف الاجتماعية لأن تجربتهم العاطفية أكثر سلبية مع الرفض الاجتماعي أو لقاءات اجتماعية غير سارة، وقد يطور الأفراد الذين لديهم حساسية مفرطة توقعات متشائمة للتفاعلات الاجتماعية ويتصرفون تبعا لذلك، مما يزيد من تفعيل هذه التفاعلات السلبية بطريقة متبادلة، وهكذا يبدو أن التفاعلات الاجتماعية للأفراد الوحيدين يمكن أن تسهم في قمع العواطف الايجابية وتعزيز العواطف السلبية[1].

يتضح أن الوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية مفهومان متقاربان لأنهما يتضمنان مشاعر الانسحاب من العلاقات الاجتماعية، والانطواء والانغلاق عن الذات، وغياب التواصل والتفاعل الاجتماعي، ولكنهما يختلفان في بعض المظاهر السلوكية حيث أن العزلة الاجتماعية يمكن قياسها موضوعيا من خلال الاتصالات الاجتماعية للشخص، وقد يلجأ إليها الفرد بهدف أخذ قسط من الراحة، بينما الوحدة النفسية ترتبط بالمشاعر السلبية وجوهرها الشعور بالعجز، حيث أن الفرد يستشعرها وهو ضمن الجماعة التي ينتمي إليها، وترتبط أيضا بكيفية إدراك الفرد لعلاقاته الاجتماعية، ولها تأثيرات سلبية على الجانب النفسي والفزيولوجي للشخص.

---

[1] Amanda Chue : (w.d). p : 4.

6 ـ 4 ـ الوحدة النفسية والاغتراب:

يعرف الاغتراب النفسي بأنه انفصال الفرد وأحاسيسه وأفكاره ومعتقداته عن الوضع الاجتماعي أو عن الأفراد الاخرين الذين كانت له علاقة بهم[1]. فالاغتراب هو الشعور بالوحدة والغربة، وانعدام علاقة المحبة أو الصداقة مع الأخرين وافتقاده هذه العلاقة خصوصا عندما تكون متوقعة، وفي الاغتراب تبدو حالة الأشخاص والمواقف المألوفة غريبة، ويحدث إدراك خاطئ تظهر فيه المواقف والأشخاص المألوفة من قبل وكأنها مستغربة أو غير مألوفة وانفصال الفرد عن ذاته[2] يعتبر الاغتراب نوع من الاضطراب في علاقة الفرد بنفسه والعالم، حيث يشعر الفرد بأنه غريب عن ذاته منفصل عن واقعه، بسبب فقدان المعنى المتمثل بصورة أساسية في الهدف والقيمة مما يعطل الحركة الدياكتيكية ما بين الذات والواقع[3]، يشير مفهوم الاغتراب يشير إلى حالة انفصال بين الفرد والموضوع، بين الفرد والأشياء المحيطة به، وبين الفرد والمجتمع، فعلاقة الفرد بالأشياء أو الموضوعات غير سوية، فهو يعيش في مجتمعه وبين أهله في دائرة الغربة، يعيش في عالم مجرد من القيم لدرجة أنه لا يرفض الحياة فقط بل يعاديها أيضا، وهذا يعني أن الفرد المغترب يشعر بأن العالم المحيط به ليس حقيقيا بل زائفا وأن الحقيقة ضائعة، والشعور بأن هناك مسافة نفسية بين الفرد والأخرين مع وجود كراهية للأخرين، ونقص الثقة فيهم واتساع الفجوة بين ذات الفرد وذات الأخرين، والرغبة في هجر الناس والرحيل إلى جزيرة خالية، واعتزال الأخرين وتجنبهم[4]. وهذا ما بينه كينستون (Keniston) أن الذين يعانون من الاغتراب لديهم شعور بفقدان الثقة بأنفسهم وبالطبيعة

---

[1] إجلال محمد سرى: الأمراض النفسية الاجتماعية، دار العالم للكتاب، ط1، القاهرة. (2003). ص:110

[2] محمد حسن غانم: علم النفس والجريمة مدخل تأصيلي ونماذج من الجرائم، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية، القاهرة، مصر. (2008). ص: 28.

[3] محمد عباس يوسف: الاغتراب الإبداعي لدى الفئات الكلينيكية، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة. (2005). ص: 14 ـ 15.

[4] مجدي أحمد عبد الله: السلوك الاجتماعي وديناميته محاولة تفسيرية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية. (2006). ص: 317- 322.

الإنسانية، وأنهم يعانون من اكتئاب واضطراب نفسي وعدوانية تجاه أنفسهم، وبتأكيد كينستون على فقدان الثقة، فإنه يتفق مع إريكسون (Erikson) في قوله عن عدم تعيين الهوية كأساس للإحساس بالاغتراب ينتج عنه الشعور بالعزلة والخزي وعدم التوصل والشعور بالذنب واليأس وكراهية الذات التي تؤدي إلى عدم قدرة الفرد على التخطيط لحياته، وبالتالي الإحساس بعدم الثقة والدونية[1].

هناك خصائص شخصية تبدو ذات علاقة بالإحساس بالوحدة النفسية وتتضمن هذه الخصائص الخوف من الحب وعدم القدرة على مبادلة العلاقات الودودة أو على مواصلة الانخراط في هذه العلاقات والوفاء بمتطلباتها والتزاماتها، وانخفاض تقدير الذات، وعندما تؤخذ هذه الخصائص معا فهي تشير إلى وجود حالة من الاغتراب البينشخصي وهي تمثل في نفس الوقت سببا للإحساس بالوحدة النفسية[2].

يتضح أن الوحدة النفسية والاغتراب النفسي مفهومان يحملان خصائص سلوكية متشابهة كالانعزال والانسحاب من العلاقات الاجتماعية، وعدم التواصل مع الأخرين، مما يؤدي إلى الشعور بالدونية وعدم الثقة بالنفس، إلا أن الاغتراب النفسي يتميز بمشاعر الانفصال عن الذات وعن الأخرين، والشعور بالغربة، واللا معنى، واللا هدف لحياته، مما يؤدي إلى علاقة غير سوية بين الفرد ومحيطه الاجتماعي، في حين أن الوحدة النفسية هي شعور ذاتي يتميز بالرغبة الدائمة في إقامة علاقات اجتماعية مع الأخرين مع الإحساس بالألم الناتج عن عدم تحقيق ذلك.

---

[1] صلاح الدين أحمد الجماعي: الاغتراب النفسي الاجتماعي وعلاقته بالتوافق النفسي والاجتماعي، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن. (ب. س). ص:61.

[2] خالد عوض حسين البلاج: الاضطرابات النفسية لدى ذوي الإعاقة السمعية (في ضوء التواصل)، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية. (2009). ص:242.

7 ـ سمات الاشخاص الذين يعانون من الوحدة النفسية:

ترى (شقير، 2000) أن الشخص الوحيد يفضل دائما البقاء بمفرده أكبر وقت ممكن، ولذلك فهو يفتقر إلى الأصدقاء ويعجز عن التفاعل مع الآخرين بشكل إيجابي ومقبول، إلى جانب شعوره بالخجل والتوتر والنقص وعدم الثقة بالنفس وعدم تقدير نفسه حق قدرها، كما أنه يشعر بالوحدة حتى في وجود الآخرين[1].

بينما يرى كل من كارديك وسكميت (Kurdek& Schmitt, 1985) أنه يوجد متغيرات شخصية ترتبط مع الشعور بالوحدة النفسية مثل نقص تقدير الذات، الخجل، الشعور بالاغتراب، الضجر، عدم السعادة، والاكتئاب النفسي، ولذلك فالأشخاص الذين يشعرون بالوحدة النفسية يتصفون باللامبالاة وينسبونها إلى البيئة الاجتماعية التي سلبت منهم إيجابيتهم وفاعليتهم. كما أشارت دراسة (آل مشرف،1998) إلى سمات الشخص الذي يعاني من الشعور بالوحدة النفسية، منها الانعزال، الحزن، عدم الشعور بالراحة، الضيق، الحساسية المفرطة، التقدير المنخفض للذات، الاكتئاب، القلق الاجتماعي، والشعور بالخجل[2]. فالوحدة خبرة أليمة وشاقة ومريرة على النفس البشرية، إذ يعاني الفرد من فقدان الحب والتقبل وكذلك الشعور بانعدام الود والصداقة والإهمال من الأصدقاء والزملاء الى جانب الشعور الدائم بالحزن، التشاؤم، الانعزال، نقص تقدير الذات، الابتعاد عن المشاركة او التفاعل مع الآخرين، وبالتالي انعدام الثقة بالآخرين، الشعور بفقدان التواصل الاجتماعي مما يؤدي في نهاية الأمر إلى الإحساس بأنه شخص غير مرغوب فيه أو أنه لا فائدة منه فيفقد الاهتمام بأي شيء، نتيجة لعدم الرضا في تحقيق مطلب هام من مطالب النمو الإنساني، وحاجة نفسية لابد من إشباعها في إطار اجتماعي ألا وهي

---

[1] خالد عوض حسين البلاج: الاضطرابات النفسية لدى ذوي الإعاقة السمعية (في ضوء التواصل)، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية. (2009). ص:242.

[2] محمد عرفات جخراب، فضيلة نقايس. (2016)، ص: 123.

الحاجة الى الجماعة والانتماء، وأن الإنسان بطبيعته كائن اجتماعي، يعيش ويقضي معظم وقته في جماعة، يؤثر فيها ويتأثر بها[1].

بينما يرى موستايكس (Moustakes.1999) أن الأشخاص الذين يعانون من الوحدة النفسية يتميزون بالضعف النفسي والتفكك الوجداني وافتقاد الود والحب، مع وجود فجوة نفسية تباعد بين الاندماج في إقامة علاقة اجتماعية مثمرة بالأخرين والتردد في الانسحاب من العلاقات الاجتماعية متمثلة في الشعور بالوحدة النفسية، وعدم القبول الاجتماعي والعزلة الاجتماعية، وعدم الرضا عن العلاقات الاجتماعية والتي غالبا ما تكون مصحوبة بالاكتئاب والتقدير المنخفض للذات[2]. الشعور بالوحدة النفسية يشير عموما إلى الحرمان في العلاقات الاجتماعية، ويجسد القصور وعدم الكفاية في عمليات التواصل بين شخصي، ووفقا لشبلينجر (Splenger ,1976) تشير الوحدة إلى عدم قدرة الانسان على تأكيد ذاته وجوديا وتعبر عن نقص العلاقات الانسانية بين شخصية وغياب الاجتماع المتبادل، وتشترط بعد القدرة على الانعزال وتولد في ذات الوقت انفصال الذات عن نفسها وعن الاخرين[3].

إن معاناة الأفراد من الشعور بالوحدة النفسية تمثل أزمة نفسية عميقة تهز كيانهم، وتهدد أمنهم واستقرارهم الداخلي، فيختل توازنهم النفسي نتيجة لانهيار توافقهم الاجتماعي، فالشخص الذي يشعر بالوحدة النفسية يعاني من مستويات عالية من الخجل، وتقديره لذاته منخفض، ولا يحب الأخرين وتقبله لهم ضعيف، وتصاحب عدة متغيرات سلبية خبرة الشعور بالوحدة النفسية وترتبط بها، وتتضمن هذه المتغيرات كل من الاكتئاب والاغتراب والحزن والأسى والحاجة الى الألفة الاجتماعية واللامبالاة والتبلد العاطفي وتؤثر سلبا على الثقة بالنفس والسعادة، القلق، الملل النفسي، كراهية الذات، فقدان المهارات

---

[1] إلهام فاضل عباس: الوحدة النفسية وعلاقتها بالحاجات النفسية عند موظفي جامعة بغداد، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد 32، ص.ص 310 . 355. (ب.س). ص:310.

[2] رياض العاسمي (2009)، ص: 209.

[3] هاني الجزار (2011)، ص: 69 ـ 68.

الاجتماعية والنجاح، وفقدان أي هدف ومعنى للحياة، العجز عن إقامة علاقات شخصية حميمية ومستمرة مع الأخرين، وفقدان خاصية التواصل العاطفي، والفتور الانفعالي والعنف[1].

وقد وصفتها جما ـ ل ـ دافيز (Jama L_ davis) بأنها ظاهرة متعددة الأوجه قد تشمل الشعور بالوحدة الشخصية والحميمية، والشعور بالعزلة عن الأخرين، أو الشعور بالهامشية، أو الشعور بالهامشية من الثقافة المحيطة بالفرد. ليست فقط الوحدة متعددة الأوجه بل هي تجربة معقدة قد تكون ناجمة عن مجموعة من الظروف والمواقف، مما أدى إلى الاختلاف في كل من أنواعها وطرق التعبير عليها، ووصفت بأنها خبرة مزعجة ومتناقضة مع التجارب[2].

أما عادل عبد الله محمد (2000) فوصفها بأنها خبرة ضاغطة ترتبط بعدم إشباع الحاجة إلى الارتباط الوثيق بالأخرين، والافتقار إلى التكامل الاجتماعي والذي يكون استجابة للقصور والعجز في الاتصال بالأخرين وإقامة العلاقات الحميمية معهم حيث تتسم العلاقات الاجتماعية في ظل العزلة بالسطحية مع الشعور باليأس والنبذ، ويشعر الفرد الذي يشعر بالوحدة بأنه بعيد عن الأخرين، وأنهم لا يقبلون عليه ولا يشبعون له حاجاته الاجتماعية المختلفة، حيث يفشل جذبهم نحوه بأي صورة كانت نظرا لوجود ضعف في الاتصال بهم وقصور في العلاقات الاجتماعية التي يمكن أن يقيمها معهم، إضافة إلى ذلك هناك نقص في التكيف الاجتماعي قد يؤدي الى السلوك غير سوي، إلى جانب وجود احساس بالهامشية[3].

---

[1] يمينة جاب الله (2015). معنى الحياة وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية (الشعور بالوحدة النفسية، الرضا عن الحياة) لدى المرأة العانس، دراسة مقارنة بين المرأة العانس الماكثة بالبيت والمرأة العانس العاملة، أطروحة لنيل شهادة دكتوره في علم النفس العيادي، جامعة محمد سطيف دباغين، سطيف 2، الجزائر. ص: 63 ـ 64.

[2] Jama L. Davis : Alone in a crowd: a phenomoenological inquiry into loneliness as experienced by pastor’s wives, The requirements for the degree Doctor of philosophy, Liberty university . (2007). P :9.

[3] عادل عبد الله محمد. (2000)، ص: 193.

بينما وصفت ألان كوزال (Alen kosal، 2008) الوحدة النفسية حسب مهرداد شهيدي (Mehradad shahidi، 2013) بأنها أعراض رئيسية تنتمي إلى فئات مختلفة من الاضطرابات مثل الاكتئاب والقلق والانتحار والشكاوي النفسية، والوحدة النفسية من هذا المنظور تتميز بعجز معين أو كسبب رئيسي لأمراض نفسية أخرى، وهناك أعرض محددة تولد الشعور بالوحدة النفسية، مثل عدم وجود شركاء اجتماعيين للأنشطة المرغوبة، ونقص في كمية ونوعية التفاعلات الاجتماعية، وعدم وجود تكامل إجماعي وفرص للتودد العاطفي[1].

في حين يرى لارس كريستيان سندربي وبرادي وقنر (Lars christian sonderby. Brady wagoner) أن المشاعر المرتبطة بالوحدة النفسية في أغلب الأحيان هي الحزن، الملل، الشفقة على النفس، والانتظار المطول للتواجد مع شخص مميز، وقد صنفت هذه المفردات في أربعة تصنيفات للإشارة الى أربعة عوامل تؤدي إلى الشعور بالوحدة النفسية وهي كما يلي:

[1] Mehradad shahidi. (2013). p :20

جدول (2): العوامل الأربعة للشعور بالوحدة لروبينستان (Rubenstein) وشافرز (Shaver's)

اليأس	الاكتئاب	الصبر الممل	نقص تقدير الذات
اليأس	الحزن	فقدن الصبر	غير جذاب
مضطرب	مكتئب	ضجر	نقص تقدير الذات
عاجز	الفراغ	الرغبة في التواجد في	غبي
خائف	منعزل	مكان اخر	خجول
فقدان الامل	الحسرة على النفس	غير مستقر	اللأمن[1]
الشعور بالتخلي	الكأبة	الغضب	
الشعور بالضعف	نفور	عدم القدرة على التركيز	
	الشوق		

توصف الوحدة النفسية بأنها خبرة غير سارة ومؤلمة، ومزعجة، والأشخاص الذين يعانون من الوحدة النفسية هم أقل سعادة، وأقل ارتياحا، وأكثر تشاؤما، وأكثر اكتئابا[2].

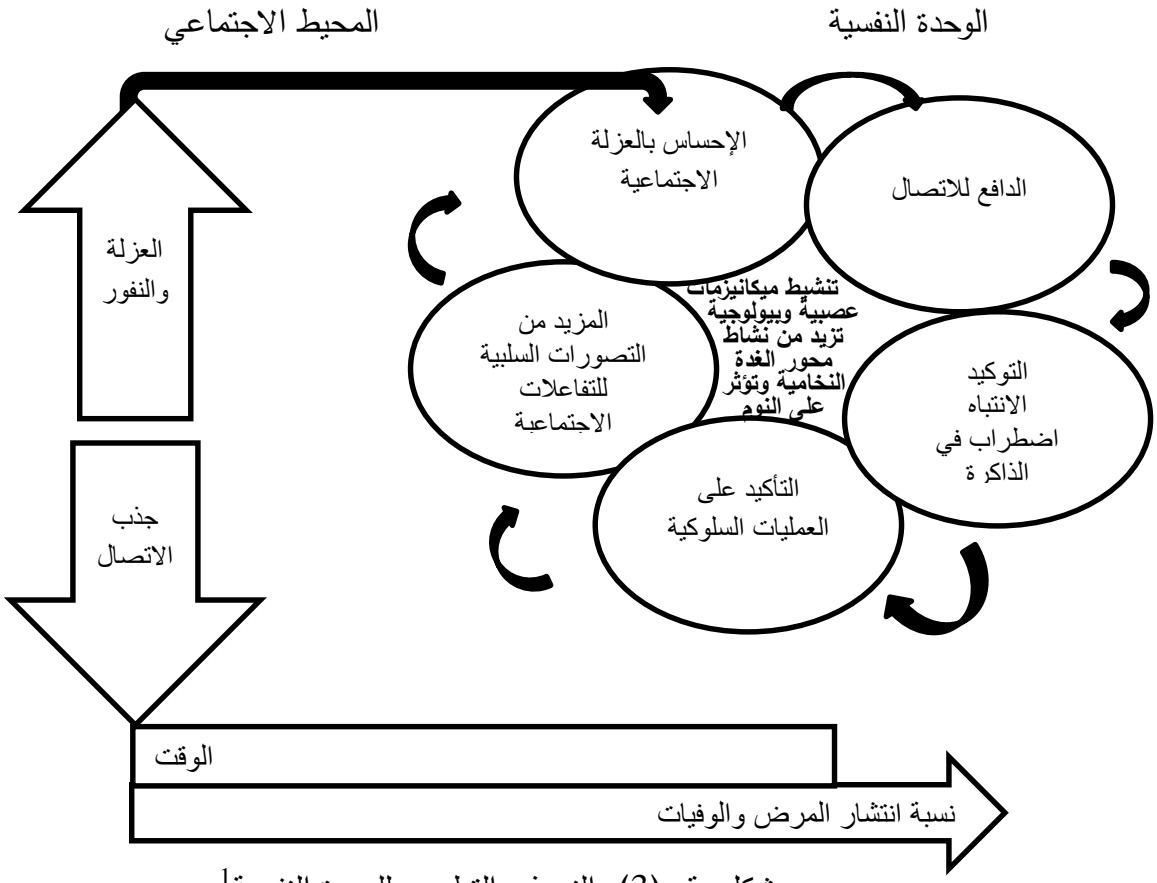
تشكل الوحدة النفسية عبئا ثقيلا يصعب التغلب عليه، فأولئك الذين يتحملون باستمرار مشاعر الوحدة النفسية يشعرون بأنهم غير مقبولين من طرف الأخرين أو من طرف أنفسهم، كما يرى هانسيل (Hansel، 2000) أنه لا يوجد شيء يائس في بعض الأحيان مثل شعور كل شخص بمفرده، محاصر في عزلته الخاصة، يبدو وكأنك في منزل وكل النوافذ تلمع بحيث لا توجد أشعة الشمس، الأفراد الذين يعانون من مشاعر متكررة من الوحدة النفسية غالبا ما يشعرون بمشاعر الضعف تتعلق بموقفهم أو دورهم في المجتمع[3].

[1] Lars Christian Sønderby, Brady Wagoner : Loneliness: An integrative approach, Journal of integrated social sciences Denmark., v: 3(1), p: 1 - 29, (2013). P :13 -14.
[2] Letitia anne peplau .Deniel perlman (W.Y). p : 10.
[3] Timoty j. evans (2008). P : 15 – 16.

يتضح أن الوحدة النفسية هي خبرة غير سارة ومؤلمة ولها انعكاسات على خصائص الفرد السلوكية والمعرفية والانفعالية، حيث يتسم الفرد الذي يعاني منها بالعزلة الاجتماعية وعجز أو قصور في التفاعل والتواصل مع الأخرين، الحزن، التوتر الدائم، والخجل والإحساس بأنه منبوذ وغير مرغوب فيه.

8 ـ نمو الشعور الوحدة النفسية:

يعتبر المحيط الاجتماعي في النموذج التطوري للوحدة النفسية أن ليس فقط محزن ولكنه خطير، وبالتالي فإن الشعور بالوحدة النفسية يزيد كل من دوافع التواصل مع الأخرين، والدوافع الضمنية للحفاظ على الذات، الشعور بالوحدة النفسية يزيد من اليقظة التلقائية (غير واعية) للتهديدات الاجتماعية، والتي يمكن أن تدخل الانتباه بعد ذلك، التوكيد، وإضطراب في الذاكرة، واندفاع المراقبة، وقلة النوم، إن عمليات التوكيد السلوكي للتفاعلات الاجتماعية المتوقعة يمكن أن تؤدي بالفرد إلى الشعور بالانعزال عنهم وجلب المزيد من التفاعلات السلبية، والتي إن لم يتم السيطرة عليها يمكن أن تعزز الانسحاب، والمشاعر السلبية للوحدة النفسية. ويمكن توضيح مسار تطور الوحدة النفسية من خلال المخطط التالي:



شكل رقم (3): النموذج التطوري للوحدة النفسية[1]

الأشخاص الوحيدين يقومون بوضع مسافة بينهم وبين الأشخاص الذين يحتاجون إليهم لقضاء حاجاتهم الاجتماعية، ويعتقد أن هذه التحريفات المعرفية تضعف تدريجيا فرصة الحفاظ على العلاقات الاجتماعية الإيجابية، مما يؤدي إلى المزيد من الشعور بالوحدة النفسية، ويصبحون عالقين في التعزيز الذاتي حيث يشعرون بنقص تقدير الذات، القلق، الضغط النفسي، والعدائية، وتنشط الأليات العصبية والبيولوجية التي تزيد من أداء محور الغدة النخامية والكظرية، التي تقلل من النوم، ويساهم التنشيط المزمن لمراقبة التهديدات في زيادة الإرهاق المعرفي وتقلل من أداء الجهاز التنفيذي، وتعطل النظم الدماغية والفسيولوجية وتؤثر سلبا على الصحة[2].

---

[1] Stephanie Cacioppo. Angela J. Grippo. Sarah London. Luc Goossens. John T. Cacioppo : Loneliness: Clinical Import and Interventions, Perspect Psychol. (2016). P :8.

[2] Munirah Bangee : Loneliness and hypervigilance to social threats in adults, Requirements for the degree of doctorate of philosophy, University of central lancashire.2016, P :12.

يتضح أن الشخص الذي يعاني من الوحدة النفسية يبذل مجهودات من خلال زيادة الدافع للاتصال، وتوكيد الذات، وزيادة نسبة الانتباه من خلال التأكيد على العمليات السلوكية التي تحافظ على العلاقات والروابط الاجتماعية بين الأفراد، وعندما يفشل الفرد في الحفاظ على علاقاته الاجتماعية خصوصا إذا كان المحيط الاجتماعي سلبي، يؤدي به إلى الشعور بالوحدة النفسية من خلال زيادة نسبة العزلة الاجتماعية والنفور وانخفاض وسائل الاتصال، وزيادة التصورات السلبية للتفاعلات الاجتماعية.

9 ـ أثار الشعور بالوحدة النفسية:

هناك العديد من العوامل التي قد تسهم في شعور الفرد بالوحدة النفسية، فالخصائص الشخصية والبيئات الثقافية والمواقف البيئية، وتغير علاقات الفرد الاجتماعية الحقيقية، وتغير الحاجات الاجتماعية للشخص، يمكن أن تكون جميعها سوابق للوحدة النفسية، وقد ارتبطت الوحدة النفسية بالعديد من المشاعر والسلوكيات السلبية مثل الاكتئاب، الانتحار، التفكير الانتحاري، وتعاطي الكحول[1]. إن الوحدة النفسية شعور شائع ومثير للقلق ينشأ عن تقييم العلاقات الاجتماعية بأنها غير كافية، وترتبط بعدد من المشاكل السلوكية والصحية كانخفاض النشاط البدني، أعراض الاكتئاب، ضعف النشاطات الصحية، ضعف الصحة النفسية والادراك، وضغط الدم[2]. يمكن أن تؤدي الوحدة النفسية إلى اختلالات في الوظائف الجسدية والعقلية أو إلى عوامل نفسية خطيرة منها الاكتئاب، الإدمان على الكحول، الافكار الانتحارية، السلوكات العدوانية، القلق الاجتماعي، والاندفاع، بالإضافة إلى ذلك فإن الشعور بالوحدة النفسية هو عامل خطير للتراجع المعرفي وتطور مرض الزهايمر، السكة الدماغية المتكررة، البدانة، زيادة تدفق الاوعية الدموية، ارتفاع ضغط الدم، الأرق، نقص المناعة، ونسب غير طبيعية لخلايا الدم البيضاء،

---

[1] Munirah bangee.(2016).p :12.

[2] Ey luo .Linda j. waite. (2014). P:633.

والوفيات المبكرة[1]. وقد إرتبطت بمخاطر الصحة النفسية، وقد ارتبطت الوحدة النفسية المزمنة بخطورة الصحة البدنية، وزيادة الاكتئاب، زيادة الالتهابات المرتبطة بالضغط النفسي، اضطرابات النوم، ضعف أداء الجهاز المناعي، والمخاطر القلبية[2].

تتميز الوحدة النفسية بعزلة اجتماعية عميقة، الفراغ، عدم القيمة، فقدان السيطرة، والتهديد الشخصي، وهي عامل خطير للاكتئاب، والتفكير والسلوك الانتحاري، وهي عامل خطير للصحة النفسية والفسيولوجية، تطور مرض الزهايمر، التراجع المعرفي، نقص الأداء التنفيذي، قلة النوم، ارتفاع ضغط الدم، وزيادة نشاط الغدة النخامية المهادية[3].

فالأفراد الذين يعانون من الشعور بالوحدة النفسية الدائمة هم أكثر عرضة لتدخين السجائر، ويعانون من السمنة مقارنة بأولئك الذين لا يعانون من الوحدة النفسية الدائمة، وارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب[4].

اتفق مجمل الباحثين أن للوحدة النفسية عدة أثار، يمكن توضيح هذه الأثار من خلال المخطط التالي:

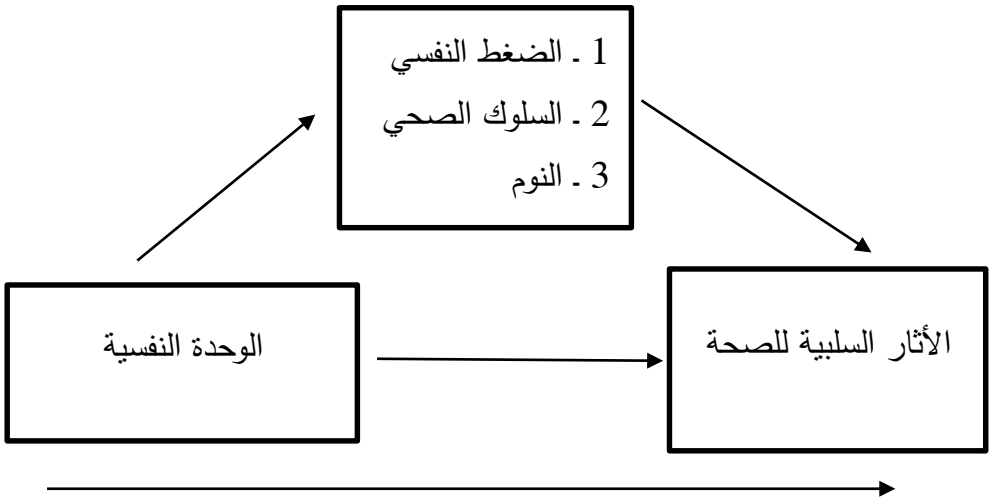
---

[1] Stephanie Cacioppo. Angela J. Grippo. Sarah London. Luc Goossens. John T. Cacioppo , 2016, p :8.

[2] Laurie dempsey wolf .Mary c. davis. (2014). p :2 .

[3] Tyler J. VanderWeele. Louise C. Hawkley, Ronald A. Thisted. John T. Cacioppo : Marginal Structural Model Analysis for Loneliness: Implications for Intervention Trials and Clinical Practice, J Consult Clin Psychol. 79(2): 225-235. 2011, p : 227.

[4] Timoty j. evans (2008). P : 19.



شكل رقم (4): الأثار غير المباشرة للوحدة النفسية[1]

يتضح أن للوحدة النفسية أثار غير مباشرة على الجانب النفسي والفزيولوجي للفرد، فهي تؤدي إلى الضغط النفسي المستمر الذي يهدد السلوك الصحي من خلال الإصابة بعدة أمراض كالسكر، الضغط الدموي، مرض القلب، انسداد الشرايين، وتؤثر كذلك على نمط النوم لدى الأفراد كالإصابة بالأرق أو الإفراط في النوم.

ومنه يمكن القول أن للوحدة النفسية أثار سلبية وخطيرة على الجانب النفسي للفرد من خلال الإصابة بالاكتئاب والتفكير أو السلوك الانتحاري، اضطرابات النوم، تعاطي الكحول، والشعور بالقلق. وعلى الجانب الجسدي أدت إلى ضعف أداء الجهاز المناعي، والمخاطر القلبية، وارتفاع ضغط الدم، وتطور مرض الزهايمر، ونقص المناعة، ونسب غير طبيعية لخلايا الدم البيضاء.

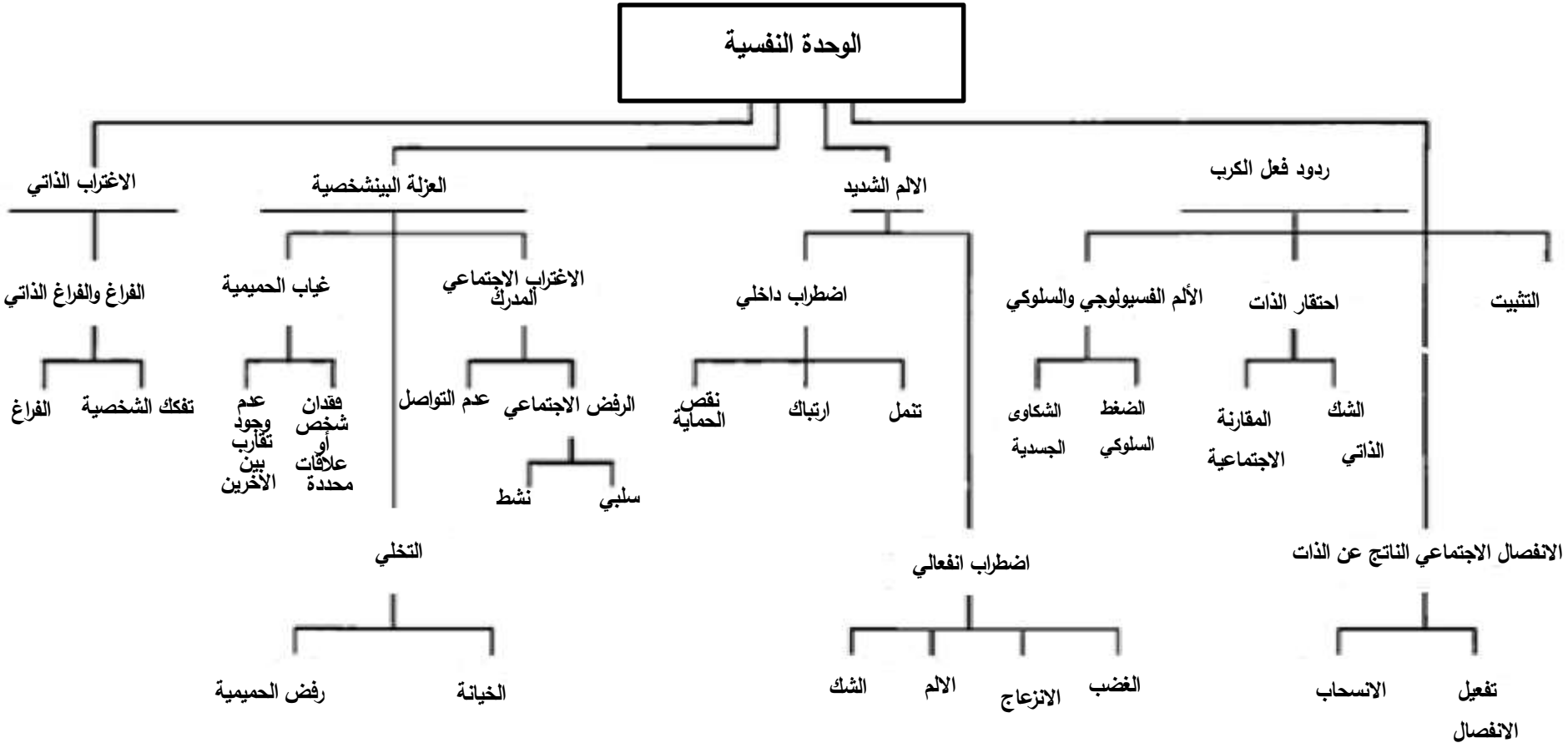
[1] Julie Christiansen, Finn Breinholt Larsen, Mathias Lasgaard : Do stress, health behavior, and sleep mediate the association between loneliness and adverse health conditions among older people?, Social science & medicine 152, 80 - 86. (2016). P :82.

10 . أسباب الوحدة النفسية:

قام أمي روكاش (Ami Rokach، 1988) بوضع نموذج يبين أسباب الشعور بالوحدة النفسية، ويتكون من ثلاثة مستويات، وهناك أربعة عناصر رئيسية يمكن وصفها بأنها بنى تحتية، ثم تليها عشرة عوامل تحدد وتميز العناصر الرئيسية، يتم تمييز العوامل بشكل أكثر دقة من خلال (23) مكونا، اتفق الجميع على أن الوحدة النفسية تشمل دائما الألم والمعاناة[1].

العناصر الرئيسية هي الاغتراب الذاتي، والعزلة البينشخصية، ردود فعل الكرب، والألم الشديد. بشكل منفرد، هذه العناصر ليست منفردة عن الوحدة النفسية. على سبيل المثال، يعتبر الاغتراب الذاتي من بين تجارب الفصامي، والألم العاطفي موجود كشرط قائم في حد ذاته أو هو ناتج عن الاكتئاب والحالات التفاعلية أو المرضية الأخرى. ومع ذلك يبدو أنه في تجربة الوحدة النفسية فقط يتم دمج هذه العناصر الأربعة لإنشاء هيكل ظاهري فريد من نوعه، ويتمثل النموذج فيما يلي:

[1] Ami Rokach : The experience of loneliness: A tri-level model, The journal of psychology: interdisciplinary and applied, 122:6, 531- 544. (1988). P: 534 – 540.



شكل رقم (5): أسباب الشعور بالوحدة النفسية لروكاش

10 . 1 ـ الاغتراب الذاتي: يصف شعور تجنب الألم، الانفصال عن الذات والهوية، ويحتوي على مكون رئيس الفراغ والفراغ الذاتي ويحتوي على عاملين:

أ ـ الفراغ: يتميز بالتجنب الداخلي، الفراغ، التبلد الذي يشعر بها الفرد الوحيد: مثل غمرتني موجة من الفراغ، الشعور العميق بعدم الأهمية، وعدم الوجود، وهذ ما يعاني منه الأفراد الذين يشعرون بالوحدة النفسية.

ب ـ تفكك الشخصية: يشير إلى مشاعر عدم الواقعية، إضطراب في الهوية، تفكك في الشخصية الذي يتصف بخبرات ذهانية، مثل شعرت وكأنني فقدت هويتي، هناك جدار رقيق بيني وبين الواقع، شعرت كما لو أنني شخص مختلف أنظر في نفسي، شعرت وكأن الجسم والعقل في مكانين مختلفين.

10 ـ 2 ـ العزلة البينشخصية: عندما يفكر الأفراد في الوحدة النفسية فهم غالبا ما يربطونها بالعزلة البينشخصية، وتتجلى مشاعر الوحدة النفسية (عاطفيا، جغرافيا، واجتماعيا)، بعدم الشعور بالانتماء، فقدان علاقات ذات معنى، وتتكون من ثلاث عوامل:

10 ـ 2 ـ 1 ـ غياب الحميمية: يحتوي على عنصرين:

أ ـ عدم وجود تقارب مع الأخرين: الذي يركز على نقص العلاقات بشكل عام، مثل عدم وجود شخص أخر للتواصل معه ومشاركته، مثل لا أحد يتصل به، لا أحد يتحدث إليه ويعتمد عليه، يتبادل الأفكار معه، كنت أصرخ من أجل المساعدة، لكن لم يكن هناك أحد، لا يوجد أحد في العالم يمكنه فهم مشاعري

ب ـ فقدان شخص أو علاقة محددة: يشير إلى فقدان شخص مميز، وعلاقات حميمية لم يسبق له أن عاشها.

10 ـ 2 ـ 2 ـ الاغتراب الاجتماعي المدرك: وهو العامل الذي يوضح إدراك الفرد للاغتراب الاجتماعي، بأنه غير مرغوب فيه، وحيد، من المهم أن نلاحظ أننا هنا نتعامل مع تصور وليس حقيقة موضوعية، وبالتالي فمن الممكن أنه من الناحية الموضوعية لا يتم رفضه، أو غير مرغوب فيه من أي أحد، ومع

ذلك يتصور نفسه بأنه غريب، وهذا العامل لا يشير إلى حقيقة كونك معزولا وبعيدا عن الواقع المهم، ويتكون من عاملين، وهما كالاتي:

أ ـ عدم التواصل: يقصد به الانفصال عن الأخرين، غير مناسب، عدم التواصل مع الأخرين عاطفيا واجتماعيا، الانفصال عن المجتمع، مثل شعرت بوحدة شديدة، شعرت بالغرابة.

ب ـ الرفض الاجتماعي: يقصد به إدراك العزلة الاجتماعية والرفض، ويحتوي عنصر الرفض الاجتماعي على عنصرين، رفض اجتماعي سلبي ويقصد به إدراك المواقف التي يكون فيها الشخص غير مدعم، غير منتظم، أو متجاهل، ويعني عنصر الرفض الاجتماعي النشط إلى إدراك أنه مستبعد، تم فصله، السخرية منه، ونبذه.

10 ـ 2 ـ 3 ـ التخلي: يحتوي على مكونين يتمثل الأول في رفض الحميمية، والثاني في الخيانة، ويقصد بالأول شعور الفرد بالرفض والهجر من قبل الأشخاص الذين نعتبرهم قريبين منه مثل الأسرة النووية، الأصدقاء، موت أحد الأشخاص المهمين، أو إنكار الأم وجود طفل لها، أما العنصر الثاني يقصد به هجر عام، ووصف الفرد مشاعر التخلي عنه بأنه غير مقبول، غير مرحب به من طرف الأخرين، ليس بالضرورة الذين يعرفهم ويحبهم، ويوصف الشعور الذاتي للهجر والخيانة في أن ينكره الجميع، ولا أحد يقبله.

10 ـ 3 ـ الألم الشديد: ترتبط الوحدة النفسية بزيادة الألم والمعاناة، من الصعب التحدث إلى الأشخاص الوحيدين، وسماع قصتهم بدون ملاحظة الارتباك، الحزن، الألم الذي يمر به، ويحتوي على عنصرين:

10 ـ 3 ـ 1 ـ الاضطراب الداخلي: يقصد به البحث الداخلي عن الإجابات والاستبصار، واليأس لفهم ورؤية الطريق من خلال الألم والمعاناة، وتحتوي على ثلاث عناصر تتمثل في:

أ ـ نقص الحماية: يشير إلى اليأس والدمار، الضعف، اضطراب داخلي، الشعور بأنه أصبح ساذج، وغير محمي.

ب ـ الارتباك: يعني عدم وجود اتجاه، التشتت، تنافر الأفكار.

ج ـ التنميل: يعني شدة الألم والاضطراب الداخلي، ووصف الأشخاص هذا المكون بأنه محاولة لرفض وتأجيل إدراك الوحدة النفسية، مما يوحي بأنهم لم يتمكنوا من تذوق أو رؤية أو سماع أي شيء، وأنه شعور قوي يختلجهم.

10 ـ 3 ـ 2 ـ الاضطراب الانفعالي: يرتبط بالوحدة النفسية والمعاناة، ويضم مجموعة من العواطف كالألم، الجرح، الوجع، التعاسة، ويتكون من أربع مكونات:

أ ـ الشك: يحتوي على مشاعر القلق، الخوف حول الوجود الحالي والمستقبلي.

ب ـ الألم: يحتوي على مشاعر الأذى، الحزن، وجع القلب، وألام عامة.

ج ـ الانزعاج: يشير إلى مشاعر الإحراج، العار، الإهانة التي يفصح عنها الشخص الوحيد.

د ـ الغضب: يشير إلى نقل المشاعر السلبية التي يشعر بها الشخص الوحيد، كالعداوة، المرارة، الكراهية، لأنه أصبح مرفوض، وحيد، غير مرغوب فيه، وهذا ما يؤدي به إلى رؤية نفسه كشخص فاشل.

10 ـ 4 ـ ردود فعل الألم: يشير إلى الألم والمعاناة من الوحدة النفسية، وتجربة الوحدة النفسية في بعض الأحيان يمكن أن تكون جد حادة ومحزنة في العديد من المستويات، ولها أثار للشخص الوحيد على الجانب الفيزيولوجي، الاجتماعي، والمعرفي، وتنقسم إلى أربع مكونات أساسية:

10 ـ 4 ـ 1 ـ الألم الفزيولوجي والسلوكي: يشير إلى مختلف المظاهر الجسدية والسلوكية للظروف الضاغطة التي يتحملها الفرد، ويضم مكونين: الشكاوي الجسدية والضغط السلوكي، يقصد بالأولى الشعور بالصداع، الارهاق، ألم في المعدة، الغثيان والتعب المتكرر، بينما يشير الضغط السلوكي إلى بعض السلوكات مثل البكاء، النوم أكثر من المعتاد، الصراخ، انحناء الكتفين، القيام بأشياء جنونية، القيام بعدة أخطاء، صعوبة في التركيز وأكثر عرضة للحوادث.

10 ـ 4 ـ 2 ـ احتقار الذات: يضم المعارف والإدراكات السلبية التي لدى الشخص الوحيد، يكبرون ويعيشون في مجتمع مليء بالفشل والوحدة النفسية، لقد فشلوا في نظر المجتمع وليس لديهم شيء، وتحتوي على عنصرين الشك الذاتي والمقارنة الاجتماعية، ويقصد بالعنصر الأول بأنه موقف سلبي معمم اتجاه الذات، تتراوح الادراكات بالشعور بعدم الاستحقاق، اللاأمن، ضعف الصورة الذاتية التي تشير إلى عدم الفائدة، عديم النفع، الشعور بالفشل الشخصي، بينما العنصر الثاني يشمل على مجموعة من الإدراكات، وهو عكس الشك، يقارن الشخص الوحيد نفسه بالأخرين، ويستنتج بأنه ليس لديه مجال للمقارنة، ويشمل ذلك على الإدراك الذاتي، غير محبوب، جبان، غير جذاب وممل، عاجز وغير منتج، وما فاقم الأمر "شعرت بالغباء ولست جيدا مثل الأخرين".

10 ـ 4 ـ 3 ـ الانفصال الاجتماعي الناتج عن الذات: ينشأ الانفصال الاجتماعي والافتقاد إلى الآخرين ذاتيا، يعاني الشخص الوحيد من الاضطرابات "كالألم العميق والحاد" التي قد تكون مقلقة ومزعجة لدرجة أن الشخص لا يستطيع الارتباط بشكل مريح مع الآخرين، ويتكون من عنصرين:

أ ـ **الانسحاب:** يعني الحاجة إلى التراجع، يتم هذا الانسحاب بطريقة لطيفة بدافع الحفاظ على الذات ويتميز "بعدم القدرة على التواصل مع الآخرين"، "الجلوس لأيام متتالية دون القدرة على التحدث إلى أي شخص"، "التردد في مقابلة أشخاص آخرين" و"الشعور بعدم الارتياح مع الأفراد".

ب ـ تفعيل الانفصال: هو انفصال اجتماعي مباشر وعدواني. ويشمل على "صعوبة التواصل"، "رفض التحدث إلى الأفراد"،" بناء حاجز من اللامبالاة من أجل إبعاد الأصدقاء المقربين"، "رفض الانفتاح"، وقد يصل إلى "العراك الجسدي مع الآخرين من أجل تشجيعهم على التراجع.

10 ـ 4 ـ 4 ـ التثبيت: حالة من اليأس والعجز غير قابل للتغيير، ومن المحتمل أن تكون استجابة للألم والقلق الناتج عن الوحدة النفسية، وهو أقرب إلى الصدمة النفسية التي يتعرض لها الفرد نتيجة حدث صادم، ويتميز بالشلل، يصبح الشخص مصدوم وفاقد للطاقة، توقف الشعور بالوقت.

قام مكيلا، ببلو، وويكس (Michela، Peplau، Weeks، 1982) بوضع مجموعة من الأسباب للشعور بالوحدة النفسية، وهي كالتالي:

1 ـ التشاؤم: يعتقد الفرد بأنه ذو حظ قليل في إيجاد شخص.

2 ـ الخوف من الرفض: يخاف الفرد من أن يصبح مرفوض عندما يحاول تكوين علاقات (صداقة).

3 ـ ضعف المحاولة: الفرد لا يسعى جاهدا للالتقاء بأحد.

4 ـ عدم الحظ: الفرد ليس لديه حظ في الالتقاء بالأفراد.

5 ـ قلة المعرفة: الفرد لا يعرف ماذا يفعل ليبدأ في العلاقات مع الآخرين.

6 ـ الخجل: الفرد خجول جدا.

7 ـ عدم الجاذبية الجسدية: الفرد غير جذاب جسديا.

8 ـ العلاقات مع المجموعات الأخرى: عدم اهتمام الآخرين به.

9 ـ خوف الآخرين: يخشى الأشخاص الآخرون من تكوين صداقات (الدخول في علاقات معه).

10 ـ مواقف رسمية: يكون الشخص دائما في مواقف رسمية مع الكثير من الأشخاص.

11 ـ قلة الفرص: لا توجد فرص كافية للقاء الأشخاص.

12 ـ عدم وجود محاولة للآخرين: لا يحاول الأفراد الأخرون تكوين صداقات.

13 ـ شخصية غير محبوبة: الشخص لديه شخصية غير محبوبة

.[1]

[1]Peter K. Lunt : The perceived causal structure of loneliness, Journal of personality and social psychology, Vol. 61, No. 1, P :26-34. (1991). P : 29.

يتضح أن الوحدة النفسية مرتبطة بشعور الفرد اتجاه علاقاته في المحيط الذي يعيش فيه، وتنشأ عن تظافر مجموعة من العوامل من بينها الخصائص الشخصية للفرد والظروف البيئية المحيطة التي تولد له هذا الاحساس.

11 ـ التفسيرات النظرية للوحدة النفسية:

اختلفت أراء الباحثين وتفسيراتهم النظرية لمفهوم الوحدة النفسية، فمنهم من يرجعها إلى أسباب نفسية، ومنهم من يرجعها إلى أسباب معرفية، ومنهم من يرجعها إلى أسباب سلوكية، وسنحاول تقديم بعض هذه التفسيرات النظرية:

11 ـ 1 ـ النظرية التحليلية:

يؤكد تيار التحليل النفسي على كيف لعوامل محددة داخل الفرد أن تديم الوحدة النفسية، دعاة هذا المنهج غالبا ما ترجع أصول الوحدة النفسية لتجارب الطفولة مثل التفاعلات الأبوية غير الصحية خاصة مع الأم، وبينما هذه التجارب تميل إلى أن تكون شخصية في طبيعتها، فإن القصد هو تحديد الكيفية التي تؤدي بها العوامل داخل الفرد مثل الصفات والصراعات داخل النفس الى الشعور بالوحدة ولذلك فان نظرية التحليل النفسي غالبا ما ترى الشعور بالوحدة النفسية كحالة مرضية بدلا من حالة انسانية طبيعية[1]. وهذا ما أكدته فيكي ريد هال (Vicki reed hall) أن الشعور بالوحدة النفسية هو حالة مرضية تنشأ في مرحلة الطفولة، من خلال الصراعات الداخلية وسمات الشخصية، ووجود الشعور بالوحدة النفسية يأتي من داخل الفرد نتيجة للتناقضات الأسرية بدلا من التناقضات البيئية والاجتماعية. ويرى فروم رايشمان (Fromm reichmann) أن الوحدة النفسية هي ناتجة عن الفطام المبكر من قبل

---

[1] Timoty j. evans (2010). P :14.

الأم[1]. وتستند نظرية التحليل النفسي لفهم الوحدة النفسية على تعلق الطفل بالأم من خلال هذا التعلق ترتبط خبرات الطفل العاطفية بكيفية التواصل مع الأخرين[2].

حدد وينيكوت (1965) جذور الشعور بالوحدة النفسية إلى التفاعل بين علاقات التعلق والقدرة على البقاء وحيدا، الوالدان يوفران قاعدة أمنة للطفل، مما يشجعه على اكتشاف البيئة، عندما يشعرون بالأمان في حضورهما ومن الطبيعي أنه خلال التطور النموذجي يمكن للرضع أن يطوروا هويتهم المنفصلة عندما يكون لديهم دلالة على وجود اتصالات البالغين ودعمهم لتطوير الانفصال، واستخدام هذه القدرة لاكتشاف البيئة النشطة، يجب على الطفل أن يستوعب فعلا شعور القرابة والحماية من الوالدين حتى لو كانوا غير قريبين جسديا، أساس القدرة على البقاء وحيدا ترتبط أيضا بقدرة الأطفال على التواصل مع أنفسهم لاكتشاف ما يحتاجون إليه أو ما يريدونه بغض النظر عما يتوقعه الأخرون منهم، وأن يكونوا قادرين على التعبير عن مشاعرهم الداخلية، وتصور القدرة على البقاء وحيدا يدل على الأمن الداخلي، بدلا من أن يكون تعبيرا عن حالة من الانسحاب. ويحاول الأفراد الذين يفتقرون إلى الثقة من مقدمي الرعاية لهم بفارغ الصبر البقاء على مقربة من القائمين على رعايتهم من أجل ضمان أنه يمكن الاعتماد عليهم عند الحاجة، والشعور بالانفصال عن مقدمي الرعاية يؤدي إلى الوحدة النفسية، وقد يقلل من رغبتهم في اكتشاف بيئتهم[3].

وضح جون بولبي (John bowlby) أن الشعور بالوحدة النفسية هو استجابة للحاجات الموروثة غير الملباة للتعلق، يتم الحفاظ على التعلق من خلال تعزيز القرابة وتجنب العزلة، ووفقا لبولبي

---

[1] Vicki Reed Hall. The experience of "coupled loneliness": A Phenomenological Investigation with Nine Women, Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy with a Concentration in Clinical Psychology, Union Institute & University Cincinnati, Ohio. (2012), p :17.

[2] Lars Christian Sønderby, Brady Wagoner : Loneliness: An integrative approach, Journal of integrated social sciences, v: 3(1), p: 1 - 29, Denmark.2013, p :6.

[3] Malka margalit. (2010). P :72.

تنشأ مشاعر الوحدة النفسية عندما لا يتم الحفاظ على القرابة من الأخرين، لأن التواجد بالقرب من الأخرين يوفر الشعور بالرفاه النفسي، والمسافة بين الأفراد تجلب عدم الراحة، التعلق غير الصحي المبكر يزودك بنموذج العلاقات في وقت لاحق، ويصبح وحيدا، عدم كفاية التعلق المبكر يؤدي إلى تجهيز الدفاعات، أو القلق الشديد، مما يؤدي إلى الشعور بالوحدة النفسية[1]. ونظرية التعلق توضح العديد من العناصر التي ترتبط ارتباطا وثيقا بالجانب النفسي التحليلي. وتستند هذه النظرية أساسا على أن الأباء أو غيرهم من مقدمي الرعاية الاولية هم الشخصيات الأكثر أهمية وخطورة فبهم يتعلق الفرد في مرحلة الطفولة، وتشير نظرية التعلق إلى أن تجارب الطفولة المبكرة تؤدي إلى نماذج عمل يمتلكها الشخص عقليا، والتي تحدد الطريقة التي يرتبط بها بشكل فعال ويتصل بالأخرين طول حياته، ووفقا لبارثولوميو (Bartholomeue، 1990) أن نموذج العمل الذي يمتلكه الفرد يؤثر على درجة تمكنه من إقامة العلاقة العاطفية الحميمية والعاطفية ودرجة شعوره بالوحدة النفسية[2]. ونمط التعلق غير الأمن يساهم في الشعور بالوحدة النفسية، وقد وجد واي وراسيل (Wei. Russell، 2005) في دراسة لطالبة جامعية أن الكفاءة الذاتية تتوسط التعلق المقلق والوحدة النفسية والاكتئاب[3]. إن الإهمال الذي يلقاه الفرد في طفولته المبكرة من والديه وقسوتهما عليه لا يساعده في إقامة تعلق أمن بينه وبينهم، ويؤدي إلى غياب التفاعل والدينامية، وعدم شعوره بالأمن والطمأنينة وهو ما يقوده فيما بعد إلى المشكلات المتصلة بالعلاقات الاجتماعية، مما يؤدي إلى سلبيته وانسحابه عن الأخرين وبالتالي شعوره بالوحدة النفسية[4].

إن نظرية التعلق كما تصورها بولبي (1982 . 1969) توسعت من قبل أينسورث (Ainsworth) وزملائها بأن هناك نوع محدد من التعلق يتجلى في السلوك الذي يحدد إبقاء الفرد بالقرب

---

[1] Vicki Reed Hall. (2012). p :17.

[2] Timoty j. evans (2008). P : 13 – 14.

[3] Linda Chlipala (2008). Longitudinal study of loneliness and depression as predictors of health in mid- to later life, The degree of master of scienc, University of north texas. p :4.

[4] عادل عبد الله محمد (2000)، ص: 194.

من الأفراد المهمين، ينظم نموذج التعلق من قبل العمليات العصبية الفسيولوجية، والتأثيرات الوراثية، والتأثر بالتغيرات النمائية للهرمونات، والحساسية البيئية، نظرية التعلق لديها العديد من المبادئ الأساسية التي تتعلق بالوحدة النفسية وهي:

1 ـ عملية التعلق فطرية ولها أصناف خاصة.

2 ـ مظاهر التعلق غير قابلة للتغيير أو الاستبدال من قبل شخص أخر، على الرغم من أنه قد يكون هناك شخص أخر متعلق به.

3 ـ هناك حاجة للحفاظ على التقارب، والألم عند الانفصال لا يمكن تفسيره، والمتعة والفرح عند لم الشمل.

4 ـ إن وجد السعي إلى التقارب سيؤدي إلى الشعور بالأمان والراحة فيما يتعلق بالشريك[1].

11 ـ 2 ـ النظرية المعرفية:

إن الشعور بالوحدة النفسية هو المعرفة المتناقضة بين المستويات المرغوبة والمحققة من التواصل الاجتماعي، الشخص الوحيد ينظر إلى الذات بطريقة سلبية، ويرى بأنه السبب في الوحدة النفسية، ويعرف بيلاو وبيرمان (1982) بالباحثين في الوحدة النفسية وتسمية الصفات ووجود مخاوف وشكوك حول نفسه لها تأثيرا هاما على تجربة الوحدة النفسية، عندما يعيش الفرد حالة من العزلة يفرضها على نفسه بسبب انعدام الأمن الخاص، حيث تصبح الحياة رهيبة[2].

اقترح بيبلاو وبيرلمان (1982) أن الشعور بالوحدة النفسية يحدث عندما ينظر الفرد إلى وجود تناقض بين عاملين: النمط المرغوب فيه والمتحقق من العلاقات الاجتماعية. وعادة ما تكون المقارنة بين

---

[1] Chlipala, M. linda (2008). P :3.

[2] Vicki Reed Hall. (2012). p :20 - 21.

كمية ونوعية العلاقات الاجتماعية الحالية والمرغوبة مرتبطة بإدراك الفرد وإدراك الأخرين. وقد تؤدي هذه المقارنة إلى تجربة الوحدة النفسية، عندما ينظر إلى العلاقات الفعلية على أنها أقل من المطلوب، وسطحية في الجودة[1].

يؤكد جان فانهالست (Janne vanhalst، 2012) على أهمية التقييمات الذاتية في تجربة الشعور بالوحدة النفسية، يفترض هذا النموذج أن العجز في الشبكات الاجتماعية لا يؤثر بشكل مباشر على الوحدة النفسية، ولكن التقييم الذاتي للشبكة الاجتماعية له أهمية خاصة، خصوصا التناقض بين الشبكة الاجتماعية المرغوبة والشبكة الاجتماعية المفترضة يلعب دورا حاسما في تجربة الشعور بالوحدة النفسية، ويرى نموذج التناقض المعرفي أن هناك سببان لهذا التباين المتصور ويتمثل في:

1 ـ قد تكون العلاقات الفعلية للأفراد الوحيدين أقل من الناحية الكمية أو النوعية مقارنة بالأفراد غير وحيدين.

2 ـ بالنسبة للأشخاص الوحيدين قد تكون معايير العلاقة المرغوبة مرتفعة بشكل غير واقعي. لذلك قد يختلف الأفراد الذين لديهم مستويات مماثلة في الاتصال الاجتماعي "الموضوعي" في مستويات الوحدة النفسية الذاتية[2].

11 ـ 3 ـ النظرية التطورية:

تقوم النظرية التطورية على فكرة أن الحاجة إلى الانتماء لها أصول تطورية، وتشكل إقامة الروابط الاجتماعية والحفاظ عليها أمرا محوريا في كونها إنسانية لأنها سبب رئيس في بقاء أجدادنا، وكانت مجموعات الأجداد حيوية في تنسيق الصيد والتجمع، وتتقاسم الطعام، وتوفير الحماية، والالتقاء

---

[1] Malka margalit. (1994). P :6.

[2] Janne vanhalst : Loneliness in adolescence: Developmental Course, Antecedents, and Consequences, requirement for the degree of Doctor in Psychology, Katholieke universiteit leuven , 2012, P:5.

والتزاوج من أجل التناسل، بالإضافة إلى نظام الألم الجسدي، وقد وضعت البشر نظام الألم الاجتماعي الذي يشير إلى أن اتصالهم بالأخرين مهدد، وهذا ما يؤدي إلى إثارة مشاعر مؤلمة، نظرية التطور للوحدة النفسية تفترض أن الألم الاجتماعي للوحدة النفسية والمكافآت الاجتماعية للاتصال يحفز الأفراد على إصلاح الاتصالات الاجتماعية، كما يعمل الشعور بالوحدة النفسية على تفعيل ميكانيزمات البقاء على قيد الحياة التي تخفف من حدة التهديدات الاجتماعية، مثل الرفض من قبل جماعة الند[1].

إن نظرية التطور تقوم كما تصورها داروين على أساس أن الكائنات الحية تتنافس على الموارد والأفراد الذين لديهم بعض السمات التي تنقل بعض المزايا للتكاثر والبقاء، وتعرف اللياقة البدنية في الأصل كقدرة الكائن الحي في البقاء على قيد الحياة والتكاثر. وفي سنة (1970) تم تعديل اللياقة البدنية من قبل العلماء البيو اجتماعيين لتشمل خلود الجنات الواحدة، وبالتالي يتحدد التطور الجيني للبشر من خلال نجاح ذرية الفرد.

وهكذا فإن نظرية التطور للوحدة تتضمن نظرية التعلق عن طريق محاولة تفسير التعلق من حيث التطور، أي أن الأطفال الذين لا يحصلون ولا يتلقون الحنان والحماية من مقدمي الرعاية لا يبقون على قيد الحياة ولا يمرون على الإرث الوراثي لأبويهم، وبالتالي الاتصال الاجتماعي والرعاية هي مهمة للبقاء على قيد الحياة، وبالإضافة إلى ذلك تقر نظرية التطور للوحدة النفسية بدور أنواع الاتصالات الاجتماعية المختلفة في سياق التطور المميز (ميزة تطورية). كما قام كاسيوبو وهوكلي وآخرون (Cacioppo. Howkley، 2006) بشرح أن الأجداد الذين كانوا يميلون إلى تكوين علاقات اجتماعية والتواصل والعمل معا، وتقاسم الغذاء والدفاع، والانتقام بمواجهة انتهاكات المعايير بالمعاملة بالمثل وهي ميزة أساسية للبقاء على قيد الحياة في ظروف المشقة.

ووفقا لكاسيوبو وهوكلي وآخرون (2006) تقوم النظرية التطورية للوحدة النفسية على ما يلي:

---

[1] Janne vanhalst (2012). P :6.

1 ـ تساهم الوراثة والجينات في الوحدة النفسية.

2 ـ تشترك الروابط العصبية مع ميكانيزمات (أليات) أكثر بدائية، لأن أليات الوحدة النفسية يجب أن تتطور أكثر من الميكانيزمات البدائية، مثل الألم، أليات الشهية (وبالتالي سوف تتقاسم الاتصالات).

3 ـ الفروق الفردية في الحساسية للألم الاجتماعي المرتبط بالانفصال (الوحدة) والمكافأة الاجتماعية في الاتصال مع لم الشمل.

4 ـ يعتبر الألم الاجتماعي للوحدة النفسية كقوة محفزة لدفع الفرد بمعالجة الاتصال المنقطع حتى عندما لا يخدم مصالحهم الذاتية المباشرة.

5 ـ الاستجابة للوحدة النفسية تفعل ألية البقاء التي تزيد من حساسية التهديدات والهجمات.[1]

11 ـ 4 ـ النظرية السلوكية:

ركزت النظرية السلوكية على الجانب السلوكي للفرد وفسرت الوحدة النفسية من خلال نقص التعزيز من قبل الأفراد المحيطين، وهذا ما أكده جون واطسون أن الشعور بالوحدة النفسية نمط سلوكي لم يتوفر له تعزيز اجتماعي إيجابي، بمعنى آخر أن الشخصية الإنسانية هي نتاج لعملية التعلم، وأنها عبارة عن مجموعة من العادات السلوكية التي اكتسبها الفرد، وأن السلوك متعلم في البيئة وبالتالي فإن الوحدة النفسية والتجنب الانفعالي سلوك متعلم من البيئة المحيطة بالفرد، أما سكنر فيعتقد أن الشعور بالوحدة النفسية سلوك يتخذه الفرد على أساس إدراكه لاستجابات الآخرين في البيئة الاجتماعية[2].

---

[1] Chlipala, M. linda (2008). P : 9 – 7.

[2] بن دهنون سامية شيرين: بعض الخصائص النفسية (الاكتئاب، الوحدة النفسية) وعلاقتها بتقدير الذات في ضوء متغير الجنس والمستوى التعليمي ـ دراسة على عينة من طلبة جامعة وهران، رسالة دكتوراه منشورة، وهران، الجزائر. 2016، ص: 83.

إن التعزيزات الاجتماعية غير الكافية تعتبر كمصدر لمشاعر الوحدة النفسية. ووفقا لهذا الجانب يمكن اعتبار العلاقات الاجتماعية على أنها فئة معينة من التعزيز، ويمكن النظر إلى الشعور بالوحدة النفسية كرد على عدم وجود تعزيزات اجتماعية مهمة أو عدم كفايتها[1]، وهذا ما أكده صالح الخطيب (Saleh A. Al Khatib، 2012) أن تعرض الأفراد للوحدة النفسية يكون ناتجا عن التفاعلات الاجتماعية غير الفعالة التي لا تؤدي إلى التعزيز الإيجابي من المحيط[2].إن نقص التعزيز يؤدي إلى الشعور بالعدائية، الضغط النفسي، التشاؤم، القلق، نقص تقدير الذات[3].

11 ـ 5 ـ وجهة النظر الاسلامية:

إن الإسلام يجمع بين قلوب المسلمين ومشاعرهم وأحوالهم المعيشية من خلال أداء شعائر فريضة الصوم في شهر رمضان الكريم، أيضا فإن أداء فريضة الزكاة، وما ينتج عنها من تكافل اجتماعي وتآلف إنساني بين أبناء الأمة الإسلامية، يقرب ويجمع فيما بينهم، مما يجعل الأغنياء يعطفون على الفقراء، ويحب الفقراء الأغنياء، ومن هنا فإن الإسلام عموما ينمي شعور الفرد بالانتماء للجماعة والافتخار والاعتزاز بها، وأيضا ينمي روح التعارف والتآلف والترابط والتعاون والتماسك والتراحم والمحبة والمودة والإخاء وتبادل المنفعة والمساعدة بين أبناء الأمة الإسلامية .وليس أدل على ذلك من قول الله سبحانه وتعالى: **{إِنَّمَا الْمُؤْمِنُونَ إِخْوَةٌ فَأَصْلِحُوا بَيْنَ أَخَوَيْكُمْ وَاتَّقُوا اللَّهَ لَعَلَّكُمْ تُرْحَمُونَ}** (الحجرات: 10)، **{وَتَعَاوَنُواْ عَلَى الْبرِّ وَالتَّقْوَى وَلاَ تَعَاوَنُواْ عَلَى الإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ وَاتَّقُواْ اللّهَ إِنَّ اللّهَ شَدِيدُ الْعِقَابِ}** (المائدة:

---

[1] Malka margalit (1994). P : 7 – 8.

[2] Saleh A. Al Khatib : Exploring the relationship among loneliness, self esteem, self-efficacy and gender in united arab emirates college students, Europe's journal of psychology, 8(1), pp. 159-181. (2012). p : 172 -173.

[3] Louise C. Hawkley, John T. Cacioppo : Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms, ann. behav. med. 40. P :218 227. (2010). P :220

2)، **{وَاعْتَصِمُواْ بِحَبْلِ اللّهِ جَمِيعاً وَلاَ تَفَرَّقُواْ وَاذْكُرُواْ نِعْمَتَ اللّهِ عَلَيْكُمْ إِذْ كُنتُمْ أَعْدَاء فَأَلَّفَ بَيْنَ قُلُوبِكُمْ فَأَصْبَحْتُم بِنِعْمَتِهِ إِخْوَانا}** (آل عمران: 103)[1].

ومن الجوانب الأساسية التي يدعو لها الدين هي محبة الآخرين والاندماج معهم، والتفاعل والتعاون معهم، فكانت النظرة التفاعلية للفرد مع الآخرين قائمة على أساس الاتصال، المشاركة، معرفة الدور، التفاعلات الإنسانية بكل أشكالها، ولقد جاء في الذكر الحكيم: **{ادْفَعْ بِالَّتِي هِيَ أَحْسَنُ فَإِذَا الَّذِي بَيْنَكَ وَبَيْنَهُ عَدَاوَةٌ كَأَنَّهُ وَلِيٌّ حَمِيمٌ}** (فصلت: 34). ولعله يتضح من خلال ذلك المنظور النبوي الشريف مدى الوصف النموذجي والتحديد الدقيق الشامل لتكوين وشكل وطبيعة ونوع منظومة شبكة العلاقات الإنسانية الاجتماعية السوية، التي ينبغي أن تسود بين الأفراد وبعضهم بعضا. والتي تصطبغ في جوهرها وكينونتها بدعائم الحب والود والراحة والرأفة والرحمة والاطمئنان والتعاون والألفة والمشاركة والتوحد مع الجماعة والاندماج فيها والتكامل فيما بينها. فأي خلل أو مشكلات يمكن أن تعوق الفرد عن تحقيق تفاعله الاجتماعي الطبيعي، قد تقوده إلى الدخول في دائرة الاضطرابات النفسية والاجتماعية والتي ربما تأتي في مقدمتها مشكلة الشعور بالوحدة النفسية[2].

إن الإسلام يشجع على تنمية روح الجماعة والتآلف والتعارف والمحبة والإخاء بين الأشخاص ويرفض كل المظاهر والأحوال التي من شأنها أن تؤدي إلى الوحدة أو الانفراد أو التفرقة أو التشتت أو الابتعاد أو الانعزال عن الجماعة[3]. ولا يعني هذا أن على الإنسان أن يتجنب الوحدة النفسية فيلقي بنفسه وسط أصدقاء السوء، بل عليه أن يختار الأصدقاء الطيبين الذين يعينونه على الخير: فإن من ابتعد عن الجماعة المؤمنة يكون أشبه بالشاة التي تكون منفردة وبعيدة عن القطيع فتكون سهلة الصيد على الذئاب حيث قال الرسول صلى الله عليه وسلم: **(إن الشيطان ذئب ابن آدم كذئب الغنم يأخذ الشاة دون الناحية**

---

[1] حمو علي خديجة .(2011)، ص: 45.

[2] وفاء حسن على خويطر. (2010)، ص: 60.

[3] حمو علي خديجة .(2011)، ص: 45.

والقاصية، فعليكم بالجماعة والمساجد)، وقال الإمام علي بن أبي طالب "رضي الله عنه": **(خالطوا الناس مخالطة إن مُتُّم بكوا عليكم وإن عشتم حنوا إليكم)**. فارتباط الإنسان بالآخرين بالمودة والمحبة، يقوي انتمائه إلى الجماعة ويخلصه من الشعور بالقلق الذي ينتج عن الوحدة النفسية والعزلة عن الجماعة، ليس كائنا منعزلا عن الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه بل كائن اجتماعي قادر على خلق شخصيته من خلال نشاطه الذاتي[1].

يتضح أن النظرية التحليلية ترجع أسباب الشعور بالوحدة النفسية إلى تجارب الطفولة من خلال التفاعلات غير الصحية مع الوالدين، وترى بأنها حالة مرضية تنشأ من خلال الفطام المبكر، والصراعات الداخلية وسمات الشخصية والتناقضات الأسرية، وإلى التعلق غير الأمن. بينما ترجع النظرية المعرفية أسباب الشعور بالوحدة النفسية إلى التناقضات المعرفية للفرد بين ما يرغب فيه من علاقات وما يحصل عليه من علاقات، وهذه المقارنة تؤدي بالفرد إلى الشعور بالوحدة النفسية. في حين ترى النظرية التطورية أن الوحدة هي أساس بقاء الكائنات الحية من خلال لم الشمل والمحافظة على الموروث البشري. أما النظرية السلوكية فترجع أسباب الشعور بالوحدة النفسية إلى غياب التعزيز الإيجابي من طرف الأفراد المهمين في المجتمع، أما المنظور الإسلامي فيرى أن نقص التفاعل الاجتماعي بين الأفراد يؤدي إلى الشعور بالوحدة النفسية.

---

[1] وفاء حسن على خويطر. (2010)، ص: 62 – 63.

12 ـ أنواع التدخلات التي تستهدف الوحدة النفسية:

إن الأشخاص الذين يشعرون بالوحدة النفسية سواء كانوا يعانون من مشاكل ترتبط بالصحة أم لا لديهم تشوهات معرفية خاصة، وهناك تدخلات خاصة تحدد الشعور بالوحدة النفسية، وتتمثل في ما يلي:

جدول رقم (3): التدخلات التي تستهدف الوحدة النفسية.

التدخلات	التفسير
التغيرات المعرفية	التدخلات التي تهدف إلى الحد من الأفكار غير الملائمة عند الأفراد الوحديين، وقد يستهدفون التحريفات المعرفية، والأساليب العامة، مما يغير طريقة تفكير الأفراد حول علاقاتهم الاجتماعية، ويهدف هذا إلى تغيير السلوكات وزيادة الروابط الاجتماعية، وتقليل الشعور بالوحدة النفسية.
التدريب على المهارات الاجتماعية والتربية النفسية	التدخلات التي تركز على تدريب أو تعليم المهارات الاجتماعية للشخص، مثل القدرة على المحادثة، وتفسير لغة الجسد، قد يركز التعليم النفسي على إدارة مشاكل الصحة مع أهمية الدعم الاجتماعي، ويهدف هذا إلى تمكين الأفراد من تكوين علاقات هادفة والحفاظ عليها، وبالتالي تقليل الشعور بالوحدة النفسية.
الدعم الاجتماعي أو التركيز على الأفراد الداعمين اجتماعيا	التدخلات التي يتم فيها تقديم الدعم والتوجيه للأفراد لإيجاد مجموعات وحضور أنشطة جديدة، داعم مميز (محترف، أحد أفراد الأسرة، صديق متطوع، دعم الأقران) يعمل على تحقيق الأهداف الاجتماعية مع الأشخاص الوحيدين، وهي تهدف إلى مساعدة الأفراد على إجراء اتصالات اجتماعية

	يمكن الحفاظ عليها بعد انتهاء دعمهم، مما يقلل من الشعور بالوحدة.
جماعات التواصل الاجتماعي الواسعة	وتشمل التدخلات الجماعية التي تتطلب مدى أوسع من الأعضاء إلى تسهيل الاندماج في المجتمع، وتعزيز ثقة الأفراد الوحيدين باعتبارهم أعضاء في المجتمع الأوسع الذي تقبلهم.[1]

يتضح أن التدخلات النفسية التي تهدف إلى الحد من الشعور بالوحدة النفسية تركز على الجانب المعرفي والسلوكي للفرد من خلال تغيير الأفكار والمعارف غير الملائمة لدى الأشخاص الوحيدين، وهذا ما يغير طريقة تفكيرهم حول علاقاتهم الشخصية، مما يدفعهم إلى تعلم المهارات الاجتماعية التي تساعدهم في فهم سلوكات الأخرين، وتنمية أسلوب الحوار والكلام أثناء التحدث، ويعتبر الدعم الاجتماعي مصدرا مهما في هذه المرحلة من طرف الأفراد المقربين أو الأصدقاء، وهذا ما يؤدي بهم إلى فهم علاقاتهم والرضا عنها.

[1] Farhana Mann. Jessica K. Bone. Brynmor Lloyd-Evans. Johanna Frerichs. Vanessa Pinfold. Ruimin Ma. Jingyi Wang. Sonia Johnson : A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems, Psychiatry Psychiatr Epidemiol, v: 52, p:627-638. (2017). P :630.

خلاصة الفصل:

تعتبر الوحدة النفسية خبرة ذاتية مؤلمة غير سارة ناتجة عن نقص في كمية ونوعية العلاقات، مما يؤدي بالفرد إلى الانعزال عن الأخرين، وشعوره بالرفض وعدم التقبل، وهي من أصعب المشاعر التي يعيشها الفرد، لأنها شعور داخلي لا يمكن قياسه موضوعيا، وتتميز بعدة خصائص كونها ظاهرة إنسانية أي أن جميع الأفراد يمكن أن يشعروا بها في مرحلة معينة، وتمر بعدة مراحل، وتترابط بعدة مفاهيم ولكنها تحتوي على بعض الخصائص المميزة لها، ولديها عدة أثار سلبية على الصحة النفسية والجسدية للفرد كالتدخين وضعف جهاز المناعة، الاكتئاب القلق، وغيرها من الأثار، وتعددت الأسباب الكامنة وراء حدوثها، ولقد فسرت نظريا على حسب التوجهات النظرية لمختلف الباحثين، وركزت التدخلات التي تهدف إلى الحد من هذا الشعور على الجانب المعرفي والسلوكي للفرد من خلال تغيير الأفكار غير الملائمة وتنمية المهارات الاجتماعية.

الفصل الثالث

اكتئاب ما بعد الولادة

تمهيد:

تعتبر فترة الولادة حدثا سعيدا للوالدين ولكل أفراد الأسرة، لأن إنجاب طفل يوثق العلاقة بين الوالدين ويضمن الامتداد لهما، ولكن هذه الفرحة سرعان ما تزول إذا تعرضت الأم لأحدى الاضطرابات المزاجية بعد الولادة، وتعددت الاضطرابات المزاجية التي تتعرض لها الأم في فترة ما بعد الولادة، من بينها اكتئاب ما بعد الولادة وهو نوع من الاكتئاب الكبير الذي تتعرض له الأم في الأسبوع الرابع بعد الولادة، ويؤدي إلى ظهور أعراض سلوكية ومعرفية للأم تعرقل دورها كأم، وسنحاول في هذا الفصل تحديد مفهوم الولادة، وأنواعها، ومراحلها، والتطرق إلى الاضطرابات المزاجية التي تتعرض لها الأم بعد فترة الولادة، وسنحاول فهم هذا الاضطراب من خلال تقديم بعض التعاريف التي تناولته، وتحديد أعراضه السلوكية والمعرفية والانفعالية، والاضطرابات المصاحبة له، وكيف يتم تشخيصه الفارقي عن بقية الاضطرابات الأخرى، وإلى تفسيره نظريا، وإلى العوامل المؤدية له.

1 ـ تعريف الولادة:

يمكن تعريف الولادة من الناحية اللغوية في ما يلي:

1 . 1 . الولادة لغة:

ولدت الأنثى . (تلد) ولادا، وولادة: وضعت حملها.

وولادة: وضعت حملها، فهي والد ووالدة

ويقال: ولدت الجنين، أولدت المرأة حان ولادها

الولد: كل ما ولد (ويطلق على الذكر والأنثى والمثنى والجمع)

ولدت الأنثى: حضر ولادها فعالجها حين يبين الولد منها، تولد الشيء من الشيء نشأ عنه[1].

1 . 2 . الولادة طبيا:

تعرف الولادة بأنها قوة من القدرة البشرية الفطرية للمرأة والجنين[2]. لإخراج جنين مكتمل النمو والمجيء بالقمة من خلال قناة الولادة الطبيعية. ومنه فالولادة هي خروج الجنين للحياة من رحم أمه بعد اكتمال نموه[3].

---

[1] المعجم الوسيط، ط4، مكتبة الشروق الدولية. (2004). ص: 1056.

[2] Ellise D. Adams, Mary ann stark, Lisa Kane Low: A nurse's guide to supporting physiologic birth, Nursing for Women's Health, V 20, Issue 1, p: 78 - 86. (2016). P:78.

[3] عثمان أبو بكر المغربي: المسئولية الجنائية عن الأخطاء الطبية في مجال التوليد، ط1، دار الفكر والقانون، المنصورة. (2014). ص: 31.

2 ـ أنواع الولادة:

تنقسم الولادة إلى ثلاثة أنواع ويمكن تحديدها في:

أ ـ الولادة الطبيعية: تكون عفوية في البداية، الخطر منخفض في بداية المخاض والولادة، يولد الطفل بشكل عفوي في وضع قمة الرأس بين (37 ـ 42) أسبوعا من الحمل[1].

ب ـ الولادة الألية: إن الولادة الألية يمكن أن تحدث عندما يكون أحيانا حجم الجنين كبيرا مما يعيق انزلاقه من رحم أمه، أو قد يكون في وضع معترض في بطن أمه، وهذا يعيق انزلاقه أيضا، عندها يضطر المشرف على الولادة إلى استعمال الألة للولادة، مثل جهاز الشفط، وهذه الولادة محفولة بالمخاطر، فمن الممكن أن يصاب دماغ الجنين أو أي عضو من أعضاء جسم الجنين بتلف نتيجة عملية الشفط.

ج ـ الولادة القيصرية: يلجأ الطبيب في بعض الأحيان إلى شق بطن الأم وإخراج الجنين وذلك في الحالات التي تتعسر فيها الولادة الطبيعية، وهذه العملية تسمى العملية القيصرية، على الرغم من أنها ولادة غير اعتيادية إلا أنها أقل خطرا على حياه الطفل وعلى حياة أمه من الولادة بواسطة استخدام ألة[2].

يتضح أن للولادة عدة أنواع ويرجع ذلك إلى وضعية الجنين داخل رحم أمه، وإلى الحالة الصحية للمرأة، فالولادة الطبيعية تعني خروج الجنين من بطن أمه بشكل تلقائي في الأسبوع (37 ـ 42) من الحمل مع نقص خطر مخاض الولادة، بينما الولادة الألية فتتم باستعمال ألة تعين الجنين على الخروج من بطن أمه، وهذه الولادة محفولة بالمخاطر على الجنين، في حين تتم الولادة القيصرية بشق بطن الأم وإخراج الجنين وهي أقل خطورة على الأم والطفل.

---

[1] sylvie donna: Promoting normal birth: research, reflections and guidelines, Fresh heart publishing, United kingdom. (2011). P:211.

[2] هشام أحمد غراب (ب. س)، ص: 106.

3 ـ مراحل الولادة الطبيعية:

تنقسم الولادة الطبيعية إلى ثلاثة مراحل، وتتمثل فيما يلي:

أ ـ مرحلة اتساع عنق الرحم: وتبدأ هذه المرحلة بآلام الولادة الحقيقية وتنتهي بالتمدد الكامل لعنق الرحم، وتكون خلال (12 ـ 17) ساعة.

ب ـ مرحلة ولادة الجنين: وتبدأ بالتمدد الكامل لعنق الرحم، وتنتهي بولادة الرأس وباقي الجسم، وتكون خلال (1 ـ 2) ساعة، وهنا تبدأ مباشرة عملية الولادة الطبيعية بعد دخول الأم لعملية الولادة.

ج ـ مرحلة ولادة المشيمة والأغشية المحيطة بالجنين: وتبدأ بعلامات انفصال المشيمة وتنتهي حتى تمام ولادة المشيمة، وتكون خلال نصف ساعة إلى ساعة[1].

يتضح مما سبق أن الولادة تتم عبر ثلاثة مراحل تبدأ باتساع عنق الرحم لدى المرأة مصحوب بآلام، التي تعتبر مؤشرا للولادة، ثم مرحلة ولادة الجنين من خلال التمدد الكامل لعنق الرحم لتسهيل خروج الجنين بدءا من رأسه ثم باقي أطراف جسمه، بعدها تأتي مرحلة ولادة المشيمة والأغشية المحيطة بالجنين من خلال تمزق جدار الرحم، وفي الأخير يتم العناية بالأم والرضيع من خلال فحص المولود عند ازدياده وتنظيف جسمه وملاحظة لون بشرته وطريقة تنفسه والاعتناء بالمرأة عن طريق المراقبة الطبية لها.

---

[1] طه عثمان ابو بكر المغربي (2014). ص: 44 ـ 45.

4 ـ الاضطرابات المزاجية بعد الولادة:

تنقسم الاضطرابات المزاجية بعد الولادة إلى عدة أنواع، وهي:

جدول رقم (4): الاضطرابات المزاجية بعد الولادة

النوع	البداية	الانتشار	الأعراض
اكتئاب قبل الولادة	أثناء الحمل	من (10 ـ 20%) من الأمهات الحوامل	ـ البكاء، مشاكل في النوم. ـ اضطرابات في الشهية. فقدان الاستمتاع، القلق، فقدان التعلق بالجنين. ـ الارتباك.
كأبة ما بعد الولادة	تبدأ خلال الأسابيع الأولى بعد الولادة (عادة في الأسبوع الأول، ويبلغ ذروته في (3 ـ 5 أيام) وعادة ما تنتهي الأعراض خلال أسبوعين بعد الولادة.	يصل إلى (80%) لدى الأمهات الحديثات.	ـ البكاء. ـ الحزن، الارتباك. ـ الشعور بالتعاطف المبالغ فيه. ـ مزاج متقلب (مرتفع أو منخفض). ـ الشعور بالإرهاق. ـ الأرق، مشكلة في الخلود إلى النوم أو البقاء مستيقظا، التعب، الإنهاك، الإحباط.
اكتئاب ما بعد الولادة	عادة ما يبدأ في الشهر الأول أو الثاني أو الثالث بعد الولادة على الرغم من أن بدايته يمكن أن تكون بعد الولادة مباشرة (يمكن تمييزها عن الكأبة لأنه يدوم أكثر من أسبوعين	من (10 ـ 20%) للأمهات الحديثات.	ـ الحزن المستمر. ـ البكاء المتكرر حتى على أصغر الأشياء. ـ ضعف التركيز أو التردد. ـ صعوبة تذكر الأشياء. ـ الشعور بعدم الكفاءة أو القيمة أو الشعور بالذنب. ـ شدة الانفعال. ـ فقدان الاهتمام بالذات. ـ عدم الاهتمام بالمهام اليومية، هيجان نفسي حركي، التعب أو انخفاض الطاقة،

	بعد الولادة)		أرق أو إفراط في النوم. - انخفاض أو زيادة كبيرة في الشهية. - يظهر القلق في أفكار ومخاوف غريبة (مثل أفكار وسواسية لإيذاء الطفل). - الشعور بالارتباك. - أعراض جسدية (صداع، ألام في الصدر، خفقان القلب، الشعور بالتنميل، وفرط في التنفس). - ضعف الارتباط مع الطفل (لا يوجد تعلق)، فقدان الاهتمام بالطفل، الأسرة، أو الأنشطة. - فقدان المتعة أو الاهتمام في فعل الأشياء التي اعتاد الفرد الاستمتاع بها (بما في ذلك الجنس). - أفكار متكررة حول الموت أو الانتحار.
ذهان ما بعد الولادة	يبدأ عادة من (2 - 4) أسابيع من الولادة، ولكن يمكن أن يبدأ في وقت مبكر من (2 - 3) أيام بعد الولادة (ويمكن أن يحدث في أي وقت بعد السنة الأولى).	من (1 - 2‰) للأم حديثة الولادة.	- الهلوسة السمعية والأوهام (في كثير من الأحيان عن الطفل وغالبا عن الطبيعة الدينية). - الهلوسة البصرية (غالبا ما تكون في شكل رؤية أو شعور بوجود الظلام). - الأرق. - اليأس. - الشعور بالهيجان أو الغضب. - القلق. - برانويا، وعدم الثقة بالأخرين. - الهذيان. - الارتباك. - الهوس (النشاط المفرط، الحالة المزاجية،

			عدم الراحة). - أفكار انتحارية أو القتل.[1]

عادة ما يتم وصف الاضطرابات الاكتئابية بعد الولادة لدى المرأة وفق ثلاث مستويات مختلفة من الشدة، كأبة ما بعد الولادة، اكتئاب ما بعد الولادة، وذهان ما بعد الولادة، ولم يتم تحديدها إذا كانت هذه الاضطرابات هي كيانات منفصلة أو سلسلة متصلة من الاضطرابات[2]، أما دين ل. بورنز (Deane L. Burns) فيرى أن اكتئاب ما بعد الولادة عادة ما يشير إلى ثلاث حالات نفسية بعد الولادة، كأبة ما بعد الولادة، اكتئاب ما بعد الولادة، ذهان ما بعد الولادة، تختلف هذه الحالات في الشدة والمدة والعلاج، يصف البعض هذه الاضطرابات بأنها متواصلة، على الرغم من أن كأبة ما بعد الولادة الحادة، يمكن أن يليها اكتئاب ما بعد الولادة الحاد، وليس من المرجح أن تعاني المرأة من مرض واحد[3]. وقد وضع كوكس (Cox، 1998) مخططا توضيحي حول مسار الاضطرابات المزاجية بعد الولادة، يتضح من خلال الشكل التالي:

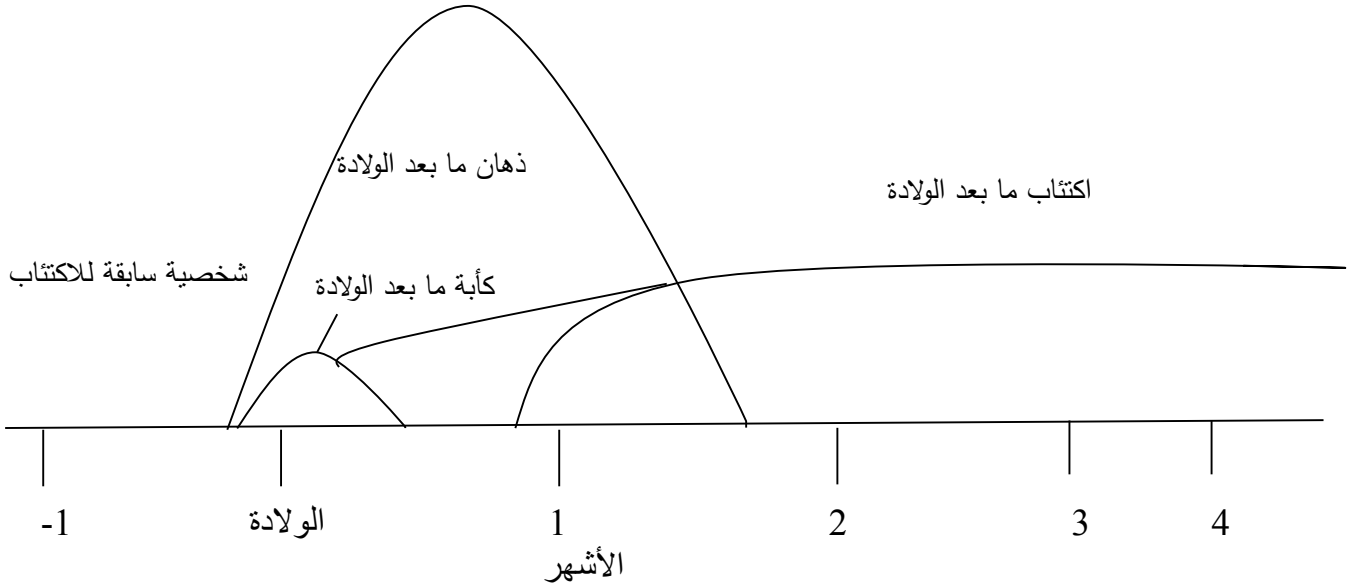
---

[1] The national institute for health care management research and educational foundation Identifying and treating maternal depression: strategies & considerations for health plans, health resources and service administration's maternal and child, united states. (2010).p:3 -4.

[1] Briana Jamieson: Risk factors in women for postpartum depression versus postpartum psychosis: an integrative literature review, Honors in the major theses, University of central florida. (2016). P:1.

[2] Briana Jamieson: Risk factors in women for postpartum depression versus postpartum psychosis: an integrative literature review, Honors in the major theses, University of central florida. (2016). P:1.

[3] Deane L. Burns: Aspects of postpartum depression -A literature review, Ontario: Middlesex-London Health Unit, London. (2003). P:4.



شكل رقم (6): مسار الاضطرابات المزاجية لدى المرأة[1]

يتضح من خلال المخطط رقم (6) أن هناك ثلاث اضطرابات مزاجية لدى المرأة في فترة ما بعد الولادة، وهي كأبة ما بعد الولادة التي تحدث في الأيام الأولى لدى المرأة وينتهي في (14) أو (15) يوما بعد الولادة إذا كانت أعراضها حادة تتطور إلى اكتئاب ما بعد الولادة، اكتئاب ما بعد الولادة، وذهان ما بعد الولادة، ويتضح أن هناك علاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة وكأبة ما بعد الولادة، ولكن العلاقة بين ذهان ما بعد الولادة، اختلف الباحثين فيها فمنهم من يقول بأنهم على سلسلة واحدة، ومنهم من يقول بأنهم مختلفين عن بعضهم البعض، وهذا ما بينته شيلي دوست واخرون (Shelley Doucet) أن اكتئاب ما بعد الولادة يشير إلى نوبة اكتئاب غير ذهانية، بينما يشير ذهان ما بعد الولادة إلى نوبة هوس أو نوبة ذهانية عاطفية مرتبطة مؤقتا بالولادة[2].

[1] John cox, Jeni holden, carol henshaw : (2014). Perinatal mental health : The edinburgh postnatal depression scale (EPDS) manual, RCPsych publications, Second edition, London.2014, P :

[2] Shelley Doucet, Cindy-Lee Dennis, Nicole Letourneau, and Emma Robertson Blackmore: Differentiation and Clinical Implications of Postpartum Depression and Postpartum Psychosis, JOGNN, 38, P: 269-279. (2009). P:269.

5 ـ اكتئاب ما بعد الولادة:

5 . 1 ـ تعريف اكتئاب ما بعد الولادة:

يشتق مصطلح اكتئاب ما بعد الولادة من الكلمة اللاتينية من (Post) و(Partus) والتي تعني على التوالي بعد الولادة، والاكتئاب يصيب حياة المرأة عندما يتوقع منها أن تكون سعيدة بقدر ما يمكن أن تكون، مما يجعل تجربة الاكتئاب شاقة للغاية[1].

يعرف اكتئاب ما بعد الولادة على أنه نوبة اكتئابيه شديدة تبدأ في الأسابيع الأربعة الأولى من الولادة، وعادة ما تمتد إلى السنة الأولى بعد الولادة، إذا كان اكتئاب ما بعد الولادة غير معالج، فهو يشكل تهديدا خطيرا لصحة ورفاهية كل من الأم والطفل[2].

بينما عرفه بيك (Beck، 2006) على أنه اضطراب مزاجي خطير، يسبب العجز للأم في الأشهر الأولى باعتبارها أم حديثة، ولقد وصفها بأنها لص يسرق الأمومة، وبدون التدخل العلاجي، يمكن لاكتئاب ما بعد الولادة أن تكون له مضاعفات لكل من الأم والطفل[3].

في حين عرفته أميا أورقت أورقت وآخرون (Amaia Ugarte Ugarte) على أنه تطور لنوبة اكتئابيه شديدة مع بداية الحمل أو في الأربعة أسابيع الأولى بعد الولادة، والتي توجد فيها أعراض الاكتئاب لمدة أسبوعين على الأقل[4].

---

[1] Silje Marie Haga: Identifying risk factors for postpartum depressive symptoms: the importance of social support, self-efficacy, and emotion regulation, grants the doctorate, University of Oslo. (2012).p:8.

[2] Erik Blomqvist, projektarbete: The association between experiences of intimate partner violence and post partum depression, a study within the basic cohort, Uppsala university hospital. (W.Y). p:4.

[3] Kathleen A. Kendall-Tackett: Depression in new mothers causes, consequences, and treatment alternatives, Library of Congress Cataloging- in Publication Data, published by Routledge, New York, london. (2010).p:3.

[4] Amaia Ugarte Ugarte, Purificación López-Peña, Carmen Serrulla Vangeneberg, Julia Gemma Torregaray Royo, Maria Asunción Arrieta Ugarte, Maria Teresa Zabalza Compains,

أما إدوارد هاقن فعرفه (Edward h. hagen، 1999) على أنه نوبة اكتئابيه تحدث مع بداية الشهر الأول بعد الولادة، تتميز نوبة الاكتئاب بمجموعة من الأعراض بما في ذلك الاكتئاب أو مزاج حزين، فقدان ملحوظ في الاهتمام بجميع الأنشطة تقريبا، فقدان أو زيادة في الوزن بشكل كبير، الأرق أو إفراط في النوم، الشعور بعدم القيمة أو الذنب، انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، والأفكار المتكررة حول الموت[1].

في حين عرفه أدجوك د.أبيودونل وأخرون (Adejoke D. Abiodun، 2018) بأنه نوبة اكتئابية مهمة عياديا يبدأ في فترة ما بعد الولادة. وهو اضطراب يستمر لأكثر من أسبوعين ويتطلب رعاية طبية[2].

أما يني قرين (Yeny guarin، 2017) فعرفة بأنه اضطراب اكتئابي يؤدي إلى تغيرات في المزاج مثل الشعور باليأس والقلق الشديد والهلع، الشعور بفقدان السيطرة على السلوك، ويمكن أن تشمل الأعراض الأخرى التعب، البكاء، وتغيرات في الشهية[3].

بينما عرفته أرنيت أرورا وأخرون (Arneet Arora، 2017) بأنه نوبة اكتئاب تشمل تغيرات في النشاط النفسي حركي، القدرة على التفكير، القدرة على التركيز، القدرة على اتخاذ القرارات، أو أفكار متكررة حول الموت، أو محاولات أو التخطيط للتفكير الانتحاري، كل هذه التغيرات الشديدة تؤدي بالفرد

Maria Pilar Riaño Medrano, Nerea Muñoz Toyos, Edurne Arenaza Lamo, Maria Begoña Beneitez Dueñas, Ana González-Pinto: Psychoeducational preventive treatment for women at risk of postpartum depression: study protocol for a randomized controlled trial, PROGEA, University hospital of alava-santiago, vitoria, biomedical research network on mental health (cibersam), madrid, spain. (2017). P:2.

[1] Edward H. Hagen: The functions of postpartum depression, Evolution and Human Behavior, University of California, Santa Barbara, New York. (1999). P:326.

[2] Adejoke D. Abiodun1, Boladale Mapayi, Afolabi B. Abiodun, Julianah T. Mosanya1, Adeleye A. Adeomi: The relationship between intimate partner violence and postpartum depression in osogbo, Nigeria, International journal of reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, v: 7(10), P:3911-3918. (2018). p:3912.

[3] Yeny Guarin: a postpartum support group for women experiencing postpartum depression: A grant proposal, California state university, Los angeles. (2017). P:2.

إلى ارتكاب أعمال تنتهك القانون، بالإضافة إلى ذلك يمكن أن يؤدي استمرار الدعم الاجتماعي غير الكافي من طرف أفراد الأسرة بعد الولادة إلى استمرار وتعزيز اضطراب الاكتئاب لدى الأم، وهو عامل يتم تجاهله في الكثير من حالات اكتئاب ما بعد الولادة[1].

يتضح مما سبق أن اكتئاب ما بعد الولادة هو نوع من الاكتئاب الكبير الذي يصيب المرأة في الأربعة أسابيع الأولى بعد الولادة إلى السنة الأولى بعد الولادة، ويؤدي الى اضطرابات في المزاج وتقلبات انفعالية وتغيرات في السلوك، وقد تكون له مضاعفات خطيرة على الأم والطفل بسبب العواطف السلبية المرتفعة.

5 ـ 2 ـ أعراض اكتئاب ما بعد الولادة:

تنقسم أعراض اكتئاب ما بعد الولادة إلى:

5 ـ 2 ـ 1 ـ الحالة العاطفية:

تتميز الحالة العاطفية للأم التي تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة بانخفاض المزاج أكثر من يوم، كل يوم تقريبا، وانخفاض الاهتمام أو المتعة بشكل ملحوظ في معظم الأنشطة إن لم يكن في كلها، مع قلق حاد مرتبط بالشعور بالعجز في رعاية الرضيع، وبشأن سعادته، مما يؤدي بها إلى الشعور بعدم الجدوى، وتقلب المزاج والبكاء بدون مبرر، مشاعر عدم القيمة المفرطة، أو الشعور بالذنب غير المناسب (قد يكون وهميا) كل يوم تقريبا ونقص في تقدير الذات مع الشعور باليأس وعدم الواقعية، وعدم القدرة على التعود على نفسها، الشعور بالانفصال العاطفي عن الأحبة، خصوصا عن الرضيع مع مشاعر عدائية اتجاه الأخرين بما في ذلك الرضيع، ومشاعر متناقضة حول الرضيع.

---

[1] Arneet Arora, Jayanthi Yadav, Sanjay Kumar Yadav, Hans Raj Singh: Infanticide: A Concept, J Forensic Sci Med, V: 3, P:42-46. (2017). P: 44.

5 ـ 2 ـ 2 ـ التوظيف المعرفي:

يتميز التوظيف المعرفي بانخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو صعوبة في اتخاذ القرارات تقريبا كل يوم، مع ضعف في الذاكرة قصيرة المدى، وأفكار متكررة حول الموت، التفكير في الانتحار، محاولة الانتحار أو خطة محددة، وأفكار غريبة، غير معروفة، أو وسواسية، ووجود أفكار حول إيذاء الطفل مع قلق متزايد على صحته والتفسير الخاطئ لإشاراته.

5 ـ 2 ـ 3 ـ الأعراض السلوكية:

تتميز الأعراض السلوكية بالأرق أو إفراط في النوم تقريبا كل يوم مع اضطراب في النوم لا علاقة لها بالطفل حديث الولادة، المكافحة من أجل النوم، الاستيقاظ المتكرر، والاستيقاظ المبكر بشكل غير معتاد، وهيجان أو بطئ نفسي حركي تقريبا كل يوم مع تعب أو نقص في الطاقة تقريبا كل يوم وسلوكات مبالغ فيها، مع نوبات قلق وعدوانية مع كوابيس متكررة، عدم التجاوب مع الطفل والقلق المتزايد عليه.

5 ـ 2 ـ 4 ـ الأعراض الجسدية:

تتميز الأعراض الجسدية بفقدان الوزن بشكل حاد عندما لا يتبع نظام غذائي، زيادة الوزن، نقص او زيادة في الشهية تقريبا كل يوم، وفقدان الرغبة الجنسية، صداع مستمر مع الشعور بتخدر ووخز في الأطراف، والشعور بألام في الصدر، وخفقان في القلب، وزيادة في التنفس[1].

بينما ترى كايلا أفيس وأنجلا بون (Kyla Avis، Angela bowen، 2004) أن المرأة التي تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة لديها خمسة أعراض أو أكثر لمدة أسبوعين:

ـ مزاج مكتئب معظم الوقت.

---

[1] Melony struik: The translation and validation of the postpartum depression screening scale (PDSS): towards improving screening for postpartum depression in english- and afrikaansspeaking south african women, submitted in fulfillment of the requirements for the degree phd (psychology), university of pretoria.. (2011). W.P.

ـ فقدان الاستمتاع (تناقص حاد بالاهتمام أو التمتع بالأنشطة).

ـ تغير في الوزن ثانوي لتغير في الشهية.

ـ أرق أو إفراط في النوم: تغيرات نفسية حركية.

ـ قلق، مرتبك، متباطئ.

ـ الشعور بعدم القيمة أو الشعور بالذنب الزائد.

ـ انخفاض التركيز وزيادة في التردد.

ـ أفكار متكررة حول الموت أو الانتحار[1].

بينما حددت مارتينا كوري (martina corry، 1999، ص: 5) أعراض اكتئاب ما بعد الولادة في:

ـ الشعور بالتعب وإيجاد كل شيء متعب.

ـ القلق الشديد على الطفل.

ـ إيجاد صعوبة في التعالمل مع الحوادث اليومية البسيطة.

ـ إيجاد صعوبة في التركيز مما يؤدي إلى زيادة النسيان.

ـ الشعور بالتوتر والعصبية في كثير من الاحيان.

ـ الشعور بالخوف بدون سبب محدد.

ـ مشاعر الحزن والميل إلى البكاء بسهولة.

ـ الشعور بعدم الجدوى، والشعور بأنها ليست جيدة.

ـ عدم الرغبة في ان تكون وحيدة.

---

[1] Kyla Avis, Angela bowen : Postpartum depression support program evaluation, University Institute for Social Research, University of saskatchewan, Canada. (2004). P :3.

ـ عدم الاهتمام بالجنس[1].

يتميز اكتئاب ما بعد الولادة الحاد حسب سوزان ياتس (suzanne yates، 2010) بعدة مؤشرات من بينها:

ـ مزاج مكتئب.

ـ اضطراب في النوم، لا تتعلق بعدم الراحة واستيقاظ الرضيع.

ـ عدم القدرة على التخلص من الشعور بالذنب او الفشل.

ـ أفكار حول إيذاء النفس أو الطفل، بما في ذلك الانتحار.

ـ رفض الطفل.

ـ تغيرات في الرغبة الجنسية.

ـ الحصر.

ـ فقدان الطاقة والاستمتاع.

ـ عدم الاهتمام.

ـ ضعف التركيز[2].

يتضح أن اكتئاب ما بعد الولادة له تأثيرات واضحة على مختلف الجوانب لدى المرأة فهو يؤثر على الحالة العاطفية فيؤدي إلى تقلبات المزاج، الحزن، البكاء، الشعور بالخوف بدون سبب محدد، ويمس الجوانب المعرفية من خلال نقص التركيز والانتباه، زيادة النسيان، صعوبة أخذ القرارات في التعامل مع الاحداث اليومية، التوتر والعصبية، ويؤثر على الجانب السلوكي فيؤدي الى الشعور بالتعب والارهاق حتى عند عدم القيام بالمهام اليومية، وإذا كانت هذه الأعراض تتميز بالشدة، والمدة الزمنية، وبتكرار

---

[1] Martina corry: Postnatal depression a guide for mothers and families facts, treatment, how to cope, aware defeat depression, Copyright aware defeat depression. (1999). P:5.

[2] Suzanne yates: Pregnancy and childbirth an holistic approach to messade and bodywork with input from international specialists, first published, churchill livingstone elsevier, china. (2010). W.p.

حدوثها فإنها تتطور إلى اكتئاب ما بعد الولادة الحاد الذي يؤدي بالأم إلى إيذاء نفسها أو طفلها مع الشعور بالذنب المتواصل الذي تعجز عن التخلص منه.

5 . 3 . الاضطرابات المصاحبة لاكتئاب ما بعد الولادة:

تتزامن ظهور أعراض اكتئاب ما بعد الولادة مع أعراض اضطرابات أخرى، تتمثل في ما يلي:

5 ـ 3 ـ 1 ـ اضطراب ثنائي القطب (Bipoler disorder):

إن المسار الأولي لاضطراب ثنائي القطب يؤدي إلى معدل مرتفع من سوء التشخيص لأنه عادة ما يظهر في النفاس كالاكتئاب الكبير بدون ذهان، قد تعاني المرأة في هذا الاضطراب من نوبات لا نهاية لها من ضخامة تقدير الذات، الثرثرة المتزايدة، قلة النوم، الأفكار المسبقة، الزيادة في توجيه الأهداف[1].

كتشف فريندر شارما وآخرون (Verinder Sharma، 2008) في دراستهم أن (54٪) من المرضى الذين يعانون من اكتئاب ما بعد الولادة لديهم اضطراب ثنائي القطب لم يتم الإبلاغ عنه سابقا.

يتضح أن إضطرابات ثنائي القطب هي اضطرابات مصاحبة لإكتئاب ما بعد الولادة، ولكنها مختلفة عنه حيث تتميز بنوبات حادة من الهوس والاكتئاب مع أعراض ذهانية وتيتميز أعراضه بالهذيان والهلاوس، الكلام السريع، تضخم تقدير الذات أو العظمة، قلة الحاجة إلى النوم، طاقة زائدة ومستمرة، تشتت الانتباه[2].

---

[1] Kathleen A. Kendall-Tackett: Depression in new mothers causes, consequences, and treatment alternatives, Library of Congress Cataloging- in Publication Data, published by Routledge, New York, london. (2010). P:11.

[2] Verinder Sharma, Mustaq Khan, Cynthia Corpse, Priya Sharma (2008). Missed bipolarity and psychiatric comorbidity in women with postpartum depression, Blackwell Munksgaard,V10: 742–747. P:745.

5 ـ 3 ـ 2 ـ اضطراب قلق ما بعد الولادة:

إن اضطراب قلق ما بعد الولادة يشمل نوبات هلع، واضطراب القلق العام، الرهاب الاجتماعي، اضطراب الوسواس القهري، واضطراب الضغط ما بعد الصدمة ويبدو أن العديد من العوامل تسهم في قلق ما بعد الولادة، بما في ذلك المسؤوليات الإضافية، وتغيير الأدوار الاجتماعية والأسرية والمهنية.

قامت دراسة سكوتريست وأخرين (Skouterist، 2009) التي أجريت على (207) أما في أستراليا بدراسة العلاقة بين الاكتئاب والقلق في الحمل وبعد الولادة، مشيرة إلى أن هذه العلاقة غالبا ما تكون ثنائية الاتجاه، وتنبأت هذه الدراسة أن أعراض الاكتئاب في مرحلة مبكرة من الحمل وأعراض القلق في وقت لاحق من الحمل، والقلق في مرحلة لاحقة من الحمل ينبأ بأعراض اكتئاب ما بعد الولادة، وكانت هذه الأعراض موجودة حتى بعد السيطرة على الدعم الاجتماعي، الاكتئاب، ونوعية النوم، وجد سكوتريست وزملاؤه (2009) أن درجات القلق كانت أكثر استقرارا من نتائج الاكتئاب عبر نقاط التقييم المتعدد، واقترح على الأطباء عدم فحص الاكتئاب فحسب بل القلق أيضا[1].

بيما درس ستيوارت (Stuart) وأخرين الارتباط بين القلق والاكتئاب، أستعمل مقياس إدنبورغ لإكتئاب ما بعد الولادة، مقياس بيك (Beck) للقلق ومقياس بيك للاكتئاب ومقياس القلق كسمة، تكونت عينة الدراسة من (107) أما، أشارت النتائج إلى إنتشار أعراض القلق والاكتئاب المصاحبة ل (8.7%) من الأمهات في الاسبوع الثلاثين بعد الولاد، وكانت نسبة حدوث القلق خلال هذه الفترة (10.3%)، وكان معدل الاكتئاب (74%) مما يشير الى ارتفاع معدل انتشار كل من القلق بعد الولادة واكتئاب ما بعد

[1] Kathleen A. Kendall-Tackett: (2010). P:11.

الولادة خلال فترة ما بعد الولادة، كان لمقياس ادنبورغ لاكتئاب ما بعد الولادة ارتباطات مرتفعة مع مقياس القلق (R= 0.73 في الاسبوع الرابع عشر، R= 0.82 في الاسبوع الثلاثين)[1].

يتميز القلق بأنه حالة من التوتر وعدم الراحة المصحوب بالضيق والاختناق والارتباك والخوف بدون سبب محدد، أما إكتئاب ما بعد الولادة فيتميز بإنخفاض المزاج وقلة الاهتمام بالأنشطة اليومية أو التمتع بها والشعور باليأس، الذنب، عدم الواقعية، وبأفكار متكررة حول الموت أو التفكير في الانتحار ووجود أفكار وسواسية حول إيذاء الطفل.

5 ـ 3 ـ 3 ـ اضطراب الوسواس القهري:

إن اضطراب الوسواس القهري هو من بين اضطرابات القلق، غالبا ما يحدث مع اكتئاب ما بعد الولادة، يتميز بتكرار التفكير غير المرغوب فيه، والأفكار أو الشكوك، التي تسبب القلق والكرب. هذه الوساوس تؤدي إلى سلوكات وأفعال عقلية مفرطة، حالات الوسواس القهري غير معروفة على وجه الدقة، ولكن ولادة الطفل مع ارتفاع معدلات مضاعفات الولادة هي واحدة من مسببات الأعراض المعروفة، غالبا ما تتميز الأفكار الوسواسية عند النساء بعد الولادة بإيذاء الرضيع، والبعض الأخر بمخاوف إيذاء الرضيع بالسكاكين، أو رميه على الدرج، أو إخراجه من النافذة، أو غير ذلك من أنواع الأذى، أنواع أخرى للوسواس القهري أفكار متكررة حول أن أطفالهم يموتون في نومهم، إنهم يسيئون جنسيا لأطفالهم، أو يسيئون لهم جسديا. وفي دراسة ويزنر (Wisner) وآخرون قارنوا النساء اللواتي يعانون من اكتئاب ما بعد الولادة، والذين لا يعانون من اكتئاب ما بعد الولادة، وفي كلتا المجموعتين كانت هناك معدلات عالية من الوسواس القهري التي تحدث مع الاكتئاب، وتوصلوا إلى أن (57%) من النساء بعد الولادة يعانون من أعراض اضطراب الوسواس القهري، كما حدث (36%) من النساء الذين لا يعانون من اكتئاب ما بعد

[1] Frédérique teissedre, Henri chabol: Postnatal depression: a study of the predictive effects of postnatal anxiety on 291 mothers, Ir J Psy ch Med 20(4). (2003). W.p.

الولادة، واستنتج الباحثون أن النساء في سن الإنجاب هم أكثر عرضة للأفكار القهرية والوسواسية عندما يعانون من الاكتئاب الحاد[1].

هناك دليل واضح على وجود علاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة وأعراض الوسواس القهري، خاصة الأفكار الإستحواذية غير المرغوبة حول إيذاء الرضيع، وجد تحليل البيانات أن النساء خلال فترة الولادة يكونون أكثر عرضة للإصابة باضطراب الوسواس القهري بنسبة (1.5) إلى (2) من عدد الإناث العام، مع وجود نسبة مخاطر إجمالية تبلغ (1.79)، أعراض الوسواس القهري أكثر انتشارا بعد الولادة وفي فترة الحمل، ولديهم أفكار استحواذيه لإيذاء الطفل، وتم تقريرها بأنها شائعة بشكل مفاجئ، أكثر من (80%) من الآباء الذين لا يعانون من اضطراب عقلي، وغالبية النساء اللواتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة وأفكار وسواسية عدوانية لديهم تصرفات عدوانية تجاه أطفالهم، لهذه السبب يجب دائما اكتشاف الأفكار الوسواسية بعمق، ويجب تمييزها عن التفكير الهذائي حول الطفل[2].

يتميز الوسواس القهري بوجود وساوس أو أفكار متكررة واستحواذيه بصفة قهرية مثل موت الطفل أثناء النوم والخوف من إيذاء الطفل أو قتله فتلجأ إلى إخفاء جميع الأدوات الحادة مثل السكاكين، والتغيير المتكرر للحفاضات حتى ولو كانت جافة، وتهدف هذه الوساوس القهرية إلى التقليل من المعاناة من خلال خفض القلق والاحباط الناتج عن هذه السلوكات القهرية، في حين أن اكتئاب ما بعد الولادة هو نوع من الاكتئاب الكبير الذي يصيب المرأة في الأربع أسابيع الاولى من الولادة ويتميز باضطراب في المزاج وتقلبات انفعالية، واضطرابات في الشهية، وبأفكار ومخططات انتحارية وقد تتطور إلى أفعال.

---

[1] Kathleen A. Kendall-Tackett: (2010). P:13.

[2] jeannette milgrom. Alan w. gemmil. (2015). P:114.

5 ـ 3 ـ 4 ـ اضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

غالبا ما يصاحب اضطراب اكتئاب ما بعد الولادة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بعد الولادة مع أعراض الاكتئاب الذي يعد من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا بعد الولادة[1]، وقد عرفت الجمعية الامريكية للطب النفسي (American psychiatric association) اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) بأنه اضطراب نفسي يمكن أن يحدث عند الأشخاص الذين عايشوا أو شاهدوا أحداثا تهدد حياتهم مثل الكوارث الطبيعية، الحوادث الخطيرة، الحوادث الإرهابية، الحرب، أو الاعتداءات الشخصية العنيفة مثل الاغتصاب. الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يعيدون في الغالب التجربة من خلال ذكريات الماضي أو الكوابيس، ويواجهون صعوبة في النوم، ويشعرون بأنهم منفصلون أو مغتربون[2].

وجد أنوي وأخرين (Onoye، 2009) أن النساء اللواتي يعانين من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة كن أكثر عرضة للضغط النفسي بنسبة (73%) و(64%) من القلق، ونسبة (73%) يعانين من الاكتئاب خلال فترة ما بعد الولادة، مقارنة باللواتي لا يعانين من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، يمكن أن تكون لأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وأعراض اكتئاب ما بعد الولادة تأثير عكسي إذا ترك دون علاج على العلاقة بين الأم والطفل مثل صعوبة العلاقة مع الطفل[3].

يتضح مما سبق أن الصدمة النفسية تكون ناتجة عن التعرض المباشر لحدث صادم يحمل احتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت وتعتبر الولادة حادث صادم خصوصا إذا كانت تحمل مضاعفات خطيرة على صحة الأم والطفل، مما يؤدي إلى مشاهدة كوابيس وتجنب المواضيع والأفكار والمشاعر

---

[1] Lynelle G. Thorpe: Post traumatic stress disorder in post-partum women and its link with unresolved childhood sexual abuse, the degree of master of arts in adlerian counseling and psychotherapy, The faculty of the adler graduate school. (2017). P:13.
[2] American psychiatric association: posttraumatic stress disorder (PTSD): Healthy minds. healthy lives. (2011). W.P.
[3] Lynelle G. Thorpe.(2017). P:13.

والأماكن، والأحاديث المرتبطة بالحدث الصدمي، وتتميز بالتوتر والغضب، قلة التركيز، مشاكل في النوم، قلة الاهتمام بالأنشطة الهامة، واستجابات مبالغ فيها والانعزال عن الأخرين.

5 ـ 3 ـ 5 ـ اضطراب الأكل:

إن اضطرابات الأكل يمكن أن تحدث أيضا مع الاكتئاب أثناء الحمل وفي فترة ما بعد الولادة، في دراسة حديثة لمورقن وأخرون (Morgan، 2006) وجدت أن الشره العصبي الدائم يزيد من خطر اكتئاب ما بعد الولادة والاجهاض والولادة قبل الأوان، في هذه الدراسة تمت مقارنة مجموعة من (122) امرأة تعاني من الشره المرضي الدائم أثناء الحمل مع (82) امرأة حامل تعاني من الشره المرضي، حيث تمت زيادة خطر الاكتئاب والاجهاض والولادة قبل الأوان بين النساء اللواتي يعانين من الشره المرضي الدائم، لم يتم تفسير هذه التأثيرات بعوامل سوء استخدام ملين، أو الاختلافات الديموغرافية، أو تعاطي الكحول (المواد)، أو استخدام السجائر[1].

وقد وجد مازو(Mazzeo) وزملائه أنه حتى في حالة السيطرة على اضطراب الاكتئاب الكبير في حياة المرأة، فإن الأشخاص الذين يعانون من الشره العصبي أو إضطراب في الاكل لديهم ثلاثة أضعاف ظهور أعراض اكتئاب ما بعد الولادة، بالاضافة إلى ذلك وجدوا أن شدة أعراض اكتئاب ما بعد الولادة كانت مرتبطة بالمواقف المثالية[2].

يتضح مما سبق أن المرأة التي تعاني من إكتئاب ما بعد الولادة تنتابها بعض أعراض إضطرابات الأكل وتتمثل في زيادة أو نقص الشهية وعدم الرغبة في الأكل، ولكن إكتئاب ما بعد الولادة

---

[1] Kathleen A. Kendall-Tackett: (2010). P:14.

[2] Ellen astrachan-fletcher, Cindy veldhuis, Nikki lively, Cynthia fowler, Brook marcks: the reciprocal effects of eating disorders and the postpartum period: a review of the literature and recommendations for clinical care, journal of women's health, volume 17, number 2. (2008). P:228.

يتميز عن إضطرابات الأكل في كونه أحد إضطرابات المزاج وله أعراض تتمثل في تقلبات إنفعالية، أفكار إنتحارية، جود وساوس حول الطفل، الشعور بنقص تقدير الذات والتعب.

5 ـ 3 ـ 6 ـ تعاطي المخدرات:

إن تعاطي المخدرات يمكن أن يحدث مع اكتئاب ما بعد الولادة ففي مراجعة ل(17) دراسة، وجد روس ويدنس (Dennis. Ross، 2009) أن النساء اللواتي يعانين من سوء استخدام المواد يزيد من خطر اكتئاب ما بعد الولادة، أما فيما يتعلق بالمواد كانت المشروبات الكحولية والكوكايين والمخدرات غير المشروعة هي المواد التي تم أخذها بعين الاعتبار. وفي دراسة باجولوا (Pajulo، 2001) وآخرون أصيبت (8%) من (391) امرأة حامل بالاكتئاب وتعاطي المخدرات وضغوطات الحياة، كليهما ينبأن بالاكتئاب في فترة الحمل، وكذلك الضغوطات التي تواجه شبكاتهم الاجتماعية (الأصدقاء، الأزواج، النساء الأمهات). ودراسة ثانية قام بها نفس الباحثين باجولوا وآخرون (2001) قارنوا (12) أما تعاطوا مواد، و(12) أما في مجموعة ضابطة في صحتهم العاطفية وتفاعلاتهم مع أطفالهم في ثلاثة أشهر وستة أشهر بعد الولادة، ليس من المستغرب أن الأمهات اللواتي يتعاطون المخدرات كانوا أكثر اكتئابا، ولديهم دعم اجتماعي منخفض، وضغوطات حياة كثيرة، مقارنة بالمجموعة الضابطة حيث كانت تفاعلاتهم مع أطفالهم اقل إيجابية[1].

وهذا ما أكدته شاونا كارول شابمان ولي تزي وو (Shawna L. Carroll Tzy wu li .Chapman، 2013) أن النساء المصابات باكتئاب ما بعد الولادة قد يكن معرضات بشكل أكبر

[1] Kathleen A. Kendall-Tackett: (2010). P:14 _ 15.

لمخاطر تعاطي المخدرات مقارنة مع النساء اللواتي لا يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة. وهو نوع ثانوي من الاكتئاب الكبير الذي ربما يؤثر على ما يصل إلى (14.5 ٪) من الأمهات[1].

إن تعاطي المخدرات والادمان عليها هو الحاجة الملحة للمادة المخدرة والخضوع لها بصفة مستمرة ودون انقطاع حيث أن الفرد لا يمكنه أن يستغني عنها لأنه وصل إلى درجة التبعية للمادة، ويعتبر الاكتئاب وما يتضمنه من اضطراب في المزاج والحزن من العوامل المساهمة في تعاطي المخدرات.

ولكن نلاحظ أن المجتمع الجزائري هو مجتمع محافظ ومغاير للثقافة الغربية ونسبة تعاطي المرأة الجزائرية الكحول والإدمان عليها ليست مرتفعة، وحتى إن وجدت فليس هناك دراسات وإحصائيات حولها، وهذا يرجع إلى الخصوصية الثقافية.

5 . 4 . التشخيص الفارقي لاكتئاب ما بعد الولادة:

تتزامن أعراض اكتئاب ما بعد الولادة مع عدة اضطرابات نفسية يجب تمييزها عن اكتئاب ما بعد الولادة عند تشخيص الاضطراب، ومن بين هذه الاضطرابات ما يلي:

5 ـ 4 ـ 1 ـ اضطراب الهلع بعد الولادة:

إن اضطراب الهلع يتم تشخيصه إذا كانت الأم تعاني من نوبات الهلع لأول مرة في حياتها، هذه فترات متقطعة من الخوف الشديد التي تحتوي على خفقان القلب، تعرق، ضيق في التنفس، ألم في

[1] Shawna L. Carroll Chapman, Li-Tzy Wu: Postpartum substance use and depressive symptoms: a review, Women Health, 53(5): 479–503. (2013). P:480.

الصدر، دوار، دوخة، فقدان الحس، الخوف من الموت، الشعور بعدم الواقعية أو فقدان السيطرة، تدوم الأعراض (10) دقائق من بدايتها[1].

تعد اضطرابات الهلع من بين الاضطرابات المصاحبة لاكتئاب ما بعد الولادة حيث أن النساء اللواتي يعانين من اضطرابات الهلع لديهم قابلية أكبر للإصابة باكتئاب ما بعد الولادة، مقارنة باللواتي لا يعانين من اضطراب الهلع، والنساء اللواتي يعانين من اضطراب الهلع خلال المراحل المبكرة من الحمل أكثر عرضة للإصابة باكتئاب ما بعد الولادة ب(4.2) مرة، مقارنة باللواتي لا يعانين من اضطراب الهلع حتى بعد السيطرة على عوامل الخطر للإصابة باكتئاب ما بعد الولادة[2].

يتضح مما سبق أن اضطرابات الهلع تتميز عن اكتئاب ما بعد الولادة بأنها نوبة متكررة ومفاجئة من الخوف الشديد وتدوم أعراضه (10) دقائق من بدايتها أي أنه يصل ذروته في غضون دقائق، وتتميز بخفقان القلب، والارتعاش، وضيق في التنفس مع ألام في الصدر، وشعور بفقدان السيطرة والشعور بعدم الواقعية.

5 ـ 4 ـ 2 ـ اضطراب الوسواس القهري بعد الولادة:

اضطراب الوسواس القهري هو الوساوس، والأفكار غير المرغوب فيها مع سلوكات مصاحبة لذلك، من المهم أن نلاحظ أن النساء تعترفن بالوساوس والأفكار والمشاعر ويفهمن أن المتابعة ستكون خاطئة، وقد يقومون ببناء مخططات متقنة لتجنب المواقف التي سوف تصبح فيها الأفكار أفعال (كإزالة

---

[1] Sara thurgood. Daniel M. Avery. Lloyda williamson: Postpartum depression, American journal of medicine, vulume six, number two. (2009). P:18.

[2] C. Rambelli, M.S. Montagnani, A. Oppo, S. Banti, C. Borri, C. Cortopassi, D. Ramacciotti, V. Camilleri, M. Mula, G.B. Cassano, M. Mauri: Panic disorder as a risk factor for post-partum depression results from the perinatal depression-research & screening unit (PND-ReScU) study, Journal of affective disorders, v: 122, p: 139-143. (2010). 141.

جميع السكاكين من المنزل)، ولكن في كثير من الأحيان يقومون بطقوس قهرية (تغيير للطفل حتى عندما يكون جافا)[1].

وفقا لويزنر وبيندل وجيغليوت وأنوسا (Wisner. Peindl. Gigliotti. Hanusa، 1999) إن اضطراب الوسواس القهري بعد الولادة يتميز بأفكار اجترايريه متكررة ومستمرة أو صور عقلية، غالبا ما تدور الأفكار حول إيذاء أو قتل الطفل، والشعور بالارتباك وبالرعب من هذه الأفكار، قد تكون الأفكار مصحوبة بسلوكات لتقليل القلق، مثل إخفاء السكاكين[2].

يتضح مما سبق أن الوسواس القهري هو الوساوس والأفكار غير المرغوب فيها التي تتميز بأفكار اجترايريه متكررة ومستمرة أو صور عقلية، غالبا ما تدور الأفكار حول إيذاء أو قتل الطفل والشعور بالارتباك وبالرعب من هذه الأفكار، والأمهات اللواتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة تنتابهم هذه الأعراض، ولكن اضطراب الوسواس القهري هو من بين اضطرابات القلق ويتميز بوجود أفكار أو أفعال وسلوكات قهرية أو الإثنين معا، بينما اضطراب الاكتئاب فهو من بين اضطرابات المزاج ويتميز بتقلبات مزاجية لدى المرأة.

5 ـ 4 ـ 3 ـ اضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

إن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يحدث نتيجة لصدمة الولادة التي تحتوي على تهديد أو إصابة فعلية خطيرة أو وفاة للأم أو طفلها (5.6% لجميع النساء بعد الولادة). الناتجة عن مشاعر العجز أو تجاهل الاحتياجات العاطفية خلال فترة مكوثها في المستشفى، قد تشمل الأعراض على كوابيس،

---

[1] Sara thurgood. Daniel M. Avery. Lloyda williamson: (2009). P:18.
[2] Doris noel ugarriza: Group therapy and its barriers for women suffering from postpartum depression, University of miami school of nursing, coral gables, Archives of psychiatric nursing, Vol. XVIII, No. 2: pp 39-48 publié par Melinda A. Thiam , Perinatal Mental Health and the Military Family: Identifying and Treating. (2004). 40.

ذكريات الماضي، استجابات مفاجئة مبالغ فيها، أو الغضب، أو صعوبة في النوم، أو في التركيز، قد تكون المرأة تعاني من ألام وضغوطات من ألم ولادتها[1].

يرى بلوم (Bloom) أن أحد الاختلافات بين الضغط ما بعد الصدمة واكتئاب ما بعد الولادة، هو أن الاكتئاب يمكن أن يتطور دون حدوث صدمة مفاجئة للأم، وليس بالضرورة نتيجة الولادة، على الرغم من أن المضاعفات المحيطة بالولادة يمكن أن تكون من بين عوامل الخطر[2].

يتضح مما سبق أن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة هو من بين اضطرابات القلق ويحدث نتيجة لصدمة الولادة أي عندما تحمل الولادة تهديدات ومضاعفات سلبية تؤدي إلى مخاطر على الأم والجنين، ولكن اكتئاب ما بعد الولادة هو نوع من الاكتئاب الكبير الذي تتعرض له الأم في الأسبوع الرابع بعد الولادة، والذي يظهر بدون حدوث صدمة نفسية.

5 ـ 4 ـ 4 ـ ذهان ما بعد الولادة:

يعتبر ذهان ما بعد الولادة من بين أنواع اضطرابات المزاج التي تصيب المرأة بعد الولادة، وهو حالة نادرة الحدوث لدى المرأة، وهذا ما أكدته جين ماري سينس بلاس أن ذهان ما بعد الولادة (Jean marie sins place، 2013) بأنه حالة نادرة ولكنها خطيرة لدى النساء اللواتي ولدن، ويحدث في حالة واحدة أو في حالتين لكل (1000) مولود حي، إنها حالة عقلية طارئة تتطلب عناية طبية فورية، تتميز بالارتباك والبرانويا، والهلوسة، والأوهام، وقد يحدث ذهان ما بعد الولادة في الأسابيع الثلاثة الأولى بعد الولادة، وعادة ما يكون نتيجة لاضطراب المزاج العقلي (أعراض من الهوس والاكتئاب)، تتعرض النساء اللواتي يعانين من ذهان ما بعد الولادة لخطر متزايد لقتل أنفسهن أو إيذاء أطفالهن، مقارنة باكتئاب ما

---

[1] Sara thurgood. Daniel M. Avery. Lloyda williamson: (2009). P:18.

[2] Abdollahpour S, Keramat A, Mousavi SA, Khosravi A, Motaghi Z: The effect of debriefing and brief cognitive-behavioral therapy on postpartum depression in traumatic childbirth: A randomized clinical trial. Journal of midwifery and reproductive health. V 6(1), p: 1122-1131. (2018). 1123.

بعد الولادة غير الذهاني[1]. وهو مرتبط بالأوهام وفقدان التواصل مع الواقع والهلوسة السمعية والبصرية، الهيجان الشديد، الارتباك، عدم القدرة على الأكل أو النوم أو الابتهاج، أفكار مسبقة، كلام سريع، تقلب المزاج السريع، وجنون العظمة (برانويا)، والانتحار أو أفكار قتل الطفل، ويستلزم ذهان ما بعد الولادة الاستشفاء والعلاج الفوري، يرتبط ذهان ما بعد الولادة بقوة مع اضطرابات ثنائي القطب، إن النساء اللواتي يعانين من ذهان ما بعد الولادة لا يدركون أن مشاعرهم وأفكارهم خاصة أي خاصة بهم، وغالبا ما يعلنون على ميولهم الوهمية، (5%) منها تؤدي إلى قتل الأطفال و/ أو الانتحار، من المعتقد أن الشعور بالذنب حول عدم القدرة الشخصية على رعاية الطفل أو حبه تؤدي إلى قتل الأطفال، و(62%) من الأمهات اللواتي يقتلن أطفالهن يستمرن في الانتحار، يعتقد الخبراء أن قتل الأطفال هو في الواقع جزء من مخطط انتحاري كبير، على الرغم من شدته[2].

ينقسم ذهان ما بعد الولادة إلى:

أ ـ هوس ما بعد الولادة:

يمثل (35 ـ 40%) من الاضطرابات النفسية بعد الولادة، إنها بداية مفاجئة ومبكرة (أول أسبوعين بعد الولادة)، ويتجلى ذلك في هيجان شديد، التوهان، أفكار هذائية وهلاوس، تسارع الأفكار والتدفق اللفظي، انخفاض الحاجة إلى النوم، يهدف العلاج النفسي إلى مساعدة الأم على استعادة قدراتها كأم، والتدخل في التفاعلات المبكرة، يرتبط العلاج المضاد للاكتئاب بالاستشفاء، ويفضل أن يكون في نصف الحالات في وحدة الأم والطفل، يتطور هوس النفاس بشكل ثانوي نحو مرحلة ميلانخوليا.

---

[1] Jean Marie Sims Place (2013). Postnatal depression in mexico: Healthcare provider conceptualizations and policies in the public health sector, Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in health promotion, education, and Behavior, University of South Carolina. P:11.

[2] Sara thurgood. Daniel M. Avery. Lloyda williamson: (2009). P:18.

ب ـ حزن ما بعد الولادة (ميلانخوليا):

هو اكتئاب حاد جدا، الذي يظهر في الأشهر الأولى بعد الولادة، وتتميز أعراضه بالخمول، عدم المبالاة، العدوانية مع قلق شديد، مشاعر العجز، الشعور بالذنب، الافتقار إلى التبادل الأمومي، وأحيانا أفكار هذائية التي يمكن أن تصل إلى حد إنكار الأمومة. التأكد الهذائي بأن الطفل قد تم تغييره، قلق الموت، الشروذ، أو خطر الانتحار، في هذه الحالات لا يمكن إجراء المراقبة المناسبة والتدابير العلاجية إلا في المستشفى، لمحاولة الحفاظ قدر الامكان على الاتصال بين الأم والطفل.

ج ـ ذهان ما بعد الولادة الحاد:

يحدث بين اليوم الخامس واليوم الخامس والعشرين من الولادة، يبلغ معدل حدوثه حوالي ولادتين لكل (1000) ولادة، وتمثل سوابق الطب العقلي ثلث عوامل الخطر، يبدأ هذا الذهان الحاد مع مرحلة ما قبل الهذيان، يتميز بقلق مرتفع مع نوبات بكاء، زيادة عدم الاهتمام بالطفل، سلوكات غريبة، اضطرابات عقلية، تفكير مقلق، اضطرابات النوم، وارتباك ليلي[1].

يتضح مما سبق أن ذهان ما بعد الولادة يتميز عن اكتئاب ما بعد الولادة بوجود الأوهام والهلوسة وفقدان التواصل مع الواقع، الهيجان الشديد، الارتباك، عدم القدرة على الأكل، أو النوم، أو الابتهاج، أفكار مسبقة، كلام سريع، تقلب المزاج السريع، جنون العظمة (برانويا)، والانتحار أو أفكار قتل الطفل.

[1] Sandrine franke: La consultation postnatale: un creneau a prendre, École de sages-femmes de metz, Université Henri Poincaré, Nancy I. (2009). P:15.

5 ـ 4 ـ 5 ـ كأبة ما بعد الولادة:

توصف كأبة ما بعد الولادة بالاضطراب المزاجي الأكثر انتشارا بين الأمهات الحديثات (50 ـ 80 %) مع بداية مبكرة ويبلغ ذروته في اليوم الخامس وينتهي بعد (10 ـ 14) يوما بعد الولادة، وتحتوي الأعراض على التقلبات الانفعالية، البكاء المتكرر، القلق، التعب، الأرق، الغضب، الحزن، والهيجان، على الرغم من اعتباره طبيعيا يمكن أن تتطور الكأبة إلى اكتئاب ما بعد الولادة إذا ما استمرت الأعراض لأكثر من أسبوعين، في الواقع فإنه لا يزال واحدا من أقوى عوامل الخطر لاكتئاب ما بعد الولادة مع (25%) من النساء يطورون اكتئاب مزمن[1].

يعتبر بعض الباحثين كميلر (Miller، 1999) أن كأبة تسمية خاطئة ويرون أن المصطلح الأكثر ملائمة هو " تفاعل ما بعد الولادة "، عادة ما تحدث أعراض كأبة بعد الولادة خلال الأيام الأولى بعد الولادة، ويتم حلها ذاتيا في الأسبوع الثاني في (20%) من الحالات، تستمر الأعراض لأكثر من ثلاثة أسابيع ويمكن أن تسبب في اضطراب مزاجي مثل اكتئاب ما بعد الولادة[2].

وفي دراستين منفصلتين لبيك (Beck، 1992) وجوسي وأخرين (Jossey، 1997) حيث وجدوا بأن هناك علاقة بين كأبة ما بعد الولادة واكتئاب ما بعد الولادة، حيث وجدوا أن كأبة ما بعد الولادة زادت في أسبوع واحد بعد الولادة من خطر أعراض اكتئاب ما بعد الولادة في الاسبوع السادس والثاني عشر بعد الولادة[3].

---

[1] Sara thurgood. Daniel M. Avery. Lloyda williamson: (2009). P:17.
[2] Jean Marie Sims Place (2013). P: 10- 11.
[3] Pauliina hiltunen: Maternal postnatal depression, causes and consequences, Academic dissertation to be presented with the assent of the faculty of medicine, University of oulu. (2003). P:25.

إن الفرق الرئيسي بين الكأبة واكتئاب ما بعد الولادة هو الإطار الزمني القصير وحقيقة أن الكأبة لا تتدخل في أداء دور الأم، مما يجعل من الكأبة اضطرابا ذاتيا لا يتطلب علاج[1]. وأضافت كوستانزا ماندوزا وسندرا سلديفيا ورونالدو بيهن (Constanza Mendoza، Sandra saldivia، Rolando pihan) أن الاختلاف بين كأبة ما بعد الولادة واكتئاب ما بعد الولادة في كون أعراض كأبة ما بعد الولادة عادة ما تكون خفيفة وتختفي خلال فترة قصيرة من الزمن، وعلى العكس من ذلك فإن اكتئاب ما بعد الولادة يحتوي على أعراض نموذجية لأي نوبة اكتئابية كبيرة، بالإضافة إلى ذلك المرأة التي تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة لديها أفكار وسواسية حول الوجود الأفضل للطفل حديث الولادة، القلق، الحصر، إدراك سيئ للأمومة، وزيادة الحركات أو التغيرات المعرفية مقارنة بالاكتئابات الأخرى[2].

يتضح مما سبق أن كأبة ما بعد الولادة هي من بين الاضطرابات المزاجية التي يمكن أن تتعرض لها المرأة في الأسبوعين الأوليين بعد الولادة، وتتميز بتقلبات انفعالية، الهيجان، الغضب، والبكاء، وهذه الظاهرة طبيعية وتزول بعد مرور الأسبوعين الأوليين بعد الولادة، أما إذا كانت أعراضها حادة فإنها تتطور إلى اكتئاب ما بعد الولادة، والذي يظهر في الأسبوع الرابع بعد الولادة ويستمر إلى عام بعد الولادة، والفرق الأساسي بين كأبة ما بعد الولادة واكتئاب ما بعد الولادة هو شدة الأعراض، تكرارها، والمدة الزمنية التي تستغرقها.

5 . 5 . معايير (DSM 5) لنوبة الاكتئاب الكبير:

يعتمد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الخامسة (DSM5) في تحديد أعراض اكتئاب ما بعد الولادة على أعراض الاكتئاب الكبير، وتتمثل أعراضه فيما يلي:

---

[1] Sara thurgood. Daniel M. Avery. Lloyda williamson: (2009). P:17.

[2] Constanza mendoza, Sandra saldivia, Rolando pihan (2017). Update on the neurobiological aspects of postpartum depression, EC neurology, V 6.2, p: 31-38.

A ـ ظهور خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية لمدة أسبوعين وتمثل تغييرا عن الأداء السابق: على أن يكون واحد من الأعراض على الأقل إما (1) مزاج مكتئب أو (2) فقدان الاهتمام أو المتعة.

ملاحظة: لا يضم الأعراض الناجمة عن حالة طبية أخرى.

1 ـ مزاج مكتئب معظم اليوم، كل يوم تقريبا، كما هو موضح في تصريحه الذاتي (مثل الشعور بالحزن، الفراغ، اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل يبدو باكيا). (ملاحظة: يمكن أن يكون عند الأطفال والمراهقين مزاج متقلب).

2 ـ نقص ملحوظ في الاهتمام أو المتعة في كل الأنشطة، أو معظمها تقريبا، معظم اليوم، تقريبا كل يوم (يشار إليه إما من طرف الفرد أو ملاحظة من قبل الأخرين).

3 ـ فقدان الوزن بشكل كبير عند عدم اتباع حمية أو زيادة الوزن (مثل تغيير في الوزن أكثر من 5 ٪ في الشهر)، أو انخفاض أو زيادة في الشهية كل يوم تقريبا.

ملاحظة: عند الأطفال تذكر عدم زيادة الوزن المتوقعة.

4 ـ أرق أو إفراط في النوم كل يوم تقريبا.

5 ـ هيجان أو بطئ نفسي حركي كل يوم تقريبا (يمكن ملاحظته من قبل الآخرين، وليس مجرد مشاعر ذاتية من القلق أو التباطؤ).

6 ـ تعب أو انخفاض الطاقة كل يوم تقريبا.

7 ـ الشعور بعدم القيمة أو الذنب المفرط أو غير المناسب (الذي قد يكون وهمي) تقريبا كل يوم (ليس مجرد لوم الذات أو الشعور بالذنب بسبب المرض).

8 ـ انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو التردد، كل يوم تقريبا (ملاحظ من طرف الفرد أو الآخرون).

9 ـ أفكار متكررة حول الموت (وليس مجرد الخوف من الموت)، أو التفكير في الانتحار المتكرر بدون مخطط محدد، أو محاولة انتحار أو مخطط محدد للانتحار.

B ـ تسبب الأعراض كرب عيادي دال أو خلل في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات العمل المهمة.

C ـ لا تعزى النوبة إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة أو إلى حالة طبية أخرى.

ملاحظة: محور B و C يمثل نوبة اكتئاب كبير.

D ـ لا يمكن تفسير حدوث نوبة الاكتئاب الرئيسية بشكل أفضل عن طريق الاضطراب الفصامي الوجداني، أو الفصام، أو اضطراب فصامي الشكل، أو الاضطراب الوهمي، أو غير ذلك من طيف الفصام المحدد وغير المحدد وغير ذلك من الاضطرابات الذهانية.

E ـ لم يكن هناك أي نوبة هوس أو نوبة هوس خفيف.

ملاحظة: لا يسري هذا الاستثناء إذا كانت جميع النوبات التي تشبه الهوس أو تشبه الهوس الخفيف ناتجة عن مادة أو الناجمة عن التأثيرات الفسيولوجية لحالة طبية أخرى[1].

ملاحظة:

إن هذه الملاحظة تقدم لزيادة الوعي حول الدليل الاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM 5) حول معايير تشخيص الاكتئاب خلال فترة ما بعد الولادة، وقد لا تشمل كل أعراض اكتئاب ما بعد الولادة، ولا يمكن أن يكون الأداة الوحيدة لتشخيص اكتئاب ما بعد الولادة، بالإضافة إلى ذلك بينما اكتئاب ما بعد الولادة هو أكثر الاضطرابات العاطفية شيوعا، فإن أكثر الاضطرابات حدة التي تحدث خلال فترة ما بعد الولادة هي ذهان ما بعد الولادة (1 ـ 2%) عندما تعاني الأم من أفكار ذهانية، وتعد اضطرابات

[1] DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders: fifth edition, American Psychiatric Association. (2013). P:160 -161.

القلق بعد الولادة من بين الاضطرابات الأكثر شيوعا التي تصيب المرأة بعد الولادة، وقد تتطور إلى اكتئاب ما بعد الولادة إذا تركت دون علاج[1].

من المهم أن نلاحظ أن المعايير التشخيصية لاكتئاب ما بعد الولادة مهمة، إلا أنها تخبرنا قليلا عما تمر به الأم حديثة الولادة، عندما تشعر بالاكتئاب أو الحزن بعد إنجاب طفل، قام ليهي وارن ومكارثي (Leahy–Warren. McCarthy، 2007) بإعادة النظر في الدراسات النوعية التي درست أفكار ومشاعر الأمهات فيما يتعلق باضطراب اكتئاب ما بعد الولادة، ووجد أن ما يتفق مع معايير التشخيص: القلق، اليأس، الارتباك، الشعور بالذنب، الإحساس بضعف التركيز، الإرهاق، أما الشعور بالوحدة النفسية، فقدان السيطرة والهوية السابقة، لم يتم ذكره في أي دليل تشخيصي ولم يتم الإبلاغ عنه. وهذا يدل على أن النساء بعد الولادة وجدن صعوبة عاطفية[2].

5 ـ 6 ـ الفرق بين الاكتئاب الكبير واكتئاب ما بعد الولادة:

هناك عدة اختلافات بين الاكتئاب الكبير واكتئاب ما بعد الولادة وتتمثل في ما يلي:

جدول رقم (5): الفرق بين الاكتئاب الكبير واكتئاب ما بعد الولادة.

الاكتئاب الكبير	اكتئاب ما بعد الولادة
ـ الخمول، التعب، الإنهاك. ـ الحزن، مزاج مكتئب، اليأس. ـ ضعف التركيز، التردد أو الارتباك. ـ فقدان الذاكرة. ـ عدم القدرة على السيطرة على البكاء. ـ الارتباك.	ـ قلق مفرط حول الطفل، أو القلق المفرط حول صحة الطفل. ـ الشعور بالذنب، الشعور بالنقص، الشعور بعدم القيمة وبفشلها في الدور الأمومي. ـ الخوف من فقدان السيطرة، أو أن تصبح

[1] Amber Haque. Azimeh Namavar. Kelly-Ann Breene: Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in middle eastern/arab women, Journal of muslim mental health, Volume 9. (2015). P:67.

[2] Silje Marie Haga: Identifying risk factors for postpartum depressive symptoms: the importance of social support, self-efficacy, and emotion regulation, grants the doctorate, University of Oslo. (2012). P:9.

ـ الهيجان، أو بطيء الحركات. ـ أفكار متكررة حول الموت أو الانتحار. ـ فقدان وزن كبير عند عدم إتباع نظام غذائي، أو زيادة في الوزن، أو نقصان أو زيادة في الشهية. ـ انخفاض الاهتمام أو الاستماع بشكل ملحوظ في جميع الأنشطة أو معظمها تقريبا. ـ اكتئاب مبالغ فيه أو منخفض. ـ فقدان الاهتمام بالجنس. ـ أرق أو إفراط في النوم. ـ الشعور بعدم القيمة أو الشعور بالذنب بشكل مفرط أو غير مناسب.	مجنونة. ـ الهيجان. ـ عدم الاهتمام بالطفل. ـ الخوف من إيذاء الطفل. ـ انخفاض الرغبة الجنسية[1].

يتضح مما سبق أن اكتئاب ما بعد الولادة يختلف عن الاكتئاب الكبير وتتمثل أوجه الاختلاف في كونه نوع من الاكتئاب الكبير، الذي يرتبط بفترة ما بعد الولادة ويتميز بظهور مخاوف وقلق حول صحة الطفل، أفكار وسواسية حول إيذاء الطفل أو قتله، الشعور بالفشل في تحقيق الأمومة لأنها تصبح مهملة للطفل ولا تعتني به وذلك راجع إلى معاناتها الدائمة من التعب والبلادة والخمول في أداء دورها كأم وفي تنفيذ نشاطاتها اليومية، وهذا ما يولد لديها مشاعر نقص تقدير الذات والشعور بالذنب المتواصل.

[1] Deane L. Burns: Aspects of postpartum depression -A literature review, Ontario: Middlesex-London Health Unit, London. (2003). P:4.

5 ـ 7 ـ النظريات المفسرة لاكتئاب ما بعد الولادة:

تعددت الدراسات التي تحاول الوصول إلى أسباب إصابة الأم باضطراب اكتئاب ما بعد الولادة إلا أنها لم تتوصل إلى معرفة السبب الرئيس الذي يعود إليه هذا الاضطراب وهذا ما أدى إلى تعدد أسبابه، فمنهم من يرجعه إلى أسباب نفسية، ومنهم من يرجعه إلى أسباب بيولوجية، وغيرها من الأسباب، والبحوث ما تزال مستمرة لمعرفة السبب الرئيس، وسنحاول تقديم بعض التفسيرات النظرية فيما يلي:

5 ـ 7 ـ 1 ـ النظرية التحليلية:

يرجع بلام (Blum، 2007) سبب اكتئاب ما بعد الولادة إلى قصة حدثت لفرويد الذي واجه امرأة شابة لديها نفص في الشهية، والقيء، والأرق، والقلق، وواجهت صعوبة في رعاية الطفل بعد ولادتها الأولى، كان الطفل يعطى لامرأة أخرى من أجل الرضاعة الطبيعية لفترة من الوقت، ولكن بعد أن أنجبت الطفل الثاني بعد مرور ثلاث سنوات واجهت نفس المشكل، ظهرت نفس الأعراض، تم استدعاء فرويد لزيارتها بعد بضع جلسات من التنويم المغناطيسي، كان منهجه نحو الأم بصفة خاصة لأنها بحاجة إلى الرعاية من بيئتها، مما أدى إلى قمع الغضب، يشير بلام (2007) إلى أن فرويد على الرغم من عدم إدراكه للتغيرات الفسيولوجية، اعترف أن الغضب له علاقة بعدم وجود الرعاية التي تحتاجها الأم بعد أن تلد.

تشير هيلين دوتش (Helene deutsch، 1945) إلى أن الأمهات يجب أن يحصلن على الرعاية الكافية من أمهاتهن في طفولتهن من أجل تقديم الرعاية المحبة والخاصة لأطفالهن، حدد بلام ثلاث صراعات عاطفية تحيط باكتئاب ما بعد الولادة، وهي كالتالي:

أ ـ **التبعية:** لشرح التبعية فقد أشارت هيلبرستدت فرويد (Halberstadt–Freud) لحالة الامرأة الشابة التي اختبرت الشعور بالغضب اتجاه أمها، هيلبرستدت فرويد (1993) وافقت بأن المرأة إذا لم تحل

الأوهام المعاشة التي كانت العامل الديناميكي النفسي الكامن وراء اكتئاب ما بعد الولادة، تشير وجهة النظر الديناميكية إلى أن كل فرد لديه رغبات واحتياجات تبعية، فقد تثار احتياجات الأمهات اللاواعية عند ولادة الطفل، مما يثير مشاعر الحسد بسبب موقف الخطأ من الحب والرعاية نحو الطفل، يجب على الأم أن تدير ردودها العاطفية السلبية تجاه الطفل، ووفقا للدراسات النفسية يمكن أن تكون الأم خالية من الأمراض النفسية في الحمل أو بعد الولادة، إلا إذا تمكنت من التعامل مع هذه الاتجاهات السلبية[1].

ب ـ الصراع الأمومي: إن العديد من النساء المصابات باكتئاب ما بعد الولادة تصف وجود مشكلة في علاقتهم بأمهاتهم. قد يشعرون أن أمهاتهم لم يهتموا بهن أو لم يستمتعوا برعايتهم. بقدر ما تريد، قد يكون من الصعب على المرأة أن تقدم الرعاية الحنونة والمحبة لطفلها تشعر (بوعي أو بغير وعي) أنها حرمت عندما كانت صغيرة، يكون الأمر أسهل عندما يكون لدى الأم الحديثة شعور إيجابي نحو والدتها في مكان ما في عقلها ووجودها[2].

ج ـ العدوان: إن الصراع العاطفي الثالث تمثل في العدوان، حيث تعاني العديد من النساء اللواتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة من صعوبة في إدارة غضبهن، في الواقع لديهم صعوبة في إدارة غضبهم نتيجة للمعيقات الاجتماعية حول الأمومة، إن التغيرات في حياة المرأة والصعوبات في أن تصبح أم حديثة محرومة ووضعها تحت الضغط (إن لم يكن لديهم طرق كافية للتكيف)، هذا الضغط سيتحول إلى غضب متجه نحو الطفل، إن توفير الرعاية للطفل مهمة صعبة وشاقة، لذلك يجب أن تكون هناك مساعدة كبيرة من الأب والأم وأفراد الأسرة الأخرين والأصدقاء في رعاية الأطفال، السهر في الليل وأنماط النوم غير المنتظمة تزيد من مستوى الضغط لدى الأمهات، عبرت العديد من الأمهات حول غضبهن اتجاه الطفل

---

[1] Özlem toker erdoğan: some psychosocial correlates of postpartum depression: A longitudinal study, istanbul bilgġ üniversitesi, sosyal bilimler enstitüsü. (2010). P:12 -14.
[2] Blum Lawrence. D: Psychodynamics of postpartum depression, Psychoanalytic psychology, Vol: 24(1), 45 - 62. (2007). P: 54.

وأوهامهن حول التخلص من الطفل، هذا الوضع ذو حدين لأنهم يشعرون من ناحية بغضب شديد اتجاه الطفل، بينما من ناحية أخرى يشعرون بالذنب بسبب مشاعرهم[1].

يفترض التفسير الفرويدي أن الاكتئاب ناتج عن فقدان حقيقي أو متخيل للقيم أو حب الموضوع من خلال الموت أو الانفصال أو الرفض أو حتى بشكل رمزي من خلال فقدان بعض المثالية في بعض الحالات، يمثل هذا الموضوع الأفراد المهمين بشكل خاص خصوصا في مراحل الطفولة المبكرة في الغالب يدل على الوالدين وعادة ما تكون الأم. وهذا ما أكده كلاين (Klein، 1935) أن ميل الفرد نحو الاكتئاب كان نتيجة لوجود مشكلة في علاقة أم ـ طفل في السنة الأولى من الحياة، وليس نتيجة فقدان الطفولة المبكرة من الموضوع المهم، وقال أن الأم غير القادرة على غرس مشاعر الحب لدى طفلها والأمن في ذلك الوقت، سيواجه الطفل صعوبة مرتبطة بحب الموضوع وسيكون عرضة للاكتئاب، ووفقا لهذا الرأي إن الميل نحو تطور الاكتئاب هو نتيجة لعدم القدرة المبكرة على حل القلق الاكتئابي وتكوين مستويات من الصحة من خلال تقدير الذات[2].

استخدم وينيكوت (Winnicott) مصطلح " البيئة الحاضنة " لوصف البيئة المثلى للأبوة "جيدة بما فيه الكفاية" النقطة الأساسية في نظريته هي أنه في بداية الحياة يكون الطفل في حالة من الاعتماد المطلق على الأم. افترض أن تجارب الرضيع أو اتصاله مع الأم، يتم من خلال ثدي الأم، أي إنه في ذهن الطفل هو "ظاهرة ذاتية"، طريقة وينيكوت في وصف كيف يحاول الطفل تشكيل عالمه وكيف تتوافق معه الأم، إن كلمة "طريقة حمل الطفل" لا تشير فقط للأم، ولكن التوفير البيئي الكلي، يمكن فصل الأم

---

[1] Özlem toker erdoğan: (2010). P: 14.

[2] Kristina downing Orr: Rethinking depression: Why current treatments fail, Library of congress cataloging-in-publication data, New york. (1998). P:48 -49.

والطفل بسبب قدرتها على التعامل مع تبعية الطفل وهذا بشرط أن تكون الأم جيدة بما فيه الكفاية، اقترح وينكوت أن المشاكل العاطفية تتطور عندما يحرم الفرد من تلك البيئة الحاضنة في مرحلة الطفولة[1].

في حين يرى برترند كرامر (Bertrand cramer) أن الشكل المرضي الذي يسبب (أو يصاحب) اكتئاب ما بعد الولادة هو استنفاذ المنابع النرجسية وليبيدية للأم من خلال الزيادة المفرطة بالتقمص بالطفل الهجاسي مصاحبة بدفاعات تميزت بوساوس الرعاية الهائجة وغير فعالة في الوضع العلاجي، وهذا ما يؤدي إلى نقص تقدير الذات والشعور بالذنب المرضي. وهناك ألية دفاعية أخرى تقوم على عدم التقمص بالطفل من خلال قلق الأم من معايشة نكوصية لعجزها في الطفولة، ويلاحظ ذلك من خلال الموقف الاتهامي والادعائي نحو الطفل بأنه مستبد يمنع والدته من الاعتناء بنفسها أو أنشطتها (بين الأفراد، أو مهنية)، وتتهمه بالعدوانية وفي غالب الأحيان لديه نوايا عدوانية (إنه يريد أن يفرض نفسه علي) لأخضع له ليهاجمني، يرتفع القلق لدى الأم حسب الكراهية التي تشعر بها ضد هذا المستبد، في هذه الحالة الشعور بالغضب والعجز مرتبط بسوء الفهم التام للطفل[2].

يرى بيبرينغ (Bibring) أن القابلية للإصابة بالاكتئاب ناتجة من التجارب الصادمة في مرحلة الطفولة المبكرة. ومع ذلك أضاف أنه قد يحدث نقص تقدير الذات، ليس فقط من خلال الإحباط من الحاجة إلى الحب والعاطفة، ولكن أيضا من إحباط الطموحات الأخرى. وأشار إلى أن جميع ردود الفعل الاكتئابية لديها شيء مشترك، على الرغم من أنها تظهر في مجموعة متنوعة من الأشكال[3].

---

[1] Majlis winberg salomonsson. Mia barimani: Therapists experiences of experiences of mother infantpsychoanalytic treatment: a qualitative study, Infant mental health journal, Vol. 00(0), 1–13. (2017). P:2 -3.

[2] Bertrand Cramer: Les dépression du post-partum : une pathologie de la préoccupation maternelle primaire?, Devenir médecine & hygiène Vol. 14/ pages 89 - 99. (2008). P:96.

[3] Aaron T. Beck. Brad A. Alford: Depression : Causes and Treatment, Library of congress cataloging-in-publication data, Second edition, United states of america. (2009). p:216.

5 ـ 7 ـ 2 ـ النظرية المعرفية:

أ ـ نظرية بيك:

تقترح نظرية بيك المعرفية للاكتئاب أن القابلية للإكتئاب تنشأ من المواقف المختلة التي نشأت خلال مواجهة التجارب السلبية في مرحلة الطفولة، فبمرور الوقت تتشكل المواقف المختلة من خلال تحديد معنى هذه التجارب الضاغطة المبكرة، تصبح مجموعة المواقف المختلة المرتبطة منظمة في مخططات غير متكيفة، وتعرف بأنها معرفة مخزنة عن النفس والتجارب السابقة التي تحيط بالموضوع الواسع، المخططات هي أساس الضعف المعرفي في نموذج بيك، قد يكون مخطط سلبي كامنا إلى أن يتم تنشيطه بواسطة حدث له علاقة موضوعية بمحتوى المخطط، وبمجرد أن ينشط المخطط السلبي فإنه يغدي التحريفات السلبية التي تميز الاكتئاب. فالمرأة التي تعاني من إكتئاب ما بعد الولادة تتشكل لديها هذه المخططات في مرحلة الطفولة المبكرة عن طريق تعرضها لأحداث سلبية تؤثر على حالتها النفسية، وتتراكم هذه الخبرات السلبية في شكل مخطط سلبي، وتعتبر فترة ما بعد الولادة من بين العوامل السلبية التي تنشط هذه المخططات، فتصاب المرأة بإكتئاب ما بعد الولادة[1].

من الأمور المركزية في نظرية بيك هي بنية المخطط، يعرف بيك المخطط على أنه أجسام مخزنة للمعرفة تؤثر على تشفير وفهم واسترجاع المعلومات[2]. وهذا ما أكده أرون بيك وبراد ألفورد (Brad A. Alford .Aaron T. Beck) بأنه بنية لفحص وتشفير وتقييم المثيرات التي تؤثر على الكائن الحي، إنه الأسلوب الذي من خلاله يتم تقسيم البيئة وتنظيمها إلى جوانبها المتعددة المرتبطة

---

[1] Randy P. auerbach. Christian A. webb. Jeremy G. stewart: Cognitive behavior therapy for depressed adolescents : A practical guide to management and treatment, Published by routledge, First published, New york. (2016). P:20.

[2] John R. Z. Abela. David U. D'Alessandro : Beck's cognitive theory of depression: A test of the diathesis-stress and causal mediation components, British journal of clinical psychology,V41, 111–128, 2002, P : 112.

نفسيا. على أساس المخططات يستطيع الفرد توجيه نفسه فيما يتعلق بالوقت والفضاء وتصنيف التجربة وتفسيرها بطريقة ذات معنى. فعندما تؤثر مجموعة معينة من المنبهات على الفرد، يتم تنشيط مخطط ذو الصلة بهذه المنبهات، تتشكل المخططات من خلال مجموعة من المعارف، والتي تشير إلى أي نشاط عقلي له محتوى لفظي ومن ثم فهي لا تشمل فقط الأفكار والأحكام بل كذلك تشمل أيضا على التوجيهات الذاتية، والنقد الذاتي، والرغبات اللفظية في تشكيل المعارف[1]. لأن المخططات هي البنية العقلية التي تنظم المعلومات[2]. تواصل المخططات تأثيرها على الفرد من خلال توجيه الانتباه، التوقعات، التفسيرات، والبحث في الذاكرة. محتوى وتنظيم المخطط لمختلف الأفراد يختلف حسب خبراتهم الخاصة. وبمجرد تفعيلها، يؤدي مخطط الاكتئاب إلى إمكانية الوصول لنظام معقد من الموضوعات والإدراكات السلبية التي تساهم في ظهور نمط من معالجة المعلومات ذات المرجعية الذاتية السلبية التي تتميز بأخطاء منهجية في التفكير. يزيد استخدام هذه المعالجة المعرفية من احتمال تكوين الأفراد لمثلث معرفي سلبي. يعرف بيك المثلث المعرفي السلبي بأنه وجهة نظر سلبية عن الذات والعالم والمستقبل. يفترض بيك أن المثلث المعرفي السلبي هو سبب كاف للاكتئاب، ولذلك فهو مسؤول عن ظهور أعراض الاكتئاب مثل العجز في الوظائف العاطفية والتحفيزية والسلوكية والفسيولوجية[3]، وهذا ما أكدته كارولين وآخرون (Caroline، 2008) أن المخطط السلبي للاكتئاب يحتوي على مواقف مختلة (أي المعتقدات المبالغ فيها حول الذات والعالم المستمدة من تجارب مبكرة في الحياة)، تؤثر على كيفية قيام الفرد بترجمة وتشفير واسترجاع العديد من المعلومات، ولكن ليس كلها[4].

---

[1] Aaron T. Beck. Brad A. Alford (2009). Depression : Causes and Treatment, Library of congress cataloging-in-publication data, Second edition, United states of america. 2009, P : 255.

[2] Aaron T. Beck. Arthur Freeman. Denise D. Davis Cognitive therapy of personality disorders, The guilford press, Second edition, New york, London. (2004). P:33.

[3] ohn R. Z. Abela. David U. D'Alessandro, 2002, P : 112.

[4] Benjamin l. hankin, Emily wetter, Catherine cheely, Caroline w. Oppenheimer : beck's cognitive theory of depression in adolescence: specific prediction of depressive symptoms and

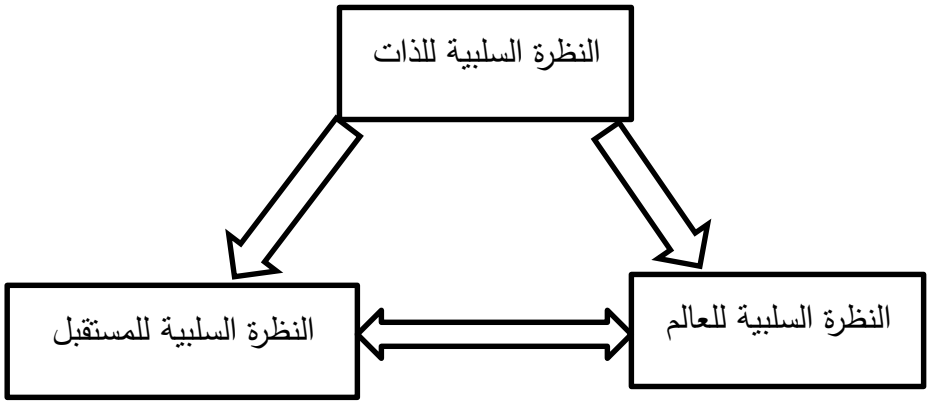
درس بيك الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب ووجد أنهم قيموا الأحداث بطريقة سلبية. حدد بيك (1967) ثلاث آليات اعتقد أنها المسؤولة عن الاكتئاب:

1 ـ المثلث المعرفي (التفكير التلقائي السلبي).

2 ـ مخططات ذاتية سلبية.

3 ـ أخطاء في المنطق (بمعالجة المعلومات الخاطئة).

للمثلث المعرفي ثلاثة أشكال من التفكير السلبي (أي عاجز وناقد) والتي هي نموذجية للأفراد المصابين بالاكتئاب: أي الأفكار السلبية عن الذات والعالم والمستقبل. تميل هذه الأفكار إلى أن تكون تلقائية في الأشخاص المكتئبين لأنها تحدث بشكل تلقائي. ويتمثل المثلث المعرفي لبيك في:



شكل رقم (7): المثلث المعرفي لبيك

reciprocal influences in a multi-wave prospective study, international journal of cognitive therapy, 1(4), 313–332.2008 , p :314.

على سبيل المثال، تميل النساء اللواتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة إلى النظر إلى أنفسهن على أنهن عاجزات، ويشعرن بعدم القيمة، نقص تقدير الذات، والشعور بالذنب. إنهن يفسرن الأحداث في العالم بطريقة سلبية وغير واقعية، ويرون أن العالم يشكل عقبات لا يمكن التعامل معها. وأخيرا يرون أن المستقبل ميؤوس منه تماما لأن فقدان القيمة سيحول دون تحسن وضعهم[1].

يعتقد بيك أن الأفراد المعرضين للاكتئاب يطورون مخططا سلبيا ذاتيا. لديهم مجموعة من المعتقدات والتوقعات عن أنفسهم التي هي في الأساس سلبية ومتشائمة. اعتقد بيك أن المخططات السلبية قد يتم الحصول عليها في مرحلة الطفولة كنتيجة لحدث صادم. تشمل التجارب التي قد تساهم في المخططات السلبية ما يلي:

- وفاة أحد الوالدين أو الأخ أو الأخت.
- الرفض الأبوي أو النقد، الحماية الزائدة، الإهمال، أو سوء المعاملة.
- التنمر في المدرسة أو الاستبعاد من مجموعة الأقران.

يصبح الأشخاص الذين لديهم مخططات ذاتية سلبية عرضة لارتكاب أخطاء منطقية في تفكيرهم ويميلون إلى التركيز بشكل انتقائي على جوانب معينة من موقف ما مع تجاهل المعلومات ذات الصلة على حد سواء[2].

---

[1] McLeod, S. A: Cognitive behavioral therapy. retrieved from https://www.simplypsychology.org/cognitive-therapy.htm. (2015). W.P.
[2] McLeod, S. A: Psychological theories of depression. Retrieved from https://www.simplypsychology.org/depression.html. (2015). W.P.

ب ـ نظرية العجز المكتسب:

إقترح أبرمسون (Abramson) وسليغمان (Seligman) وتيزدال (Teasdale) في (1978) إعادة صياغة الأسلوب التفسيري للعجز المتعلم، وإعادة الصياغة هذه تحل أوجه القصور للفرضية الأصلية عندما يتم تطبيقها على العجز البشري والاكتئاب[1]. تفترض نظرية العجز المكتسب للاكتئاب أن الافراد المصابين بالاكتئاب لديهم أسلوب تفسيري خاص (بمعنى الطريقة التي يفهمون فيها لماذا لديهم تجارب معينة)، فالاكتئاب في نظرية العجز المكتسب يتميز ب:

أ ـ داخلي: المرأة التي تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة ترجع جميع الأحداث السلبية، المشكلات الأسرية، والعلائقية في كونها هي المتسبب الوحيد في نشوئها، فهي دائما تلوم نفسها بشدة على سبيل المثال إنه خطئي أنا، ولذلك نلاحظ أن من بين الأعراض البارزة لديها هي الشعور بالذنب.

ب ـ عام: تشعر المرأة هنا بأنها عديمة القيمة والجدوى ولا تصلح لفعل أي شيء، مثل: لا يمكنني فعل أي شيء بشكل صحيح.

ج ـ ثابت: تشعر المرأة هنا بالعجز، اليأس، الاستسلام، لعدم قدرتها على مواجهة الوضعيات الضاغطة، وحل المشكلات التي تواجهها، مما يؤدي إلى شعورها بأن الأمور ستكون دائما بهذه الطريقة ولا يمكن حلها[2].

تقترح نظرية العجز أن الأشخاص لديهم قابلية للإصابة بالإكتئاب، لأنهم يميلون إلى تعميم تفسيرات أحداث الحياة الضاغطة بأن لها أثار سلبية على مستقبلهم وعلى قيمهم الذاتية، إن الأشخاص

---

[1] Martin E. P. Seligman, Lyn Y. Abramson, Amy Semmel, Carl von Baeyer : Depressive Attributional Style, Journal of Abnormal Psychology, Vol. 88, No. 3, P: 242-247. (1979). P :242.

[2] Randy P. auerbach. Christian A. webb. Jeremy G. stewart: Cognitive behavior therapy for depressed adolescents : A practical guide to management and treatment, Published by routledge, First published, New york. (2016). P:23- 24.

الذين يقومون بتعميم هذه التفسيرات السلبية يطورون العجز المكتسب. وترى الدراسات الحديثة أن المعارف تلعب دورا في تطور الإكتئاب[1].

النظرة السلبية للأحداث ونمط الأسلوب التفسيري السلبي هو من بين أقرب المؤشرات لاضطراب الاكتئاب الكبير، نظرية العجز الأصلية تم تطويرها من طرف أبرامسون وزملائه (1989) لتحديد ثلاثة أنماط معرفية مسببة للاكتئاب وتتمثل في:

1 ـ النظر إلى نفسه بأنه ضعيف وغير مؤهل للأحداث السلبية.

2 ـ التنبؤ بنتائج كارثية للأحداث السلبية.

3 ـ رؤية الأحداث السلبية بأنها عامة وثابتة.

ومع مرور الوقت يفترض أن هذه الأنماط النسبية تتطور إلى حالة من العجز المكتسب وفي النهاية تؤدي إلى الاكتئاب الكبير. بالإضافة إلى تحديد أنماط معينة للتفكير التي تؤدي إلى الاكتئاب، نظرية العجز المكتسب تفترض أن العجز ناتج عن الاسلوب التفسيري السلبي الذي يساهم في تحديد النمط الفرعي لاضطراب الاكتئاب الكبير، العجز المكتسب للاكتئاب يتميز بمجموعة من الأعراض: اليأس، الحزن، تأخر أولي في القيام بالاستجابات اللاإرادية، التفكير في الانتحار، أرق أولي، انخفاض الطاقة، النقد الذاتي، صعوبة في التركيز، تأخر نفسي حركي، كأبة أو الخوف، نقص تقدير الذات، ولاستكمال معايير العجز المكتسب للاكتئاب يجب على الفرد أن يظهر العجز لمدة أسبوع على الأقل، ويضم أربعة من الأعراض المرتبطة به[2].

---

[1] Gerald J. Haeffel. Lyn Y. Abramson. Paige C. Brazy. James Y. Shah: Hopelessness theory and the approach system: Cognitive vulnerability predicts decreases in goal-directed behavior, Cogn ther res. Springer science business media, V 32, P:281 - 290. (2008). P:282.
[2] Randy P. auerbach. Christian A. webb. Jeremy G. stewart, (2016). P:21 -22.

5 ـ 7 ـ 3 ـ النظرية السلوكية:

كان تشارز فيرستر (Charles ferster، 1973) أول من قام بالتحليل السلوكي لمشكلة الاكتئاب، حيث كان ينظر للاكتئاب بأنه انخفاض عام لمعدلات الاستجابة للمثيرات الخارجية، لم يعد السلوك تحت سيطرة المعززات التي كانت فعالة من قبل، كان المفهوم الأساسي لفيرستر في مصطلحات التعلم هو الإنطفاء، يمكن رؤية الخسائر الكبيرة في الحياة كفقدان لمصادر مهمة للتعزيز، يشير مفهوم التسلسل إلى الوضع حيث تعتمد استجابة واحدة على استجابة لاحقة، لأن الوظيفة الأولى تعمل على الوصول إلى الثانية، على سبيل المثال بالنسبة للرجل الذي يصاب بالاكتئاب بعد تفكك الرومانسية، يمكن اعتبار المرأة في العلاقة على أنها مصدر هام ومركزي للتعزيز، قد تكون علاقته معها نظمت الكثير من سلوك الرجل متسلسلة مع مركز التعزيز، بمعنى إذا لم يذهب في فترة الاكتئاب إلى مشاهدة الأفلام، وهو نشاط ممتع (تعزيز) لأنه ذهب معها سابقا، والأن مصدر التعزيز لم يعد متوفرا وقد يتوقف أيضا على قراءة جزء من الجريدة الذي يحتوي على إعلانات واستعراضات الأفلام يمكن رؤية اكتئابه في السلوكات العديدة التي تم خفض معدلها[1]، ويرى فيليبس (Phillips، 1986) أن غياب التعزيز بعد الولادة عند النساء اللواتي كن يتلقونه قبل ولادة أطفالهن عن طريق الأنشطة الاجتماعية و /أو الترفيهية في عملهمن، أو من خلال الشبكات الاجتماعية، هن أكثر عرضة للإصابة باكتئاب ما بعد الولادة[2].

ذكر فيرستر (1973) أن بعض خصائص الشخص المصاب بالاكتئاب مثل البكاء ونقد الذات المرتبط بفقدان أنواع أخرى من الأنشطة، من المرجح أن المتغيرات التي تؤثر على هذا النوع أن تؤدي إلى خفض وتيرة التعزيز الإيجابي وزيادة التعزيز السلبي، يحدث التعزيز الإيجابي من خلال الأحداث التي تزيد من تكرار السلوكات الملاحظة في الأفراد غير المكتئبين، مثل السلوكات المرتبطة بتجربة وجود

---

[1] Lynn P. Rehm: Cognitive and behavioral theories of depression, international psychotherapy institute, United states of america (2015). P:10-11.

[2] Claire Scannell: Psychosocial factors in postpartum depression, the requirements for the Degree of Doctor of Philosophy in Psychology, University of Canterbury. (1995). P:33.

علاقة إيجابية ومرضية مع شخص مهم، الشعور بالإنتاجية في العمل أو المتعلقة بالأصدقاء وغيرهم، ومن ناحية أخرى يشير التعزيز السلبي إلى زيادة تواتر سلوكات التجنب على سبيل المثال في الوضع الذي يتجنب فيه العامل المكتئب أن يكون وجها لوجه مع رئيسه، يمكن تجنب حدوث الصراع المحتمل أن يحافظ على عدم حل المشكلة وزيادة المعاناة، تحدث سلوكات التجنب عندما يفر الشخص الذي يعاني من الاكتئاب من الحالات غير المرغوب فيها، مثل التخلي عن المسؤوليات في العمل أو المنزل، أو حتى في المواقف اليومية عندما يجد الفرد أعذارا لانعزاله أو لنفسه خلال وجود أصدقائه[1].

ألح فيرستر (1977 ـ 1981) على تحليل السلوك اللفظي كوسيلة هامة لدراسة الاكتئاب، كظاهرة لفظية، يتكون الاكتئاب بدرجة كبيرة من الشكاوي التي يتم تعزيزها بشكل سلبي من قبل هؤلاء المحيطين بالشخص المكتئب[2]، قام أتكينسون وريكيل (Atkinson، Rickel، 1984) بفحص العلاقة بين التقرير الذاتي للتعزيز الإيجابي والسلبي واكتئاب بعد الولادة لدى عينة من الأزواج بلغت (78)، وجد الباحثون أن التعزيز الإيجابي يرتبط عكسيا باكتئاب ما بعد الولادة[3].

نظرية لوينسون (Lewinsohn) للاكتئاب تقوم على العلاقة بين الاكتئاب وتكرار التعزيز. على وجه التحديد إنخفاض مستويات أفعال التعزيز الإيجابي تسبب السلوك الاكتئابي. يعتمد التعزيز الإيجابي على ظروف الحياة والأنشطة، وتاريخ التعلم، والعمر، والجنس وغير ذلك. ويعتمد أيضا على توفر المعززات، وظروف وقدرات كل فرد. التعزيز من قبل الآخرين (التعاطف، والحنان وغير ذلك)، لا سيما من قبل الأفراد المحيطين من البيئة الاجتماعية، لأنهم المسؤولون على الحفاظ على الإكتئاب، لأنه يمنع

---

[1] Paulo roberto abreu. Carlos E. Santos Behavioral models of depression: A critique of the emphasis on positive reinforcement, international journal of behavioral consultation and therapy, Volume 4, No. 2. (2008). 131

[2] Lynn P. Rehm: (2015). P: 11.

[3] Claire Scannell (1995). 33 -34.

الشخص المكتئب من محاولة إسترجاع التعزيز المنخفض من خلال تأثير العوامل التي تسبب في إنخفاضه[1].

ووفقا لنظرية لوينسون هناك ثلاث حالات قد تنشأ من التعزيز غير كافي:

أ ـ قد يكون المحيط عاجز عن توفير التعزيز الكافي للحفاظ على الأداء الملائم على سبيل المثال يمثل فقدان عمل أو حب شخص خسارة كبيرة لمصدر التعزيز، عدم القدرة على إيجاد عمل أو زواج تعيس قد يسبب فقدان التعزيز المستمر.

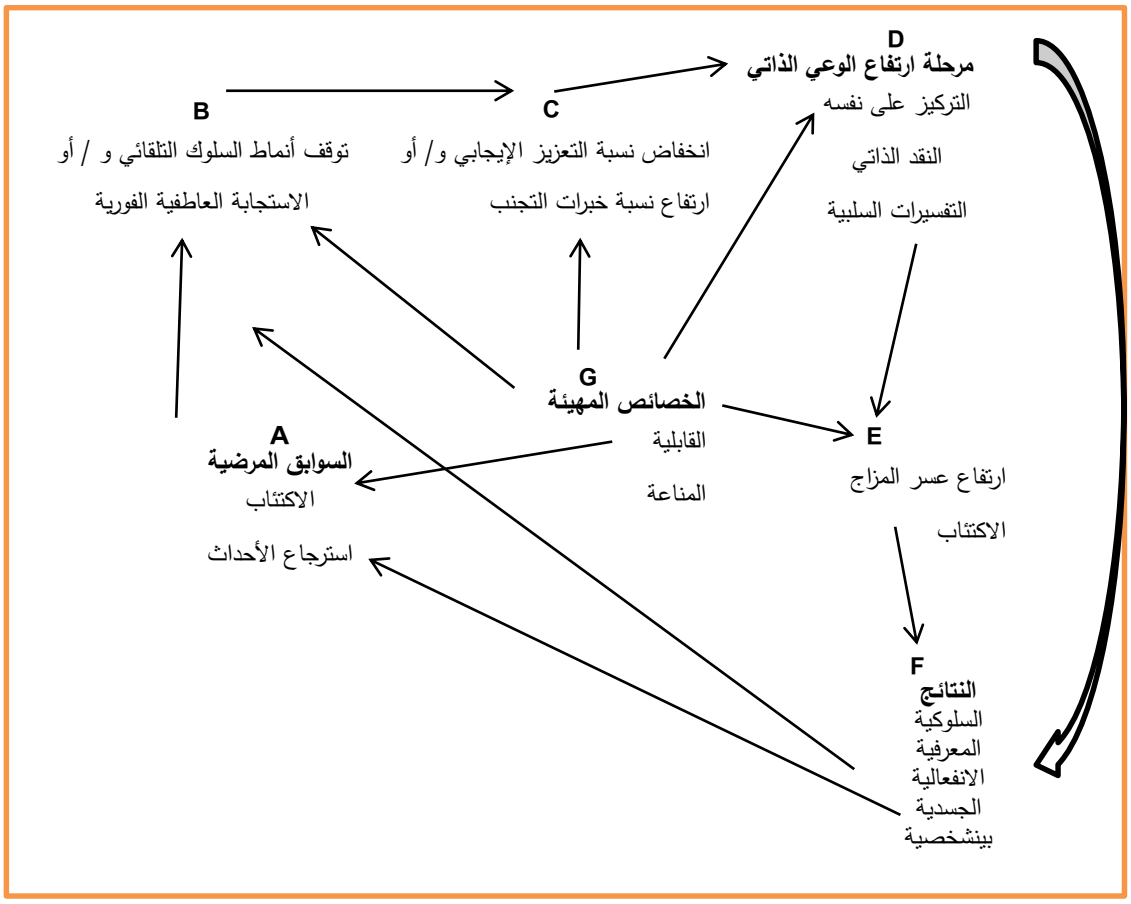
ب ـ المهارات الشخصية قد تمنع الشخص من تطوير علاقات اجتماعية مرضية، ضعف مهارات التواصل قد تحافظ على الزواج التعيس.

ج ـ قد تكون المعززات متوفرة للشخص ولكنه لا يمكنه التمتع بها أو الحصول على الرضا منهم[2].

أعد لوينسون (Lewinsohn)، هيبرمان (Hoberman)، أوتيزينجر (Hautzinger) نموذج نظري متكامل لعلم الأمراض والحفاظ على الاكتئاب يفترض هذا النموذج أن تعدد العوامل الشخصية والبيئية يرتبط بنمو الاكتئاب. كما أنه يدعم الرأي القائل بأنه يمكن خفض أعراض الاكتئاب عن طريق تغيير المواقف والأفكار والمشاعر وبيئة الشخص. ويتمثل هذا النموذج في المخطط التالي:

---

[1] Marina psoma: Lewinsohn's cognitive behavioral group therapy course for depression: structure, application and efficacy, Encephalos 49, 60-66. (2012). P:61.
[2] Lynn P. Rehm: (2015). P: 11.



شكل رقم (8). نموذج لوينسون وزملائه للاكتئاب[1]

يشير هذا النموذج التكاملي إلى أن عملية الاكتئاب تبدأ مع حدوث سوابق مرضية أو إسترجاع أحداث الاكتئاب، مثل هذه الضغوطات تؤدي إلى نوبة الاكتئاب، لدرجة أنها توقف أنماط السلوك الإيجابي للأفراد. ينتج عن توقف أنماط التفاعل بين الأشخاص والبيئة هذه تحول في نوعية تفاعلات الفرد وينتج عنه استجابة عاطفية سلبية (مثل عسر المزاج)، ونتيجة لذلك فإن التوازن بين التفاعلات الإيجابية والسلبية مع البيئة يتجه أكثر نحو الإتجاه السلبي، استمرار عدم القدرة على التغير العكسي للتعزيز يفترض أن يؤدي إلى ارتفاع حالة الوعي الذاتي. وقد ثبت أن هذه المرحلة لها العديد من النتائج

[1] Marina psoma: (2012), p:61.

السلبية مثل زيادة النقد الذاتي، العزو الذاتي للنتائج السلبية، زيادة الأثار السلبية، والانسحاب السلوكي[1].

إن فشل الشخص المستمر في تلقي التعزيز الإيجابي يؤدي إلى زيادة التنبيه، ويؤدي بالشخص إلى النقد الذاتي، تضخيم المؤثرات السلبية والانسحاب، هذه اليقظة يؤدي بالشخص لتهويل اعتقاداته بأنه فشل في مواجهة المواقف، وهي حقيقة تسبب المزيد من الأحكام السلبية والانسحاب، وكل هذا يؤدي إلى عسر المزاج والاكتئاب[2]. عندما تظهر حالة الوعي الذاتي فإن تعزيز المخططات المعرفية والحماية الذاتية للفرد تتوقف، ويزيد من وعي الفرد بالفشل في الوصول إلى مستويات التكيف المتوقعة، والذي يؤدي إلى عسر المزاج وإلى التغيرات السلوكية، المعرفية، العاطفية، البينشخصية المرتبطة بالإكتئاب، وارتفاع الوعي الذاتي في حلقة مفرغة، يعمل على الحفاظ على حالة الاكتئاب[3]. وهذا ما أكده بيتر لوينسون وأخرون أن إنخفاض معدلات التعزيز الإيجابي يؤدي إلى إضطراب عسر المزاج[4].

اقترح فيستر ولوينسون أن المفهوم النظري للتعزيز هو كافي لتفسير الأصول الإكلينيكية للاكتئاب، وأضاف فكرة أن الاكتئاب يتشكل من خلال انخفاض معدل الاستجابة المستمرة للتعزيز الإيجابي واستعمل هذه البنية الاساسية لشرح الاكتئاب الإكلينيكي[5].

---

[1] Gregory Clarke, Peter Lewinsohn, Hyman Hops: Leader's manual for adolescent groups : Adolescent coping with depression course, Center for Health Research, United States of America. (1990). P: 36.

[2] Marina psoma: (2012), p:62.

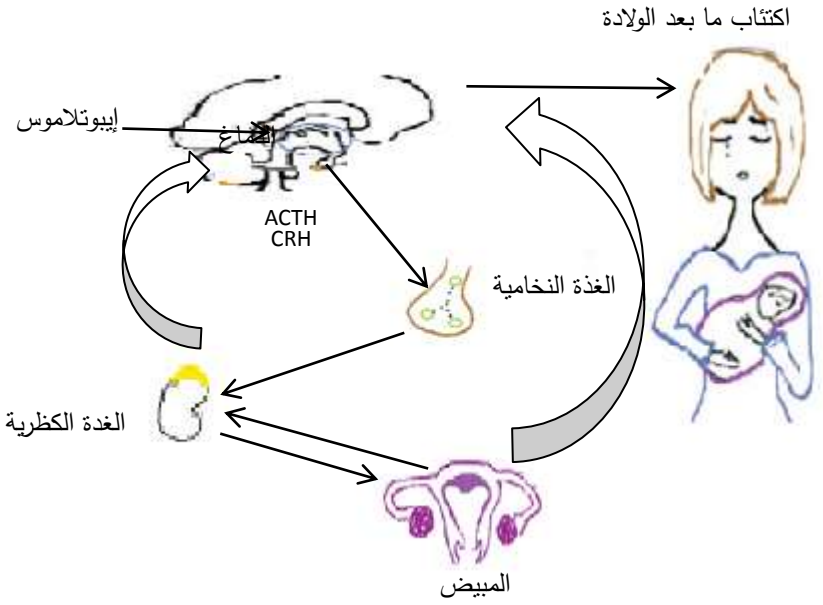
[3] Gregory Clarke, Peter Lewinsohn, Hyman Hops,. (1990). P: 36.

[4] Peter M. Lewinsohn .Harry M. Hoberman. Michael Rosenbau: A Prospective Study of Risk Factors for Unipolar Depression, Journal of Abnormal Psychology, Copyright American Psychological Association Inc. Vol. 97, No. 3,251-264. (1988). p:253.

[5] Aaron T. Beck. Brad A. Alford : Depression : Causes and Treatment, Library of congress cataloging-in-publication data, Second edition, United states of america, (2009). P : 214.

5 ـ 7 ـ 4 ـ النظرية البيولوجية:

إن فترة ما بعد الولادة تشهد تغيرات هرمونية واسعة[1]، وقد وضع جينغيا لي وآخرون (Jingya Li) مخططا يفسر كيف يمكن أن تؤثر التغيرات الفزيولوجية للمرأة بعد الولادة وتؤدي إلى إصابتها باكتئاب ما بعد الولادة، ويتمثل في ما يلي:



شكل رقم (9) أثر الهرمونات على اكتئاب ما بعد الولادة[2]

يتضح من خلال المخطط أن الهرمونات لديها تأثير واضح في ظهور أعراض اكتئاب ما بعد الولادة، فالنساء اللواتي يعانين من تاريخ سابق لاكتئاب ما بعد الولادة سيكونون أكثر عرضة لانخفاض في هرمونات الغدد التناسلية[3]. إقترحت كلوديا كلاير وأخرون (Claudia M. klier) أن الهرمونات

---

[1] Sarah K. C. Holtfrerich, Roland pfister, Alexander T. El gammal, Eugen bellon, Esther K. diekhof : Endogenous testosterone and exogenous oxytocin influence the response to baby schema in the female brain, ScIeNtIFIc REports, V: (8):76 72, p 1 _ 10, (2018).p : 6.

[2] Jingya Li, Ruizhen Zhao, Xiaoli Li, Wenjun Sun, Miao Qu, Qisheng Tang, Xinke Yang, Shujing Zhang. (2016). Shen-qi-jie-yu-fang exerts effects on a rat model of postpartum depression by regulating inflammatory cytokines and cd4+cd25+regulatory t cells, Neuropsychiatric disease and treatment, V:12, PP : 883 - 896, 2016, p :885.

[3] Constanza mendoza, Sandra saldivia, Rolando pihan: Update on the neurobiological aspects of postpartum depression, EC neurology, V 6.2, p: 31-38. (2017). P:33.

المختلفة: هرمون الاستروجين، البروجسترون، التستوستيرون (testosterone)، الكورتيزول والبرولاكتين تكون لها أهمية كبيرة في السببية الإمراضية لاكتئاب ما بعد الولادة[1]. حيث وجد تشانغ وآخرون (Chang، 1995) أن الانخفاض السريع في هرمون البروجسترون لدى المرضى الذين يعانون من اكتئاب ما بعد الولادة. وقد تم تأكييد دور الاستروجين والبروجسترون في اكتئاب ما بعد الولادة من خلال أثاره العلاجية. وإستخدم غريغوار وآخرون (Gregoire، 1996) في دراستهما جرعة عالية من الاستراديول عبر الجلد وأظهر انخفاض طفيف في أعراض الاكتئاب بعد ثلاثة أشهر من العلاج[2]. ويرى فيتلستون (Fitelston) وآخرون) أنه يمكن التحكم في نسبة هرمون الاستروجين لدى النساء اللواتي يعانون من اكتئاب ما بعد الولادة الحاد، عندما تم تقييمه بعد ثلاثة أشهر من العلاج (RR = 0.30, [95% CI, [0.14 − 0.66)[3].

أظهرت دراسة فليمنج وزملاؤه (Fleming،1997) أن ارتفاع نسبة الاستراديول ونسبة البروجسترون مرتبط باكتئاب ما بعد الولادة لدى المرأة.[4] وهذا ما أكدته تداهيروا نوماكاوا وأخرون (Tadahiro numakawa) أن التأثير السلبي للاستراديول لدى النساء بعد الولادة يرتبط باكتئاب ما بعد الولادة[5]. في حين بينت دراسة هاريس وآخرون (Harris، 1989) وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين اكتئاب ما بعد الولادة والبروجسترون ومستويات البرولاكتين: ارتبط البروجسترون إيجابيا بالاكتئاب في

---

[1] Claudia M. klier, Maria muzik, Kanita dervic, Nilufar mossaheb, Thomas benesch, Barbara ulm, Maria zeller: The role of estrogen and progesterone in depression after birth, Journal of psychiatric research, V41, 273–279. (2007). P:473.

[2] Mohammed T. Abou-Saleh, Rafia ghubash, Leena karim, Mikhail krymski, Idrees bhai: Hormonal aspects of postpartum depression, psychoneuroendocrinology, Vol. 23, No. 5, p: 465-475. (1998). P:466 -467.

[3] Constanza mendoza, Sandra saldivia, Rolando pihan. (2017). p:33.

[4] Brummelte Susanne, Galea, Liisa A.M: Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care, Hormones and behavior. Canada. (2015). P:25.

[5] Tadahiro numakawa, Misty richards, Shingo nakajima, Naoki adachi, Miyako furuta, Haruki odaka, Hiroshi kunugi: The role of brain-derived neurotrophic factor in comorbid depression: Possible linkage with steroid hormones, cytokines, and nutrition, Frontiersin Psychiatry, MolecularPsychiatry, V5, pp 1 - 12. (2014). P:2.

الرضاعة غير الطبيعية، في حين أنه في الرضاعة الطبيعية كان مرتبطا سلبيا[1]. وقد وجد هاريس وآخرون (1989) أن المستويات المنخفضة من البرولاكتين إترتبطت بمستويات عالية من الاكتئاب[2].

إن الدراسات التي أجريت على هرمون الأوكسيتوسين في النساء اللواتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة أن النساء المعرضات لخطر اكتئاب ما بعد الولادة كان لديهن نقص في حجم الأوكسيتوسين في الثلث الأخير من الحمل، ومع ذلك فإن إعطاء الأوكسيتوسين للنساء اللواتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة أدى إلى انخفاض المزاج[3]. وهذا ما أكدته سهي كيما وآخرون (Sohye Kima) أن مستويات الأكسيتوسين ترتبط عكسيا مع أعراض الاكتئاب في كل من الثلث الثالث من الحمل وبعد (8) أسابيع بعد الولادة[4].

إن فرط أو نفص نشاط محور الغدة النخامية (HPA) كان مرتبطا بالحالات الاكتئابية[5]. وهذا ما أكدته سيلفين سارة (Sylvén sarah.m) أن فرط أو نقص نشاط محور الغدة النخامية والكظرية والذي له تأثير عميق على المناعة، الأيض، والتكاثر، وقد ارتبط بالفعل بالحالات الاكتئابية في الاضطرابات العاطفية الموسمية والاكتئاب النمطي واكتئاب ما بعد الولادة، حيث ينخفض نشاط محور الغدة النخامية والكظرية عادة، مما قد يشير إلى ألية مرضية متشابهة في الحالات الثلاث، يمكن أيضا أن يتأثر نشاط محور الغدة النخامية والغدة الكظرية بهرمونات ستيرويد، مثل هرمون الأستروجين، مما أدى إلى إجراء بعض الابحاث باستخدام الاستروجين كمضاد للاكتئاب، الاستروجين يلعب دورا في الاكتئاب من خلال

---

[1] Mohammed T. Abou-Saleh, Rafia ghubash, Leena karim, Mikhail krymski, Idrees bhai (1998). P:472.

[2] Michael W. O'Hara (1995). P:183.

[3] Brummelte Susanne, Galea, Liisa A.M (2015). P:10.

[4] Sohye Kima,b,c, Timothy A. Soekena, Sara J. Cromera, Sheila R. Martineza,b, Leah R. Hardya,b, and Lane Strathearna: Oxytocin and Postpartum Depression: Delivering on What's Known and What's Not, Brain Res. 11,P: 219 232. (2014). P:222.

[5] Alkistis shalkidou, Charlotte hellgren, Erika comasco, Sara sylvén, Inger sundstöm promaa: Biological aspects of postpartum depression, Women's Health, V 8(6), 659–672. (2012). P:666.

تنظيم مستقبلات السيروتونين، والتغذية العصبية، وبالتالي تعزيز المرونة العصبية بسبب التغيرات الحادة في هرمون الستيرويد خلال فترة الحمل وبعد الولادة[1].

إن هرمونات الغدة الدرقية تعتبر كمؤشر حيوي لإكتئاب ما بعد الولادة، بسبب العلاقة المفترضة بين الخلل الوظيفي في الغدة الدرقية والاكتئاب الكبير، الاكتئاب يرافق أمراض الغدة الدرقية، خلل في الغدة الدرقية يرافق الاكتئاب. فالنساء اللواتي يعانون من اكتئاب ما بعد الولادة يظهرون مستويات عالية من الكورتيزول بعد الولادة[2].

5 ـ 7 ـ 5 ـ النظرية المجذرة لاكتئاب ما بعد الولادة:

إن بيك في دراستها للنظرية المجذرة اكتشفت أن فقدان السيطرة كان المشكلة النفسية الاجتماعية الأساسية في اكتئاب ما بعد الولادة، تعاني النساء من فقدان السيطرة على عواطفهن وعمليات تفكيرهن وأفعالهن. حاولت النساء اللواتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة التغلب على مشكلة فقدان السيطرة من خلال عملية من أربع مراحل تسمى التأرجح على الحافة، التي يشير إلى السير على الخط الفاصل بين العقل والجنون[3]، والتي تتكون من أربعة مراحل وهي (1) مواجهة الرعب، (2) موت الذات، (3) الكفاح من أجل البقاء على قيد الحياة، (4) استعادة السيطرة[4].

---

[1] sylvén sarah.M: biological and psychosocial aspects of postpartum depression, Acta universitatis upsaliensis, Upsaliensis. digital comprehensive summaries of uppsala dissertations from the faculty of medicine 751. (2012). P:18.

[2] Crystal edler schiller, Samantha meltzer-brody, David R. Rubinow: The role of reproductive hormones in postpartum depression, CNS Spectrums,V 20, 48–59. (2015). P:51 -57.

[3] Cheryl Tatano Beck, Jeanne Watson Driscoll: Postpartum mood and anxiety disorders: a clinician's guide, Library of Congress Cataloging-in Publication Data. (2006). P:71.

[4] Cheryl Tatano Beck: Teetering on the edge: A substantive theory of Postpartum depression, nursing research, v42, N:1, P: 42 _ 48. (1993). P:42.

أولا ـ مواجهة الرعب (Encountering Terror):

في المرحلة الأولى أصيبت النساء فجأة وبشكل غير متوقع باكتئاب ما بعد الولادة. يمكن أن تبدأ المتلازمة في الأسابيع الأولى بعد الولادة أو يمكن أن تتأخر حتى (6) أشهر أو أكثر بعد الولادة. عندما أصبن باكتئاب ما بعد الولادة، شعرت الأمهات بأنهن محاصرات في نفق مظلم مع عدم وجود هروب متوقع. وصفت الأمهات هذا الهجوم بأنه الذهاب إلى بوابة الجحيم والعودة أسوأ كابوس محتمل لك، "كل شيء ينهار قطعة قطعة"، "السقوط على القاع"، "عالمك كله انقلب رأسا على عقب"[1]. وتضم هذه المرحلة المراحل التالية:

ـ التقلبات العاطفية Emotional Lability

ـ القلق المرعب Horrifying Anxiety

ـ التفكير الوسواسي المستمر Relentless Obsessive Thinking

ـ التشوش الغامض Enveloping Fogginess

ـ التعبيرات الجسدية Somatic Expressions[2]

أ ـ التفكير الوسواسي المستمر (Relentless obsessive thinking): إن ترك الأمهات منهكين عقليا وجسديا، في نهاية اليوم لم تستطع النساء حتى النظر إلى بعض الراحة لأنه كما قالت إحدى الأمهات، كنت أستلقي على السرير والأفكار تذهب وتذهب. اعتقدت أنني سأصاب بالجنون".

ب ـ التشوش الغامض (Enveloping fogginess): خلال هذه المرحلة الأولية من اكتئاب ما بعد الولادة، يستقر التشوش. عانت الأمهات من فقدان التركيز وفي بعض الأحيان المهارات الحركية[3].

---

[1] Jacqueline Rychnovsky, Cheryl Tatano Beck (2006). P:71-72.
[2] Cheryl Tatano Beck: Routledge international handbook of qualitative nursing research, First published, Routledge, New york. (2013). P:127
[3] Cheryl Tatano Beck, Jeanne Watson Driscoll (2006). P:73.

ت ـ التعبيرات الجسدية: إن النساء استخدمت تعبيرات جسدية لوصف اكتئاب ما بعد الولادة والتي لها آثار مهمة على فحص هذا الاضطراب المزاجي المدمر لدى الأمهات[1].

ث ـ القلق المرعب: إن النساء عندما أصيبين بنوبات القلق، شعرن أنهن يفقدن عقولهن تدريجيا، ذكرت النساء مرارا وتكرارا أن نوبات القلق كانت أسوأ من الاكتئاب الذي شعرن به[2]. فالمعاناة من القلق لا يمكن السيطرة عليها، تؤدي نوبات القلق المرعبة إلى الشعور بالجنون[3].

خ ـ التقلبات الانفعالية: تم تصنيف التقلبات الانفعالية ضمن المشكلة النفسية الاجتماعية الأساسية لفقدان السيطرة على انفعالات الأمهات، لأن العديد من النساء من جميع أنحاء العالم صرحن عن معاناتهن من مشاعر مؤلمة لا يمكن السيطرة عليها[4].

ثانيا ـ موت الذات (Dying of Self):

إن موت الذات تحدث نتيجة للظروف في المرحلة الأولية من اكتئاب ما بعد الولادة، حدث موت الذات الطبيعية للأم خلال المرحلة الثانية. وتألفت هذه المرحلة من النتائج الثلاثة التالية: عدم الواقعية المقلقة، وعزل الذات، والتفكير ومحاولة تدمير الذات. كانت هذه النتائج الثلاثة استجابات لا إرادية للظروف في المرحلة الأولى[5].

أ ـ اللاواقعية المقلقة (Alarming unrealness في اللاواقعية المقلقة، لم تعد الذات الطبيعية للأمهات موجودة، لا تعرف النساء ولا أزواجهن من هم هؤلاء النساء. سأل الأزواج أين ذهبت زوجاتهم.

---

[1] Cheryl Tatano Beck (2013). P:128.
[2] Patricia Munhall: Nursing Research, A qualitative perspective, fourth edition, Jones and bartlett publishers, USA. (2007). P:280.
[3] Cheryl Tatano Beck (2013). P:120.
[4] Patricia Munhall: Nursing Research, A qualitative perspective, Fifth edition, Jones and bartlett publishers, USA. (2012). P:265.
[5] Cheryl Tatano Beck, Jeanne Watson Driscoll (2006). P:73.

خلال اكتئاب ما بعد الولادة، قالت النساء مرارا وتكرارا إنهن لا يشعرن بالحقيقة. لقد شعروا وكأنهم روبوتات تمر فقط بحركات رعاية أطفالهم. شعروا بالفراغ من أي مراعات لمشاعرهم[1].

ب ـ عزل الذات (Isolating oneself): إن العزلة كانت نتيجة أخرى للمرحلة الثانية من اكتئاب ما بعد الولادة. فقدت الأمهات كل الاهتمام بالأشياء التي كانوا يستمتعون بها سابقا، واهتماماتهم وأهدافهم، وعائلاتهم وأصدقائهم. شعروا بالغربة والوحدة النفسية لأنهم اعتقدوا أن لا أحد يفهم ما كانوا يمرون به. كانوا يخشون أن يعتقد الناس أنهم أمهات سيئات. عزلت بعض النساء أنفسهن في منازلهن خوفا من الذهاب إلى أي مكان. لقد صرحوا مرارا عن عدم اهتمامهم بالجنس، كما عانوا من إبعاد أنفسهم عن أطفالهم[2]، وهذا ما أكدته سوزان دوود ستون وألسيس منكان (Susan dowd stone، Alexis e. menken، 2008) أن النساء تميل إلى عزل أنفسهن لأنهن يعتقدن أنه لا أحد يفهم حقا عمق الكابوس الحي الذي يمرن به. من الواضح أن أخطر جانب في هذه المرحلة الثانية هو التفكير في الانتحار[3].

ج ـ التفكير ومحاولة تدمير الذات (Contemplating and attempting self-destruction):

النتيجة الثالثة لمرحلة مواجهة الرعب كانت التفكير ومحاولة تدمير الذات. لم تكن هؤلاء الأمهات يفكرن في الموت فقط، ولكن بعضهن حاولن أيضا تدمير الذات، ساهمت أفكارهم في الموت في الشعور بالذنب الذي تحملوه بسبب تصورهم للفشل كأمهات ولأفكارهم في إيذاء أطفالهم[4].

---

[1] Patricia Munhall. (2007). P:283.
[2] Cheryl Tatano Beck, Jeanne Watson Driscoll (2006). P:74.
[3] Susan dowd stone, Alexis e. menken: Perinatal and postpartum mood disorders: perspectives and treatment guide for the health care practitioner, Copyright springer publishing company, USA. (2008). P:209
[4] Cheryl Tatano Beck, Jeanne Watson Driscoll (2006). P:74 -75.

ثالثا ـ المكافحة من أجل البقاء على قيد الحياة (Struggling to Survive):

تتكون هذه المرحلة من محاربة النظام، والصلاة من أجل الراحة، والبحث عن المأنسة في مجموعة دعم اكتئاب ما بعد الولادة[1].

أ ـ محاربة النظام (Battling the system): ترى تشيرلي تتانو بيك وجين واطسن دريسكول (2006، ص: 75 ـ 76) أنه بعد اتخاذ قرار طلب المساعدة المهنية، بدأت النساء طريقا متعرجا للعثور على العلاج المناسب. تشعر الأمهات بخيبة الأمل والإحباط والإذلال والغضب في طلبهن للحصول على المساعدة الأولية من قبل المهنيين الصحيين، أعطى أطباء التوليد النساء أسماء وأعداد الأطباء النفسيين. ومع ذلك لم تكن بعض هذه الإحالات ناجحة، حيث لم يكن كل الأطباء النفسيين على دراية باكتئاب ما بعد الولادة. يجب أن يستمر البحث حتى يتم العثور على طبيب نفسي خبير. كان استخدام مضادات الاكتئاب هو العلاج المفضل من قبل الأطباء النفسيين، وكان بروزاك (Prozac) هو الدواء الموصوف في أغلب الأحيان. احتاجت بعض الأمهات إلى العلاج بالصدمة والاستشفاء النفسي بالإضافة إلى الأدوية.

خلال اكتئاب ما بعد الولادة، وجدت بعض الأمهات أنهن بدأن يصبن بمرض توهم المرض وذكرن أعراض جسدية. عانى البعض من آلام في الصدر أثناء نوبات القلق وغالبا ما ذهبوا إلى قسم الاستعجالات للتحقق من أنهم لم يصابوا بنوبة قلبية. منع الجانب المالي بعض الأمهات من الحصول على المساعدة المهنية التي يحتجنها، ولم يكن التأمين الصحي في كثير من الأحيان يغطي تكاليف الرعاية النفسية بشكل كاف[2].

---

[1] Martha Raile Alligood: Nursing theorists and their work, Eighth edition, Library of congress cataloging-in-publication data. (2014). P: 675.
[2] Cheryl Tatano Beck, Jeanne Watson Driscoll (2006). P: 75-76.

ب ـ الدعاء من أجل الراحة (Praying for relief): بالإضافة إلى محاربة النظام، لجأت النساء إلى الدعاء كاستراتيجية في كفاحهن من أجل البقاء[1].

ج ـ البحث عن المأنسة في مجموعة الدعم (Seeking a solace in a support group): إن حضور مجموعة الدعم لاكتئاب ما بعد الولادة هو الاستراتيجية الثالثة التي تستخدمها النساء في كفاحهن من أجل البقاء، ساعدت مجموعة الدعم في مواجهة العزلة والوحدة النفسية التي شعرت بها الأمهات أثناء تعرفهن بالنساء اللواتي تعافين من اكتئاب ما بعد الولادة مما أعطى لهم نوعا من الأمل في أنه يمكن التغلب على اكتئابهن وأن يستعيدوا السيطرة على حياتهم مرة أخرى، تواجدهن بين النساء الأخريات اللواتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة ساعدهن في تأكيد حقيقة ظروف للأمهات[2].

رابعا ـ استعاد السيطرة (Regaining Control):

إن استعاد السيطرة هو المرحلة الرابعة والأخيرة في النظرية الموضوعية للتأرجح على الحافة، كان استعاد السيطرة عملية بطيئة تتكون من ثلاث نتائج: الانتقال غير المتوقع، الحزن على ضياع الوقت، والحرس على التعافي[3].

أ ـ التحول غير متوقع (Unpredictable transitioning): إن عملية الشفاء لم تكن من اكتئاب ما بعد الولادة مفاجئة. أحيانا من بين الأيام السيئة، سيكون هناك يوم جيد. تدريجيا سيزداد عدد الأيام الجيدة التي مررت بها حتى تظهر بضعة أيام سيئة هنا وهناك. ستكون هذه غير متوقعة[4].

---

[1] Cheryl Tatano Beck (1993). P:43.
[2] Cheryl Tatano Beck, Jeanne Watson Driscoll (2006). P: 76 - 77.
[3] Cheryl Tatano Beck (1993). P:47.
[4] Cheryl Tatano Beck, Jeanne Watson Driscoll (2006). P: 77.

ب ـ الحزن على ضياع الوقت (Mourning lost time): مع تحسن الأمهات وشفائهن من اكتئاب ما بعد الولادة، بدأن في الحزن على الوقت الضائع الذي لم يكن بمقدورهن استعادته مع أطفالهن[1].

ت ـ التعافي الحذر (Guarded recovery): إن التعافي الحذر كان النتيجة النهائية لاستراتيجيات الكفاح من أجل البقاء. حدث هذا عندما شعرت الأمهات أنهن تعافين بشكل أساسي من اكتئاب ما بعد الولادة. لاحظت الأمهات مرارا كيف سيقول أزواجهن في هذه المرحلة من التعافي، "الحمد لله، عادت زوجتي أخيرًا!" عندما تشعر الأمهات بالتحسن، كن يتحدثن عن كيفية اختفاء جميع أعراض اكتئاب ما بعد الولادة في نهاية المطاف.

لكن اكتئاب ما بعد الولادة ترك بصمة لا تمحى على حياة الأمهات. حتى بعد استعادة السيطرة، صرحوا مرارا وتكرارا أنهم ما زالوا يخشون أنه في مرحلة ما في المستقبل يمكن أن يصابوا بالاكتئاب مرة أخرى[2].

بعد تناولنا للتفسيرات النظرية لإكتئاب ما بعد الولادة نلاحظ أن النظرية التحليلية فسرته على أنه اضطراب في العلاقات الأولية بين الأم والطفل، التي تتميز بانعدام الحب والرعاية والحنان خاصة لدى الأم، أو إلى عدم تقبل كل من الأم والطفل لإقامة علاقة عاطفية بينهما. أو إلى تعلق الأم بوالدتها أو إلى العلاقة غير السعيدة بين الأبوين. بينما ترى النظرية المعرفية لبيك أن الاكتئاب ناتج عن المواقف السلبية التي يتعرض لها الفرد في طفولته والتي أدت إلى نشوء مخططات مختلة سلبية، وتصبح هذه المخططات مخزنة وكامنة عند الفرد، ويتم تنشيطها من قبل الخبرات والمعارف التي يتعرض لها الفرد والتي تكون مشابهة لهذه المخططات تؤثر على التفكير من خلال التشوهات في الوظائف المعرفية مما يجعل الفرد يصاب بالإكتئاب. في حين ترى النظرية السلوكية أن التعزيز مهم جدا في توطيد العلاقات بين الأفراد،

---

[1] Cheryl Tatano Beck (1993). P:47.
[2] Cheryl Tatano Beck, Jeanne Watson Driscoll (2006). P: 78.

وفقدان مصدر التعزيز الفعال هو السبب الرئيس لحدوث الاكتئاب لدى الفرد. أي أن المعززات التي كانت فعالة من قبل لم تعد موجودة فيصاب الشخص بالاكتئاب. أما النظرية البيولوجية ترى أن التغيرات الهرمونية وتغير نشاط محور الغدة النخامية والغدة الدرقية الذي يحدث للمرأة بعد الولادة يؤدي إلى الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة، بينما ترى النظرية المجذرة أن فقدان سيطرة الأم على انفعالاتها وسلوكاتها وأفكارها هو السبب الرئيس في حدوث الاكتئاب.

5 ـ 8 ـ أثار اكتئاب ما بعد الولادة على علاقة أم ـ طفل:

يتميز اكتئاب ما بعد الولادة بأثاره السلبية على علاقة الأم بطفلها فالأثار الناتجة عن اكتئاب ما بعد الولادة تتجاوز ببساطة المتعة التي قد تشعر بها الام بعد الولادة وقد تؤدي في الواقع إلى مخاطر كبيرة على الأم والرضيع، حتى في غياب المخاطر المعلنة للصحة، وقد تحدث انقطاعات خفيفة في العلاقة التي تربط بين الأم والرضيع، مع أثار سلبية للتطور المعرفي والسلوكي للطفل، بالإضافة إلى ذلك قد تستمر هذه الأثار سنوات بعد مرحلة الرضاعة[1]، وهذا ما وضحه سيف إلين ماثيزن (Siv Elin Mathisen، 2013) أن اكتئاب ما بعد الولادة يرتبط بصعوبات تعلق الرضيع، ويمكن أن تكون له تأثيرات سلبية طويلة المدى على نمو الطفل المعرفي والعاطفي والسلوكي، بسب المؤثرات السلبية لاكتئاب ما بعد الولادة ليس فقط بالنسبة للمرأة ولكن أيضا على الرضيع والعائلة ككل[2]. لأنه عادة ما يكون لدى الأمهات اللواتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة أفكار إيذاء أطفالهم، ويبدون قدرا أقل من المشاعر

---

[1] Elizabeth J. Corwin, Jean Brownstead, Nichole Barton, Starlet Heckard, Karen Morin: The impact of fatigue on the development of postpartum depression, JOGNN, 34, 577–586. (2005). 577.

[2] Siv Elin Mathisen. Kari Glavin. Lars Lien. Per Lagerløv: Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in argentina: a cross-sectional study, International journal of women’s health, V 5, p: 787–793. (2013). P : 790.

الايجابية وزيادة المشاعر السلبية تجاههم، ويكونون أقل حساسية لمتطلبات الأطفال وأقل عاطفية، ولديهم نجاحات ضعيفة في تحقيق الدور الأمومي[1].

إن اكتئاب الأم يمكن أن يؤثر سلبا على أنماط التفاعل بين الأم والطفل، مما يؤدي إلى العديد من النتائج السلبية على نمو الطفل، وفي فحص الوقت الذي تستثمره الأمهات مع أطفالهن في سن (5) سنوات بالتركيز على النشاطات الأربعة (أخذ أطفالهن في نزهة، القيام برحلات إلى الملاعب والمنتزهات، اللعب في الداخل مع الطفل، والوقت الذي تقضيه في القراءة مع الطفل) وجد فرايتش وكيمبرو (Frech. Kimbro، 2011) أن إكتئاب الأم يرتبط بإستثمار وقت أقل في جميع الأنشطة الأربعة[2]. ذكرت مارقوليز (Margolies، 1989) أن أطفال الأمهات المكتئبات بعد الولادة كانوا أكثر عصبية، وأكثر عرضة للسلوكات المضادة للمجتمع مقارنة بالأطفال الأخرين. أيدت روتنيم (Rotnem، 1989) فرضيتها أن الأطفال الذين كانت أمهاتهم مصابات بالإكتئاب خلال الأشهر الأولى من حياتهم تتراوح أعمارهم من (4) إلى (8) سنوات كانوا أكثر عرضة لإظهار صعوبات سلوكية مقارنة مع الأطفال الذين لم تكن أمهاتهم مكتئبات، وكانوا أكثر عرضة لإظهار الكرب خلال الفصل الوجيز عن أمهاتهم مقارنة بالأطفال الصغار للأمهات غير المكتئبين، الأطفال الصغار الذين يبلغن (18) شهرا الذين كانت أمهاتهم مصابات بالإكتئاب في فترة ما بعد الولادة هم أكثر عرضة للتعلق غير الأمن، مقارنة بالأطفال الذين لم تكن أمهاتهم مكتئبات. وأظهر الأطفال في سن (19) سنة الذين كانت أمهاتهم يعانون من إكتئاب ما بعد الولادة نقص في المشاركة العاطفية ونقص في الميل الإجتماعي لمخالطة الغرباء[3].

---

[1] Edward H. Hagen: The functions of postpartum depression, Evolution and Human Behavior, University of California, Santa Barbara, New York. (1999). P:3.

[2] Christi L. Gross: Maternal age and postpartum depression during the transition to parenthood, Fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy, Kent state university. (2016). P:10.

[3] Cheryl Tatano Beck: The effects of postpartum depression on child development: A meta-analysis, Archives of psychiatric nursing, Vol. XII, No. 1, p: 12-20. (1998). P:12.

5 ـ 9 ـ عوامل إكتئاب ما بعد الولادة:

لقد تعددت عوامل إصابة المرأة بإكتئاب ما بعد الولادة، سوف نقوم بذكر بعض هذ العوامل كما يلي:

5 ـ 9 ـ ـ 1 ـ نقص الدعم الاجتماعي:

تلعب الشبكات الاجتماعية للفرد دورا مهما في تقديم الدعم الاجتماعي للمرأة خاصة في فترة الحمل وبعد الولادة، ويرى أريال دفتون (Ariel Dalfen، 2009) أن الدعم الاجتماعي يأتي من مصادر مختلفة كالزوج، أو أفراد الأسرة الأخرين، الجيران، الزملاء، وغيرهم من أفراد المجتمع، ويأتي الدعم الاجتماعي أيضا في أشكال مختلفة، مثل قد يقدم شخص ما الدعم الاجتماعي من خلال إحضار وجبة الطعام إلى منزلك، وقد يساعدك شخص أخر من خلال الجلوس مع الطفل، قد يأتي شخص أخر ليتحدث معك عن عواطفك، بينما قد يأتي الأخرون لتقديم أفكار ومعلومات تساعدك في تربية الطفل[1].

إن نقص مصادر الدعم الاجتماعي من المحيط الأسري خاصة الزوج الذي يعتبر شخصا مميزا في حياة المرأة، يؤدي بها إلى الإصابة ببعض الاضطرابات النفسية في فترة الولادة، ومن بين هذه الاضطرابات التي تصيب المرأة في فترة ما بعد الولادة هي اكتئاب ما بعد الولادة، وهذا ما أكده أريال دفتون (2009) أن المرأة التي لا تشعر بأن ليس لها دعم اجتماعي ذي معنى معين في فترة الحمل والولادة، هي أكثر عرضة للإصابة باكتئاب ما بعد الولادة، وبالرغم من أن شبكة الدعم الاجتماعي قد تكون قوية، إلا أنها لم تشعر بأن دعمها له قيمة[2]. وقد أجريت العديد من الدراسات والبحوث حول أهمية الدعم الاجتماعي في حياة المرأة في فترة الحمل وبعد الولادة من بينها دراسة ميشيل أوهارا حيث أشار إلى أن

---

[1] Ariel Dalfen: When baby brings the blues solutions for postpartum depresssion, John Wiley & Sons, Canada. (2009). P:33.
[2] Ariel Dalfen ?. (2009). P:33.

النساء اللواتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة يعانين عدم الرضا الزوجي، انخفاض مستويات الدعم الاجتماعي من الأزواج والمقربين، وارتفاع عدم الرضا الاجتماعي عن الدعم الذي تلقونه من الأزواج، الأقارب، والأصدقاء خلال فترة ما بعد الولادة[1]، وأشارت هي شو شيا (Heh Shu-Shya) إلى أن النساء اللواتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة لديهم عدم الرضا المتزايد (الدعم الاجتماعي المتوقع للتقديم، درجات الدعم الاجتماعي المستلم)، وجد ليونج (Leung) أن الأمهات المصابات بالاكتئاب يشعرن بعدم الرضا المتزايد عن الدعم العاطفي وغيره من أشكال الدعم التي تتلقاها من الزوج، الأم، وأم الزوج مقارنة بالأمهات غير المصابات بالاكتئاب[2]. وقد أكدت دراسة كورنيليا تشي وأخرون (Cornelia y. Chee، 2005) أن هناك ارتباط قوي بين اضطراب الاكتئاب والدعم العاطفي[3].

وجد شعيا وآخرون (Chaaya) أن هناك عدة عوامل مرتبطة باكتئاب ما بعد الولادة من بينها نقص الدعم الاجتماعي وخاصة من طرف الزوج[4]، وأجرت ألسندرا بياجي وآخرون (Alessandra Biaggi، 2016، ص: 3) تحليلا لسبعة وتسعين دراسة من عام (2003) إلى (2015)، ووجدوا أن أهم العوامل المرتبطة بالاكتئاب هي: غياب الزوج أو نقص الدعم الاجتماعي، تاريخ الاساءة أو العنف المنزلي، التاريخ الشخصي للأمراض العقلية، الحمل غير المخطط له أو غير المرغوب فيه، الأحداث السلبية في الحياة والتوتر المرتفع[5].

---

[1] Michael W. O'Hara Social Support, Life events, and depression during pregnancy and the puerperium, Archives of general psychiatry, 43(6), 569 _ 573. (1986). P:569.
[2] Heh Shu-Shya: Relationship between social support and postnatal depression. The kaohsiung journal of medical sciences, 19(10), 491–495. (2003). P :492.
[3] Cornelia y. Chee, Dominic T.S. Lee, YS. Chong, L.K. Tan, T. P. Ng, Calvin S.L. Fontes: Confinement and other psychosocial factors in perinatal depression: A transcultural study in singapore". Journal of affective disorders, v: 89 (1-3): 157-166, (2005). P:164.
[4] Chaaya, M., Campbell, O. M. R., El Kak, F., Shaar, D., Harb, H., & Kaddour, A: Postpartum depression : prevalence and determinants in Lebanon. Archives of Women's Mental Health, 5(2), 65-72. (2002). P:64.
[5] Alessandra biaggi, Susan conroy, Susan pawlby, Carmine M pariante: Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. Journal of Affective Disorders, 191, 62–77. (2016). P:3.

ومن هنا تبين أن الدعم الاجتماعي مهم جدا في حياة المرأة في فترة الحمل وبعد الولادة، وهذا ما أكده أريال دفتون أن جميع مصادر وأنواع الدعم لها قيمة وضرورية في فترة ما بعد الولادة، وبدون نسق يقدم جميع أنواع الدعم الاجتماعي، فلا ينبغي ترك الام في الأيام الأولى وحدها، لأن ذلك يزيد من مخاطر إصابة الأم باكتئاب ما بعد الولادة[1].

5 ـ 9 ـ 2 ـ الصراعات الزوجية:

تصادف الحياة الزوجية بعض المشكلات التي تؤثر على علاقة الزوجين مع بعضهما البعض، مما يؤدي بالزوج إلى إهمال زوجته، وبالزوجة إلى عدم معرفة التعامل الملائم مع زوجها، وهذا ما يؤدي إلى استمرارية المشاكل وزيادة حدتها، خاصة في فترة الحمل والولادة لدى المرأة، مما يؤثر على الجانب النفسي لها، ويؤدي بها إلى الاصابة بإحدى الاضطرابات النفسية من بينها اكتئاب ما بعد الولادة، وهذا ما أكدته دراسة ألكسندرا ملوس (Aleksandra Małus) أن هناك علاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة والعلاقة الزوجية (نوعية العلاقة الزوجية)، تحدث أعراض اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأفراد الأقل رضا عن نوعية علاقتهم الزوجية[2]، وقد وجدت دراسة كورنيليا تشي (2015) أن نقص الرضا الزواجي ارتبط باكتئاب ما بعد الولادة في الأسبوع السادس بعد الولادة[3]. وقد بينت دراسة قايل روكس وشيرلي أندرسون وكريس روان (Gayle Roux، Cheryl Anderson، Chris Roan) أن النساء المصابات بالاكتئاب يعانين من خلل في الوظائف الزوجية أكثر من النساء غير المكتئبات، ويتجلى ذلك من خلال ضعف التواصل، الخلافات المتكررة، الانفصال، والمشكلات الجنسية[4]، وهذا ما أكدته كريستين بارسونز وآخرون

---

[1] Ariel Dalfen (2009), p :33.
[2] Aleksandra malus, Justyna szyluk, Beata galinska-skok, Beata konarzewska: Incidence of postpartum depression and couple relationship quality, Psychiatr. Pol. V: 50(6), p: 1135-1146. (2016). P:1144.
[3] Cornelia y. Chee, Dominic T.S. Lee, YS. Chong, L.K. Tan, T. P. Ng, Calvin S.L. Fontes (2015). 164.
[4] Gayle Roux, Cheryl Anderson, Chris Roan: Postpartum depression, marital dysfunction, and infant outcome: A longitudinal study, The journal of perinatal education Vol. 11, No. 4, P : 25 – 36. (2002). P:26.

(Christine E. Parsons، 2012) أن فقدان الدعم الاجتماعي والصراعات الزوجية والعائلية هي الأكثر انتشارا وترتبط باكتئاب ما بعد الولادة[1].

5 ـ 9 ـ 3 ـ أحداث الحياة الضاغطة:

يمكن أن تؤثر أحداث الحياة الضاغطة على الحالة النفسية للمرأة في الحمل وفي فترة ما بعد الولادة، وتعتبر هذه الأخيرة من بين الأوقات الصعبة، ترى باتريسيا ألفارنجا وقيانا بيتنكورت فريزو (Giana bitencourt frizzo ،Patrícia Alvarenga) أن أحداث الحياة الضاغطة هي الأحداث والمواقف التي تسبب عدم الراحة الجسدية أو العاطفية، أو التعب، فقدان التركيز، القلق، الإحباط، التناقض أو الخوف[2].

تؤدي الاحداث السلبية المتزايدة إلى الاصابة باكتئاب ما بعد الولادة، وذكرت بروكينغتون (1989) أن أحداث الحياة السلبية الشديدة التي تحدث قبل الولادة كانت مرتبطة باكتئاب ما قبل الولادة، في حين ارتبطت الأحداث الشديدة بعد الولادة باكتئاب ما بعد الولادة[3]. يرى أريال دفتون أن أحداث الحياة الضاغطة ترتبط بالاكتئاب، وأحيانا تعتبر فترة الاكتئاب من الأوقات الصعبة في حياة الفرد، مثل تجربة وفاة أحد أفراد الأسرة، فشل العلاقة الزوجية، زيادة المشكلات الزوجية، فقدان الوظيفة أو التغير غير المنتظر فيها، فهذه الأحداث تعتبر من بين الأسباب المولدة لاكتئاب ما بعد الولادة[4].

---

[1] Christine E. Parsons, Katherine S. Young, Tamsen J. Rochat, Morten. L. Kringelbach, Alan stein: Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries, British Medical Bulletin, V : 101, P: 57–79. (2012). P:64.
[2] Patrícia alvarenga, Giana bitencourt frizzo: stressful life events and women's mental health during pregnancy and postpartum period. Paidéia (Ribeirão Preto), 27(66), p: 51-59. (2017). P:51.
[3] Joel D. Swendsen, Carolyn M. Mazure: life stress as a risk factor for postpartum depression: Current research and methodological issues, Clinical psychology: Science and Practice, 7(1), 17–31. (2000). P:19.
[4] Ariel Dalfen (2009), p :32.

إن المرأة التي تواجه الأحداث الضاغطة المستمرة، والعنف من الزوج، بما في ذلك الاعتداء الجسدي والجنسي هي أكثر عرضة للإصابة باكتئاب ما بعد الولادة[1]. وقد وجدت دراسة فيصل كوراي وآخرون (Faisal Cury، 2004) أن هناك علاقة بين الأحداث الضاغطة واكتئاب ما بعد الولادة[2]، وقد أكدت مينا كوبادي وشارلن كوليار ولي زانج (Lei Zhang، Charlene Collier، Mina Qobadi، 2016) أن أحداث الحياة الضاغطة في فترة الحمل تزيد من مخاطر اكتئاب ما بعد الولادة[3]، وقد بينت باتريسيا ألفارنجا وقيانا بيتنكورت فريزو (2017، ص: 52) أن الأحداث لا تتعلق خصوصا بفترة الحمل وولادة الرضيع، وإذا كانت موجودة خلال تلك الفترة، فإنها يمكن أن تؤثر أيضا على الصحة العقلية للمرأة.

يتضح أن اكتئاب ما بعد الولادة قد ينتج عن تضافر مجموعة من العوامل من بينها نقص الدعم الاجتماعي من المحيط الأسري وخاصة الزوج، الصراعات الزوجية المستمرة، وتعتبر الأحداث الضاغطة بمثابة عامل مفجر لهذا الاضطراب. ولكن في بعض الأحيان قد يكون ناتج عن الإدراك السيء، والتقييم السلبي للمرأة لمحيطها الاجتماعي، ولعلاقاتها الشخصية والعاطفية، وهذا ما أشارت إليه هي شو شيا بأنه ناتج عن المعارف والإدراكات الخاطئة التي لا تعكس حقيقة الوضع، الأشخاص المكتئبون قد ترتكبون

---

[1] Maria N. Ness, Kenneth D. Rosenberg, Teresa Abrahamson-Richards, Alfredo P. Sandoval, Thomas M. Weiser, Victoria Warren-Mears: Stressful life events and self-reported postpartum depressive symptoms 13-24 months after live birth among non-hispanic american indian/alaska native mothers in oregon: results from a population-based survey, American Indian and Alaska Native Mental Health Research: The journal of the national center, Vol : 24 Issue 2, p: 76 - 98. (2017). P:76.

[2] Faisal-Cury, A., Tedesco, J. J. A., Kahhale, S., Menezes, P. R., & Zugaib, M: Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. Archives of Women's Mental Health, 7(2), 123-131. (2004). P: 123.

[3] Mina Qobadi, Charlene Collier, Lei Zhang: The effect of stressful life events on postpartum depression: findings from the 2009–2011 mississippi pregnancy risk assessment monitoring system, Matern Child Health J, v: 20, p: 164 - 172. (2016). P:165.

أخطاء تتميز بالمنطق، ويستنتجون استنتاجات غير منطقية، وهذا ما يؤدي به إلى وجهات نظر سلبية عن أنفسهم، عالمهم، ومستقبلهم[1].

خلاصة الفصل:

نستنتج أن اكتئاب ما بعد الولادة هو من بين الاضطراب المزاجية التي تتعرض لها الأم في فترة ما بعد الولادة، ويظهر في الأسبوع الرابع بعد الولادة، وتكون أعراضه بارزة من الناحية السلوكية والمعرفية والانفعالية والعاطفية، وهذا ما يؤثر على كل جوانب الشخصية للمرأة وعلى علاقتها بطفلها، ولكن في بعض الأحيان يصعب تشخيصه لأن أعراضه تتشابه مع عدة اضطرابات ولذلك لا بد من إجراء تشخيص فارقي لتحديد أعراضه، كما أن هناك عدة عوامل تؤدي بالمرأة إلى الإصابة به.

[1] Patrícia alvarenga, Giana bitencourt frizzo (2017). P:52.

الفصل الرابع

السلوك الاجرامي

تمهيد:

يعتبر السلوك الاجرامي من بين المشكلات النفسية والاجتماعية التي شهدتها البشرية باعتباره ظاهرة لازمت الإنسان منذ قدم البشرية، حيث أن أول جريمة عرفتها البشرية هي جريمة قتل قابيل أخاه هابيل، وهو ظاهرة خطيرة على الفرد خاصة وعلى المجتمع عامة، لأنه يؤثر على كيانه وأمنه وسلامة الفرد فيه، ويمس جميع الفئات العمرية من بينها المرأة في فترة ما بعد الولادة، ولقد تعددت الأسباب الكامنة وراء حدوثه، وسنحاول من خلال هذا الفصل دراسة السلوك الإجرامي من خلال التطرق إلى تعريفه من وجهات نظر متعددة، ثم إلى أهم المراحل التي يمر بها، والتعرف على أهم الخصائص المميزة له، والتعرف على الفرق بين مصطلحي الجريمة والانحراف، وكيف يتم التمييز بينهما، ثم التطرق إلى التفسيرات النظرية له من وجهات نظر متعددة، وإلى أهم العوامل التي تؤدي بالمرأة إلى ارتكاب السلوك الاجرامي، وفي الأخير تناولنا الوحدة النفسية وعلاقتها باكتئاب ما بعد الولادة والميل إلى السلوك الاجرامي.

1 ـ تعريف السلوك الإجرامي:

يعرف السلوك الإجرامي من الناحية اللغوية والاصطلاحية كالتالي:

1 ـ 1 ـ 1 ـ لغة:

السلوك الإجرامي مصدر جرمه يجرمه: قطعه، ويقال فلان أذنب، كأجرم، واجترم، فهو مجرم وجريم، ولأهله كسب، كاجترم، وعليهم وإليهم جريمة: جنى جناية، كأجرم، والجرم بالضم: الذنب، كالجريمة والجرمة، وتجرم عليه ادعى عليه الجرم.[1]

---

[1] مجد الدين محمد بن يعقوب الفيروزآبادي: القاموس المحيط، دار الكتب العلمية، الجزء الرابع، بيروت، لبنان. (1971). ص: 22

1 ـ 1 ـ 2 ـ إصطلاحا:

اختلفت تعريفات الباحثين للسلوك الإجرامي، وفقا لتوجهاتهم النظرية، وسوف نقوم بعرض أوجه النظر هذه:

أ ـ من الناحية النفسية:

يعرف السلوك الاجرامي من الناحية النفسية بأنه سلوك استراتيجي يظهر نقص التحكم في الذات، التمركز حول الذات، وعدم التعاطف مع معاناة الآخرين. [1]

إشباع لغريزة إنسان بطريقة شاذة، لا يسلكه الرجل العادي حين يشبع الغريزة نفسها، انتابت مرتكب الجريمة في لحظة ارتكابها بالذات، وهو يرد الجريمة إلى العناصر التالية:

1 ـ إنها إشباع لغريزة إنسان.

2 ـ أن هذا الإشباع يشترط أن يتصف بالشذوذ.

3 ـ أن هناك أحوالا شاذة انتابت مرتكب الجريمة أثناء حدوثها.

4 ـ إن هذا السلوك الشاذ لا يسلكه الرجل العادي.[2]

هو تعبير عن طاقة غريزية كامنة في اللاشعور تبحث عن مخرج، وهي غير مقبولة اجتماعيا[3].

---

[1] Sandie Taylor : Crime and criminality: A multidisciplinary approach, published by routledge, First edition, New york .(2016). P:23.

2 صالح حسن أحمد الداهري: أساسيات علم النفس الجنائي ونظرياته، دار ومكتبة حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن. (2011). ص: 29 ـ 30.

[3] خلفة سارة: الجريمة من وجهة نظر التحليل النفسي (سيغموند فرويد ـ ألفريد أدلر نموذجا)، مركز جيل البحث العلمي: مجلة جيل للعلوم الانسانية والاجتماعية، العدد36. (2017). ص: 4.

يتضح أن التعريف النفسي للجريمة ركز على عاملين لحدوث السلوك الإجرامي، ويتمثل في ما يلي:

أ ـ إنه إشباع لغريزة إنسانية بطريقة شاذة بهدف التخفيف من الصراع النفسي.

ب ـ إنه ناتج عن وجود اضطرابات في الشخصية من خلال التعرض لخبرات سلبية من المحيط الاجتماعي والبيئي في مرحلة الطفولة.

ب ـ من الناحية القانونية:

يعرف السلوك الاجرامي من الناحية القانونية بأنه الأفعال التي تمنعها الدولة ويعاقب عليها القانون.[1] وهو انتهاك بعض القوانين التي تسبب ضررا للآخرين.[2]

ويعرف على أنه سلوك (فعل أو امتناع) غير مشروع أخل بمصلحة أساسية صادرة عن إدارة جنائية يقرر لها القانون عقوبة أو تدبيرا احترازيا، ووفق هذا التعريف فإن عناصر الجريمة هي:

ـ سلوك يتمثل في إحدى صورتين: فعل إيجابي أي حركة عضوية إرادية كاستعمال اليد، أو في فعل سلبي كأن يمتنع الشخص عن القيام بحركة عضوية في لحظة زمنية معينة يتوجب عليه القيام بها.

ـ أن يكون هذا السلوك غير مشروع طبقا لأحكام قانون العقوبات.

ـ أن يخل هذا السلوك بالمصلحة العامة.

ـ أن تكون هنا إرادة جنائية لدى من قام بذلك السلوك.

ـ أن يرتب القانون عقوبة أو تدبيرا احترازيا على ذلك السلوك.[3]

---

[1] D.A. Andrews, James bonta : The psychology of criminal conduct, Fifth edition, Library of congress cataloging-in-publication data(2010).. P: 11.

[2] Sandie Taylor (2016). P: 23.

[3] محمد حسني أبو الملحم ,مصطفى عبد الله أبو عبيلة ,أحمد إبراهيم الزعارير: مدخل إلى علم الجريمة، ط1، دار البيروني للنشر والتوزيع، عمان، الأردن. (2015)،ص: 28 –29.

يتضح أن السلوك الاجرامي هو كل الأفعال التي تؤدي إلى انتهاك القوانين السائدة في المجتمع والمنصوص عليها قانونيا، ويعاقب عليها من طرف الدولة على حسب السوك المنتهك والتشريع القانوني.

ج ـ من الناحية الاجتماعية:

يعرف بأنه انتهاك للسلوكات المحددة اجتماعيا، تستند هذه السلوكات المحددة اجتماعيا إلى عاداتنا وتقاليدنا، وهذا ما يؤدي إلى معاقبة الأفراد الذين يخالفونها من قبل المجتمع[1].

يتضح أن السلوك الاجرامي هو كل فعل يهدف إلى انتهاك القيم والمعايير السائدة في المجتمع، مما يؤدي إلى تنفيذ عقوبات على منتهكيه.

2 ـ مراحل السلوك الاجرامي:

يمر السلوك الاجرامي حسب جليل وديع شكور بأربع مراحل، وتتمثل فيما يلي:

1 ـ مرحلة الموافقة المخففة: حيث تولد الفكرة الاجرامية وتنمو بغموض أحيانا وبوضوح أحيانا أخرى.

2 ـ مرحلة الموافقة المبنية والموضحة: حيث يتأرجح الفرد بين الرغبة بالفعل وبين الخوف من الفعل.

3 ـ مرحلة الازمة: حيث تتم الموافقة على التنفيذ.

4 ـ مرحلة التنفيذ: حيث يقدم على فعلته مع كل ما تحمل من شناعة وقبح، ويتم التنفيذ بعد تحقيق المراحل النفسية على التوالي: مرحلة الانانية، مرحلة السقوط، مرحلة العدوانية، ومرحلة اللامبالاة العاطفية. وحينئذ وبعد ان تترسخ هذه الحالة، يصبح تكرار الجريمة امرا سهلا[2].

يتضح مما سبق أن السلوك الاجرامي يمر عبر أربعة مراحل بدءا بمرحلة الموافقة المخففة وتبدأ ببروز الفكرة الإجرامية التي تتسم بالغموض، ثم مرحلة الموافقة المبنية والموضحة والتي تتميز بالتردد بين

---

[1] Sandie Taylor (2016). P: 23.

[2] جليل وديع شكور: العنف والجريمة، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان. (1997). ص : 22 ـ 23.

القيام بالفعل الإجرامي أو الامتناع، وذلك ناتج عن شعوره بالخوف، وبعدها تأتي مرحلة الأزمة التي يتم فيها الموافقة الشخصية على تنفيذ السلوك الإجرامي، وأخيرا تأتي مرحلة التنفيذ ويتم فيها تنفيذ السلوك الاجرامي وإلحاق الضرر بالفرد والمجتمع.

3 ـ الفرق بين مصطلحي الجريمة والانحراف:

يحدث في كثير من الأحيان خلط وعدم تمييز بين العديد من المصطلحات في العلوم الاجتماعية والانسانية نظرا لتداخلها واقترابها وتشابهها في المعنى من جهة، ومن جهة أخرى لتوظيفها اجتماعيا بمعنى واحد من قبل الافراد وهو ما نجده مع مصطلحي الانحراف والجريمة، فكان من الضروري التفريق بينهما في الجدول التالي:

جدول (6): الفرق بين السلوك الاجرامي والسلوك المنحرف.

السلوك المنحرف	السلوك الاجرامي
مفهوم شامل ينطوي على أنواع كثيرة من السلوكات المضادة لقواعد المجتمع بحسب خطورتها	مفهوم اقل عمومية من الانحراف بمعنى أنه يشمل جزء محدد من الافعال المنحرفة.
ظاهرة نفسية اجتماعية تتمثل في سلوك الفرد الناتج عن عوامل اجتماعية تؤدي إلى التوتر النفسي وعدم التكيف مع النظام الاجتماعي.	سلوك منحرف على أعلى درجة من الخطورة من حيث إلحاق الضرر بالأخرين، ولها عوامل نفسية واجتماعية تجعل الفرد في حالة رفض لكل القوانين الاجتماعية.
لا يمكن فصل الجانب النفسي للانحراف على الجانب الاجتماعي له	تحليل الجريمة يكون ضمن المنظور النفس ـ اجتماعي لأن للجريمة دوافع تؤدي بالفرد إلى اقترافها.
سلوك مضاد لقواعد المجتمع يعبر عن حالة نفسية تتميز بالتوتر والافراط في التعبير عن النزوات والانفعال الشديد الذي يؤدي إلى عدم	تتميز بمسؤولية جزائية واجتماعية بالنسبة لفاعلها والفاعل المجرم يكون جانحا عند ارتكابه نفس جريمة الراشد

التوافق مع النظام الاجتماعي.	
يشيع استخدامه في الدراسات القانونية ويرتبط بعنصرين: الخروج عن القانون المكتوب والقواعد المتعارف عليها بين الناس، وبالتالي يرتبط بالحدث أكثر من ارتباطه بالراشدين.	يشيع استخدامه في الدراسات القانونية والفقه العربي الاسلامي ويدل على مرتبة أعلى من الجنحة تبعا لخطورة السلوك والاضرار التي تلحق بالفرد والمجتمع.
الانحراف هو الخروج عن ما يعتبر سويا في المجتمع.	سلوك عدواني يعني الحاق الضرر بالغير[1].

يتضح مما سبق أن مفهوم السلوك الاجرامي والسلوك المنحرف ظاهرتان نفسيتان واجتماعيتان ناتجتان عن تظافر مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية التي تؤدي بالفرد إلى التوتر النفسي وعدم التكيف مع النظام الاجتماعي وقواعد المجتمع، ولكنهما متمايزتان عن بعضهما البعض فالسلوك الاجرامي هو مفهوم محدد، ويؤدي إلى ارتكاب فعل إجرامي تتفاوت درجة خطورته من فرد إلى أخر، ويهدف إلى إلحاق الضرر بالأخرين مع رفض كل القواعد الاجتماعية السائدة، ويتميز بمسؤولية جنائية لفاعلها تتفاوت درجة عقوبتها على حسب السلوكات الإجرامية المرتكبة، أما السلوك المنحرف فهو مفهوم عام يشمل الخروج عن السلوك الاجتماعي أو قواعد المجتمع، ولا يحتوي على عقوبة جنائية، وهو يختلف من فرد إلى أخر، ومن مجتمع إلى أخر، وذلك على حسب طبيعة المجتمع وعاداته، تقاليده، مكان الجغرافي، وزمانه، فالانحراف الموجود في مكان ما لا يعد انحرافا في مجتمع أخر.

[1] مزوز بركو (2013)، ص: 14 ـ 15.

4 ـ التفسيرات النظرية للسلوك الاجرامي:

لقد تعددت وجهات نظر تفسير السلوك الاجرامي حسب التوجهات النظرية للباحثين والمنظرين، ومن منطلق الاختلاف بين وجهات النظر سنتعرض إلى أهم النظريات التي حاولت تفسيره وهي كالتالي:

4 ـ 1 ـ النظرية التحليلية:

أ ـ نظرية فرويد:

قام سيغموند فرويد بتطوير علاج التحليل النفسي في أواخر القرن التاسع عشر الميلادي، وأصبح نظريته مهمة في تاريخ الإجرام، يعتقد فرويد أن كل فرد يحمل أهم أثار التعلق العاطفي من طفولته والتي توجه علاقاته الشخصية في المستقبل[1]. بدأ فرويد دراسته للعقل على أساس ملاحظاته للمرضى، افترض عدة أفكار تشرح السلوك البشري. أولا قسم شخصية الإنسان إلى ثلاثة أجزاء: الهو، والأنا، والأنا الأعلى. هذه الأقسام يسيطر عليها الهو، وهم في حالة مستمرة من الصراع، والذي يحدث تحت مستويات الوعي، يعتمد هذا الصراع على شدة الأسباب، ويمكن أن يغير الطريقة التي يتصرف بها الشخص. بالنسبة لفرويد كل السلوكات جيدة أو سيئة هي نتيجة التفاعل بين الأجزاء الثلاثة، يمر الشخص حول مراحل معينة من خلال تكوين الصحة العقلية، هذه المراحل هي الفمية، والشرجية، والقضيبية. في كل مرحلة تطور الإنسان سيرتبط باللذة مع الاحاسيس الواردة من الجزء المقابل من الجسم، إذا تم حرمان الشخص من هذه اللذة في أي مرحلة، يقوم بتطوير تثبيت في هذه المرحلة، والذي

---

[1] Arista B. Dechant :The Psychology of Criminal Behavior: Theories from Past to Present, Hays State University, Kansa. (W.Date). W.P.

يمكن أن يغير السلوك لبقية حياة الفرد. لم يعالج فرويد السلوك الإجرامي، ومع ذلك كان أول باحث يقوم بإجراء دراسة منهجية لدينامية شخصية الإنسان، وكيف تؤثر هذه التفاعلات على السلوك البشري.[1]

ينظر إلى الإجرام على أنه محفز للاشعور، وغالبا ما يكون بسبب الكبت (الكتم أو التسامي في اللاوعي) للصراعات الشخصية والمشاكل التي لم يتم حلها في مرحلة الطفولة المبكرة، تنشأ العدائية لرموز السلطة السيئة (عقدة أوديب)، يعتقد البعض أن عدم القدرة على التحكم في الغرائز بسبب عجز الأنا وتطور الأنا الأعلى يؤدي إلى الإجرام، تمثل الجريمة استجابة بديلة (رد فعل للإزاحة)، عندما تتوقف الأهداف الأصلية يتم (إزاحتها) واستبدالها بأهداف بديلة، قد يتم ارتكاب الجريمة بسبب الرغبة اللاواعية في العقاب (تعبير غريزة الموت) أو رغبة الموت.[2]

يرى فرويد أن البشر لديهم دوافع غريزية يتم قمعها في العقل اللاواعي، غالبا ما تكون هذه الدوافع معاكسة للمعايير الاجتماعية، وهكذا كل البشر لديهم ميل نحو الانحراف. من خلال عمليات التنشئة الاجتماعية، التي تبدأ في مرحلة الطفولة، يتم قمع هذه الاتجاهات المضادة للمجتمع لدى معظم الافراد. ومع ذلك قد تسب التنشئة الاجتماعية الناقصة والمختلة في فشل قمع الدوافع الغريزية نحو السلوك الإجرامي في الطفولة، وافق فرويد أن معظم حالات السلوك الإجرامي تكون مدفوعة بفشل الطفل في تحديد هويته مع والديه، قد يتطور نقص التنشئة الاجتماعية المناسبة إلى اضطرابات في الشخصية تؤدي إلى اتجاهات طبيعية داخلية أو خارجية مضادة للمجتمع، يصبح الطفل الذي يوجه دوافعه المضادة للمجتمع إلى الخارج مجرما، بينما الطفل الذي يوجهها إلى الداخل يصبح عصابيا.[3]

---

[1] Stephen James Moree : Criminal Psychological Profiling, requirements for the degree of Master of Science in Criminal Justice California State University, Sacramento. (1993). P: 13 _ 14.

[2] Frank E. Hagan : Introduction to criminology : theories, Methods, And criminal behavior, 6th edition, SAGE publication, United State America, America(2008).. P:132.

[3] J. Scott lewis : Psychological Theories of Crime, The Encyclopedia of Criminology and Criminal Justice, Edited by Jay S. Albanese, First Edition, Published by John Wiley & Sons. (2014). P :1.

اقترح فرويد أن العنف بكافة أشكاله هو مظهر من مظاهر هذا التفريغ القوي للطاقة. تتراكم الطاقة الداخلية إلى مستويات خطرة عندما لا يقوم الناس بإخراجها بشكل مناسب من خلال عملية تسمى التنفيس، أحد أهم المفاهيم في العلاج النفسي التحليلي. يمكن تحقيق التنفيس عن طريق السلوك الفعلي (على سبيل المثال: لعب كرة القدم) أو قد يحدث بشكل غير مباشر (يشاهد كرة القدم). يتنبأ موقف فرويد التحليلي أن الأطفال الذين يشاركون في الرياضات المدرسية أو يشاهدونها بشغف سيكونون أقل عدوانية في النهاية من الأطفال الذين لا يشاركون. كما يؤكد أتباع فرويد التحليلي أن الأشخاص الذين ينخرطون في جرائم عنف (ولا سيما الهجوم العدائي) لم تتح لهم فرصة كافية "للترويح عن أنفسهم" والحفاظ على طاقاتهم العدوانية عند مستويات يمكن التحكم فيها. ووفقا لوجهة نظر التحليل النفسي، إذا كان من الضروري السيطرة على الجريمة العنيفة، يجب تزويد الإنسان بوسائل متعددة ولكنها مناسبة للتنفيس (على سبيل المثال، المرافق الترفيهية الكافية). بهذه الطريقة، من المفترض أن يتعلم الأطفال والبالغين تبديد العدوان بالطرق المناسبة المعتمدة اجتماعيا.[1]

[1] Curt R. Bartol. Anne M. Bartol : Criminal behavior: A psychological approach, Global edition, Eleventh edition. (2017). P:40.

ب ـ نظرية الاحباط والعدوان:

العلماء النفسيين الأوائل الذين قدموا نظرية الاجباط ـ العدوان دولارد (Dollarde) دوب(Doob)، ميلر (Miller)، موور (Mawrer)، سيرز (Sears)[1]، ينظر نموذج دولارد ميلر إلى العدوان كنتيجة للإحباط. يحدث الإحباط عند منع الاستجابة لهدف ما، من الممكن أن يجد الفرد استجابة بديلة للإجابة على الهدف الممنوع.[2]

إن البيئة تسبب الاحباط للفرد تدفعه دفعا نحو الجريمة، بمعنى البيئة المحيطة لا تساعد الفرد على تحقيق ذاته والنجاح فيها تدفعه نحو الجريمة، وتؤكد بأن كل جريمة يسبقها موقف إحباطي، والسلوك الاجرامي يحدث عقب إحساس الفرد بعدم قدرته من أن ينال ما يريد، وعندما يؤخر إشباع تلك الرغبات، فإن ذلك يؤدي إلى ظهور الاحباط، وفي هذه الحالة يبدأ يتفاعل مع العنف. وفي عام (1939) نشر دولار وزملاؤه (Dollard) قائلا أن العدوان هو أحد الأثار الهامة المترتبة عن الاحباط وذلك بالرغم من ظهور ردود فعل أخرى مثل النكوص في بعض الاحيان، يعرف هذا بفرض الاحباط ـ العدوان، يقول دولار نحن نفترض أن السلوك العدواني يسبقه دائما حدوث إحباط عند الفرد والعكس صحيح.[3]

وبالتالي فالسلوكات المنحرفة والأفعال الاجرامية التي يرتكبها الفرد هي نتاج موجات الإحباط التي يتعرض لها الفرد في حياته اليومية، فكلما زادت موجات الإحباط كلما كان الفرد مهيئ للسلوك الانحرافي وارتكاب الجريمة، ومن مسببات الإحباط هي غياب العدل والمساواة، وعدم قدرة الفرد غلى تحقيق أهدافه

---

[1] رعد مهدي رزوقي، جميلة عيدان سهيل: التفكير وانماطه يهدف هذا الكتاب إلى مساعدة المربين المعلمين والمهتمين بالتربية على معرفة أهمية التفكير في التدريس، التفكير التحليلي، التفكير الحاذق (الذكي)، التفكير الجامد، التفكير الايجابي، التفكير السلبي، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان. (ب. س). ص: 184.

[2] Suzy fox, Paul e. spector :A model of work frustration±aggression, Journal of Organizational Behavior, 20, 915-931. (1999). P: 916.

[3] . محمود سعيد الخولي: العنف المدرسي الأسباب وسبل المواجهة، القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية. (2008). ص: 108

وطموحاته. حيث ترتفع درجاته في المجتمعات الأقل نموا والتي لم تستطع إشباع الحاجات الأساسية لأفرادها، فالأفراد حينما لا يستطيعون إشباع حاجاتهم بسهولة يصابون بالإحباط واليأس، والحرمان، والاغتراب والعزلة، والتي تدفعهم للقيام بالسلوكات الانحرافية والاجرامية.[1]

إن أن كف السلوك العدواني في المواقف الإحباطية بمثابة إحباط أخر، ويؤدي ذلك إلى ازدياد ميل الفرد للسلوك العدواني ضد مصدر الإحباط الاساسي، وكذلك ضد عوامل الكف، التي تحول دونه والسلوك العدواني، ويؤدي هذا إلى تنوع السلوك الاجرامي وتنوع الموضوعات التي يوجه إليها السلوك العدواني. وإذا لم يتمكن الشخص من توجيه عدوانيته نحو الخارج إلى مصدر الاحباط الأصلي أو على شكل إبدال فقد يوجهه نحو الذات أو إلى الداخل، ويبدو على شكل لوم النفس أو الندم، أو إيذاء النفس.[2]

4 ـ 2 ـ النظرية المعرفية:

النظرية المعرفية تركز على أخطاء التفكير ومعالجة المعلومات المختلة (information processing anomalies) التي تؤدي إلى السلوك الإجرامي وترتبط به، وهي ناتجة عن الأخطاء والمخططات المعرفية التي تسهل وتدعم السلوك الإجرامي. [3] فالسلوك الإجرامي ينشأ من تطور أنماط المخططات. على سبيل المثال يمكن أن تنشط هذه المخططات عن طريق المشاعر المؤلمة (مثل الوحدة النفسية أو الضعف) أو الإحباط أو الغضب أو الاندفاع، في حالات أخرى قد تحتوي على التشاور والتخطيط للحصول على الهدف المرغوب بمجرد البدء، يمكن أن تأخذ هذه الأنماط "حياة خاصة بها"

---

[1] بسام محمد أبو عليان: الانحراف الاجتماعي والجريمة، مكتبة بيتا، ط1، غزة. (2011). ص: 77 – 78.

[2] محمود سعيد الخولي. (2008)، ص: 109.

[3] J. Mitchell Miller : 21st century criminology : A reference handbook, Volume 1, Library of congress cataloging in publication data, United states america. (2009). P: 274.

حيث يتم تشغيل أوضاع أخرى، على سبيل المثال، محاولات لتهدئة المشاعر المؤلمة من خلال تعاطي المخدرات أو الكحول، أو محاولات تعويضية مفرطة للتعامل مع الانفعالات مثل التنمر.[1]

يركز نموذج المخططات على الحالات العاطفية، والمعروفة باسم أنماط المخطط، والتي تعتبر عوامل خطر للعنف والجريمة. عندما ينشط المخطط، يزيد احتمال حدوث السلوك العدواني أو الاندفاعي أو أي سلوك مضاد للمجتمع.[2]تتمثل أنماط المخططات التي ترتبط بالسلوك الاجرامي كالتالي:

جدول رقم (7): وصف أنماط المخططات وارتباطها بالسلوك الإجرامي والعنف.

أنماط المخططات	
أنماط الطفل	تشمل الشعور والتفكير والتصرف بطريقة صبيانية.
طفل ضعيف	يشعر بالضعف، الارتباك مع المشاعر المؤلمة (مثل الخزي والإهانة).
الطفل المندفع	يتصرف باندفاعية لتلبية احتياجاته.
الطفل الوحيد	يشعر بالوحدة والفراغ.
التجنب/ طرق التكيف	يحتوي على محاولات لحماية نفسه من الألم.
الانفصال عن النفس/ التهدئة	يستخدم السلوكات المتكررة، والإدمان، أو القهرية للهدوء وتهدئة نفسه.
نمط التعويض الزائد	يضم محاولات التعويض عن الشعور بالخجل، الوحدة النفسية، أو الضعف.
تعظيم الذات	يشعر بالتفوق، يحتقر الآخرين، يتصرف بطريقة مهمة ذاتيا.
التنمر والهجوم	يستخدم التهديدات أو التخويف أو العدوان أو الإكراه للحصول على ما يريد

[1] Marije E. Keulen- de Vos, David P. Bernstein, Silke Vanstipelen, Vivienne de Vogel, Tanja P. C. Lucker, Mariët Slaats, Marloes Hartkoorn, Arnoud Arntz : Schema modes in criminal and violent behaviour of forensic cluster B PD patients: A retrospective and prospective study, Legal and Criminological Psychology, 21 (1), P : 1 – 21, (2014). p:3.

[2] Marije Keulen-de Vos, David P. Bernstein, Arnoud Arntz : Schema therapy for aggressive offenders with personality disorders. In R. C. Tafrate, & D. Mitchell (Eds.), Forensic CBT: a handbook for clinical practice (pp. 66 83). Chichester: Wiley Blackwell, (2014). p: 2-3.

الخداع والتلاعب	الخداع أو الكذب أو التلاعب بطريقة محترفة لتحقيق هدف محدد.
السلب (المفترس)	يركز على القضاء على تهديد/ منافسة بطريقة باردة، عديم الرحمة، وتصفية الحسابات.
جنون العظمة غير المتحكم فيه	محاولات لحماية نفسه من تهديد مدرك أو حقيقي من خلال تركيز الانتباه، أو ممارسة السيطرة الشديدة عليهم.[1]

إن الشخص المجرم يعاني من انفصال عاطفي (الانفصال عن النمط الحامي) جهود قهرية للتهدئة الذاتية من خلال تعاطي المخدرات أو الكحول أو أي سلوك إدماني آخر (الانفصال عن نمط التهدئة الذاتية)، ردود فعل غضب أولية ردا على الجرح النرجسي أو التخلي ("وضع الطفل الغاضب")، انخفاض تعظيم الذات (نمط تعظيم الذات)، محاولات الخداع والتلاعب (نمط الخداع)، محاولات التخويف أو التنمر (التنمر والهجوم)، وأعمال عنف لا ترحم تهدف إلى القضاء على تهديد أو منافسة أو أي عقبة تجتاحه (نمط المفترس).[2]

يعتقد أن هذه الأنماط قد تطورت أثناء الطفولة في ظل ظروف من التهديدات والإذلال الشديد، وهي بمثابة واقي لحماية مشاعر الضعف والغضب والإحباط.[3]

إن المخططات يمكن أن تؤدي إلى العديد من الانحرافات في معالجة المعلومات المتناقضة والمتعارضة مع المخطط، يمكن تفسيرها بطريقة خاطئة على أنها متناسقة (متماثلة) مع المخطط، يمكن أن تؤدي المخططات أيضا إلى ملء الفرغات المعرفية مع معلومات متناسقة مع المخطط.[1]

---

[1] Marije E. Keulen- de Vos et all (2014), p: 7.

[2] David P. Bernstein, Arnoud Arntz, Marije de Vos: Schema Focused Therapy in Forensic Settings: Theoretical Model and Recommendations for Best Clinical Practice, International Journal of Forensic Mental Health, Vol. 6, No. 2, P : 169-183. (2007). P:173.
P:173.

[3] Marije E. Keulen- de Vos et all (2014), p: 6.

4 ـ 3 ـ النظرية السلوكية:

إن النظرية السلوكية تعتمد على حقيقة أن أي سلوك يمكن تعلمه، يفترض السلوكيون أنه لا يوجد تمييز مثل "نحن" (غير المجرمين) و"هم" (المجرمين)، بالإضافة إلى ذلك فهم يوافقون أننا عندما ننمو ونتفاعل مع أشخاص آخرين نتعلم، من خلال التجربة والخطأ، وكيفية التصرف بطرق مختلفة. اعتمادا على كيفية تعلمنا وما نتعلمه، قد نتعلم أو لا نتعلم التصرف بطريقة إجرامية أو غير إجرامية.[2]

إن السلوك البشري ينمو من خلال خبرات التعلم، السمة المميزة للنظرية السلوكية هي فكرة أن الناس يبدلون أو يغيرون سلوكهم وفقا لردود الفعل التي يثيرها هذا السلوك لدى الآخرين، في الوضع المثالي يدعم السلوك من خلال المكافآت وينطفئ من خلال ردود الفعل السلبية أو العقوبات، ينظر السلوكيون للجريمة على أنها ردود فعل مكتسبة لمواقف حياتهم.[3] فسلوك الشخص يتم تعلمه والحفاظ عليه من خلال نتائجه، أو قيمة المكافأة. قد تكون هذه النتائج تعزيزا خارجيا يحدث كنتيجة مباشرة لسلوكهم، في حين يحدث التعزيز غير المباشر من خلال مراقبة سلوك الآخرين (مثل مراقبة الآخرين الذين يتم تعزيزهم نتيجة لسلوكهم) يمكن تغيير السلوك المنحرف أو تعديله من خلال تغيير قيمة المكافأة للسلوك، ويرى سكينر (1974) أنه يمكن تغيير السلوك المنحرف أو تعديله عن طريق تغيير قيمة مكافأة السلوك.[4]

---

[1] C. L. Ruby and John C. Brigham : **A** Criminal Schema: The Role of Chronicity, Race, and Socioeconomic Status in Law Enforcement Officials' Perceptions of Others, Florida State University. (1994). P:3.

[2] Ian Marsh, Gaynor Melville, Keith Morgan, Gareth Norris, Zoe Walkington : Theories of crime, First published, Routledge is an imprint of the Taylor & Francis Group, london . (2006). P:69.

[3] J. Mitchell Miller : 21st century criminology : A reference handbook, Volume 1, Library of congress cataloging in publication data, United states america. (2009). P: 264.

[4] Eleanor Gittens : Criminal careers of a sub-set of offenders in barbados, requirements of the degree of Doctor of philosophy, University of liverpool. (2011). P :16.

4 ـ 4 ـ النظرية البيولوجية:

كتب كاسر لمبروزوه (Cesare Lombroso) في أواخر (1800) حيث اتخذ منهجا مختلفا من عمله في المستشفيات والسجون، لاحظ أن العديد من المجرمين يشتركون في نفس النوع من الخصائص المادية. فكر أن بعض السلوك الإجرامي يعود إلى أسباب بيولوجية، ويتجلى من خلال الخصائص الفيزيائية المختلفة. أصبحت نظرياته معروفة باسم الوضعية "Positivism"، والتي كان لها تأثير على النظرية الجنائية ونظم العدالة الجنائية في جميع أنحاء العالم.[1]

وقد صنف لمبروزه المجرمين ضمن خمسة أصناف وهي كالتالي:

1 ـ المجرم بالميلاد أو بالغريزة: يتميز هذا المجرم بوجود ملامح عضوية خاصة وارتدادية وسمات نفسية وعقلية ومزاجية تمثل ردة وراثية إلى سمات الإنسان الأول والمخلوقات البدائية، ويلخص لمبروزو هذه الصفات فيما يلي:

أ ـ الصفات النفسية: تمثلت الصفات البيولوجية في اختلاف حجم وشكل الرأس عند النمط الشائع في السلالة والمنطقة التي ينتمي إليها، عدم انتظام وتشابه نصفي الوجه، كبر زائد في أبعاد الفك وعظام الوجنتين، تشوهات في العينين، كبر زائد أو صغر غير عادي في حجم الأذنين أو بروزهما من الرأس بشكل يماثل أذني الشمبانزي، التواء الأنف واعوجاجه، كثرة الوشم على أجسام المجرمين، شذوذ في تركيب الأسنان.

---

[1] Stephen James Moree : Criminal Psychological Profiling, requirements for the degree of Master of Science in Criminal Justice California State University, Sacramento. (1993). P: 12.

ب ـ الصفات النفسية والعقلية والمزاجية: تتمثل في انعدام أو ضعف الإحساس بالألم، الاندفاع في التصرف، الميل نحو الكسل، عدم المبالاة وعدة الإحساس بتأنيب الضمير أو الشعور بالشفقة[1]. ولديه العديد من الأوصاف مندفع، عدواني وغير متحكم فيه، والفعل الاجرامي جزء كبير من هذه الشخصية والهوية، وهذا ما يؤدي إلى صعوبة تغيير الفرد، ما وصفه إليس (Ellis) بأنه وحش أخلاقي، لحسن الحظ لاحظ ايلي (Ellie) أن هذا النوع الخطير من المجرم بالعادة هو نادرا نسبيا، وهو أكثر تطورا من المريض النفسي.[2]

2 ـ المجرم المجنون: شخص مصاب بنقص عقلي يفقده ملكة التمييز بين الخير والشر وهو يشبه في تصرفاته المجرم بالفطرة، ولذلك ينبغي أن يوضع في مصحة عقلية حتى يشفى ويعالج من مرضه إذ أمكن، وألحق به لمبروزو المجرم الهستيري والمصاب بالصرع، والمدمن على الخمر.[3]

الأفراد المصابين بالأمراض التالية يصنفون تحت المجرم المجنون، وتتمثل في:

أ ـ الإصابة بالميلانخوليا (Melancholia): غالبا ما يدفع الحزن المكبوت الأفراد المصابين بالميلانخوليا إلى الانتحار، الهيجان، أو الهلوسة، في بعض الأحيان تكون محاولة الانتحار غير مباشرة وتتخذ شكل قتل شخص مهم أو أقاربهم، على أمل أن تتم إدانته، أو من أجل إنقاذ هؤلاء الأحباء من مآسي الحياة.

ب ـ المجرم المصاب بالخرف (Dementia): غالبا ما تؤدي الارتباكات التي تحدث على مستوى الدماغ إلى ارتكاب أعمال عنف، وقتل.

---

[1] قيطوني أمال: تصنيف المجرمين بين العلمي والواقع السجني، مجلة أنسنة البحوث والدراسات، العدد الخامس عشر، المجلد الثاني، عنابة. (2016). ص: 398 ـ 399.

[2] Laurence miller : Criminal psychology: Nature, Nurture, Culture-A Textbook and Practical reference guide for students and working professionals in the fields of law enforcement, criminal justice, Menlal health, And forensic psychology, Charles C thomas publisher, china. (2008). P:11.

[3] قيطوني أمال (2016). ص: 399

ج ـ الاغتراب العقلي (Mental alienation): في بعض الحالات يظهر الاغتراب العقلي في هوس التقاضي، الذي يحث الشخص المريض على الإساءة إلى رجال الدولة، محامي الدولة والقضاة.

د ـ الأبله (التخلف العقلي الشديد، Imbecile): يصبح الفرد الأبله أو ضعيف العقل شريكا على أمل الحصول على مكافأة تافهة، فهو يستسلم إلى الدافع الأول له، أو يهيمن عليه تأثير الأخرين.[1]

3 ـ المجرم بالعادة: هذا المجرم يولد دون أن تتوفر لديه صفات المجرم بالميلاد وهو مصاب بضعف خلقي، ويعتاد على ارتكاب جرائمه بتأثير ظروف اجتماعية تغرس فيه النزعة إلى ارتكاب الجريمة، ومن أهم هذه الظروف اتصاله بالمسجونين وإدمانه على الخمر والبطالة، الأمر الذي يكسبه استعدادا إجراميا، ويصبح خطر على المجتمع كخطر المجرم بالفطرة وتكاد تنحصر جرائم هذا النوع في الاعتداء على الأموال من سرقة، نصب، خيانة الأمانة، والرشوة[2]. وهو اتخذ الجريمة كوسيلة للحياة، وأحيانا لا تكون عنيفة وخطيرة مثل المجرم الغريزي، لأن المجرم المعتاد يقوم في بعض الأحيان بمجموعة من الجرائم البسيطة والمعقدة حتى يتم القبض عليه.

4 ـ المجرم بالصدفة: وهو الفرد الأكثر شيوعا ويحترم القانون السائد في المجتمع، يقوم بارتكاب الجريمة بهدف الحاجات الاقتصادية والضغوط الاجتماعية، أو غيرها من العوامل الظرفية المحفزة لتكرار الأفعال الإجرامية، وخاصة مع تعزيزات أقرانهم المجرمين[3]. وهذا المجرم يتميز بعدم وجود ميل أصيل إلى الإجرام ولا ليس لديه ضعف خلقي، كما أنه لا يسعى وراء الجريمة، وإنما يخضع بصورة تلقائية لمجموعة من المؤثرات الخارجية الطارئة، فيعجز عن تقدير نتائج وعواقب فعله، كما أن هذا النمط من المجرمين قد يرتكب جريمة بدافع حب التقليد والظهور وبالتالي يحسن إبعاده عن الوسط الذي يعيش فيه.

---

[1] Gina Lombroso Ferrero, Cesare Lombroso : Criminal man according to the classification of cesare lombroso, G. P. Putnam's sons, New york and london. (1911). P:75 – 76.

[2] قيطوني أمال (2016). ص:399.

[3] Laurence miller (2008). P:11.

5 ـ المجرم بالعاطفة: لا يرتكب المجرم بالعاطفة جريمة بسبب تكوين واثي خاص أو ضعف في قواه العقلية، وإنما يرجع سلوكه الإجرامي إلى أسباب أخرى عاطفية مثل الحب والغضب والحقد والغيرة والحماس والدفاع عن الشرف، ويتميز المجرم في هذه الحالة بشعور مرهف وحساسية مفرطة لا يمكن مقاومتها، وبالتالي يندفع إلى ارتكاب جريمته تحت تأثير الثورة النفسية، والإيمان المطلق بعقيدته وأغلب جرائم المجرم بالعاطفة هي جرائم الاعتداء على الأشخاص والجرائم السياسية وهذا النوع من المجرمين سريع الندم على الجرائم التي يرتكبونها، ويرى لمبروزو عدم فرض عقوبة على هذا النمط من المجرمين كي لا نفسدهم ونجعل منهم مجرمي بالعادة.[1]

4 ـ 5 ـ التفسير العصبي:

أ ـ الدمـــــــــــــاغ:

إن الأفراد المضادين للمجتمع أو المجرمين معرضين إلى نقص حجم المخ وكذلك ضعف الأداء والاتصال في المجالات الرئيسية المتعلقة بالوظائف التنفيذية، وتنظيم العواطف واتخاذ القرار والأخلاق، بينما تظهر أيضًا زيادة في حجم وتشوه الوظائف في مناطق مختلفة من الدماغ.[2]

ب ـ اللوزة:

تعتبر اللوزة منطقة مهمة في دماغ الإنسان فهي مسؤولة عن عدة وظائف من بينها تنظيم العواطف. فاللوزة هي منطقه هامة في الدماغ وهي مسؤولة عن العمليات العاطفية مثل التعرف علي تعابير الوجه والتعبيرات السمعية للمشاعر، وخاصه المشاعر السلبية مثل الخوف[3]، وهي جزء من الجهاز الحوفي الذي ينظم التعبير عن المشاعر والذاكرة العاطفية، ترتبط اللوزة المخية بشكل مهم بمناطق أخرى

---

[1] قيطوني أمال (2016). ص:399.

[2] Shichun Ling, Rebecca Umbach, Adrian Raine : Biological explanations of criminal behavior, Psychol Crime Law, 25(6), P : 1- 15. (2019). P:3.

[3] Shichun Ling, Rebecca Umbach, Adrian Raine (2019). P: 4.

في الدماغ وهي مسؤولة عن الاستجابات الفسيولوجية المتعددة والمتنوعة للإشارات العاطفية مثل الخوف[1]. أن فاللوزة تنشط في عدة ظروف مثل الغضب، القلق، السلوك الهجومي، الخوف، السلوكات العدوانية، سلوكات الدفاع أو الخضوع، العواطف: استجابات سلوكية وفيزيولوجية.[2]

ويمكن أن يؤدي الخلل في اللوزة إلى ظهور السلوكات العدوانية والاجرامية لدى الأفراد، فالخلل في وظائف اللوزة هو أمر أساسي في حدوث السلوك الإجرامي، وبالتحديد فإن فقدان وظائف اللوزة يعرقل قدرة الفرد على التعرف على المثيرات والتعزيزات[3]، وهذ ما يؤدي إلى عدم ربط أعماله الضارة مع ألم وكرب الآخرين، وإلى سوء التكيف مع المخاوف التي يمكن أن يؤدي بالفرد إلى ارتكاب للجريمة.[4]

إن الخلل في وظائف اللوزة هو من بين النظم العصبية الأساسية المتسببة في الأمراض النفسية، أكدت دراسات التصوير العصبي أن خلل في اللوزة يرتبط بالأمراض النفسية، استخدم تيهونين وآخرون (Tiihonen) التصوير بالرنين المغناطيسي للجمجمة (MRI) لاستكشاف العلاقة بين حجم اللوزة في المخ ودرجة المرض النفسي لدى المجرمين العنيفين كما تم قياسه بواسطة القائمة المرجعية المعدلة للمرض النفسي للباحث الكندي روبرت هير (PCL–R) وارتبطت مستويات عالية من المرض النفسي بانخفاض حجم اللوزة[5].

اللوزة هي منطقة دماغية يتم تحديدها باستمرار على أنها تظهر نشاطا متغيرا في دراسات تصوير الدماغ للأفراد المضادين للمجتمع. قد يختلف نوع العجز في مجموعات فرعية مختلفة من الأفراد

---

[1] Matt delisi, Zachary R. Umphress, Michael G. Vaughn : The criminology of the amygdala, Criminal justice and behavior, Vol. 36 No. 11, p : 1241-1252. (2009). P:1242.

[2] M. Luisetto, Farhan Ahmad Khan, Luca Cabianca, Mobin Ibne Mokbul, Ahmed Yesvi Rafa, Behzad Nili-Ahmadabad : Amygdalapharmacology and crime behavior, dysfunctions to be considered as a disease?, International Archives of BioMedical and Clinical Research, V:l 2, Issue 2, P : 1 – 4. (2016). P:1.

[3] Andrea L. Glenn, Adrian Raine : The neurobiology of psychopathy. Psychiatric Clinics of North America, V :31, P : 463-475. (2008). P:465.

[4] Sutton Guy : The brain and crime, Catalyst, www.catalyststudent.org.uk, (2016). p:8.

[5] M. Luisetto, Farhan Ahmad Khan, Luca Cabianca, Mobin Ibne Mokbul, Ahmed Yesvi Rafa, Behzad Nili-Ahmadabad (2016). P:3.

المضادين للمجتمع. الكبار والشباب مع سمات سيكوباثي، الذين لديهم بلادة في الاستجابة الانفعالية، وقد يصبحون قاسيين، والعدوانية الزائدة قد تقلل حجم اللوزة ووظائفها، في حين أن الأفراد الأكثر اندفاعا يتفاعلون بشكل عدواني، الذي يظهر النشاط المبالغ فيه للوزة،[1] إن دراسات التصوير العصبي للنشاط الوظيفي بدأت باستخدام العاطفة، أو نماذج المعالجة الخاصة بوظائف اللوزة والفص الجبهي المرتبطة بالغضب والعدوان في عينات صحية ونفسية، ارتبط الغضب من خلال التصوير العصبي بالفص الجبهي. وقد ارتبط ضمور اللوزة أو اصابتها بالسلوك العدواني الاندفاعي.[2]

ج ـ الفص الجبهي: القشرة الأمامية الجبهية (Pre-Frontal Cortex):

إن السلوك الإجرامي يرتبط بالقشرة الأمامية الجبهية (prefrontal cortex) وبعجز هيكلي وضعف وظيفي، تعتبر القشرة الأمامية الجبهية مقرا للعمليات المعرفية العليا مثل اتخاذ القرارات، والانتباه، وتنظيم العواطف، والتحكم في الدوافع، والتفكير الأخلاقي، ارتبطت هياكل القشرة الأمامية الجبهية بوظائف تنفيذية جيدة بالنسبة للأفراد الأصحاء، قد لوحظت حالات عجز هيكلي وضعف وظيفي في القشرة الأمامية الجبهية لدى الأفراد المضادين للمجتمع والمجرمين، مما يشير إلى أن القشرة الأمامية الجبهية قد تكون وراء حدوث بعض السلوكيات الملاحظة.[3]

---

[1] Andrea L. Glenn, Adrian Raine (2008). P : 7 – 8.

[2] Emil F. Coccaro, Michael S. McCloskey, Daniel A. Fitzgerald, K. Luan Phan : amygdala and orbitofrontal reactivity to social threat in individuals with impulsive aggression, Biol psychiatry, V : 62, pp:168-178. (2007). P:168 – 169.

[3] Shichun Ling, Rebecca Umbach, Adrian Raine (2019). P: 3.

5 ـ العوامل النفسية المؤدية بالمرأة المصابة باكتئاب ما بعد الولادة التفكير إلى الميل للسلوك الاجرامي:

قد تشعر المرأة في فترة ما بعد الولادة بعدة عوامل نفسية تؤدي بها إلى ارتكابها السلوك الاجرامي، ومن بين هذه العوامل ما يلي:

9 ـ 1 ـ الإحباط: حيث تبحث المرأة لها عن متنفس لها للتقليل من هذا الشعور مما يؤدي بها إلى ارتكاب الجرائم.

9 ـ 2 ـ الكبت الناتج عن الصراعات الطفولية: يرجع هذا الكبت إلى السنين الأولى لحياة المرأة الذي قد يكون نتيجة خلل في التنشئة الاجتماعية للمرأة أو حرمان عاطفي أو غيرها من الصدمات التي قد تكبت أثناء الطفولة مما يؤدي إلى حدوث صراعات لا شعورية تبحث عن مخرج لها وتؤدي إلى ارتكاب السلوك الإجرامي

9 ـ 3 ـ الإحساس بالظلم: قد تشعر بأن حقوقها مهضومة وبأنه لا بد من أن تحصل على حقوقها تامة مقابل ما تقوم به من أعمال.

9 ـ 4 ـ الشعور بالذنب: يرى فرويد أن الفرد الشاعر بالذنب يبحث عن العقاب عن طريق الإجرام، وهذا ما يسمى بالعقاب الذاتي.

9 ـ 5 ـ الحرمان: يعتبر من أهم العوامل النفسية المؤيدة لارتكاب المرأة للجريمة، فالشعور بالإهمال والحرمان يؤدي بالمرأة إلى البحث عن التعويض مما يؤدي إلى ارتكابها أبشع الجرائم.

9 ـ 6 ـ الضغوط النفسية: قد تكون هذه الضغوط ناتجة عن أزمات نفسية، أو اقتصادية، أو اجتماعية، وقد تكون مجتمعية مما يجع المرأة تبحث عن مخرج من هذه الضغوط، مما يؤدي إلى قيامها بسلوكات إجرامية أو انحرافيه أخطرها جرائم القتل التي عادة ما تكون مرتكبة ضد الزوج.[1]

9 ـ 7 ـ فقدان السيطرة (Loss of control): يعتبر فقدان السيطرة من بين العوامل المؤدية بالمرأة إلى ارتكاب السلوك الاجرامي، وضحت شيرلي تاتانو بيك أن فقدان السيطرة كان هو المشكلة النفسية الاجتماعية الأساسية في اكتئاب ما بعد الولادة، ذكرت إحدى الأمهات أنه ليس لديها أي سيطرة وهذا شيء مرعب لأني كنت دائما أتحكم في نفسي، تعاني النساء من التحكم في عواطفهم، وعمليات التفكير، والأفعال، وصفتها إحدى النساء على النحو التالي: لم أستطع الخروج من الألم، يبدو الأمر وكأنك تأذيت بشدة، ولا تريد أن تكون على هذا النحو، ومع ذلك تفقد السيطرة على كل شيء.[2]

بينت دونا ستيوارت وأخرون أن فقدان السيطرة يرتبط بجميع جوانب حياتهم بما في ذلك عمليات التفكير والعواطف والعلاقات. وقد وصفت دراسة نيكولسون (Nicolson's، 1999) كيف أن فقدان الاستقلالية والوقت كان بمثابة بداية الشعور بالخروج عن السيطرة لأن النساء لم يعد لديهن الوقت للنظر في أنفسهن أو معالجة تجاربهن اليومية. وهذا ما أدى إلى الشعور بفقدان الذات وفقدان الذات السابقة وفقدان الهوية[3]. أكد مود جوهانسون أن بعض النساء تشعر بفقدان السيطرة على حياتهن، مما يساهم في زيادة مشاعر الغضب ونوبات الهلع ونوبات الغضب.[4]

---

[1] مزوز بركو (2013)، ص: 110 ـ 111.

[2] Cheryl Tatano Beck : Teetering on the edge: A substantive theory of Postpartum depression, nursing research, v42, N:1, P: 42 _ 48. (1993). P:44.

[3] Donna E. Stewart, E. Robertson, Cindy-Lee Dennis, Sherry L. Grace, Tamara wallington : Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions, Toronto Public Health, University health network women's health program. (2003). P:54.

[4] Maude Johansson: Postpartum depression, depressive symptoms and parental stress in mothers and fathers 25-30 months after child birth - A family perspective, Doctoral Dissertation, Department of Psychology, Linnaeus University, Växjö. (2019). P:20.

يتضح أن هناك عدة عوامل نفسية تؤدي بالمرأة إلى ارتكاب السلوك الاجرامي، من بينها الاحباط الذي يحدث نتيجة تعرض المرأة لمختلف الضغوطات والفشل في المواقف الحياتية، مما يؤدي بها إلى اللجوء إلى السلوكات العدوانية وليس بالضرورة نحو مصدر الاحباط وإنما كطريقة للتعبير والتنفيس عن مصادر الاحباط، يؤدي الكبت المستمر الناتج عن الصراعات، الأفكار، والذكريات المؤلمة إلى التعبير بطريقة غير سوية عن المشاعر العدوانية، وكذلك الاحساس بالظلم خصوصا من قبل الأفراد المقربين والمحيط الاسري حيث تشعر بأن حقوقها مهضومة مع عدم القدرة على الدفاع عن النفس مما يؤدي بها إلى الشعور بالغضب والرغبة الملحة للانتقام واسترجاع الحقوق، ويعتبر الشعور بالذنب الناتج عن اعتقاد المرأة بأنها ارتكبت أخطاء في حياتها فتدخل في صراع نفسي الذي يدفعها إلى ارتكاب سلوكات إجرامية للتخلص من هذا الشعور، وكذلك يؤدي التعبير عن الحرمان والدفء والاهتمام والتعاطف إلى القيام بسلوكات عدوانية موجهة نحو الذات أو نحو الأخرين، وتؤدي الضغوط النفسية الناتجة عن تعرض المرأة لأزمات نفسية إلى تزايد سلوكات العنف والسلوكات المنحرفة، كما يلعب فقدان السيطرة دورا مهما في دفع المرأة إلى القيام بالسلوكات الاجرامية حيث تصبح غير قادرة على التحكم في تصرفاتها وسلوكاتها وعواطفها، مما يساهم في زيادة نوبات الغضب والسلوكات العدوانية.

6 ـ الوحدة النفسية وعلاقتها باكتئاب ما بعد الولادة والميل إلى السلوك الاجرامي:

6 ـ 1 ـ الوحدة النفسية وعلاقتها باكتئاب ما بعد الولادة:

إن فترة الحمل والولادة تعتبر من أحداث الحياة الإيجابية والسعيدة ولا يتوقع من المرأة أن تشتكي من المشقة، أو عدم القدرة على التعامل مع المولود الجديد، وينبغي على الأم أن تجعل هذا التحول سلس، وإذا أظهرت المرأة أي علامات لعدم قدرتها على التكيف تعتبر زوجة سيئة وغير مناسبة خصوصا من قبل عائلة الزوج كما يتضح: لا بد لي أن أتكيف مع كل شيء، يجب أن أبين لهم بأني متكيفة بصفة

جيدة وأني سعيدة، وإذا قلت شيئا سيئا عن حياتي الأن فسيقولون أني لست جيدة لزوجي الذي كان يعمل بمشقة ليعيلني أنا والأطفال، لقد توقعوا مني أن أكون مثلهم (الأمهات الأخريات) وخاصة اللواتي لديهم ستة أو عشرة أطفال.[1]

إن أحداث الحياة الضاغطة السابقة والوحدة النفسية ارتبطت باكتئاب ما بعد الولادة[2]، ووجدت دراسة جولي كروز وراغ ويليام وجوليا سانج أن ضعف التلاحم والوحدة النفسية، نقص الإحساس بالانتماء، نقص الدعم الاجتماعي المدرك كانوا من أقوى المؤشرات لاكتئاب ما بعد الولادة [3].

إن ارتفاع نسبة الوحدة النفسية بين النساء اللواتي يعانين من الاكتئاب، يمكن أن يرجع إلى نقص الدعم الاجتماعي والعاطفي الذي يتلقاه من الأفراد القريبين[4]. وهذا ما أكدته فيوليت لوبيز وشارون هيلج ونوال أماش أن التأثير السلبي لعدم وجود دعم للمرأة أدى إلى زيادة مشاعر العزلة والوحدة النفسية لديهم، بعد الأسرة الممتدة فإن الدعم الأفضل للأم الوحيدة والمنعزلة هو أقرانهم وأصدقائهم.[5]

يعتبر الدعم الاجتماعي مصدرا مهما يقلل لدى المرأة الشعور بالوحدة النفسية. وهذا ما وضحته فانيسا رايد ميكي ميودووز أليفر أن (Vanessa reid، Mikki meadows–oliver، 2007، ص: 296 . 295) أن الأمهات اللواتي لديهن مصادر هامة من الدعم الاجتماعي تزيد من التلاحم، وتقلل الشعور بالوحدة النفسية والعزلة التي ترتبط بأعراض الاكتئاب. ولكن نقص الدعم الاجتماعي يؤدي إلى

---

[1] Violeta lopez nahas, Sharon hillege, Nawal amasheh : Postpartum depression the lived experiences of middle eastern migrant women in australia, Journal of Nurse-Midwifery, 44(1), P : 65-74. (1999). P:70

[2] Farheen zaidi, Aruna nigam, Ruby anjum, Rashmi agarwalla : Postpartum depression in women: a risk factor analysis, Journal of clinical and diagnostic research, Vol-11(8): 13-16. (2017). P:14.

[3] Julie A. Kruse, Reg A. Williams, Julia S. Seng : Considering a relational model for depression in women with postpartum depression, International journal of childbirth, V 4 (3), P: 151- 168. (2014). P:151.

[4] Farheen zaidi, Aruna nigam, Ruby anjum, Rashmi agarwalla (2017). P14

[5] Violeta lopez nahas, Sharon hillege, Nawal amasheh (1999). P:71.

الشعور بالوحدة النفسية ويزيد من أعراض الاكتئاب وهذا ما أكده بنزارين وأخرين (Penzarine، 1995) أن الاكتئاب قد يقلل من اعتراف الأم بأنها بحاجة إلى الدعم الاجتماعي.[1]

ترى بيك أن اكتئاب ما بعد الولادة كابوسا حيا مليئا بنوبات القلق التي لا يمكن السيطرة عليها[2]، وجدت فانيسا رايد ميكي ميودووز أن هناك علاقة بين الدعم الاجتماعي، تقدير الذات، الوحدة النفسية وأعراض الاكتئاب في ثلاثة أشهر بعد الولادة. [3]وقد بينت فيوليت لوبيز وشارون هيلج ونوال أماش أن الأم التي تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة تشعر بالوحدة النفسية بسبب الشعور بالعزلة ونقص الدعم الاجتماعي، العجز بسبب عدم قدرتها على مواجهة المهام الشاقة في أداء دورها كأم وزوجة، الخوف من الفشل والنقد "الأم السيئة"، عدم المعرفة الكافية حول اكتئاب ما بعد الولادة وخدمات الدعم المتاحة[4]، وهذا ما أكده بيك أن الأمهات كن محاطات بالوحدة النفسية التي لا تطاق بسبب عدم ارتياحهن مع الآخرين والاعتقاد بأن لا أحد يفهم ما كن يعانينه، زاد الشعور بالوحدة النفسية لأن الأمهات شعرن أنه لا يوجد أحد يفهم حقا الكابوس الذي يمر بهن، وستحاول الأمهات شرح ما الذي يعانين منه لأزواجهن وأفراد أسرهن وأصدقائهن الآخرين، ولكن معظم محاولاتهن فاشلة، عادة ما يتم إخبار الأمهات بـ "مجرد الخروج ". لديكن زوج يحبكن وطفلكن بصحة جيدة، ماذا تردن أكثر من ذلك، لأن الأمهات ترجين أن يحصلن على الفهم، ولكن في أغلب الأحيان لا توجد أذان صاغية لهن، وهذا ما يدفعهن لعزل أنفسهن نظرا لأنهن لم يعدن يشعرن بالراحة اتجاه الآخرين.[5] وهذا ما أكده شيريل تنتانو بيك أن الأمهات يعانون في صمت وانسحبن اجتماعيا، وشعرن بشعور عميق من العزلة الاجتماعية والوحدة النفسية، فالمرأة الي تعاني من

---

[1] Vanessa reid, Mikki meadows-oliver : Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature, Journal of pediatric health care, V: 21, N: 5, p : 289 - 298. (2007). P:296. 295.

[2] Beck, C. T : The lived experience of postpartum depression. Nursing research, 41(3), 166 - 171. (1992). P:168.

[3] Vanessa reid, Mikki meadows-oliver (2007). 292- 293.

[4] Violeta lopez nahas, Sharon hillege, Nawal amasheh (1999). P:65.

[5] Beck, C. T. (1992). P:168.

اكتئاب ما بعد الولادة تعاني من الوحدة النفسية التي لا تطاق، والشعور بالانزعاج عند تواجدها بالقرب من الأخرين، واعتقادها بأن لا أحد يفهم ما كانوا يعانون منه[1]، وصفت النساء أنفسهم بأنهن وحيدات ولديهن أفكار لإيذاء أنفسهن، ومشاعر الفشل لعدم وصولهن لصورة الأم المثالية.[2]

يتضح أن الوحدة النفسية تعتبر من بين العوامل الرئيسية لإصابة المرأة باكتئاب ما بعد الولادة، حيث يعتبر الحمل والولادة فترة من التغيرات النفسية والفيزيولوجية والعاطفية في تحول وظيفة المرأة إلى أم، وعدم التكيف مع هذه التغيرات بالإضافة إلى الشعور بالوحدة النفسية الدائم، نقص الاحساس بالانتماء، الشعور المتزايد بالعزلة، نقص الدعم العاطفي والاجتماعي من طرف محيط الأسري وخاصة الزوج، وكثرة الصراعات الزوجية في فترة الحمل وفي فترة ما بعد الولادة تعتبر بمثابة عامل مفجر لاكتئاب ما بعد الولادة، الذي يؤدي إلى عدم قيامها بالدور الأمومي وإهمال الطفل، مما يؤدي إلى علاقة أم طفل مضطربة وقيام الام بمحاولة إيذاء نفسها من خلال السلوكات الانتحارية أو إيذاء طفلها.

6 ـ 2 ـ الوحدة النفسية وعلاقتها بالسلوك الاجرامي:

يرى ويليام مرتنز أن القتل مرتبط بالوحدة النفسية، عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي الطبيعي، والتفاهم الاجتماعي والتعاطف، العجز المعنوي نتيجة للإهمال الشديد والرفض والعزلة الاجتماعية، تجربة الإقصاء الاجتماعي ناتجة عن العديد من حالات الرفض والإهمال المؤلم خلال التنشئة الاجتماعية التي تسبب التعلق غير الأمن، عدم القدرة على تكوين روابط، نقص تقدير الذات، العار، الإحباط، وكراهية الذات، لأنهم اعتبروا أنفسهم خاسرين وحقيرين، الكره الشديد والحاجة إلى السيطرة المطلقة على إنسان

---

[1] Cheryl tatano beck : Postpartum depression: A metasynthesis, Qualitative health research, V: 12(4), P :453-472. (2002). P:464.

[2] Hilary Joan Planden : The lived experience of postpartum depression as reflected in fabric Art, A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing, University of Victoria. (2009). P:32.

أخر، بالإضافة إلى ذلك أظهروا اتجاهات قوية ومدمرة لأنفسهم[1]. فالقتلة لديهم شعور عميق بالعنف، العدائية المدمرة، الملل، الوحدة النفسية، الخوف من الرفض والرغبة المتناقضة للتقرب من الاخرين، وقد يؤدي الشعور بالوحدة النفسية الشديدة إلى التصلب الداخلي والخارجي، التخدر الاجتماعي والأخلاقي، اللامبالاة، الغضب، وقد تؤدي الوحدة النفسية الدائمة إلى الاعتقاد المؤلم بعجز الفرد في أن يكون جزءا من الجنس البشري، وإلى تشويه شديد للواقع، ومن بين نتائج العزلة الاجتماعية فقدان إمكانية استعمال ردود الفعل النفسية، الاجتماعية، والأخلاقية مع الأخرين.[2]

يمكن للوحدة النفسية أن تلعب دورا مهما في نمو واستمرار المواقف والسلوكات العنيفة والمضادة للمجتمع، قد تكون ضارة للأشخاص المعرضون لخطر السلوكات المضادة للمجتمع عند اقترانها بعوامل خطر أخرى مثل الاكتئاب، العجز الاجتماعي العاطفي، نقص الدعم الاجتماعي والتوجيه والإرشاد، العنف، الجريمة، محيط غير مكترث، ونقص تقدير الذات[3]، وقد بين لوري ميلر أن المرأة المعرضة للعنف هي أكثر ميلا للسلوك المضاد للمجتمع، وهذا ما أكده مارتينز (Martinez) وريشتر (Richter) بأن هناك علاقة بين التعرض للعنف ومستويات الكرب بما في ذلك العصبية، الوحدة النفسية، مشكلات النوم والأفكار الدخيلة.[4]

---

[1] Willem H J Martens : Loneliness and associated violent antisocial behavior: analysis of the case reports of jeffrey dahmer and dennis nilsen, International journal of offender therapy and comparative criminology, P : 1 – 20. (2005). P:12 – 13.

[2] Willem H. J. Martens : Sadism linked to loneliness: psychodynamic dimensions of the sadistic serial killer jeffrey dahmer, Psychoanalytic Review, 98(4), p : 293 - 514. (2011). Pp : 502-494.

[3] Willem H. J. Martens, George B. Palermo : Loneliness and Associated Violent Antisocial Behavior: Analysis of the Case Reports of Jeffrey Dahmer and Dennis Nilsen, International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 49(3), (2015). P: 298-307.

[4] Laurie S. Miller, Gail A. Wasserman, Richard neugebauer, Deborah gorman Smith, Dimitra kamboukos : Witnessed community violence and antisocial behavior in high-risk, Urban Boys, Journal of clinical child psychology, Vol. 28. NO. 1, P: 2 – 11. (1999). P:3.

لاحظ العديد من الأطباء النفسانيين أن الوحدة النفسية تمثل مشكلة مهمة في الطب النفسي، علم النفس، والعلاج النفسي، وليس واضح كيف يتم علاج فئات مختلفة من المرضى/ الجانحون الذين يعانون من الوحدة النفسية دائما.[1]

يتضح أن الشعور بالوحدة النفسية الشديدة يرتبط بالسلوكات الإجرامية، وذلك من خلال الشعور بالإحباط والرفض ونقص تقدير الذات، مما يؤدي إلى نمو اتجاهات عدوانية عنيفة نحو الذات ونحو الأخرين.

6 ـ 3 ـ اكتئاب ما بعد الولادة وعلاقته بالسلوك الاجرامي:

أ ـ التخطيط للسلوك الانتحاري:

يرى بات (Batt) أن الانتحار هو عمل عدواني ضد الذات، ويعتبر القتل عدوان ممتد من الذات ليشمل أولئك الأقرب إلى الذات مثل الطفل أو الزوج. يعتبر السلوك الانتحاري من بين المشكلات الصحية التي تتعرض لها المرأة في فترة الحمل، وفي فترة ما بعد الولادة نتيجة لحدوث تغيرات فسيولوجية أو تعرضها لمشكلات نفسية وعلائقية في المحيط الأسري[2]، وهذا ما أكده بوزي سافر وكاثرين قالان ودافيد كلونسكي أن هناك عدة عوامل تدفع المرأة إلى القيام بالسلوك الانتحاري، من بينها عدم التنظيم العاطفي والوحدة النفسية[3]، فالسلوك الانتحاري يرتبط بأسباب الاصابة والموت في جميع أنحاء العالم، وهو من بين العوامل الهامة لموت الأمهات في بعض البلدان، وفقا لتقرير الحديث لمنظمة الصحة العالمية (2014) يموت أكثر من (800000) شخص بالانتحار كل عام، مما ينتج عنه انتحار سنوي عالمي

---

[1] Willem H. J. Martens, George B. Palermo (2015). P: 306.

[2] Rose marano geiser : When a Mother kills her child, Art therapy, V : 7 (2), P: 86 - 93. (1990). P:88.

[3] Boaz y. Saffer, Catherine r. Glenn, E. David klonsky : Clarifying the Relationship of Parental Bonding to Suicide Ideation and Attempts, Suicide and Life-Threatening Behavior 45 (4), P: 518 – 525. (2015). P: 525.

وبلغ معدله (11.4%) لكل شخص (100000) شخص[1]، وغالبا ما يكون لدى الأمهات المكتئبات أفكار انتحارية، وهو المسؤول عن (28٪) في وفيات جميع الإناث خلال السنة الأولى بعد الولادة، بالإضافة إلى ذلك يعتبر الانتحار أحد العوامل الرئيسية الثلاثة في معدلات وفيات الأمهات.[2]

ورأت لورا أرسوليني وأخرون أن المرأة التي تعاني من التفكير الانتحاري في فترة ما بعد الولادة عانت من نوبة اضطراب كبير ونوبات الهلع في فترة ما قبل الولادة[3]، وبينت دوست ولوتورنو أن الأفكار الانتحارية تتكون من الأفكار والمشاعر والسلوكات التي تبدأ بأفكار أنية غامضة حول الانتحار إلى الخطط المفصلة والمدروسة لإنهاء حياة المرء[4]، وقد وجدت دراسة لورا أرسولينيل وأخرون أن النساء اللواتي تعرضن لنوبة اكتئابية كبيرة أو ثانوية أثناء الحمل ظهر لديهن انتشار الانتحار بنسبة (26.4%) و (34.1%)، بينما في فترة ما بعد الولادة بلغ (18.4%) و (30.6%)، ويعتبر الانتحار أحد الأسباب الرئيسية لوفاة الأمهات في السنة الأولى بعد الولادة.[5]

---

[1] Bizu gelaye, Sandhya kajeepeta, Michelle A. Williams : Suicidal ideation in pregnancy: An epidemiologic review, Arch Womens Ment Health. V: 19(5), P: 741-751. (2016). P:2.

[2] Daniele tavares, Luciana quevedo, Karen jansen, Luciano souza, Ricardo pinheiro, Ricardo silva : Prevalence of suicide risk and comorbidities in postpartum women in Pelotas. Revista Brasileira de Psiquiatria, 34 (3), 270 -276. (2012). P:270.

[3] Laura orsolini, Alessandro valchera, Roberta vecchiotti, Carmine tomasetti, Felice iasevoli, michele fornaro, Domenico de berardis, Giampaolo perna, Maurizio Pompili, Cesario Bellantuono : Suicide during perinatal period: Epidemiology, risk factors, and clinical correlates, Frontiers in Psychiatry ,V: 7, P: 1 - 6. (2016). P :3.

[4] S. Doucet, N. Letourneau : Coping and Suicidal Ideations in Women with symptoms of postpartum depression, clinical medicine: Reproductive health,v: 2, P: 9 - 19. (2009). P:10.

[5] Laura orsolini, Alessandro valchera, Roberta vecchiotti, Carmine tomasetti, Felice iasevoli, michele fornaro, Domenico de berardis, Giampaolo perna, Maurizio Pompili, Cesario Bellantuono (2016). P:3.

تلجأ الامهات للانتحار للتخلص من الألم والمعاناة التي يشعرن بها، وليس للتخلص من حياتهم، وهذا ما بينته دونا ستوارت وأخرون أن النساء اللواتي اعترفن بالتفكير في إيذاء الذات والانتحار الذي يعتبر بمثابة فرصة وفرة لهم نوع من الأمل " نهاية الكابوس" و "الظلام".[1]

ب ـ التخطيط لقتل الطفل حديث الولادة:

إن قتل الطفل حديث الولادة هو قتل الطفل أقل من (12) شهرا بعد الولادة من طرف الأم التي لم تتعافى تماما من أثار الحمل والولادة والرضاعة، وتعاني من درجات من الاضطراب النفسي، سبب قتل الأطفال هو تغير الحالة النفسية للأم، كلمة قتل هي كلمة ذات معنى واسع، وتعني قتل الطفل من قبل الوالدين، وأسباب قتل الطفل متعددة بين شخصية، اجتماعية، وبيئية، وقد تكون مرتبطة بالحالة الاجتماعية[2]، تشير أني كوزينز أن قتل الأطفال كان فعلا متعمدا، وليس ناتج عن جرائم الصدفة أو التعرض للحوادث، وتعتبر جرائم قتل الأطفال أكثر شيوعا عند المرأة، والمعدل الحقيقي لقتل النساء في القرن (19) غير معروف. [3]

يؤدي اكتئاب ما بعد الولادة إلى عدة نتائج على الأم والطفل، وهذا ما بينته أرنيت أرورا أن هذه النتائج تتراوح بين إهمال الطفل، سوء معاملة الطفل، إلى قتل الطفل حديث الولادة أو الطفل الصغير. توجد عدة أسباب تدفع المرأة للقيام بقتل الطفل حديث الولادة[4]، وهذا ما بينته بربرة بارنت من خلال التعرض لنوبة عضب، الإصابة بالاكتئاب أو مشاكل نفسية أخرى قبل الحمل، اكتئاب أو مشاكل التي تطورت بعد الولادة، فقدان الدعم الاجتماعي من طرف الزوج (عندما يكون الزوج غائبا أو موجود في

---

[1] Donna E. Stewart, E. Robertson, Cindy-Lee Dennis, Sherry L. Grace, Tamara wallington : Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions, Toronto Public Health, University health network women's health program. (2003).. P:53.

[2] Arneet Arora, Jayanthi Yadav, Sanjay Kumar Yadav, Hans Raj Singh : Infanticide: A Concept, J Forensic Sci Med, V: 3, P:42-46 . (2017). p:42.

[3] Annie Cossin : Female criminality infanticide, Moral panics and the female body, First published, Palgrave macmil. (2015). P:82.

[4] Arneet Arora, Jayanthi Yadav, Sanjay Kumar Yadav, Hans Raj Singh (2017). P: 44.

البيت)، مشكلات في العلاقة الزوجية بما في ذلك الاعتداءات الجسدية أو اللفظية، سلوك الأم العنيف سابقا مع أطفال أخرين أو مع أشخاص خارج الأسرة، العزلة عن الأسرة الممتدة بما في ذلك الآباء والأخوات، والإخوة وهذا ما يؤدي إلى الانفصال الجسدي والعاطفي، عدم قدرة الأم على إقامة علاقة مع طفلها، إيذاء النفس خصوصا محاولات الانتحار، الأمهات المصابات بالاكتئاب أو الذهان يعتقدون أن قتل أطفالهم هو رأفة بهم أو إنقاذهم[1]. وهذا ما أكده ريسنيك (Resnick، 1969) أن القتل المؤثر يحدث لمنع الطفل من المعاناة، وترتكب الأم القتل قبل الانتحار لمنع التخلي عن الطفل، ارتكبت جريمة قتل الأطفال لمنع أو تخفيف معاناة الطفل الحقيقية أو الوهمية.[2]

وأضافت مارثا سميثي أن العلاقات الاجتماعية للأمهات تتميز بالإيذاء الجنسي أو الصدمة النفسية من الأقرباء أو الغرباء، والاعتداءات الجسدية الزوجية والعائلية، وجد سبوت وبرووستاين وكريمينز (Crimmins، Brownstein، Spunt، 1994) أن الأمهات لم يكن لديهن سوى القليل من الدعم العاطفي، أو لم يكن لديهم أي دعم عاطفي، والعلاقات التي كانت تربطهم بالأخرين، كانت تميل إلى أن تكون مدمرة عاطفيا، إلى جانب ذلك تجارب حياة الأم السلبية، كان الآباء سيئين غير داعمين عاطفيا، ولم يقوموا بدورهم كأب، إلا من خلال الدعم الاقتصادي، مما جعل الأمهات غير قادرات على العناية بشكل سليم بأنفسهم وبأطفالهم، وقد يؤدي ذلك إلى عدم التحكم في تصرفاتها اتجاه نفسها أو طفلها[3]. فغالبا ما كانت الأمهات منعزلات اجتماعيا، وكانوا ضحايا للعنف المنزلي أو لديهن مشاكل أخرى في العلاقات، كان الحرمان من الناحية الاقتصادية والمسؤولية الأساسية نحو الطفل انحصرت فقط في التغذية، كان البكاء المستمر أو حاجيات الطفل في بعض الأحيان من مسببات القتل، كان لدى بعض

---

[1] Barbara Barnett : Motherhood in the media infanticide, Journalism, and the digital age, First published, Routledge taylor & francis group, New york, London. (2016). P: 210 – 212.
[2] Rose marano geiser (1990). P:87.
[3] Martha Smithey : Maternal infanticide and modern motherhood Women & Criminal Justice, Vol. 13(1), P : 65 - 83. (2002). P:68.

الأمهات إساءات سابقة للطفل[1]. وأكد روز مرانو قيسر أن وجود تاريخ من التوتر، الاكتئاب، التفكير الانتحاري، إلى جانب الانشغال بأفكار وسواسية حول رعاية الطفل، وقد يكون السبب في العديد من أفعال قتل الطفل، وصف ماكد ومايد (Mcdermaid، Winkler، 1955) قتل الأطفال بأنه ناتج عن الاكتئاب المصحوب بالوساوس المتمركزة حول الطفل.[2]

إن المرأة التي تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة فضلت عدم الكشف عن أفكارها حول قتل الطفل للعاملين في قطاع الصحة أو الأطباء النفسانيين، كان من المحتمل أن تفصح هؤلاء النساء عن أفكارهم الانتحارية من أفكارهم حول قتل الطفل من أجل الحصول على المساعدة، تعد السببية المرضية ونوعية الحياة التي تحيط بهذه الأفكار من القضايا الرئيسية للأمهات المكتئبات، طبيعة الأفكار الوسواسية للمرأة التي تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة، زيادة مستوى الوعي يساعد على الكشف المبكر عن أفكار قتل الطفل وتقييمها، يؤدي للعلاج الفعال والشفاء.[3]

إن المرأة التي تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة تقوم بقتل الطفل، قد تكون قادرة على التمييز بين الصواب والخطأ فكريا، ومع قد ذلك تفتقر إلى القدرة على التقدير العميق لعدم مشروعية فعلهم على المستوى العاطفي[4]، وهذا ما أكده توقر هاردر أن قتل الطفل يسبق حالة توتر طويلة مصحوبة بالاكتئاب، الميول الانتحارية، احتقار الذات، بالإضافة إلى الانشغال بأفكار وسواسية بالحالة الصحية للطفل،

---

[1] Susan hatters friedman, Phillip j. Resnick : Child murder by mothers: patterns and prevention, World Psychiatry, N: 6, P:137-141. (2007). P: 138.

[2] Rose marano geiser (1990). P:88.

[3] Jennieffer A. Barr, Cheryl T. Beck : Infanticide secrets Qualitative study on postpartum depression, Can Fam Physician , V :54, P:1716-7.e1-5. (2008).. P: 1717 e4.

[4] Susan hatters friedman, Rene´e sorrentino : Commentary: Postpartum Psychosis, Infanticide, and Insanity - Implications for forensic psychiatry, JAm acad psychiatry law, V 40(3), P : 326 - 332. (2012). P:327.

والشعور بعدم الكفاية كأم[1]. بينت سوزان هاترز فريدمان وفليب ريزنيك أن الفرق بين الأمهات الذهانيات والأمهات المكتئبات، ففي الأولى يقتلن فجأة دون تخطيط مسبق، بينما في الثاني فكرت الأمهات في قتل أطفالهن لأيام وأسابيع قبل الجريمة.[2] بين جنيفر بار وشيرلي بيك (Jennieffer A. Barr، Cheryl T. Beck، 2008) أن الأمهات بدون أعراض ذهانية لديهم خطر أقل للتصرف وفق أفكارهم لإيذاء أطفالهم، ومع ذلك ترتبط سوء المعاملة بقتل الأطفال، ولديهم أنماط يمكن التنبؤ بها، وتحديد الأنماط التي تؤدي إلى زيادة خطر الوفاة بسبب القتل، في الأوقات اليومية مثل: وقت الأكل، النوم، ويبدو أن هذه الأوقات مرتبطة بعمليات القتل الدافعة.[3]

من كل الأدبيات المتاحة يمكن أن نستنتج حسب روز مرانو قيسر أن تشخيص الوالد القاتل صعب، وما اتفق عليه غالبية الآباء الذين حاولوا قتل الطفل كانوا يعانون من الاكتئاب، بعد ارتكاب الأفعال قاموا بالتفكير الانتحاري أو محاولات الانتحار في أغلب الأحيان، مع التركيز على تشخيص الاكتئاب.[4]

يتضح مما سبق أن الأم التي تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة تقوم بالسلوكات الانتحارية لأنها يعاني من عدم التنظيم العاطفي والشعور بالوحدة النفسية الدائمة التي تؤدي بها إلى القضاء على الحياة بهدف التخلص من المعاناة النفسية التي تعيشها، كما أنها تقوم بالتخطيط لقتل الطفل حديث الولادة، وتوجد عدة أسباب تدفع المرأة للقيام بهذه السلوكات منها التعرض لنوبة عضب وفقدان السيطرة الذاتية، الإصابة بالاكتئاب أو التعرض لمشكلات نفسية خلال فترة الحمل وبعد الولادة، فقدان الدعم الاجتماعي والعاطفي من طرف الزوج والمحيط الأسري، مشكلات في العلاقة الزوجية بما في ذلك الاعتداءات

---

[1] Thoger harder : The psychopathology of infanticide, Acta psychiatrica scandinavica, 43(2), P: 196 - 245. (1997). P:204

[2] Susan hatters friedman, Phillip j. Resnick (2007). P: 138.

[3] Jennieffer A. Barr, Cheryl T. Beck (2008). P: 1717e1.

[4] Rose marano geiser (1990). P:88.

الجسدية أو اللفظية، اضطرابات في العلاقات مع الأخرين، والتي كانت مدمرة عاطفيا، إلى جانب ذلك تجارب حياة الأم السلبية في مرحلة الطفولة، وكل هذه العوامل تؤدي إلى عدم التحكم في تصرفاتها اتجاه نفسها أو طفلها، إلى جانب الانشغال بأفكار وسواسية حول رعاية الطفل، وقد يؤدي إلى إهمال الطفل، سوء معاملة الطفل، وأفعال قتل الطفل.

خلاصة الفصل:

تعد الجريمة من الظواهر الموجودة منذ زمن طويل منذ أن قتل قابيل أخاه هابيل، فهي ظاهرة خطيرة على الفرد خاصة وعلى المجتمع عامة، لأنها تؤثر على كيانه وأمنه وسلامة الفرد فيه، واختلف الباحثين في تحديد ماهيتها والأسباب الكامنة وراء بروزها، فذهب كل واحد فيهم إلى تفسيرها حسب توجهاته النظرية، ولكنهم لم يتوصلوا إلى تحديد الأسباب الرئيسية الكامنة التي تدفع الفرد إلى السلوك الإجرامي، فكل تيار ركز على جانب معين وأهمل جوانب أخرى، ولا يمكن النظر إلى ظاهرة ما من زاوية واحدة فقط لأنها قد يؤدي بنا إلى الإغفال عن جوانب عديدة، ونأمل نحن كباحثين أن يتم أخذ هذا الجانب بعين الاعتبار لدراسته والتعمق فيه.

الباب الثاني

الجانب الميداني

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية للدراسة

1 ـ الاختبار الاستطلاعي:

في ضوء المفاهيم الإجرائية للدراسة انصبت جهود الاختبار الاستطلاعي في اختبار صلاحية أدوات الدراسة، من حيث الصدق والثبات، فقد تم الاعتماد على مقياس الوحدة النفسية المصمم من طرف الباحثة، ومقياس اكتئاب ما بعد الولادة لبيك وقابل (2002) المكيف للبيئة الجزائرية من طرف الباحثة، والهدف من الاختبار الاستطلاعي هو:

- الحصول على تسهيلات الدخول إلى المصالح الاستشفائية.
- مدى توفر العينة لإجراء الدراسة.
- التعرف على عينة الدراسة الاستطلاعية.
- التعرف على مدى تجاوب الأفراد مع أدوات الدراسة.
- التحقق من صدق وثبات الأدوات المستخدمة في الدراسة.

2 ـ عينة الاختبار الاستطلاعي:

تكونت عينة الاختبار الاستطلاعي من (50) أما حديثة الولادة، تم اختيارهم بطريقة مقصودة في المراكز الاستشفائية التالية:

- مصلحة جراحة الاعصاب والمخ بمستشفى فرانتز فانون البليدة.
- المستشفى الجامعي حسيبة بن بوعلي البليدة.
- العيادة متعددة الخدمات بن يوسف بن خدة بأولاد يعيش البليدة.

تم توضيح عينة الدراسة الاستطلاعية من خلال متغير الفئة العمرية ومتغير المستوى التعليمي، من خلال بعض الجداول والأشكال وهي كالتالي:

جدول رقم (8): توزيع عينة الاختبار الاستطلاعي حسب متغير العمر.

الفئات العمرية	العدد	النسبة
20 - 25	8	%16
26 - 31	22	%44
32 - 37	12	%24
38 - 43	8	%16
المجموع	50	100 %

نلاحظ من خلال الجدول رقم (8) أن عدد الأمهات اللواتي ينتمين إلى الفئة العمرية (20 - 25) قدر ب(8) أمهات أي ما يعادل نسبة (16%) من حجم العينة، بينما بلغ عدد الأمهات في الفئة العمرية الثانية (22) أما التي تراوحت بين (26 - 31) وهو ما يعادل نسبة (44%)، أما الفئة العمرية الثالثة (32 - 37) بلغ عددها (12) أما وهو ما يعادل (12%)، في حين بلغ عدد الفئة العمرية الرابعة (8) أمهات التي تراوحت بين (38 - 43) وهو ما يعادل نسبة (16%).

جدول رقم (9): توزيع عينة الاختبار الاستطلاعي حسب متغير المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي	العدد	النسبة
أمي	2	%4
ابتدائي	4	%8
متوسط	2	%4
ثانوي	20	%40
جامعي	22	%44
المجموع	50	%100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (9) أن عدد الأمهات ذو مستوى تعليمي أمي بلغ (2) أي ما يعادل نسبة (4%)، أما المستوى الابتدائي فبلغ عدد الامهات (4) أي ما يعادل نسبة (8%)، بينما المستوى المتوسط فبلغ عدد الأمهات فيه (2) أي ما يعادل نسبة (4%)، في حين بلغ عدد الامهات ذو مستوى ثانوي (20) أمها أي ما يعادل نسبة (40%)، بينما بلغ عدد الامهات ذو مستوى جامعي (22) أي ما يعادل نسبة (44%).

3 ـ وصف أدوات الدراسة:

اعتمدنا في دراستنا على المقابلة العيادية، مقياس الوحدة النفسية المعد من طرف الباحثة، ومقياس اكتئاب ما بعد الولادة للباحثان قابل وبيك (2000) والمكيف في البيئة الجزائرية من طرف الباحثة.

3 ـ 1 ـ دليل المقابلة النصف موجهة:

في إطار بحثنا اعتمدنا على دليل المقابلة النصف موجهة، التي تعطي للحالات حرية في الإجابة على الأسئلة الموجهة إليهن في إطار محاور المقابلة، والتي تتكون من المحاور التالية (أنظر الملحق رقم 1):

ـ **المحور الأول:** محور البيانات الشخصية

ـ **المحور الثاني:** محور الطفولة والمراهقة

ـ **المحور الثالث:** العلاقات الأسرية

ـ **المحور الرابع:** السوابق المرضية

ـ **المحور الخامس:** فترة الحمل والولادة

ـ **المحور السادس:** الحالة النفسية

يحتوي كل محور على مجموعة من الأسئلة وذلك بهدف الكشف وجمع المعلومات عن الحالات.

3 ـ 2 ـ مقياس الوحدة النفسية:

3 ـ 2 ـ 1 ـ وصف المقياس وخطوات بنائه:

أ ـ تحديد السمة تحديد الاجراءات:

قامت الباحثة بإعداد مقياس الوحدة النفسية بعد دراسة واسعة للموضوع حيث:

1 ـ الاطلاع على الأطر النظرية ومجموعة من الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الوحدة النفسية.

2 ـ الاطلاع على مجموعة مقاييس للوحدة النفسية ومنها مقياس الشعور بالوحدة النفسية من إعداد إبراهيم قشقوش (1988)، مقياس الوحدة النفسية من اعداد عبد الرقيب البحيري (1985)، ومقياس الشعور بالوحدة النفسية من إعداد راسيل وكترونا (Russell & Cutrona ; 1984) وقد قام بتقنينه على البيئة السعودية الشناوي وخضر (1984)، ومقياس الوحدة النفسية الباحثة وفاء حسن على خويطر (2010).

ب ـ تحديد أبعاد السمة:

من خلال الاطلاع على الأدب النظري للوحدة النفسية وجدنا أن العنصر الأساسي للوحدة النفسية يتمثل في المعاناة النفسية للفرد، لأنها خبرة غير سارة تسبب عدم الراحة النفسية وهذا البعد مهم جدا في الوحدة النفسية، لكنه أهمل ولم يدرج في المقاييس التي اطلعنا عليها، كما لاحظنا أن في بعض المقاييس الجاهزة أن محتوى الفقرة لا يخدم البعد الذي ينتمي إليه مثل مقياس الوحدة النفسية الباحثة وفاء حسن على خويطر (2010)، وهذا ما دفعنا إلى الاستغناء عن جاهزية المقاييس، والشروع في بناء مقياس الوحدة النفسية، بالاستعانة بالمقاييس المتوفرة مثل: مقياس إبراهيم قشقوش (1988)، مقياس عبد الرقيب البحيري (1985)، مقياس الشناوي وخضر (1984)، مقياس وفاء حسن على خويطر (2010)، والاستعانة بتصنيفات الوحدة النفسية لبعض العلماء والباحثين، وكذلك بالجانب النظري للوحدة النفسية من خلال استخراج مؤشرات الوحدة النفسية وتحويلها إلى فقرات تخدم أبعاد البحث الذي وضعت لأجله.

لقد اختلفت أبعاد الوحدة النفسية تبعا للأطر النظرية للباحثين حيث أن حسين البلاح (2009) فقد صنفها إلى ثلاثة تمثل في فقدان الحب والحاجة إليه، عدم القبول الاجتماعي، والعزلة الاجتماعية. بينما روكاش فقد صنفها إلى أربع أبعاد اغتراب الذات، العزلة البينشخصية، ألم وصراع عنيف، وردود الافعال الضاغطة. أما بالنسبة لويس (1987) فقد قسمها إلى ثلاث أبعاد أساسية حيث تمثلت في

العاطفة، فقدان الامل، والمظاهر الاجتماعية. بينما قسمها دنبار(2014) إلى الوحدة الحميمية والوحدة العلائقية والوحدة الجماعية.

وارتأت الباحثة اختيار أربعة أبعاد للوحدة النفسية وهي العزلة الاجتماعية، فقدان الحب والحاجة إليه، عدم القبول الاجتماعي، والمعاناة النفسية.

والاسباب التي دفعت الباحثة إلى اختيار هذه الابعاد بدلا من الابعاد الاخرى كون أن بعض الابعاد تحمل مفاهيم متقاربة، مثلا بعد العزلة الاجتماعية، وبعد العزلة البينشخصية، وبعد المظاهر الاجتماعية كما أن بعد الاغتراب ينطوي تحت هذه الأبعاد لأن كلاهما يشير إلى الانسحاب والانفصال وانخفاض التفاعل، وعدم الفاعلية مع الأفراد ونقص مهارات التواصل.

كذلك بالنسبة لبعد فقدان الحب والحاجة إليه، وبعد العاطفة، وبعد الوحدة الحميمية فكلاهما يتضمن عدم الاشباع في العلاقات العاطفية الحميمية من الاشخاص المقربين.

كذلك بالنسبة لبعد ألم وصراع عنيف، وبعد ردود الافعال الضاغطة، وفقدان الامل، فكلاهما يشير إلى المعاناة النفسية التي يشعر بها الشخص الذي يعاني من الوحدة الضاغطة.

ج ـ تحديد مؤشرات السمة:

بعد تحديد أبعاد الوحدة النفسية، تم تحديد مؤشرات هذه الأبعاد وفق المخطط التالي:

أبعاد الوحدة النفسية

العزلة الاجتماعية	فقدان الحب والحاجة إليه	عدم القبول الاجتماعي	المعاناة النفسية
ـ الشعور بأنه وحيد وبعيد ـ عدم وجود أصدقاء ـ نقص العلاقات ـ قصور في التواصل الاجتماعي ـ الانسحاب والعزلة من العلاقات ـ عدم القابلية للمشاركة الفعالة مع الأخرين ـ شعور الفرد بعدم الانتماء ـ نقص العلاقات ذات المعنى ـ إدراك الفرد بالاغتراب الاجتماعي ـ عدم وجود أي شخص من أجلك. ـ عدم وجود شخص تتكلم معه. ـ الفشل في التكيف الاجتماعي. ـ علاقات سطحية. ـ عدم وجود علاقات مرضية. ـ الشعور بالخجل. ـ العجز في المهارات الاجتماعية. ـ الانطواء. ـ عدم قدرة الإنسان على تأكيد ذاته وجوديا.	ـ فقدان الحب والمودة ـ عدم وجود شخص تتكلم معه ـ عدم وجود شخص من أجلك ـ فقدان خاصية التواصل العاطفي ـ الشوق الشديد للعودة إلى العلاقات المفقودة ـ الحاجة إلى الألفة. ـ الحرمان في العلاقات الاجتماعية. ـ الشوق ـ الحنين	ـ الشعور بالهامشية ـ الشعور بأنه غير مرغوب فيه. ـ الاهمال. ـ الرفض من قبل الأخرين. ـ الشعور بالترك. ـ افتقاد التقبل من طرف الأخرين. ـ لقاءات اجتماعية غير سارة.	ـ عدم الراحة النفسية. ـ الانزعاج. ـ العجز. ـ الغضب. ـ سرعة الحساسية. ـ الارتباك. ـ اللامبالاة. ـ الهياج الداخلي والثوران الانفعالي. ـ الشعور بالألم والمعاناة. ـ خيبة الأمل. ـ الاكتئاب. ـ الحزن. ـ الغيرة من الأخرين. ـ الشعور بالضعف. ـ الشعور بالدونية. ـ الشعور باليأس. ـ عدم السعادة والضجر. ـ الشعور بالتشاؤم. ـ لا يحب الأخرين. ـ كراهية الذات. ـ فقدان أي معنى للحياة.

ـ القصور في عمليات التواصل بين شخصي. ـ عدم الشعور بالراحة.			

شكل رقم (11): أبعاد الوحدة النفسية

3 ـ 2 ـ 2 ـ الإطار النظري للمقياس:

تم الاعتماد على النظرية السلوكية المعرفية لإعداد المقياس، لأن الوحدة النفسية تظهر نتيجة لوجود خلل في أفكار وإدراكات الفرد لعلاقاته الاجتماعية، وتتجسد سلوكيا من خلال العزلة الاجتماعية والابتعاد عن الأفراد المقربين.

3 ـ 2 ـ 3 ـ إجراءات بناء المقياس:

اعتمدت الباحثة طريقة ليكرت في بناء المقياس كونها تتميز بسهولة التصحيح، تم صياغة بدائل المقياس وفق أربع بدائل للإجابة (أبدا، أحيانا، غالبا، دائما) بحيث تكون درجات البدائل على الفقرات الموجبة من (4 ـ 3 ـ 2 ـ 1) على التوالي، بينما تكون درجات البدائل على البنود السلبية (1 ـ 2 ـ 3 ـ 4) على التوالي:

جدول رقم (10): اتجاه فقرات المقياس.

الرقم	نوع الفقرة	أرقام الفقرة
	الموجبة	2 ـ 7 ـ 9 ـ 13 ـ 14 ـ 15 ـ 19 ـ 30 ـ 32 ـ 35 ـ 39 ـ 48 ـ 52 ـ 53 ـ 54 ـ 55 ـ 60 ـ 61 ـ 62 ـ 63
	السالبة	1 ـ 3 ـ 4 ـ 5 ـ 6 ـ 8 ـ 10 ـ 11 ـ 12 ـ 16 ـ 17 ـ 18 ـ 20 ـ 21 ـ 22 ـ 23 ـ 24 ـ 25 ـ 26 ـ 27 ـ 28 ـ 29 ـ 31 ـ 33 ـ 34 ـ 36 ـ 37 ـ 38 ـ 40 ـ 41 ـ 42 ـ 43 ـ 44 ـ 45 ـ 46 ـ 47 ـ 49 ـ 50 ـ 51 ـ 56 ـ 57 ـ 58 ـ 59 ـ 64 ـ 65

3 ـ 2 ـ 4 ـ تحكيم المقياس:

قامت الباحثة بتقديم المقياس يتكون في صورته الاولية من (62) فقرة موزعة على أربعة أبعاد على مجموعة من المحكمين، يطلب منهم تحديد ما إذا كان:

أ ـ محتوى الفقرة صالح لقياس البعد الذي تنتمي إليه.

ب ـ الفقرة تقيس السمة.

ت ـ عدد البدائل مناسب للفقرات.

ث ـ صالحة من حيث الصياغة اللغوية والتركيبية.

ج ـ مناسبة للمحاور المقترحة لقياس الوحدة النفسية.

وبعد جمع المقياس من عند المحكمين تم إجراء عملية التصحيح للمقياس بحيث تم تعديل البنود وزيادة بعضها لأن محتوى بعض الفقرات كان مركب.

3 ـ 2 ـ 5 ـ الخصائص السيكومترية لمقياس الوحدة النفسية:

بعد التأكد من صدق المحتوى عن طريق المحكمين قامت الباحثة باستخراج الخصائص السيكومترية للمقياس، وذلك من أجل التأكد من صلاحيته، من خلال توزيعه على عينة من الأمهات، كما هو موضح فيما يلي:

أولا: ثبات المقياس:

تم حساب ثبات مقياس الوحدة النفسية في الدراسة الحالية من خلال ما يلي:

أ ـ معادلة ألفا لكرونباخ (α):

من أجل التحقق من ثبات مقياس الوحدة النفسية المصمم من طرف الباحثة، تم حساب معامل ألفا لكرونباخ للاتساق الداخلي، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (11): ثبات مقياس الوحدة النفسية عن طريق معادلة ألفا لكرونباخ.

أبعاد المقياس	قيمة (α)
البعد 1	0.82
البعد 2	0.82
البعد 3	0.83
البعد 4	0.86
المقياس ككل	0.80

يتضح من خلال الجدول رقم (11) أن قيمة ألفا لكرونباخ بين أبعاد المقياس تراوحت بين (0.82 ـ 0.86) وهي قيم مرتفعة، بينما بلغت قيمة ثبات المقياس (0.88)، ومنه نستطيع القول أن مقياس الوحدة النفسية على درجة عالية من الثبات في الدراسة الحالية، ويمكن الثقة في النتائج التي توصلنا إليها من خلال تطبيقه.

ب ـ ارتباط البند بالدرجة الكلية:

تم التحقق من صدق مقياس الوحدة النفسية عن طريق حساب الاتساق الداخلي للبنود، والذي يعتمد على حساب معامل الارتباط بين البنود والدرجة الكلية، والجدول رقم (12) يوضح النتائج التالية:

جدول رقم (12): معامل الارتباط بين البند والدرجة الكلية.

البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط
1	**0.56	**18**	*0.28	**35**	**0.41	**52**	**0.45
2	**0.56	**19**	*0.33	**36**	**0.68	**53**	**0.47
3	**0.46	**20**	*0.32	**37**	**0.45	**54**	*0.33
4	**0.62	**21**	**0.66	**38**	**0.56	**55**	**0.36
5	**0.30	**22**	**0.73	**39**	0.10	**56**	**0.49
6	**0.43	**23**	**0.64	**40**	*0.36	**57**	**0.65
7	0.21	**24**	**0.66	**41**	**0.61	**58**	**0.61
8	**0.54	**25**	**0.46	**42**	**0.66	**59**	**0.64
9	**0.65	**26**	**0.54	**43**	**0.46	**60**	**0.49
10	**0.46	**27**	**0.73	**44**	**0.54	**61**	**0.38
11	**0.62	**28**	**0.44	**45**	**0.63	**62**	**0.50
12	**0.40	**29**	*0.28	**46**	**0.73	**63**	**0.43
13	**0.37	**30**	*0.35	**47**	**0.70	**64**	**0.58
14	0.04	**31**	**0.39	**48**	**0.37	**65**	**0.62
15	**0.53	**32**	-0.01	**49**	**0.52		
16	**0.48	**33**	**0.57	**50**	**0.51		
17	**0.66	**34**	**0.71	**51**	**0.71		

**دال عند 0.01 *دال عند 0.05

يتضح من خلال الجدول رقم (12) أن قيم ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس كلها قيم مقبولة ودالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) و(0.05) حيث تراوحت العلاقة الارتباطية من (0.73 ـ 0.28)، ما عدا الفقرة رقم (14) و(32) و(39) والتي كانت فيها قيم الارتباط ضعيفة غير دالة إحصائيا لذلك سنقوم بالتحليل العاملي الذي يقيس مدى تشبع البنود بالسمة التي يقيسها للتأكد أكثر من صلاحية هذه الفقرات.

ج ـ القيم الارتباطية ما بين الأبعاد والدرجة الكلية:

لقد جرى التحقق من صدق مقياس الوحدة النفسية في الدراسة الحالية عن طريق حساب الاتساق الداخلي للبنود، والذي يعتمد على حساب معامل الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية، والجدول رقم (13) يوضح النتائج التالية:

جدول رقم (13): القيم الارتباطية ما بين الأبعاد والدرجة الكلية.

الابعاد	الارتباط
العزلة الاجتماعية	**0.93
فقدان الحب والحاجة إليه	**0.88
عدم القبول الاجتماعي	**0.87
المعاناة النفسية	**0.92

يتضح من خلال الجدول رقم (13) أن القيم الارتباطية ما بين الأبعاد والدرجة الكلية كانت كلها قيم مقبولة ودالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) حيث تراوحت قيم الارتباط ما بين (0.87 ـ 0.93)، وهذا معناه أن الأبعاد ترتبط بالمقياس ككل، أي أنها تقيس ما يقسه المقياس.

د ـ القيم الارتباطية للأبعاد مع بعضها البعض:

تم التحقق من صدق مقياس اكتئاب ما بعد الولادة في الدراسة الحالية عن طريق حساب الاتساق الداخلي للبنود، والذي يعتمد على حساب معامل الارتباط بين الأبعاد مع بعضها البعض، والجدول رقم (14) يوضح النتائج التالية:

جدول رقم (14): القيم الارتباطية للأبعاد مع بعضها البعض

الأبعـــــــــاد	العزلة الاجتماعية	فقدان الحب والحاجة إليه	عدم القبول الاجتماعي	المعاناة النفسية
العزلة الاجتماعية		**0.76	**0.71	**0.89
فقدان الحب والحاجة إليه			**0.79	**0.68
عدم القبول الاجتماعي				**0.71
المعاناة النفسية				

يتضح من خلال الجدول رقم (14) أن القيم الارتباطية للأبعاد مع بعضها البعض كانت كلها قيم مقبولة ودالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) حيث تراوحت قيم الارتباط ما بين (0.68 ـ 0.89).

و ـ القيم الارتباطية ما بين البند والبعد الذي ينتمي إليه:

لقد جرى التحقق من صدق مقياس اكتئاب ما بعد الولادة في الدراسة الحالية عن طريق حساب الاتساق الداخلي للبنود، والذي يعتمد على حساب معامل الارتباط بين البند والبعد الذي ينتمي إليه، والجدول رقم (15) يوضح النتائج التالية:

جدول رقم (15): القيم الارتباطية ما بين البند والبعد الذي ينتمي إليه.

البعد 1		البعد 2		البعد 3		البعد 4	
البنود	الارتباط	البنود	الارتباط	البنود	الارتباط	البنود	الارتباط
1	**0.62	**2**	**0.67	**3**	**0.61	**4**	**0.61
5	**0.37	**6**	**0.42	**7**	*0.30	**8**	**0.64
9	**0.63	**10**	**0.54	**11**	**0.67	**12**	**0.46
13	*0.29	**14**	0.15	**15**	**0.67	**16**	**0.61
17	**0.66	**18**	**0.39	**19**	**0.50	**20**	**0.45
21	**0.72	**22**	**0.79	**23**	**0.65	**24**	**0.69
25	**0.63	**26**	**0.64	**27**	**0.66	**28**	**0.44
29	*0.30	**30**	**0.45	**31**	*0.32	**32**	−0.04
33	**0.64	**34**	**0.70	**35**	**0.55	**36**	**0.73
37	**0.45	**38**	**0.59	**39**	0.16	**40**	**0.37
41	**0.60	**42**	**0.54	**46**	**0.79	**43**	**0.56
44	**0.59	**45**	**0.71	**49**	**0.63	**47**	**0.71
51	**0.76	**48**	**0.53	**53**	**0.50	**50**	**0.58
55	**0.37	**52**	**0.59	**56**	**0.48	**54**	**0.44
				58	**0.73	**57**	**0.76
				60	**0.48	**59**	**0.72
						61	*0.31
						62	**0.51
						63	**0.48
						64	**0.47
						65	**0.49

يتضح من خلال الجدول رقم (15) أن قيم ارتباط الفقرات بالبعد الذي تنتمي إليه كلها قيم مقبولة ودالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) و(0.05) حيث تراوحت العلاقة الارتباطية من (0.79 ـ 0.29)، ما عدا الفقرة رقم (14) و(32) و(39) والتي كانت فيها قيم الارتباط ضعيفة غير دالة

إحصائيا لذلك سنقوم بالتحليل العاملي الذي يقيس مدى تشبع البنود بالسمة التي يقيسها للتأكد أكثر من صلاحية هذه الفقرات.

ثانيا: صدق المقياس:

1 ـ التحليل العاملي للمقياس:

من أجل التحقق من صدق المقياس اعتمدنا على حساب التحليل العاملي الاستكشافي، يحاول التحليل العاملي الاستكشافي (Exploratory factor analysis) اكتشاف طبيعة التركيبات المؤثرة على مجموعة من الاستجابات[1]. والذي يهدف إلى اكتشاف المجال، التركيبات أو الأبعاد الرئيسية[2]. كما هو موضح كالتالي:

[1] Jamie DeCoster : Overview of Factor Analysis, University of Alabama, P: 1 – 8. (1998). P :1.

[2] Paul Kline: An easy guide to factor analysis, First published, Publisher by routledge. New york. (1994). P :8.

1 ـ 1 ـ تشبع البنود بالسمة المكونات الأساسية:

جدول رقم (16): تشبع البنود بالسمة المكونات الأساسية.

البنود	قيم الشيوع	البنود	قيم الشيوع	البنود	قيم الشيوع	البنود	قيم الشيوع
البند 1	0.78	**البند 19**	0,86	**البند 37**	0,80	**البند 55**	0,80
البند 2	0,76	**البند 20**	0,80	**البند 38**	0,74	**البند 56**	0,79
البند 3	0,83	**البند 21**	0,85	**البند 39**	0,81	**البند 57**	0,90
البند 4	0,72	**البند 22**	0,89	**البند 40**	0,85	**البند 58**	0,92
البند 5	0,87	**البند 23**	0,83	**البند 41**	0,81	**البند 59**	0,81
البند 6	0,73	**البند 24**	0,85	**البند 42**	0,81	**البند 60**	0,85
البند 7	0,75	**البند 25**	0,78	**البند 43**	0,86	**البند 61**	0,81
البند 8	0,86	**البند 26**	0,87	**البند 44**	0,84	**البند 62**	0,79
البند 9	0,83	**البند 27**	0,94	**البند 45**	0,82	**البند 63**	0,84
البند 10	0,85	**البند 28**	0,81	**البند 46**	0,88	**البند 64**	0,77
البند 11	0,90	**البند 29**	0,77	**البند 47**	0,83	**البند 65**	0,91
البند 12	0,77	**البند 30**	0,84	**البند 48**	0,82		
البند 13	0,80	**البند 31**	0,80	**البند 49**	0,84		
البند 14	0,83	**البند 32**	0,78	**البند 50**	0,86		
البند 15	0,88	**البند 33**	0,82	**البند 51**	0,89		
البند 16	0,84	**البند 34**	0,78	**البند 52**	0,77		
البند 17	0,81	**البند 35**	0,86	**البند 53**	0,80		
البند 18	0,87	**البند 36**	0,86	**البند 54**	0,83		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (16) أن قيم الشيوع للبنود كلها مرتفعة تتراوح بين (0,77 ـ 0,92) وهي قيم دالة، وتشير إلى تشبع البند بالسمة التي يقيسها، فهو مؤشر قوي على ارتفاع مستوى صدق الاختبار.

1 ـ 2 ـ تشبع الأبعاد بالسمة المكونات الأساسية:

جدول رقم (17): تشبع الأبعاد بالسمة المكونات الأساسية

الأبعاد	قيم الشيوع
البعد 1	0,87
البعد 2	0,80
البعد 3	0,78
البعد 4	0,82

نلاحظ من خلال الجدول رقم (17) أن قيم الشيوع للأبعاد كلها مرتفعة تتراوح بين (0,78 ـ 0,87) وهي قيم دالة، وتشير إلى تشبع البعد بالسمة التي يقيسها، فهو مؤشر قوي على ارتفاع مستوى صدق الاختبار.

1 ـ 3 ـ التحليل العاملي للمكونات الرئيسية لمقياس الوحدة النفسية:

جدول رقم (18): التحليل العاملي للمكونات الرئيسية لمقياس الوحدة النفسية.

المكونات	قيم التباين المفسر	
	المجموع	مؤشرات المطابقة من خلال قيم التبادل
1	3,28	82,06
2	0,40	10,22
3	0,12	5,45
4	0,90	2,25

من خلال الجدول رقم (18) الذي يبين قيم التباين المفسر لمختلف أبعاد مقياس الوحدة النفسية، حيث تبين أن البعد الأول والذي يتمثل في العزلة الاجتماعية فسر نسبة (82.06%) من أداء الأفراد على المقياس، في حين فسر بعد فقدان الحب والحاجة إليه نسبة (10.22%) من الأداء، أما بعد عدم

القبول الاجتماعي فقد فسر نسبة (5.45%) من أداء الأفراد على المقياس، وفي الأخير فسر بعد المعاناة النفسية نسبة (2.25%) من الأداء على المقياس.

تبين هذه القيم أن عامل العزلة الاجتماعية يعتبر العامل الأكثر شيوعا، لتفسير وفهم الوحدة النفسية، بمعنى أن الأفراد الذين يعانون من الوحدة النفسية بدرجة مرتفعة يبدون مستويات مرتفعة جدا من العزلة الاجتماعية، وأنها هي المؤشرات الأقوى على الوحدة النفسية، ثم تأتي الأبعاد الثلاثة الأخرى بنسب متفاوتة.

من أجل التحقق أكثر من صلاحية هذه البنود اعتمدنا على حساب درجة تشبعها بالأبعاد التي تنتمي إليها، ووجدنا أن مستويات تشبها مرتفعة، وسوف نحتفظ بجميع البنود، وهذا يدل على صلاحية المقياس الذي سوف نطبقه في الدراسة الحالية.

3 ـ 3 ـ مقياس اكتئاب ما بعد الولادة:

3 ـ 3 ـ 1 ـ نبذة عن مقياس اكتئاب ما بعد الولادة:

قامت شيرلي تاتانو بيك (Cheryl Tatano Beck، 1995، ص: 309) بدراسة ظواهرية، حيث تمت مقابلة مع سبع نساء مصابات باكتئاب ما بعد الولادة حول تجاربهن الشخصية، تم استخدام طريقة كوليزي (Colaizzi، 1978) في تحليل محتوى المقابلة، ظهرت المواضيع الـ (11) التالية:

1 ـ ينتابها شعورا بالوحدة النفسية التي لا تطاق، الأم تشعر بعدم الارتياح مع الآخرين وتعتقد أن لا أحد يفهم ما تعاني منه.

2 ـ التفكير في الموت يعطيها نوع من الأمل لنهاية الكابوس الحي.

3 ـ أفكار وسواسية بأن تكون أما سيئة والتساؤل المحير عما يحدث أثناء ساعات اليقظة.

4 ـ تنتابها مخاوف من أن أي حالة طبيعية في حياتها لا يمكن استرجاعها، الأم تحزن على فقدانها للذات.

5 ـ الحياة فارغة من كل الاهتمامات والأهداف السابقة.

6 ـ تتحمل الأم عبئا خانقا من الخوف والشعور بالذنب من فكرة إيذاء طفلها الرضيع.

7 ـ التشوش المحيط بها، وتقل قدرة الأم على التركيز.

8. تتصور الأم نفسها كإنسان آلي مجرد من كل المشاعر الإيجابية وتسير فقط من خلال الحركات.

9 ـ تؤدي تجربة نوبات القلق التي لا يمكن السيطرة عليها إلى الشعور بأنها فقدت الصحة العقلية.

10 ـ فقدان السيطرة على عواطفها أمر مقلق ويصعب تقبله.

11 ـ محاطة بانعدام الأمن، الأم تحتاج إلى أن تكون أم لنفسها.[1]

في عام (1992) نشرت بيك دراسة ظاهرية (phenomenological study) للمعاناة الواقعية لاكتئاب ما بعد الولادة، حيث أجرى مقابلات معمقة مع (12) امرأة مصابة باكتئاب ما بعد الولادة من مجموعة دعم قامت بتتبعها، ركزت المقابلة على كيفية تفاعل النساء، وكيف ينظرن إلى ظروفهن، وكيف تتغير هذه العمليات.[2]

في الدراسة الثانية باستخدام النظرية المجذرة (The grounded theory)[3] والتي أطلق عليها اسم "التأرجح على الحافة" (teetering on the edge) التي طورتها بيك (Beck، 1993) كنظرية أساسية لاكتئاب ما بعد الولادة[4]، تم تطوير نظرية موضوعية لاكتئاب ما بعد الولادة للحصول على

---

[1] Cheryl Tatano Beck (1995). P :303.
[2] Melony struik : The translation and validation of the postpartum depression screening scale (PDSS): towards improving screening for postpartum depression in english- and afrikaansspeaking south african women, submitted in fulfillment of the requirements for the degree phd (psychology), university of pretoria. (2011). P : w.p.
[3] Cheryl Tatano Beck (1995). P :309.
[4] Melony struik. (2011). W.p.

البيانات من خلال ملاحظة المشاركين في مجموعة دعم لاكتئاب ما بعد الولادة على مدى (18) شهرا. بالإضافة إلى ذلك أجريت (12) مقابلة مسجلة ومعمقة مع أمهات حضرن مجموعة الدعم باستخدام طريقة المقارنة المستمرة (the constant comparative method)، ظهر فقدان السيطرة كمشكلة نفسية اجتماعية أساسية. حاولت النساء المصابات باكتئاب ما بعد الولادة التعامل مع مشكلة فقدان السيطرة من خلال العملية التالية المكونة من أربع مراحل[1]، والتي تتمثل فيما يلي:

1 ـ مواجهة الرعب (Encountering terror): في هذه المرحلة الأولى تعاني الأمهات من اكتئاب ما بعد الولادة من تفكير وسواسي مستمر، قلق مرعب، وتشوشات محيطة بها.

2 ـ موت النفس (Dying of self): شهدت هذه المرحلة الثانية العزلة وعدم الواقعية المرعبة وأفكار أو محاولات إيذاء النفس.

3 ـ الكفاح من أجل البقاء: في المرحلة الثالثة من اكتئاب ما بعد الولادة ركزت محاولات الأمهات على البقاء على قيد الحياة من خلال محاربة النظام، والصلاة من أجل الشعور بالراحة، والتوجه إلى مجموعات الدعم للحصول على الراحة والدعم.

4 ـ استعادة السيطرة: في هذه المرحلة الأخيرة عانت الأمهات من انتقال غير متوقع، حزنوا على الوقت الضائع، وخضعوا لعملية تعافي بطريقة حذرة.[2]

---

[1] Cheryl Tatano Beck (1995). P :309.
[2] Melony struik. (2011). W.p.

3 ـ 3 ـ 2 ـ التعريف بالمقياس:

هو استجابة لقياس اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات، وهو من نوع ليكرت، وتم إعداده من طرف الباحثان بيك (Beck) وقابل (Gable) (2001 ـ 2002)، يحتوي المقياس على سبعة أبعاد، تحتوي كل منها على خمسة بنود، وتتمثل في:

البعد الأول: اضطرابات النوم والأكل Sleeping/Eating Disturbances (SLP)

البعد الثاني: القلق وعدم الأمن Anxiety/Insecurity (ANX)

البعد الثالث: التقلبات الانفعالية Emotional Lability (ELB)

البعد الرابع: الارتباكات العقلية Mental Confusion (MNT)

البعد الخامس: فقدان الذات Loss of Self (LOS)

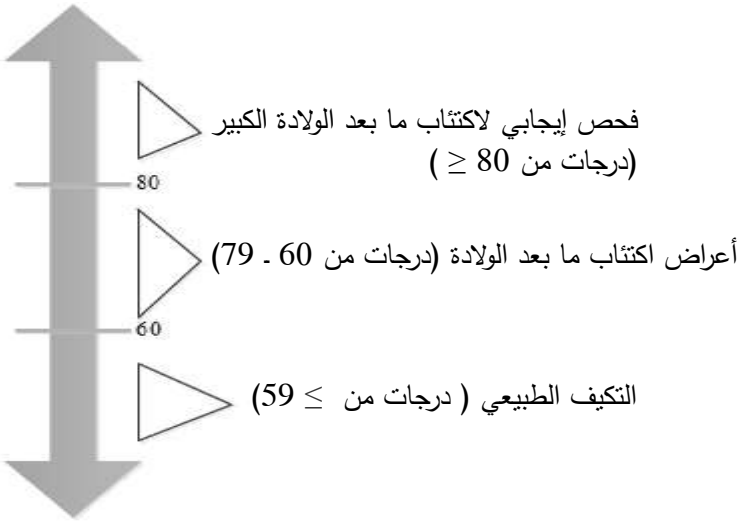
البعد السادس: الذنب والعار Guilt/Shame (GLT)

البعد السابع: الأفكار الانتحارية Suicidal Thoughts (SUI)[1]

يعتبر من بين الأدوات الشائعة التي تستخدم لقياس اكتئاب ما بعد الولادة، مقياس مكون من 35 بندا، مقياس تقييم ذاتي يمكن أن تكمله الأم في (5) إلى (10) دقائق، كل عبارة في مقياس فحص اكتئاب ما بعد الولادة تصف كيف تشعر الأم بعد الولادة، صممت هذه الأداة بعد إجراء أبحاث موسعة من قبل بيك، تم تصميم مقياس فحص اكتئاب ما بعد الولادة لتوفير درجة إجمالية لاكتئاب ما بعد الولادة،

[1] Cindy-Lee Dennis: Detection, prevention, and treatment of postpartum depression, University health network women's health program. (2003). P :92.

تتراوح ما بين (35) و (175) درجة[1]، ويمكن تصنيف النتائج إلى ثلاث فئات تتمثل في:



شكل رقم (11): تصنيف درجات مقياس إكتئاب ما بعد الولادة[2]

الميزة الأساسية لهذه الأداة هي أنها متكونة من أبعاد، بمعنى أن الاكتئاب مفهوم متعدد الأبعاد.

3 ـ 3 ـ 3 ـ تنقيط المقياس:

يتم تنقيط المقياس من (1 ـ 5) وفق خمسة بدائل من معارض بشدة إلى موافق بشدة[3].

3 ـ 3 ـ 4 ـ دليل مقياس فحص اكتئاب ما بعد الولادة:

يمكن الاستعانة بالدليل الموجز الذي وضعه بيك وقابل (2000) في تحديد أعراض اكتئاب ما بعد الولادة، ويتمثل في ما يلي:

---

[1] Jacqueline Rychnovsky, Cheryl Tatano Beck : Screening for Postpartum Depression in Military Women with the Postpartum Depression Screening Scale, Military Medicine, Vol. 171, P : 1100 – 1104. (2006). P :1101.

[2] Mei Cai, Yiming Wang, Qian Luo, Guo Wei (2019). Factor analysis of the prediction of the postpartum depression screening scale, International journal of environmental research and public health, 16, 5025, p:1 - 13.

[3] Melony struik. (2011). W.p.

جدول رقم (19): دليل مقياس فحص اكتئاب ما بعد الولادة

الأعراض المكونة للبروفيل المجال من (5 - 25)	الوصف
اضطرابات الأكل والنوم	الدرجات من14≤ تشير إلى اضطراب في الشهية العادية، و/ أو أنماط النوم.
القلق وعدم الأمن	الدرجات من 15≤ مستوى عالي من أعراض الحصر، والتي قد تتضمن هيجان نفسي حركي والشعور بأنها ستصبح مرتبكة أو منعزلة
التقلبات الانفعالية	درجات من 15≤ تدعم بمشاعر عدم الاستقرار العاطفي بسبب أن الأم أصبحت شديدة الانفعال، و/ أو عرضة لنوبات البكاء المتكررة.
الارتباكات العقلية	درجات من 14≤ تشير لمشاكل في الارتباكات العقلية وصعوبة في التحكم في عمليات التفكير والحفاظ على التركيز في أداء المهام.
فقدان الذات	الدرجات من 13 ≤ تشير إلى تغيرات في الهوية الشخصية مثل تصورات الأم عن نفسها، بأنها غريبة أو غير عادية، مقارنة بكيف كانت قبل ولادتها.
الذنب والعار	الدرجات من 13 ≤ تشير إلى مشاعر حول الشعور بالذنب، و/ أو الخجل، لعدم قياس معايير الأم الخاصة " الأمومة الجيدة".
الأفكار الانتحارية	درجات من 6 ≤ تشير إلى أن الأم قد تحمل أفكار حول إيذاء نفسها.[1]

[1] Jacqueline Rychnovsky, Cheryl Tatano Beck (2006). P :1101.

ملاحظة:

يرى الباحثان قابل وبيك (2001) أنه لا يفضل استعمال مقياس فحص اكتئاب ما بعد الولادة في الأسبوعين الأوليين، لأنه عادة ما ترتبط فترة ما بعد الولادة بمزاج متقلب، وأعراض كأبة ما بعد الولادة والتي تكون مؤقتة وهي ظاهرة عيادية مختلفة عن اكتئاب ما بعد الولادة[1].

3 ـ 3 ـ 5 ـ الإطار النظري للمقياس:

اعتمد الباحثان على النظرية المجذرة في تصميم المقياس وإخراجه في صورته النهائية.

3 ـ 3 ـ 6 ـ الخصائص السيكومترية للمقياس في صورته الأصلية:

ترى ميلوني ستريك (2011، ب. ص) أنه تم استخدام طريقة تحكيم الخبراء لضمان صلاحية المحتوى للشكل التجريبي لمقياس فحص اكتئاب ما بعد الولادة، تتألف هذه الطريقة من طريقتين: أولا قامت لجنة مكونة من خمسة خبراء بمراجعة محتوى مقياس فحص اكتئاب ما بعد الولادة بشكل فردي، بصرف النظر عن خبرتهم المهنية في اكتئاب ما بعد الولادة، عانى أربعة من الخبراء الخمسة من اضطراب المزاج هذا شخصيا، ثانيا قامت مجموعة التركيز (focus group) مكونة من (15) طالب دراسات عليا في التمريض بمراجعة مقياس فحص اكتئاب ما بعد الولادة، كانت التخصصات الطبية لطلاب الدراسات العليا إما الطب النفسي أو التوليد.

تم تقييم التعريفات المفاهيمية والإجرائية لأبعاد الأعراض السبعة لتحديد صلاحية محتوى مقياس فحص اكتئاب ما بعد الولادة، تم إعطاء خبراء المحتوى وأعضاء مجموعة التركيز التعريفات المفاهيمية والاجرائية لكل من أبعاد الأعراض السبعة لمقياس فحص اكتئاب ما بعد الولادة، طلب منهم الحكم على مدى ملاءمة كل بند مع أبعاد الأعراض التي تم تخصيصه لها، تراوح مقياس التصنيف من (1) (لا

[1] Melony struik. (2011). W.p.

أوافق بشدة) إلى (5) (أوافق بشدة)، تراوحت تقديرات متوسط الملاءمة للبنود التجريبية من (4.00) إلى (5.00) لمجموعة الخبراء ومن (3.73) إلى (5.00) لأعضاء مجموعة التركيز، مما يشير إلى أن الحكام وجدوا أن العناصر التجريبية وصفت بشكل كاف محتوى أعراض اكتئاب ما بعد الولادة.

تم بعد ذلك إجراء تغييرات تحريرية، وحُذفت بعض البنود، وأضيفت بعض البنود الجديدة إلى مقياس فحص اكتئاب ما بعد الولادة، بناءا على مراجعات التعليقات النوعية التي قدمتها لجنة الخبراء وأعضاء مجموعة التركيز. أدت هذه العملية إلى إصدار تجريبي للمقياس مكون من (56) بندا، مع سبعة أبعاد تتكون من (8) بنود تمثل أبعاد أعراض اكتئاب ما بعد الولادة.

أعطيت هذه النسخة التجريبية المنقحة إلى (10) أمهات في غضون (8) أسابيع بعد الولادة لمراجعتها لمزيد من التقييم لوضوح البنود وقابليتها للقراءة، لم يتم تقديم أي اقتراحات إضافية لتحسين البنود، ثم تم إجراء اختبار القياس النفسي للنسخة التجريبية لمقياس فحص اكتئاب ما بعد الولادة.

تم تقييم ثبات مقياس فحص اكتئاب ما بعد الولادة لتحديد البنود التي يمكن حذفها لإنشاء نسخة نهائية مختصرة، تم استخدام العينة وهي عينة التطوير (development sample) لتحديد صدق وثبات المقياس النهائي المكون من (35) بندا، تتكون العينة من (525) امرأة، بين أسبوعين و(6) أشهر بعد الولادة.

فحص البحث التالي صدق البنائي لمقياس فحص اكتئاب ما بعد الولادة، إلى جانب حساسيته وخصوصياته وقيمته التنبؤية، تكونت العينة المستخدمة في هذه الدراسة، وهي العينة التشخيصية، من (150) أما خلال (12) أسبوعا بعد الولادة، سيتم تقديم الخصائص السيكومترية لمقياس فحص اكتئاب ما بعد الولادة، في القسم التالي مع تحليلات البيانات من كل من عينات التطوير والتشخيص.[1]

[1] Melony struik. (2011). W.p.

3 ـ 3 ـ 7 ـ ثبات المقياس:

قام الباحثان قابل وبيك (2000) بالتحقق من ثبات المقياس من خلال معادلة ألفا لكرونباخ (α)، باستعمال عينتين منفصلتين، حيث تكونت العينة الأولى من (150) أما بعد (12) أسبوعا بعد الولادة، بينما تكونت العينة الثانية من (525) أما ما بين أسبوعين إلى (6) أشهر بعد الولادة، كما هو موضح من خلال الجدول التالي[1]:

[1] Melony struik. (2011). W.p.

جدول رقم (20): ثبات مقياس اكتئاب ما بعد الولادة عن طريق معادلة ألفا لكرونباخ.[1]

		Development Sample (N=525)			Diagnostic Sample (N=150)		
		Correlation with Content Scale	Content Scale Alpha if Item Deleted	Total Score / Content Scale Alpha	Correlation with Content Scale	Content Scale Alpha if Item Deleted	Total Score / Content Scale Alpha
PDSS Total Score				0.97			0.96
Sleeping/Eating Disturbances (SLP)				**0.83**			**0.85**
1	I had trouble sleeping even when my baby was asleep.	0.64	0.79		0.60	0.84	
8	I lost my appetite.	0.57	0.81		0.64	0.83	
15	I woke up on my own in the middle of the night and had trouble getting back to sleep.	0.61	0.80		0.66	0.82	
22	I tossed and turned for a long time at night trying to fall asleep.	0.67	0.78		0.78	0.79	
29	I knew I should eat but I could not.	0.63	0.79		0.63	0.83	
Anxiety/Insecurity (ANX)				**0.83**			**0.80**
2	I got anxious over even the littlest things that concerned my baby.	0.62	0.80		0.60	0.76	
9	I felt really overwhelmed.	0.61	0.80		0.64	0.75	
16	I felt like I was jumping out of my skin.	0.66	0.79		0.52	0.79	
23	I felt all alone.	0.65	0.79		0.64	0.75	
30	I felt like I had to keep moving or pacing.	0.61	0.80		0.55	0.78	
Emotional Lability (ELB)				**0.89**			**0.86**
3	I felt like my emotions were on a roller coaster.	0.75	0.86		0.68	0.83	
10	I was scared that I would never be happy again.	0.69	0.87		0.67	0.84	
17	I cried a lot for no real reason.	0.74	0.87		0.70	0.83	
24	I have been very irritable.	0.75	0.86		0.74	0.82	
31	I felt full of anger ready to explode.	0.72	0.87		0.64	0.84	
Mental Confusion (MNT)				**0.91**			**0.86**
4	I felt like I was losing my mind.	0.80	0.89		0.68	0.83	

[1] Melony struik. (2011). W.p.

		Development Sample (N=525)			Diagnostic Sample (N=150)		
		Correlation with Content Scale	Content Scale Alpha if Item Deleted	Total Score / Content Scale Alpha	Correlation with Content Scale	Content Scale Alpha if Item Deleted	Total Score / Content Scale Alpha
11	I could not concentrate on anything.	0.77	0.90		0.72	0.82	
18	I thought I was going crazy.	0.77	0.90		0.63	0.84	
25	I had a difficult time making even a simple decision.	0.78	0.90		0.69	0.83	
32	I had difficulty focusing on a task.	0.78	0.89		0.68	0.83	
Loss of Self (LOS)				**0.94**			**0.91**
5	I was afraid that I would never be my normal self again.	0.85	0.93		0.75	0.89	
12	I felt as though I had become a stranger to myself.	0.86	0.92		0.76	0.89	
19	I did not know who I was anymore.	0.81	0.93		0.78	0.88	
26	I felt like I was not normal.	0.85	0.92		0.80	0.88	
33	I did not feel real.	0.82	0.93		0.76	0.88	
Guilt/Shame (GLT)				**0.90**			**0.86**
6	I felt like I was not the mother I wanted to be.	0.79	0.86		0.79	0.81	
13	I felt like so many mothers were better than me.	0.77	0.87		0.74	0.82	
20	I felt guilty because I could not feel as much love for my baby as I should.	0.70	0.88		0.59	0.86	
27	I felt like I had to hide what I was thinking or feeling towards the baby.	0.71	0.88		0.56	0.86	
34	I felt like a failure as a mother.	0.77	0.87		0.76	0.82	
Suicidal Thoughts (SUI)				**0.93**			**0.86**
7	I have thought that death seemed like the only way out of this living nightmare.	0.88	0.90		0.85	0.80	
14	I started thinking that I would be better off dead.	0.82	0.91		0.71	0.82	
21	I wanted to hurt myself.	0.80	0.91		0.73	0.82	
28	I felt that my baby would be better off without me.	0.72	0.93		0.39	0.90	
35	I just wanted to leave this world.	0.85	0.90		0.82	0.79	

يتضح من خلال الجدول رقم (20) أن قيم ألفا لكرونباخ كانت كلها دالة إحصائيا، حيث بلغت ألفا لكرونباخ للمقياس ككل (0.97) في حجم العينة (525)، بينما في حجم العينة (150) فكانت (0.96) أما فيما يتعلق قيمة بألفا لكرونباخ للأبعاد والبنود بالنسبة لحجم العينة (525) فكانت:

البعد الأول: حيث تراوحت قيمة ألفا لكرونباخ ما بين (0.78 ـ 0.81)

البعد الثاني: حيث تراوحت قيمة ألفا لكرونباخ ما بين (0.79 ـ 0.80)

البعد الثالث: حيث تراوحت قيمة ألفا لكرونباخ ما بين (0.86 ـ 0.87)

البعد الرابع: حيث تراوحت قيمة ألفا لكرونباخ ما بين (0.89 ـ 0.90)

البعد الخامس: حيث تراوحت قيمة ألفا لكرونباخ ما بين (0.92 ـ 0.93)

البعد السادس: حيث تراوحت قيمة ألفا لكرونباخ ما بين (0.86 ـ 0.88)

البعد السابع: حيث تراوحت قيمة ألفا لكرونباخ ما بين (0.90 ـ 0.93)

أما بالنسبة لحجم العينة (150) فكانت قيمة ألفا لكرونباخ للأبعاد كما يلي:

البعد الأول: حيث تراوحت قيمة ألفا لكرونباخ ما بين (0.79 ـ 0.84)

البعد الثاني: حيث تراوحت قيمة ألفا لكرونباخ ما بين (0.75 ـ 0.79)

البعد الثالث: حيث تراوحت قيمة ألفا لكرونباخ ما بين (0.82 ـ 0.84)

البعد الرابع: حيث تراوحت قيمة ألفا لكرونباخ ما بين (0.82 ـ 0.84)

البعد الخامس: حيث تراوحت قيم ألفا لكرونباخ ما بين (0.88 ـ 0.89)

البعد السادس: حيث تراوحت قيمة ألفا لكرونباخ ما بين (0.80 ـ 0.86)

البعد السابع: حيث تراوحت قيمة ألفا لكرونباخ ما بين (0.79 ـ 0.90)

وعليه المقياس يتمتع بمستويات جيدة من الثبات

3 ـ 2 ـ 8 ـ صدق المقياس:

3 ـ 2 ـ 8 ـ 1 ـ صدق المفهوم:

لقد قام الباحثان بالتحقق من صدق المقياس عن طريق التحليل العاملي التوكيدي، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (21) التحليل العاملي التوكيدي[1].

	Item	I	II	III	IV	V	VI	VII
Sleeping/Eating Disturbances (SLP)								
1	I had trouble sleeping even when my baby was asleep.	0.71						
8	I lost my appetite.	0.62						
15	I woke up on my own in the middle of the night and had trouble getting back to sleep.	0.72						
22	I tossed and turned for a long time at night trying to fall asleep.	0.78						
29	I knew I should eat but I could not.	0.67						
Anxiety/Insecurity (ANX)								
2	I got anxious over even the littlest things that concerned my baby.		0.68					
9	I felt really overwhelmed.		0.69					
16	I felt like I was jumping out of my skin.		0.73					
23	I felt all alone.		0.77					
30	I felt like I had to keep moving or pacing.		0.66					
Emotional Lability (ELB)								
3	I felt like my emotions were on a roller coaster.			0.80				
10	I was scared that I would never be happy again.			0.84				
17	I cried a lot for no real reason.			0.76				
24	I have been very irritable.			0.76				
31	I felt full of anger ready to explode.			0.74				
Mental Confusion (MNT)								
4	I felt like I was losing my mind.				0.84			
11	I could not concentrate on anything.				0.79			
18	I thought I was going crazy.				0.85			
25	I had a difficult time making even a simple decision.				0.83			
32	I had difficulty focusing on a task.				0.81			
Loss of Self (LOS)								

1 Melony struik. (2011). W.p.

	Item	I	II	III	IV	V	VI	VII
5	I was afraid that I would never be my normal self again.					0.87		
12	I felt as though I had become a stranger to myself.					0.89		
19	I did not know who I was anymore.					0.85		
26	I felt like I was not normal.					0.90		
33	I did not feel real.					0.85		
Guilt/Shame (GLT)								
6	I felt like I was not the mother I wanted to be.						0.87	
13	I felt like so many mothers were better than me.						0.83	
20	I felt guilty because I could not feel as much love for my baby as I should.						0.72	
27	I felt like I had to hide what I was thinking or feeling towards the baby.						0.74	
34	I felt like a failure as a mother.						0.82	
Suicidal Thoughts (SUI)								
7	I have thought that death seemed like the only way out of this living nightmare.							0.92
14	I started thinking that I would be better off dead.							0.85
21	I wanted to hurt myself.							0.83
28	I felt that my baby would be better off without me.							0.75
35	I just wanted to leave this world.							0.91

يتضح من خلال الجدول رقم (21) أن الباحثان طبقا التحليل العاملي التوكيدي للتحقق من البنية العاملية للمقياس لمعرفة مدى تشبع البنود بأبعاد السمة (اكتئاب ما بعد الولادة)، حيث كانت كل القيم دالة بالنسبة للأبعاد السبعة للمقياس، حيث تراوحت قيم التشبع بالنسبة للبنود والأبعاد فيما يلي:

البعد الأول وبنوده: حيث تراوحت قيم التشبع ما بين (0.62 ـ 0.78).

البعد الثاني وبنوده: حيث تراوحت قيم التشبع ما بين (0.66 ـ 0.77).

البعد الثالث وبنوده: حيث تراوحت قيم التشبع ما بين (0.74 ـ 0.84).

البعد الرابع وبنوده: حيث تراوحت قيم التشبع ما بين (0.79 ـ 0.85).

البعد الخامس وبنوده: حيث تراوحت قيم التشبع ما بين (0.85 ـ 0.90).

البعد السادس وبنوده: حيث تراوحت قيم التشبع ما بين (0.72 ـ 0.87).

البعد السابع وبنوده: حيث تراوحت قيم التشبع ما بين (0.75 ـ 0.92).

وعليه المقياس يتمتع بمستويات مقبولة من الصدق وهو صالح للتطبيق.

3 ـ 3 ـ 9 ـ صدق المقياس في الدراسة الحالية:

أولا ـ تكييف مقياس اكتئاب ما بعد الولادة:

لقد تم تكييفه من خلال الخطوات التالية:

أ ـ إحضار النسخة الأصلية: قامت الباحثة بإحضار النسخة الأصلية لمقياس اكتئاب ما بعد الولادة للباحثان قابل وبيك (2000) بلغته الإنجليزية.

ب ـ الترجمة الأولية للمقياس:

قامت الباحثة بترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، بالاستعانة بأساتذة مختصين لأنه تعذر عليها ترجمة بعض البنود لأنها تحمل في سياقها دلالات ضمنية مثل البند رقم (3) بلغته الانجليزية (I felt like my emotions were on a roller coaster) عند ترجمة حرفيا يصبح (شعرت وكأن مشاعري كانت في سفينة دوارة)، ولكن الترجمة الصحيحة كانت (شعرت وكان مشاعري كانت في حالة هيجان)، والبند رقم (16) بلغته الانجليزية (I felt like I was jumping out of my skin) عند ترجمة حرفيا يصبح (شعرت وكأنني أقفز من بشرتي) ولكن الترجمة الصحيحة كانت (شعرت انني كنت سأفقد صوابي من شدة القلق)، وقد استعانت الباحثة بأساتذة يتقنون اللغة الاصلية للمقياس، وبأساتذة مختصين في علم النفس، واللغة العربية من أجل التدقيق اللغوي.

د ـ نموذج طريقة التحكيم:

جدول رقم (22): نموذج طريقة التحكيم

البنود		نفس المعنى	معنى متقارب	معنى مختلف	التصحيح
اللغة الأصلية (الانجليزية)	اللغة المترجم إليها (العربية)				

و ـ المقياس في صورته النهائية:

بعد عرض المقياس على مجموعة من الأساتذة من مختصين في علم النفس، وفي اللغة العربية، واللغة الإنجليزية، أصبحت الصورة النهائية للمقياس كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (23): الصورة النهائية للمقياس بعد الترجمة.

مقياس فحص اكتئاب ما بعد الولادة	
البنود	**الأبـــــعاد**
	اضطرابات النوم والأكل
1	كنت أواجه مشكلة في النوم حتى عندما كان طفلي نائما.
8	لقد فقدت شهيتي.
15	استيقظت لوحدي في منتصف الليل ووجدت صعوبة في العودة إلى النوم.
22	استدرت وتقلبت لفترة طويلة في الليل لمحاولة النوم.
29	كنت أعرف أنه يجب علي أن أكل، لكني لم أستطع.
	القلق وعدم الأمن
2	أصبحت جد قلقة حتى على أصغر الأشياء التي تهم طفلي.
9	شعرت حقا بالارتباك.
16	شعرت انني كنت سأفقد صوابي من شدة القلق.
23	شعرت بأني وحيدة

30	شعرت بفقدان الأمل
	التقلب الانفعالي
3	شعرت وكأن مشاعري كانت في حالة هيجان
10	كنت خائفة من أنني لن أكون سعيدة مرة أخرى.
17	بكيت كثيرا بدون سبب حقيقي.
24	لقد كنت شديدة الانفعال.
31	أشعر أن حالتي العاطفية غير مستقرة.
	الارتباكات العقلية
4	شعرت وكأنني فقدت عقلي.
11	لم أتمكن من التركيز على أي شيء.
18	اعتقدت أنني سأجن..
25	واجهت أوقات صعبة في اتخاذ قرارات بسيطة.
32	واجهت صعوبة في التركيز على المهام اليومية
	فقدان الذات
5	كنت خائفة أنني لن أكون أبدا على طبيعتي مرة أخرى.
12	شعرت كما لو أنني أصبحت غريبة من نفسي.
19	لم أعد أعرف من كنت.
26	شعرت كأنني لم أكن عادية.
33	شعرت بأني على غير طبيعتي المعتادة.
	الذنب والعار
6	شعرت كأنني لم أكن الأم التي تمنيت أن أكون.
13	شعرت أن الكثير من الأمهات كن أفضل مني.
20	شعرت بالذنب لأني لم أستطع أن أحب طفلي كما يجب.
27	شعرت وكأن علي أن أخفي ما فكرت به أو شعرت به تجاه طفلي.
34	شعرت كأنني أم فاشلة.
	الأفكار الانتحارية
7	اعتقدت أن الموت يبدو وكأنه السبيل الوحيد للخروج من الكابوس المعاش.
14	بدأت أفكر أنني سأكون أفضل حين أموت.
21	كانت لدي رغبة في إيذاء نفسي.
28	شعرت أن طفلي سيكون في أحسن حال بدوني.
35	أردت فقط مغادرة هذا العالم.

ثانيا ـ ثبات المقياس:

تم حساب ثبات مقياس اكتئاب ما بعد الولادة في الدراسة الحالية بطريقة الاتساق الداخلي (ألفا لكرونباخ α)، من أجل التحقق من ثبات مقياس اكتئاب ما بعد الولادة الذي وضعه بيك وقابل (2000) والمترجم في إطار هذه الدراسة، تم حساب معامل ألفا لكرونباخ للاتساق الداخلي، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (24): ثبات مقياس اكتئاب ما بعد الولادة عن طريق معادلة ألفا لكرونباخ.

المقياس	قيمة (α)	الابعاد البنود	قيمة (α)
البعد1	0.76	**البعد 5**	0.73
البعد 2	0.74	**البعد السادس**	0.65
البعد3	0.75	**البعد 7**	0.66
البعد 4	0.67	**قيمة ألفا لكرونباخ للمقياس**	0.93

يتضح من خلال الجدول رقم (24) أن قيمة ألفا لكرونباخ للارتباط بين أبعاد المقياس تراوحت بين (0.65 ـ 0.76) وهي قيم مقبولة، بينما بلغت قيمة ألفا لكرونباخ بين بنود المقياس ككل (0.93)، ومنه نستطيع القول أن مقياس اكتئاب ما بعد الولادة على درجة عالية من الثبات في الدراسة الحالية.

ثالثا ـ صدق المقياس:

1 ـ صدق المفهوم:

أ ـ الارتباط ما بين البند والدرجة الكلية:

تم التحقق من صدق مقياس اكتئاب ما بعد الولادة في الدراسة الحالية عن طريق حساب الاتساق الداخلي للبنود، والذي يعتمد على حساب معامل الارتباط بين البنود والدرجة الكلية، والجدول رقم (25) يوضح النتائج التالية:

جدول رقم (25): الارتباط ما بين البند والدرجة الكلية.

البند رقم	الارتباط	البند رقم	الارتباط	البند رقم	الارتباط
1	0.60**	**15**	0.45**	**29**	0.60**
2	0.31*	**16**	0.62**	**30**	0.65**
3	0.63**	**17**	0.63**	**31**	0.64**
4	0.65**	**18**	0.55**	**32**	0.66**
5	0.54**	**19**	0.61**	**33**	0.50**
6	0.58**	**20**	0.35*	**34**	0.44**
7	0.50**	**21**	0.41**	**35**	0.35*
8	0.51**	**22**	0.51**		
9	0.71**	**23**	0.66**		
10	0.64**	**24**	0.68**		
11	0.63**	**25**	0.58**		
12	0.67**	**26**	0.76**		
13	0.63**	**27**	0.54**		
14	0.51**	**28**	0.25		

**دال عند 0.01 *دال عند 0.05

يتضح من خلال الجدول رقم (25) أن قيم ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس كلها قيم مقبولة ودالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) و(0.05) حيث تراوحت العلاقة الارتباطية من (0.31 ـ 0.76)، ما عدا الفقرة رقم (28) والتي كانت فيها قيم الارتباط ضعيفة غير دالة إحصائيا وهذا معناه أن الفقرة لا ترتبط بالمقياس ككل، وإنما ترتبط بالبعد الذي تنتمي إليه وبالتالي يمكن الاحتفاظ بها، ومنه يتضح أن بنود المقياس متناسقة فيما بينها، وهو مؤشر لصدق المقياس.

ب ـ الارتباط ما بين الأبعاد والدرجة الكلية:

لقد جرى التحقق من صدق مقياس اكتئاب ما بعد الولادة في الدراسة الحالية عن طريق حساب الاتساق الداخلي للبنود، والذي يعتمد على حساب معامل الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية، والجدول رقم (26) يوضح النتائج التالية:

جدول رقم (26): الارتباط ما بين الأبعاد والدرجة الكلية

الابعاد	الارتباط
اضطرابات النوم والاكل	0.75**
القلق وعدم الأمن	0.86**
التقلبات الانفعالية	0.91**
الارتباكات العقلية	0.93**
فقدان الذات	0.88**
الذنب والعار	0.79**
الأفكار الانتحارية	0.63**

يتضح من خلال الجدول رقم (26) أن قيم ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية كانت كلها قيم مقبولة ودالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) حيث تراوحت قيم الارتباط ما بين (0.63 ـ 0.91)، وهذا معناه أن الأبعاد ترتبط بالمقياس ككل، وهو مؤشر لارتفاع مستوى ثبات المقياس.

ج ـ ارتباط الأبعاد مع بعضها البعض:

لقد جرى التحقق من صدق مقياس اكتئاب ما بعد الولادة في الدراسة الحالية عن طريق حساب الاتساق الداخلي للبنود، والذي يعتمد على حساب معامل الارتباط بين الأبعاد مع بعضها البعض، والجدول رقم (27) يوضح النتائج التالية:

جدول رقم (27): ارتباط الأبعاد مع بعضها البعض

الأبعـــــاد	اضطرابات النوم والاكل	القلق وعدم الأمن	التقلبات الانفعالية	الارتباكات العقلية	فقدان الذات	الذنب والعار	الأفكار الانتحارية
اضطرابات النوم والاكل	/	0.65**	0.65**	0.68**	0.56**	0.48**	0.23
القلق وعدم الأمن	/	/	0.79**	0.83**	0.69**	0.58**	0.36**
التقلبات الانفعالية	/	/	/	0.88**	0.77**	0.60**	0.50**
الارتباكات العقلية	/	/	/	/	0.77**	0.68**	0.52**
فقدان الذات	/	/	/	/	/	0.70**	0.59**
الذنب والعار	/	/	/	/	/	/	0.55**
الأفكار الانتحارية	/	/	/	/	/	/	/

يتضح من خلال الجدول رقم (27) أن قيم ارتباط الأبعاد مع بعضها البعض كانت كلها قيم مقبولة ودالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) حيث تراوحت قيم الارتباط ما بين (0.48 ـ 0.88)،

ما عدا بعد اضطرابات النوم والاكل وبعد الأفكار الانتحارية، والتي كانت قيم الارتباط فيها ضعيفة حيث بلغت (0.23)، وهي قيمة غير دالة إحصائيا، ولكنهم يرتبطون بالدرجة الكلية للمقياس، أي المقياس ككل، فهي تخدم الغرض الذي وضعت لأجله، لأن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات النوم والأكل ليس بالضرورة لديهم أفكار انتحارية.

د ـ الارتباط ما بين البند والبعد الذي ينتمي إليه:

تم التحقق من صدق مقياس اكتئاب ما بعد الولادة في الدراسة الحالية عن طريق حساب الاتساق الداخلي للبنود، والذي يعتمد على حساب معامل الارتباط بين البند والبعد الذي ينتمي إليه، والجدول رقم (28) يوضح النتائج التالية:

جدول رقم (28): الارتباط ما بين البند والبعد الذي ينتمي إليه.

البعد 1		البعد 2		البعد 3		البعد 4	
البنود	الارتباط	البنود	الارتباط	البنود	الارتباط	البنود	الارتباط
1	**0.67	2	**0.48	3	**0.69	4	**0.70
8	**0.76	9	**0.78	10	**0.58	11	**0.67
15	**0.70	16	**0.71	17	**0.72	18	**0.62
22	**0.70	23	**0.68	24	**0.78	25	**0.59
29	**0.72	30	**0.81	31	**0.77	32	**0.72
البعد 5		**البعد 6**		**البعد 7**			
البنود	الارتباط	البنود	الارتباط	البنود	الارتباط		
5	**0.56	6	**0.76	7	**0.63		
12	**0.79	13	**0.74	14	**0.84		
19	**0.71	20	**0.59	21	**0.66		
26	**0.80	27	**0.63	28	**0.51		
33	**0.61	34	**0.49	35	**0.63		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (28) أن قيم الارتباط بين البند والبعد الذي تنتمي إليه كلها قيم دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث تراوحت قيم الارتباط ما بين (0.48 ـ 0.84) وهذا معناه أن البنود تنتمي للبعد، أي أنها تخدم البعد الذي وضعت من أجلة وتقيس ما يقيسه.

2 ـ التحليل العاملي:

من أجل التحقق أكثر من صلاحية هذه البنود اعتمدنا على حساب التحليل العاملي التوكيدي (confirmatory factor analysis)، والذي عرفه بيك هويل (Rick. H. Hoyle، 2004، ص: 169) بأنه أسلوب إحصائي يستخدم لاختبار الفرضيات حول القواسم المشتركة بين المتغيرات، يتم استخدام التحليل العاملي التوكيدي لنموذج القياس في وقت واحد، كل هذه النماذج تتكون من أربعة مكونات، على الأقل متغيرين، أو نموذج مؤشرات. وبين بول كلين (1994، ص: 80) أنه يشير إلى طريقة الاحتمالية القصوى للتحليل المستخدمة لاختبار بنية عامل مفترضة. كما هو موضح كالتالي:

2 ـ 1 ـ تشبع البنود بالسمة المكونات الأساسية:

جدول رقم (29): تشبع البنود بالسمة المكونات الأساسية.

البنود	قيم الشيوع	البنود	قيم الشيوع	البنود	قيم الشيوع
البند 1	0,70	البند 13	0,80	البند 25	0.79
البند 2	0,74	البند 14	0.84	البند 26	0.77
البند 3	0,75	البند 15	0.71	البند 27	0.77
البند 4	0,85	البند 16	0.79	البند 28	0.77
البند 5	0,68	البند 17	0.64	البند 29	0.73
البند 6	0,77	البند 18	0.78	البند 30	0.73
البند 7	0,73	البند 19	0.68	البند 31	0.78
البند 8	0,80	البند 20	0.67	البند 32	0.77
البند 9	0,69	البند21	0.70	البند 33	0.66
البند 10	0,81	البند 22	0.84	البند 34	0.65

البند 11	0,86	البند 23	0.78	البند 35	0.64
البند 12	0,86	البند 24	0.78		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (29) أن قيم الشيوع للبنود كلها مرتفعة تتراوح بين (0,64 ـ 0,86) وهي قيم دالة، وتشير إلى تشبع البند بالسمة التي يقيسها، فهو مؤشر قوي على ارتفاع مستوى صدق الاختبار.

2 ـ 2 ـ تشبع الأبعاد بالسمة المكونات الأساسية:

جدول رقم (30): تشبع الأبعاد بالسمة المكونات الأساسية.

الأبعاد	قيم الشيوع
اضطرابات النوم والاكل	0,55
القلق وعدم الأمن	0,74
التقلبات الانفعالية	0,83
الارتباكات العقلية	0,88
فقدان الذات	0,78
الذنب والعار	0,63
الأفكار الانتحارية	0,39

نلاحظ من خلال الجدول رقم (30) أن قيم الشيوع للأبعاد كلها مرتفعة تتراوح بين (0,39 ـ 0,88) وهي قيم دالة، وتشير إلى تشبع البند بالسمة التي يقيسها، فهو مؤشر قوي على ارتفاع مستوى صدق الاختبار.

2 ـ 3 ـ التحليل العاملي للمكونات الرئيسية لمقياس اكتئاب ما بعد الولادة:

جدول رقم (31): التحليل العاملي للمكونات الرئيسية لمقياس اكتئاب ما بعد الولادة

المكونات	قيم التباين المفسر	
	المجموع	مؤشرات المطابقة من خلال قيم التبادل
1	4,82	68,95
2	0,88	12,57
3	0,40	5,81
4	0,35	5,08
5	0,25	3,57
6	0,17	2,54
7	0,10	1,47

نلاحظ من خلال الجدول رقم (31) الذي يبين قيم التباين المفسر لمختلف أبعاد مقياس اكتئاب ما بعد الولادة، حيث تبين أن البعد الأول والمتمثل في الاضطرابات النوم والأكل فسر نسبة (68.95%) من أداء الأفراد على المقياس، حيث فسر البعد الثاني والمتمثل في القلق وعدم الأمن نسبة (12.57%) من الأداء، أما البعد الثالث المتمثل في التقلبات الانفعالية فقد فسر نسبة (5.81%) من الأداء، بينما البعد الرابع المتمثل في الارتباكات العقلية فقد فسر نسبة (5.08%) من الأداء، أما البعد الخامس المتمثل في فقدان الذات ففسر (3.57%) من الأداء، أما البعد السادس والمتمثل في الذنب والعار فقد فسر نسبة (2.54%) من الأداء، بينما فسر البعد السابع والمتمثل في الأفكار الانتحارية (1.47%) من الأداء على المقياس.

وهذه القيم تبين أن عامل اضطرابات النوم والأكل يعتبر العامل الأكثر شيوعا في تفسير وفهم اضطراب اكتئاب ما بعد الولادة، بمعنى أن الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب الأعراض التي يكون ظاهرة لديهم هي اضطرابات النوم حيث يعاني الأفراد من أرق أو إفراط في النوم، واضطرابات الاكل

والتي تتميز بفقدان الشهية أو الشراهة، وهذا يدل على أنها المؤشرات الأقوى على اكتئاب ما بعد الولادة، ثم تأتي الابعاد الستة الأولى بنسب متفاوتة.

من أجل التحقق أكثر من صلاحية هذه البنود اعتمدنا على حساب درجة تشبعها بالأبعاد التي تنتمي إليها، ووجدنا أن مستويات تشبها مرتفعة، وسوف نحتفظ بجميع البنود، وهذا يدل على صلاحية المقياس الذي سوف نطبقه في الدراسة الحالية.

4 ـ الدراسة الأساسية:

4 ـ 1 ـ منهج الدراسة:

نتيجة لطبيعية الأهداف التي تسعى إليها هذه الدراسة والمتمثلة في الكشف عن العلاقة بين الوحدة النفسية واكتئاب ما بعد الولادة والميل إلى السلوك الاجرامي، فإن الدراسة الحالية اعتمدت على المنهج العيادي، الذي يقوم على إجراء مقابلات عيادية مع الحالات استنادا إلى دليل المقابلة، وتطبيق المقاييس.

4 ـ 2 ـ حدود الدراسة:

لكل دراسة حدود يقف عندها الباحث، وقد أعدت الباحثة محددات الدراسة التي تقف عندها عند تعميم النتائج في النقاط التالية:

أ ـ الحدود البشرية: أمهات قدر عددهم (11) أما.

ب ـ الحدود المكانية: نتيجة لانتشار وباء كرونا قامت الباحثة بإجراء مقابلات عن بعد مع الحالات بعد أخذ الموافقة الشخصية منهم.

ج ـ الحدود الزمنية: بغية الإحاطة بإشكالية الدراسة والوصول إلى نتائج واستنتاجات علمية حول موضوع الدراسة، تمت إجراءات الدراسة في الفترة الممتدة ما بين شهر جانفي (2018) إلى شهر ماي (2022).

د ـ الحدود الموضوعية: اقتصرت الدراسة الحالية على تناول موضوع الوحدة النفسية وعلاقتها باكتئاب ما بعد الولادة والميل للسلوك الاجرامي، وقد تم الاعتماد على مقياس الوحدة النفسية المعد من طرف الباحثة، ومقياس اكتئاب ما بعد الولادة المعد من طرف قابل وبيك (2001) والمكيف في البيئة الجزائرية من طرف الباحثة، ودليل المقابلة المعد من طرف الباحثة.

4 ـ 3 ـ عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (11) أما في فترة ما بعد الولادة، والتي تم اختيارهم بطريقة قصدية.

تم توضيح عينة الدراسة من خلال متغير الفئة العمرية، المستوى التعليمي، ومتغير ولاية السكن من خلال بعض الجداول وهي كالتالي:

جدول رقم (32): توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر.

الفئات العمرية	العدد	النسبة
20 ـ 25	3	%27
26 ـ 31	4	%36
32 ـ 37	3	%27
38 ـ 43	1	%9
المجموع	11	100 %

نلاحظ من خلال الجدول رقم (32) أن عدد الأمهات اللواتي ينتمين إلى الفئة العمرية (20 ـ 25) قدر ب(3) أمهات أي ما يعادل نسبة (27%) من حجم العينة، بينما بلغ عدد الأمهات في الفئة

العمرية الثانية (4) أمهات التي تراوحت بين (26 ـ 31) وهو ما يعادل نسبة (36%)، أما الفئة العمرية الثالثة (32 ـ 37) بلغ عددها (3) أمهات وهو ما يعادل (27%)، في حين بلغ عدد الفئة العمرية الرابعة أم واحدة التي تراوحت بين (38 ـ 43) وهو ما يعادل نسبة (9%).

جدول رقم (33): توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي	العدد	النسبة
متوسط	3	%27
ثانوي	2	%18
جامعي	6	%55
المجموع	11	%100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (33) أن عدد الأمهات ذو مستوى تعليمي متوسط بلغ (3) أي ما يعادل نسبة (27%)، في حين بلغ عدد الأمهات ذو مستوى ثانوي (2) أي ما يعادل نسبة (18%)، بينما بلغ عدد الامهات ذو مستوى جامعي (6) أي ما يعادل نسبة (55%).

جدول رقم (34): توزيع الدراسة حسب متغير ولاية السكن.

الولاية	العدد	النسبة
البليدة	1	%9
المسيلة	1	%9
بسكرة	1	%9
الجزائر	2	%18
سطيف	1	%9
الجلفة	2	%18
ميلة	2	%18
شلف	1	%9
المجموع	11	%100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (34) أن عينة الدراسة شملت مجموعة من الولايات بلغ عددها (8) ولايات، حيث بلغ عدد الأمهات في ولاية البليدة، المسيلة، بسكرة، سطيف، شلف أما واحدة في كل ولاية بنسبة (9%)، بينما في ولاية الجزائر، الجلفة، وميلة بلغ عدد الأمهات (2) في كل ولاية بنسبة (18%).

الفصل السادس

عرض الحالات وتحليل ومناقشة النتائج

1 ـ 1 ـ عرض وتحليل مضمون المقابلة مع الحالة الأولى:

أ ـ تقديم الحالة:

حالة تبلغ من العمر (32) سنة من ولاية المسيلة، المستوى التعليمي جامعي، ماكثة في البيت، لديها مسكن شبه مستقل، تنحدر من أسرة مكونة من أربع ذكور وبنت، وهي البنت الكبرى، الأب عامل بسيط في القطاع الخاص، الأم ماكثة في البيت، الزوج عامل يومي، مدة زواجها (7) سنوات، الحالة الاقتصادية متوسطة لديها ذكر واحد، عمره سنة، وكان نوع ولادتها قيصرية.

ب ـ عرض محتوى المقابلة:

تنحدر الحالة من أسرة فقيرة كانت معاملة الأم لها "أمي من النوع اللي متحسسنيش بالحب ومتبينليس ومنيش قريبة منها بزاف، تهتم بيا ومتحبنيش" الأب كان يحبها ويهتم بها "بابا يحبني ويعبرلي عن حبو"، الأم كانت تميل للذكور وهذا ما كان يثير غيرة الحالة "نحبها لازم تهتم بيا أكثر وكي نقلها تقلي نتي برك راها تبانلك بلي نعاملهم خير منك"، لم تعامل بعنف.

كانت العلاقة مع الأب جيدة، مع الأم "عادي منحسهاش قريبة مني"، وبينها وبين الاخوة "علاقة حسنة على العموم"، كانت العلاقة بين الوالدين حسنة، كان اختيار الزوج عن قناعة وحب، كانت العلاقة بالزوج "مليحة"، قبل الزواج كانت تشعر بالسعادة ولكن بعد الزواج تغير هذا الشعور "متوقعتش نواجه صعوبات مع أهل الزوج" لأنها لم تستطع التأقلم مع أهل الزوج لأنهم متشددين "كنت في حرية شغل نخرج ولا واش حبيت ندير عند أهل الزوج أي حاجة نقولوها يقولو لا مهيش هكذا نسكت" كانت دائما تتجنب المناقشة وتنسحب، كانت دائما تتعرض للاستفزاز من طرفهم، لهذا السبب لم تكن مرتاحة، "أتعرض للاستفزاز لأتفه الأسباب مثلا كي نجي ندوش يقولولي علاه كل يوم دوشي، الماء مكاش، ولا يهدوا بالمعاني بزاف حوايج كل شيء ممنوع" لا تحس الحالة بالحرية من خلال تواجدها معهم "كي تعيشي حياة وتتغير

تلقاي كل شيء متبدل كشغل حوتة وتنحيها من الماء منقدرش نعيش هكذا" من كثرة الضغط النفسي أصبحت تخاف منهم خصوصا أخ الزوج الكبير ومن أم الزوج، كانت في البداية تتكلم وتتحدث وتحاورهم لكنها بدأت تفضل العزلة والوحدة النفسية "بديت ننسحب ومنهدرش باه منديرش مشاكل كشغل نسكت وفي داخلي تبقى تحرق"، كانت معاملتها للولد "مكنتش متحملة صوت وبكاء ابني ومن ثم بدأت المعاناة صرت لا أبالي به وليس لدي أي حنان أو حب اتجاهه"، لم تعاني الحالة من مشكلات في علاقتها الزوجية "لا علاقتي كانت مليحة زوجي كان مليح معايا".

لم تعاني الحالة من أي مرض عضوي سوى مرض السكري في الأشهر الأخيرة من الحمل، ومن مرض اكتئاب ما بعد الولادة، حيث كانت تحت رعاية الطبيب النفسي.

لم يكن الحمل مرغوب فيه " لم أرغب فيه"، تعرضت الى عدة حوادث صادمة في فترة الحمل "في بداية حملي توفي عمي ربي يرحمو كنت نحبو بزاف بمثابة أبي"، تعرضت للعنف من طرف أهل الزوج "في تلك الفترة قسموني في شمبرة نرقد فيها ونطيب فيها كنت مقلقة ومنيش مستوعبة الفكرة زدت عرفت بأني حامل"، عندما عرفت بأنها حامل لم تتقبل ذلك "لم أفرح بالحمل بكيت لما عرفت أني حامل"، في فترة الحمل كانت تشعر بقلق دائم وتحب العزلة "أصبحت قلقة وعصبية"، وبعد الولادة زاد قلقها لأنها لم تستطع أن تقوم بمهامها وفي نفس الوقت لم ترد المساعدة من طرف أهل الزوج "بعد الولادة ألم العملية، ولا أستطيع أن أقوم بنفسي لوحدي كنت منقدرش نقلهم عاونوني نوقف ولا تمنيت نقوم بمهامي"، عندما رأت المولود لأول مرة أحست بالفرح "فرحت وسلمت عليه"، وبعدها بدأت تشعر بأنه شيء غريب ولم تتحمله " أحسست كأنه شيء غريب لم أتحمله" كان إستقبال الأهل والزوج للمولود بفرح "كان أول مولود في العائلة كامل فرحانين".

بعد الولادة شعرت الحالة بالحزن الشديد "لم أرد البقاء لا في بيت زوجي ولا عند أهلي يأخذوني لأهلي نقلهم لا رجعوني لبيتي وضليت يومين وأنا رايحين وراجعين لأني في الأول كنت حابة نروح لبيتنا وزوجي رفض وأنا تقلقت"، كانت تنتابها فترات من البكاء "بكاء وصراخ ولم أع ماذا أفعل وحاسة بخنقة"، كانت تشعر بالخجل، الوحدة النفسية الدائمة "أشعر بها عندما لا أجد سند لي"، الشعور بالعزلة الاجتماعية لأني لا أستطيع التعامل مع من حولي لأن وجهات نظري مختلفة عنهم"، لم تشعر بأن أفراد أسرتها قد تخلو عنها، كان الزوج هو السند لها.

كانت الحالة تعاني من مشكلات في النوم "في النهار نظل متكية في السرير وفي الليل أصبحت لا أنام منغمضش عينيا طول" كانت المدة بين ما تذهب للسرير ووقت النوم "من 5 إلى 6 ساعات وإذا غمضت عينيا يبقى مخي شغال، نتمنى نرقد أو منرقدش"، في الصباح تحس بالتعب الشديد ولا تستطيع ترك السرير، شهيتها للطعام في بعض الأحيان شبه منعدمة لأنها كانت تتوجه للطبيب لأخذ كيس من المصل وفي بعض الأحيان كانت تتعمد عدم الأكل "منجوعش وفي نفس الوقت منكلش باه نموت".

كانت الحالة تشعر بتغير في نشاطها ومستوى تركيزها "وليت منقدرش نخمم ولا نخرج نفسي من هذه الحالة مستسلمة وخلاص، كشغل ماني نحاول ندير والو حسيت حياتي توقفت"، كانت الحالة تعاني من النسيان الشديد، ولا تستمتع بأي شيء "لم يعد أي طعم للحياة، حوايج لي كانت تفرحني ولات متعنيلي والو"، لم تكن الحالة قادرة على تلبية احتياجات طفلها أمها فقط تعتني به حتى الرضاعة لم ترضعه "مكنتش نديرو حاجة أمي ربي يحفظها ويعطيها صحتها كانت قايمة بكل شيء مكنتش نقوم برعايته مرضعتوش"، كانت دائما تشعر بالندم اتجاه نفسها وطفلها "نقول علاه صرالي هكذا وإبني مسكين مرضعتوش ومتهليتش فيه"، كانت تنظر إلى نفسها بأن حياتها انتهت "كنت نقول بأن حياتي تحطمت" كانت تنظر بأن الافراد المقربين منها ومعارفها كانوا ينظرون إليها نظرة شفقة "كانت نظرتهم نظرة شفقة لكن أنا كنت نحس بلي راهم يستشفاو فيا وكانو كل يوم يجو باه يقنعوني ومكنتش نتقنع"، كانت الحالة تتأسف على حالها وتتمنى

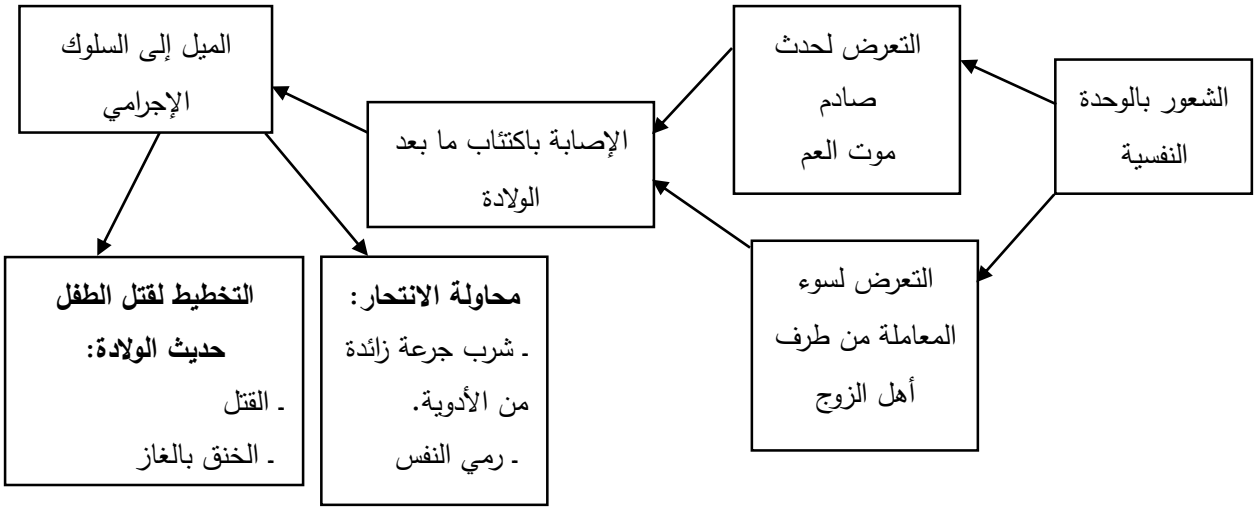
أن يرجع الزمن للوراء "كنت نتمنى يرجع الزمن للوراء باه نرضع وليدي ومنتقلقش ونرقد والزمن ميرجعش"، كانت تشعر باليأس، الشعور بأنها غريبة، سلوكات تجنبية، انخفاض الرغبة الجنسية.

كانت الحالة تعاني من أفكار دائمة لإيذاء نفسها وطفلها، حيث كانت تقدم على السلوكات الانتحارية عن طريق تناول جرعات زائدة من الأدوية أو عن طريق رمي نفسها من سطح عالي "أدوية أو نقلهم نرمي روحي من لاطيراس"، حاولت ثلاث مرات الانتحار ولكن كانت فاشلة لأن الأهل دائما يوقفونها، وكانت لديها أفكار لإيذاء طفلها ولكن لم تنفذها "نقول نقتلوا ولا نخلي الغاز يتسرب ونموتو كيف كيف"، والهدف من هذا محاولة أخذ ابنها معها وتخليصه من المعاناة التي تشعر بها، الكره الشديد لحياتها هو الذي دفعها إلى القيام بهذه السلوكات "لأني كنت مكتئبة وكارهة للحياة"، ترى الحالة بأن معاناتها من الاكتئاب أثرت على حياتها الأسرية والاجتماعية "أسرتي كانوا مقلقين عليا بزاف وحابين يعاونوني ويداوني المهم نرتاح وليت منحبهمش، شغل فقدت الشعور، زوجي كان واقف معايا وكان كل يوم يجي يزورني بصح أنا كنت نطلب منو يطلقني.

ج ـ خلاصة المقابلة:

يتضح من خلال محتوى المقابلة أن الحالة كانت تعاني من الشعور بالوحدة النفسية في مرحلة الطفولة والمراهقة وذلك لشعورها بنقص الحنان والدفء والاهتمام من قبل الأم، ثم زاد هذا الشعور في فترة الزواج من خلال تعرضها لسوء المعاملة من طرف أهل الزوج حيث كانت تتعرض للاستفزاز الدائم من طرفهم وقد تم وضعها في غرفة واحدة تنام وتطهو فيها، لأن وجهات نظرها كانت مختلفة عنهم نظرا لاختلاف المحيط البيئي وهذا ما أدى إلى انعزالها عنهم وحبها للوحدة، كما أن الحالة تعرضت لحدث صادم في فترة الحمل وهو موت العم الذي كانت جد مقربة منه الذي كان بمثابة الأب، كما أن الحمل لم يكن مرغوب فيه لأنها لم تكن مهيأة نفسيا لذلك.

الشعور بالوحدة النفسية في فترة الحمل وتعرضها لحدث صادم وسوء المعاملة من طرف أهل الزوج أدى إلى إصابتها باكتئاب ما بعد الولادة الكبير حيث كانت تشعر بعد الولادة بالحزن الشديد، الشعور بالوحدة النفسية، الشعور بالعزلة، فقدان الدعم الاجتماعي أرق، فقدان الشهية، فقدان الطاقة، عدم القدرة على التركيز، الإحساس بالذنب اتجاه الطفل، نقص تقدير الذات، انخفاض الرغبة الجنسية، القلق، الشعور بالعجز، صعوبة في التقرب من الطفل، الشعور باليأس وفقدان معنى الحياة، قامت الحالة بمحاولة الانتحار عن طريق شرب جرعة زائدة من الأدوية، ومحاولة رمي النفس، وكانت تخطط لقتل الطفل حديث الولادة عن طريق القتل أو خنقه بالغاز، والهدف من هذه السلوكات هو التخلص من المعاناة النفسية التي تشعر بها، ويمكن تلخيص ما مرت به الحالة من خلال المخطط التالي:



مخطط رقم (12): مسار الحالة الأولى من الشعور بالوحدة النفسية إلى الميل للسلوك الإجرامي

د - عرض وتحليل نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة الأولى:

جدول رقم (35): نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة الأولى

مقياس الوحدة النفسية	الدرجة	التقدير
	214	مرتفعة

يتضح من خلال نتائج المقياس أن الحالة تحصلت على درجة (214) وهذه النتيجة تقع في مجال (185 ـ 260) وهذا يدل على أن لديها مستوى مرتفع من الوحدة النفسية.

هـ ـ عرض وتحليل نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة الأولى:

جدول رقم (36): نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة الأولى

الأبعاد	1	2	3	4	5	6	7	مجموع المقياس
الدرجة	25	21	25	25	25	25	21	167

يتضح من خلال نتائج المقياس أن الحالة تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة الكبير حيث بلغت الدرجة الكلية للمقياس (167)، وتعاني من اضطرابات الأكل والنوم حيث بلغت الدرجة (25) على هذا البعد وهذا يشير إلى اضطرابات في الشهية وأنماط النوم، أما بعد القلق وعدم الأمن حيث بلغت الدرجة (21) وهذا يدل على أن المرأة تعاني من القلق الشديد، بينما بعد التقلبات الانفعالية بلغت درجته (25) وهذا يدل على عدم الاستقرار العاطفي للحالة، في حين أن بعد الارتباكات العقلية بلغت درجته (25) وهذا يدل على وجود اضطرابات في التركيز وفي أداء المهام اليومية، أما بعد فقدان الذات بلغت درجته (25) وهذا يدل على شعور المرأة بأنها على غير طبيعتها المعتادة، بينما بعد الذنب والعار بلغت درجته (25) وهذا يدل على شعور المرأة بالذب حول كفاءتها كأم، وفي الأخير بعد الأفكار الانتحارية بلغت درجته (21) وهذا يدل على أن الأم تعاني من أفكار حول إيذاء نفسها.

و ـ خلاصة الحالة الأولى من خلال الأدوات الثلاث لجمع المعطيات:

من خلال ما تم عرضه في المقابلة، ونتائج مقياس الوحدة النفسية ومقياس اكتئاب ما بعد الولادة، تبين أن الحالة تعاني من مستوى مرتفع الوحدة النفسية ومن اكتئاب ما بعد الولادة الكبير، كما أنها تميل إلى السلوك الاجرامي.

1 ـ 2 ـ عرض وتحليل مضمون المقابلة مع الحالة الثانية:

أ ـ تقديم الحالة:

حالة تبلغ من العمر (29) سنة من ولاية البليدة، المستوى التعليمي جامعي، ماكثة في البيت، لديها مسكن مستقل، تنحدر من أسرة مكونة من (2) إناث و(2) ذكور، وهي في المرتبة الخامسة، الأب متوفي، الأم ماكثة في البيت، تزوجت من زوج يعمل حارس، الحالة الاقتصادية للأسرة عادية، مدة الزواج عامين، لديها ذكر واحد عمره (9) أشهر، نوع ولادتها قيصرية.

ب ـ عرض محتوى المقابلة:

تنحدر الحالة من أسرة متوسطة الدخل، كانت معاملة الأم لها حسنة "كنت أحس أن معاملتها جيدة والحمد لله" كانت معاملة الأب لها جيدة "كنت أفضل بناته معاملته جيدة كيما يقولو كان مدللني"، كان الأب دائما يميل لها بينما الأم كانت تميل للأخ الذي يأتي بعدها، وهذا ما يحسها بالغيرة، لقد واجهت الحالة حدث صادم أثر فيها نفسيا وهو موت الأب عندما كان عمرها (24) سنة "موته كان صدمة لم أصدق وبعد الموت فراغ رهيب"، كان موت الأب ناتج عن ارتفاع ضغط الدم "ضغط الدم فجأة ودخل كومة شهر ومات"

كانت العلاقة مع الأم حسنة، مع الأب جيدة، مع الإخوة جيدة، بين الوالدين عادية، نوع الزواج تقليدي، ولكنها كانت راضية عليه، كانت العلاقة بالزوج سيئة لأنها تشعر بالإهمال الدائم من طرفه نتيجة عدم التحدث معها فسكوته الدائم يزعجها "أنا زوجي ما يهدر ما يجمع أنا كرهت من السكوت"، العلاقة بأهل الزوج كانت جيدة، قبل الزواج كانت سعيدة وبعد الزواج أصبحت لا تشعر بأي شيء، كانت معاملتها لابنها "كرهت ولدي بصح غايضني".

كانت الحالة تعاني من القولون العصبي الذي أصيبت به بعد موت الأب، ومرض اكتئاب ما بعد الولادة، حيث كانت تحت رعاية الطبيب العقلي.

الحمل كان مرغوب فيه "كنت كأي عروس تريد أطفال حملت بعد شهر من زواجي"، لم تصب الحالة بحوادث إجهاض، في فترة الحمل كانت تشعر بالخوف الشديد من الموت أثناء الولادة "كي حملت ولا يوجعني راسي نقول لطونسيو طلعت ذك نموت" وبعد (15) يوما من الولادة شعرت "بالحزن، فقدان الطاقة وكأنني لست أنا، خوف من الموت، تعب، فقدان طاقة رهيب، وسواس الجنون، المرض، أفكار انتحارية"، أحست عند رؤيتها الأولى للطفل بالفرح "وليت فرحانة وقلت كيفاه حكمني اكتئاب أنا غبية أما الآن تمنيت لو مت أثناء الولادة لم أكن أعلم بوجود هذا المرض"، كان يعني لها الموت "نهاية المعاناة"، كان استقبال الأهل والزوج للمولود بفرح.

كانت الحالة تشعر بالحزن الشديد "سبب بكائي هو حالتي التي وصلت إليها وكأنني معاقة اليوم راودتني فكرة الانتحار كثيرا، تغيرت وفقدت التركيز كثيرا"، لم يكن لحزنها سبب معين "لا لا وحدي فقدت الشهية وحكمني الأرق والضيقة وكرهت ولدي بصح كان غايضني"، كانت تنتابها فترات من البكاء وتقلب المزاج "بعد 15 يوم وكل مرة يزيد الشعور لم يكن للبكاء سبب معين ومن بعد وليت نخاف على ولدي كنت نشرب الدواء وفطمتوا درتلو حليب اصطناعي"، كانت تشعر بالخجل "كنت فتاة محافظة جدا"، كانت تشعر بالوحدة النفسية "الوحدة النفسية شعرت بها خاصة عندما أرى كل عائلتي ومعارفي يعيشون حياتهم طبيعيا"، كانت تشعر بأن لا أحد يفهم معاناتها "حتى وأقول أنا مصابة باكتئاب الولادة لا يفهمون حجم المعاناة وأحيانا أعذرهم لأنهم دائما يقولون لديك زوج وولد ما تردين، يظنون أن الأمر بيدي أصبحت لا أتكلم مع أحد إذا قدر الله سأشفى أو أبقى أعاني ولن أخبر أحد".

كانت تحس بأنها مجنونة "أحيانا أقول إني بخير وأحيانا أقول جننت"، كانت تشعر بالعزلة الدائمة "أحس بالانعزال عن الواقع تماما لا أشعر أني في الواقع"، لا تشعر بأن أفراد أسرتها قد تخلو عنها وإنما لم يفهموا حجم معاناتها "لا لم يتخلوا عني ولكنهم لا يستطيعون فعل شيء"، لا يوجد لديها أشخاص تعتمد

عليهم عندما تواجهها مشكلة ما، كل العائلة تدعمها ولكن لم يعرفوا ما تمر به من معاناة "كل العائلة يقولون أصبري ولكنها حالة نفسية، يعني شخصية".

كانت الحالة تعاني من اضطرابات في النوم "لا أنام نبات نتقلب ونشوف في الساعة لا أفرق بين الليل والنهار لا أعرف طعما للنوم رأسي بحاجة إلى الراحة أحيانا أشرب دواء منوم، ولا أنام، انتهت حياتي وأحلامي تحطمت لأن الأفكار (24) ساعة، وهذه الأفكار عبارة عن تساؤلات كيف سأكمل أيامي هكذا، لماذا تزوجت، أتطلق أحسن، لماذا حصل معي هكذا، نحس روحي في عالم أخر"، ترى الحالة بأن عدم زواجها يمكن أن يقيها من عدم الإصابة به أما طلاقها فهو كارثة، تعاني الحالة من فقدان الشهية "فقدت الشهية"، كانت تشعر بالتعب "في هذا الشهر تعبت كثيرا وليت منقدرش نخدم"، لم تعد تستمع بأي شيء "من هذه الحالة التي وصلت إليها كرهت الدنيا لا أستطيع النوم ولا الفرح ولا القيام بأشياء كنت أحبها أشعر أنني جننت الموت أحسن لي من هذا العذاب"، كانت تشعر بأنها غير قادرة على تلبية احتياجات طفلها وتقاوم من أجل ذلك، كانت تقوم برعاية طفلها وهي محبطة "كنت أقاوم وأشغل نفسي"، كانت تعاني من مشاعر الندم اتجاه نفسها وطفلها "قلت لو لم أحمل لما مرضت هكذا، ولكن في الحمل كنت خائفة على إبني وهو في بطني كنت أريده أن يأتي بخير وفقط ولكن اكتئاب ما بعد الولادة هو ما غيرني حتى أصبحت أفكر في الانتحار، كنت متمسكة بالله والأن ابتعدت عن ديني أي حياة سأعيشها"، كانت تعاني من انخفاض الرغبة الجنسية "لم أعد أرغب بها إطلاقا لأن النفسية متعبة"، كانت تنظر إلى نفسها في ظل المعاناة التي تشعر بها "أشعر بالأسف حقا نفسي تعبت كثيرا"، كانت نظرة الناس إليها "ما همش فاهمين هذا المرض حتى ونصرح بيه يقلك ذك تبراي"

بعد مرور ثلاث أشهر من الولادة زادت أعراض الحالة "بعد ثلاث أشهر وليت نخاف نقتل ولدي، او مبعد خفت نقتل روحي نظل نبكي بعد وليت منقدرش نخدم حتى (9) أشهر كل مرة شيء جديد، عندما

تأتي النوبة لا أحس بشيء، وكأنني فقدت الذاكرة ولست مع عائلتي وفي بيتي"، من بين أفكار إيذاء الطفل هو الخنق "كنت نخاف نجيفو ولكنني لم أفعلها، أصبحت أخاف عليه من السقوط والمرض وأي شيء، وهذه أفكار فقط لا أستطيع تنفيذها ولكنها زالت" ومن بين أفكار قتل النفس "نحب ننهي حياتي مثلا نجيف روحي، نشرب دواء، نرمي روحي وهكذا وهذه الأفكار مازالت قائمة".

ترى الحالة بأن أعراض اكتئاب ما بعد الولادة أثرت على حياتها الأسرية والاجتماعية "قلبت حياتي رأسا على عقب".

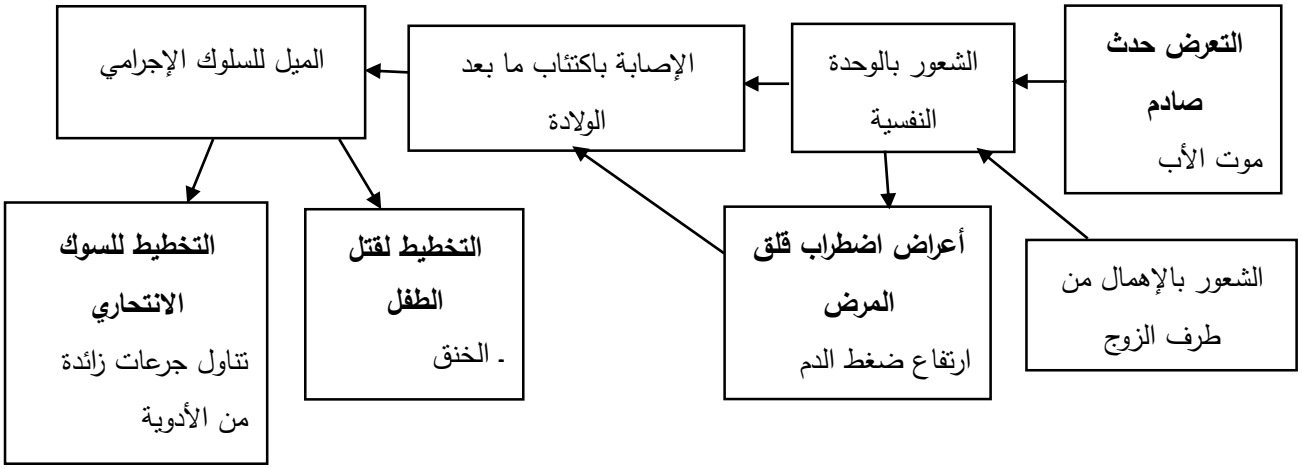
ج ـ خلاصة المقابلة:

يتضح من خلال تحليل محتوى المقابلة أن الحالة تعرضت لحدث صادم تمثل في موت الأب الذي أدى إلى شعورها بالوحدة النفسية لأنها كانت جد مقربة منه وأفضل بناته فعند موته أحست بفراغ رهيب، وفي فترة الزواج زاد شعورها بالوحدة النفسية نتيجة لإهمال الزوج لها وتزوجها في ولاية بعيدة عن أهلها.

الحدث الصادم الذي تعرضت إليه والشعور بالوحدة النفسية المتزايد أدى إلى ظهور أعراض إضطراب قلق المرض في فترة الحمل عندما كان رأسها يؤلمها حيث كانت تعاني من أفكار وسواسية تستحوذ تفكيرها وهي أنها ستصاب بارتفاع ضغط الدم وتموت مثل ما حدث لوالدها سيتكرر معها، هذا الانشغال والخوف الدائم جعلها لا تشعر بالطفل في فترة الحمل، وفي فترة الولادة أصبحت لا تشعر بالطفل وكرهته، ولا تحس بمشاعر الأمومة.

يتضح أن وجود أعراض اضطراب قلق المرض مع اضطراب المزاج أدى بالحالة إلى الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة وميلها إلى السلوك الإجرامي من خلال التفكير في إيذاء الطفل عن طريق خنقه

والتفكير في الانتحار من خلال تناول جرعات زائدة من الأدوية، ويمكن تلخيص ما مرت به الحالة من خلال الشكل التالي:



شكل رقم (13): مسار الحالة الثانية من الشعور بالوحدة النفسية إلى الميل للسلوك الإجرامي

د - تحليل نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة الثانية:

جدول رقم (37): نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة الثانية

الوحدة النفسية	الدرجة	التقدير
	152	متوسطة

يتضح من خلال نتائج المقياس أن الحالة تحصلت على درجة (152) وهذه النتيجة تقع في مجال (141 - 184) وهذا يدل على أن لديها مستوى متوسط من الوحدة النفسية.

و - تحليل نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة الثانية:

جدول رقم (38): نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة الثانية

الأبعاد	1	2	3	4	5	6	7	مجموع المقياس
الدرجة	23	23	24	23	19	23	24	159

يتضح من خلال نتائج المقياس أن الحالة تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة الكبير حيث بلغت الدرجة الكلية للمقياس (159)، وتعاني من اضطرابات الأكل والنوم حيث بلغت درجة على هذا البعد (23)

وهذا يشير إلى اضطرابات في الشهية وأنماط النوم، أما بعد القلق وعدم الأمن بلغت درجته (23) وهذا يدل على أن المرأة تعاني من القلق الشديد، بينما بعد التقلبات الانفعالية بلغت درجته (24) وهذا يدل على عدم الاستقرار العاطفي للحالة، في حين بعد الارتباكات العقلية بلغت درجته (23) وهذا يدل على وجود اضطرابات في التركيز وفي أداء المهام اليومية، أما بعد فقدان الذات بلغت درجته (19) وهذا يدل على شعور المرأة بأنها على غير طبيعتها المعتادة، بينما بعد الذنب والعار بلغت درجته (23) وهذا يدل على شعور المرأة بالذب حول كفاءتها كأم، وفي الأخير بعد الأفكار الانتحارية بلغت درجته (24) وهذا يدل على أن الأم تعاني من أفكار حول إيذاء نفسها.

هـ ـ خلاصة الحالة الثانية من خلال الأدوات الثلاث لجمع المعطيات:

من خلال ما تم عرضه في المقابلة، ونتائج مقياس الوحدة النفسية ومقياس اكتئاب ما بعد الولادة، تبين أن الحالة تعاني من مستوى متوسط من الوحدة النفسية ومن اكتئاب ما بعد الولادة الكبير، كما أنها تميل إلى السلوك الاجرامي.

1 ـ 3 ـ عرض وتحليل مضمون المقابلة مع الحالة الثالثة:

أ ـ تقديم الحالة:

حالة تبلغ من العمر (26) سنة، من ولاية بسكرة، المستوى التعليمي متوسط، ماكثة في البيت، لديها مسكن مستقل، تنحدر من أسرة مكونة من ذكر واحد وثلاث إناث، وهي في المرتبة الثالثة، الأب متوفي، الأم ماكثة في البيت، مدة زواجها (4) سنوات، تزوجت من زوج يعمل عامل يومي، الحالة الاقتصادية للأسرة متوسطة، لديها بنتين عمر الصغيرة عام، نوع ولادتها طبيعية.

ب ـ عرض محتوى المقابلة:

تنحدر الحالة من أسرة فقيرة، كانت معاملة الأم لها "كباقي أمهات حنونة" كانت معاملة الأب لها "جيدة "، لا يوجد تمييز بين الوالدين في معاملتهم لأولادهم "لا يوجد ميول كلنا كيف بعض"، تعرضت الحالة لحدث صادم أثر فيها نفسيا وهو موت الأب "عندما كان عمري (13) سنة لكن لم أتقبل موته حسيت بالنقصان في كل شيء أصعب شعور أنو أصحابك عندهم أباء وأنت لا"، لم تعامل الحالة بطريقة معنفة وقاسية من طرف محيطها الأسري.

كانت العلاقة مع الأب "جيدة"، كانت العلاقة مع الأم "جيدة"، كانت العلاقة مع الإخوة "علاقة بيناتنا محبة"، كانت العلاقة بين الوالدين "علاقة عادية مبنية على الاحترام"، كان اختيار الزوج مبني عن حب وقناعة، كانت الحالة تشعر بالفرح قبل الزواج ولكن بعد الزواج تغيرت "لم أكن أتوقع أني أتعرض للعنف أحيانا أشعر بخيبة أمل"، كانت علاقتها بالزوج "جيدة معلبلهمش بلي مرضية"، كانت معاملتها لأولادها "معاملة مع أولادي صعبت مع اكتئاب أحيانا أعنفهم لكن لا أردي أحس بندم، أعنف بنتي كبرى أضربها" وترى أن سبب ضربها لأولادها أنها أحيانا تفقد السيطرة على سلوكاتها وتعنفهم "حينما أتقلق بدون سبب"، تعاني الحالة من مشكلات زوجية "نعم عانيت أسباب تافهة ومتعددة نسيت مغسلتش ملابسو

يضربني، أحيانا يقول زوجي لا تسمعي كلامي ولم أخذ حقوقي الزوجية منك توصل للضرب"، كانت تقوم بحل هذه المشكلات "تخليها للوقت فقط".

لم تعاني الحالة من أي أمراض، سوى مرض اكتئاب ما بعد الولادة وكانت تحت مراقبة الطبيب العقلي.

كان الحمل مرغوب فيه، لم تصب الحالة بحوادث إجهاض، كانت الحالة تشعر في فترة الحمل "كنت أعاني في فترة حمل من سرعة بكاء عاطفية أحس بتقصيري من بنتي، إهمال النفس"، وبعد الولادة "عانيت من بعد الولادة من أرق خمول، كسل صعوبة جدا في النوم وإذا نمت أنهض بصعوبة لكن أشعر أنني لم أنم إطلاقا، قلق، توتر، أفكار سلبية مثل إيذاء أولادك، صداع مستمر، لا أحس بأي مشاعر مثل مشاعر أمومة صعب جدا، لا أحس بالسعادة أحب البكاء أحس أني أريد البكاء لكن لا أستطيع، أحس بالاختناق كرهت كل شيء، عزلة، نفور، سرعة غضب، فشلة، فقدان الطاقة، فقدت الإحساس بالحياة، أصبحت قاسية"، شعرت الحالة عند رؤيتها الأولى للمولودة "عادي لم أحس بأي شيء"، لم تشعر بأي شيء عند احتضان طفلتها "لم أشعر بأي شيء"، كان استقبال الأهل والزوج للمولود بفرح "استقبلوه بفرحة".

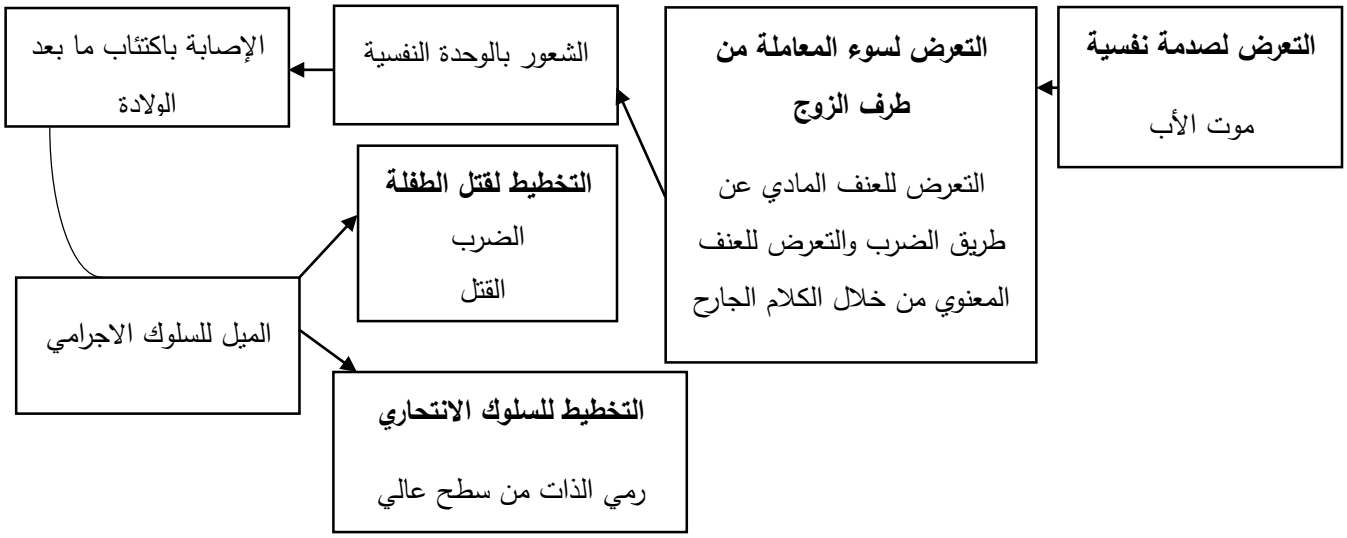
كانت الحالة تشعر بالحزن الشديد "دائما نفسيتي حزينة خصوصا في الوحم وبعدو"، كانت تشعر بالبكاء وتقلب المزاج "دائما أبكي دمعتي على خدي لا تنشف"، كانت تشعر بالخجل "خوصا موقف البكاء"، كانت تشعر بأنها وحيدة "مكاش لي يهتم بيا، عندما أبكي ولا أجد أي أحد"، كانت تشعر بأنها منعزلة عمن حولها "مكاش لي يفهمني"، لم تشعر بأن أفراد أسرتها قد تخلو عنها وإنما لم يفهموا ما تمر به من معاناة نفسية "نحس أنو مكاش لي يفهمني نحس أني وحيدة"، لا يمكنها التحدث عن مشكلاتها مع عائلتها وأصدقائها، ليس لديها أشخاص كثيرين يدعمونها ويقفون إلى جانبها "أمي فقط"، تعاني من اضطرابات في النوم "منحسش بلي نمت" الفترة بين ما تذهب للسرير ووقت النوم "3 ساعات باش نرقد بصح كي نوض

ميجنيش نعاس"، كانت تشعر بالتعب الشديد "منحبش نوض من فراشي"، كانت شهيتها للأكل "نأكل بزاف"، كانت تشعر بتغير في نشاطها ومستوى تركيزها "منحبش أعمالي اليومية"، لم تعد تستمتع بأي شيء "لا مش كيما قبل"، لم تعد قادرة على تلبية احتياجات طفلتها "لا أستطيع تلبية احتياجات طفلي"، كانت تقوم برعاية طفلتها وهي محبطة "أحاول أنني أقاوم مرضي"، كانت تشعر بالندم اتجاه أطفالها "أحس أني مقصرة مع أولادي"، كانت تشعر بانخفاض الرغبة الجنسية، كانت تنظر إلى نفسها في ظل المعاناة التي تشعر بها "أنظر في نفسي أني قاسية مع أولادي لا أعتني بهم"، كانت نظرة الناس إليها "عادية كأي امرأة"، عانت الحالة من أفكار لإيذاء نفسها "أحيانا جيني فكرة الانتحار"، من خلال رمي الذات "نرمي روحي"، وأفكار لإيذاء أطفالها "في أولادي توجد بكثرة"، من بين أفكار إيذاء الطفلة "الضرب، القتل"، كانت هذه الأفكار تراودها حول بنتها الكبرى، ترى الحالة بأن معاناتها من اكتئاب ما بعد الولادة أثرت على حياتها الأسرية والاجتماعية "أصبحت غريبة عن حياتي السابقة أشعر أني ضائعة ولم أجد سبب لضياعي".

ج ـ خلاصة المقابلة:

يتضح من خلال تحليل محتوى المقابلة أن الحالة تعرضت لحدث صادم تمثل في موت الأب، حيث كانت تشعر بالحرمان، ثم تعرضت لسوء المعاملة من طرف الزوج حيث كان يضربها لأبسط الأمور ويعنفها معنويا بالكلام الجارح ويتهمها بتقصيرها اتجاهه واتجاه طفلته خصوصا في مرحلة الحمل، وهذا ما أدى إلى شعورها بالوحدة النفسية، وتغير الحالة المزاجية لها حيث كانت تعاني في فترة ما بعد الولادة بالحزن الشديد، فقدان القدرة على التركيز، الشعور بالذنب، الشعور بالتعب، فقدان الطاقة، صعوبة في التقرب من الطفل، عدم الإحساس بمشاعر الأمومة، انخفاض الرغبة الجنسية، البكاء المستمر، أرق، فقدان الشهية، كل هذه الأعراض أدت إلى إصابتها باكتئاب ما بعد الولادة وميلها إلى التفكير في السلوك الاجرامي من

خلال التخطيط للسلوك الانتحاري والتخطيط لقتل الطفلة من خلال القتل والضرب المبرح. ويمكن تلخيص ما مرت به الحالة من خلال الشكل التالي:



شكل رقم (14): مسار الحالة الثالثة من الشعور بالوحدة النفسية إلى الميل للسلوك الإجرامي

د ـ تحليل نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة الثالثة:

جدول رقم (39): نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة الثالثة

الوحدة النفسية	الدرجة	التقدير
	199	مرتفعة

يتضح من خلال نتائج المقياس أن الحالة تحصلت على درجة (199) وهذه النتيجة تقع في مجال (185 ـ 260) وهذا يدل على أن لديها مستوى مرتفع من الوحدة النفسية.

و ـ تحليل نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة الثالثة:

جدول رقم (40): نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة الثالثة

الأبعاد	1	2	3	4	5	6	7	مجموع المقياس
الدرجة	19	25	25	24	24	24	16	157

يتضح من خلال نتائج المقياس أن الحالة تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة الكبير حيث بلغت الدرجة الكلية للمقياس (157)، تعاني الحالة من اضطرابات الأكل والنوم حيث بلغت الدرجة على هذا البعد (19) وهذا يشير إلى اضطرابات في الشهية وأنماط النوم، أما بعد القلق وعدم الأمن بلغت درجته (25) وهذا يدل على أن المرأة تعاني من القلق الشديد، بينما بعد التقلبات الانفعالية بلغت درجته (25) وهذا يدل على عدم الاستقرار العاطفي للحالة، في حين بعد الارتباكات العقلية بلغت درجته (24) وهذا يدل على وجود اضطرابات في التركيز وفي أداء المهام اليومية، أما بعد فقدان الذات بلغت درجته (24) وهذا يدل على شعور المرأة بأنها على غير طبيعتها المعتادة، بينما بعد الذنب والعار بلغت درجته (24) وهذا يدل على شعور المرأة بالذب حول كفاءتها كأم، وفي الأخير بعد الأفكار الانتحارية بلغت درجته (16) وهذا يدل على أن الأم تعاني من أفكار حول إيذاء نفسها.

هـ ـ خلاصة الحالة الثالثة من خلال الأدوات الثلاث لجمع المعطيات:

من خلال ما تم عرضه في المقابلة، ونتائج مقياس الوحدة النفسية ومقياس اكتئاب ما بعد الولادة، تبين أن الحالة تعاني من مستوى مرتفع من الوحدة النفسية ومن اكتئاب ما بعد الولادة الكبير، كما أنها تميل إلى السلوك الاجرامي.

1 ـ 4 ـ عرض وتحليل مضمون المقابلة مع الحالة الرابعة:

أ ـ تقديم الحالة:

حالة تبلغ من العمر (25) سنة من ولاية الجزائر العاصمة، المستوى التعليمي جامعي، لديها مسكن مستقل، المستوى الاقتصادي للأسرة عادي، تنحدر الحالة من أسرة مكونة من (2) ذكور و(4) إناث، وهي في المرتبة (4)، الأم ممرضة، الأب عسكري، الزوج يعمل تاجر، الحالة الاقتصادية للأسرة عادية، لديها ذكرين عمر الرضيع (3) أشهر، نوع ولادتها قيصرية، مدة الزواج ثلاث سنوات ونصف.

ب ـ عرض محتوى المقابلة:

كانت معاملة الأم لها "كانت بزاف مليحة معايا مفشتني بزاف"، وكانت معاملة الأب لها "ما نعرفوش مليح لأن مطلقين مي مكانش مليح" كانت الأم دائما تميل إليها "ماما كانت ليا"، لم تعامل الحالة بطريقة معنفة وقاسية، تعرضت الحالة لأحداث صادمة أثرت فيها نفسيا منها طلاق الوالدين عندما كان عمرها (10) سنوات، موت الأم عندما كان عمرها (20) سنة، خيانة الزوج.

كانت علاقتها بالأب "كان كيما الجار منعرفش الحنان إنتاعو"، تطلق والديها عندما كان عمرها (10) سنوات، لا يوجد اتصال بين الحالة ووالدها أو بالأحرى شبه منعدم "كي ماتت ماما كان شوي يحوس مي على جال صوالحو، كان يحوس عليا كي يستحق كاش حاجة"، كانت العلاقة بينها وبين الإخوة جيدة "بزاف بيا حنا الحمد لله نتفاهموا"، كانت علاقتها بالأم "كانت بزاف بيا"، كان اختيار الزوج تقليدي "وراوني منعرفوش" كانت مرغمة على الزواج به "كنت أوبليجي مي كي شفت الراجل تقنعت"، كانت العلاقة بينها وبين الزوج "نحس زوحي ميهتمش بيا بزاف"، كانت العلاقة بينها وبين أهل الزوج عادية "مليحة نورمال صراولي حاجات مور ما ولدت وليدي الاول ماشي قراف"، كانت العلاقة بينها وبين أولادها جيدة ولكنها تغيرت "كانت بيا مي دوك وليت نضرب وليدي الكبير بزاف حتى يغيضني مسكين نضربوا على حاجات

تافهين كي يقباح مي هو الله غالب عليه"، عانت الحالة من مشكلات في علاقتها الزوجية "خيانة زوجي لي"، كانت تقوم بحل هذه المشكلات "نسي نواجه مي كي نشوف بلي نولي دايمن أنا غالطا نسكت أو خلاص مي تقيسني"

لم تعاني الحالة من أي أمراض سوى مرض اكتئاب ما بعد الولادة الذي شعرت به بعد (15) يوما من ولادة ابنها.

لم يكن الحمل مرغوب فيه، لأن الحالة لم تكن جاهزة لذلك ولكن عندما علمت أنها حامل تقبلت " مكنتش ندير إحتياطاتي مي كنت نقول إلا جاء نورمال"، لم تصب الحالة بحوادث إجهاض، كانت الحالة في فترة الحمل تشعر بأنها وحيدة، خصوصا عندما مرضت بوباء كرونا ولم تجد أي أحد يدعمها ويواسيها " دايمن نحس روحي وحدي كي مرضت بكرونا مكنتش نصيب لي يطيبلي كنت نحس روحي وحدي، او كي كنت نتوحم كيف كيف"، بعد الولادة شعرت الحالة "كيف كيف أو كي زاد مرض وليدي راحت فرحتي"

شعرت الحالة عند رؤية ابنها لأول مرة "فرحت أكثر من الأول لأني في وليدي الأول كنت نقول لوكان ماما راهي معايا كي شغل في الأول متعرفيش، بصح في الحمل الأول كنت فرحانة"، ولكن الفرحة بالمولود الثاني زالت بعد (15) يوما من الولادة بسبب إصابة الرضيع بداء كرونا "كي زاد مرض وليدي بكرونا راحت فرحتي كنت غير نجري بيه"، كان استقبال الأهل والزوج للولد "فرحانين".

كانت الحالة تشعر بالحزن الشديد لعدم وجود أمها معها "كنت نقول لوكان ماما راهي معايا"، لا تستطيع الحالة البكاء والتفريغ عما كانت تشعر به من حزن "مي أنا منبينش منخرجش، نحس مكاش إنسان في هذي الدنيا نفرغلو قلبي"، كانت الحالة تشعر بالخجل والوحدة النفسية "نحس بالوحدة كل ما يكون عندي مشكل، مي كاين حوايج بلا يمات متقدريلهمش"، الشعور بالعزلة، لا تشعر بأن أفراد أسرتها قد تخلو عنها،

ولا تستطيع التحدث عن مشكلاتها مع أصدقائها أو أفراد أسرتها، ليس لديها أشخاص يساعدونها في اتخاذ قراراتها، الأشخاص الذين يدعمونها ويقفون إلى جانبها "خاوتي"

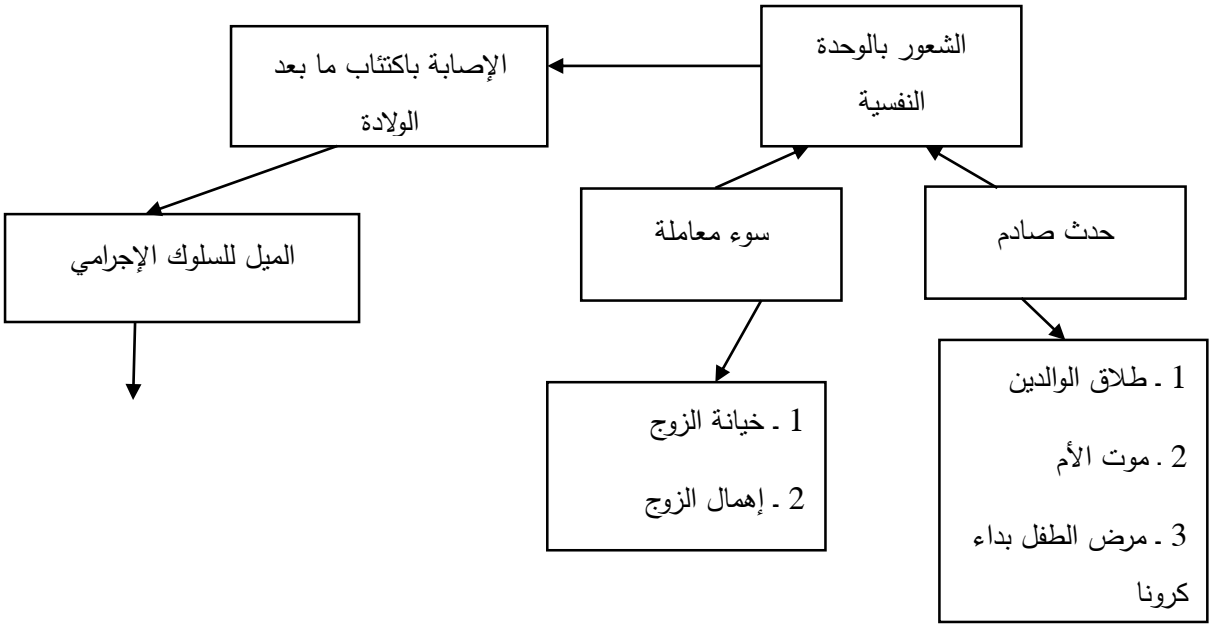
الحالة تعاني من اضطرابات في النوم "ما نجي نرقد حتى نسوفري"، حيث تستغرق فترة الذهاب للسرير ووقت النوم "من (3) إلى (4) ساعات"، تعاني من الشراهة "نحب ناكل بزاف"، تشعر بتغير كبير في نشاطها ومستوى تركيزها "وي بزاف نحس تغير في نشاطي وتركيزي وليت كي نكون نخدم نخلط برك منركزش"، لم تعد تستمتع بأي شيء "نحس مكاش بنة"، عندما تقوم برعاية طفلها تحس بأنها غير مرتاحة "حاجة معجبتني في حياتي، يغيضني وليدي او نقعد نقول علاه راني هكا او مبعد نولي ماشي بيا".

كانت الحالة تعاني من مشاعر الندم اتجاه نفسها "كنت نقول لوكان راني سليباتار بالاك لوكان مانيش هكا، ذوك انا كنت بزاف مفشة في دارنا أو مبعد كي تزوجت خلاص، كي شغل هذي الحاجة جيناتني"، كانت تظن أن الزواج هو سبب معاناتها، تعاني من انخفاض الرغبة الجنسية، كانت دائما تنظر إلى نفسها نظرة سلبية "راني مخلطة كارهة روحي"، كانت نظرة الناس إليها "هما يشوفوني نورمال"، لم تعاني الحالة من أفكار إيذاء طفلها، ولكنها عانت من أفكار إيذاء ذاتها من خلال محاولة الانتحار عن طريق رمي نفسها من سطح عال "نحب نرمي روحي من الدالا" وتأتيها هذه الأفكار خصوصا عندما تتشاجر مع زوجها، أثرت معاناتها من اكتئاب ما بعد الولادة على حياتها الأسرية والاجتماعية "وليت منفرح بوالو أو مقلقة".

ج ـ خلاصة المقابلة:

يتضح من خلال تحليل محتوى المقابلة أن الحالة تعرضت لحدث صادم تمثل في طلاق الوالدين وحرمت من حنان الأب، كما أنها تعرضت لموت الأم حيث أحست بعد موتها بفراغ رهيب، الوحدة النفسية لأنها كانت جد مقربة منها، ثم في فترة الزواج تعرضت لسوء المعاملة من طرف الزوج عن طريق إهماله

لها، كما أن الحمل كان غير مرغوب فيه، أصيبت الحالة في فترة الحمل بداء كرونا مما زاد من شعورها بالوحدة النفسية والحزن، وفي فترة الولادة بدأت تظهر عليها أعراض الاكتئاب من خلال مرض ابنها الرضيع بداء كرونا، وخيانة الزوج لها حيث كانت تشعر بالحزن، الندم، أرق، انخفاض الرغبة الجنسية، عدم التركيز، قلة النشاط، عدم الاستمتاع، الإفراط في الأكل، مما أدى بالحالة إلى الميل إلى السلوك الإجرامي من خلال التخطيط للسوك انتحاري عن طريق رمي النفس، ويمكن تلخيص ما مرت به الحالة من معاناة من خلال الشكل التالي:



شكل رقم (15): مسار الحالة الرابعة من الشعور بالوحدة النفسية إلى الميل للسلوك الاجرامي.

د ـ تحليل نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة الرابعة:

جدول رقم (41): نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة الرابعة

الوحدة النفسية	الدرجة	التقدير
	217	مرتفعة

يتضح من خلال نتائج المقياس أن الحالة تحصلت على درجة (217) وهذه النتيجة تقع في مجال (185 ـ 260) وهذا يدل على أن لديها مستوى مرتفع من الوحدة النفسية.

هـ ـ تحليل نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة الرابعة:

جدول رقم (42): نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة الرابعة

الأبعاد	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**مجموع المقياس**
الدرجة	25	19	22	22	25	23	19	155

يتضح من خلال نتائج المقياس أن الحالة تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة الكبير حيث بلغت الدرجة الكلية للمقياس(155)، تعاني الحالة من اضطرابات الأكل والنوم بلغت الدرجة على هذا البعد (25) وهذا يشير إلى اضطرابات في الشهية وأنماط النوم، أما بعد القلق وعدم الأمن بلغت درجته (19) وهذا يدل على أن المرأة تعاني من القلق الشديد، بينما بعد التقلبات الانفعالية بلغت درجته (22) وهذا يدل على عدم الاستقرار العاطفي للحالة، في حين بعد الارتباكات العقلية بلغت درجته (22) وهذا يدل على وجود اضطرابات في التركيز وفي أداء المهام اليومية، أما بعد فقدان الذات بلغت درجته (25) وهذا يدل على شعور المرأة بأنها على غير طبيعتها المعتادة، بينما بعد الذنب والعار بلغت درجنه (23) وهذا يدل على شعور المرأة بالذب حول كفاءتها كأم، وفي الأخير بعد الأفكار الانتحارية بلغت درجته (19) وهذا يدل على أن الأم تعاني من أفكار حول إيذاء نفسها.

و ـ خلاصة الحالة الرابعة من خلال الأدوات الثلاث لجمع المعطيات:

من خلال ما تم عرضه في المقابلة، ونتائج مقياس الوحدة النفسية ومقياس اكتئاب ما بعد الولادة، تبين أن الحالة تعاني من مستوى مرتفع من الوحدة النفسية ومن اكتئاب ما بعد الولادة الكبير، كما أنها تميل إلى السلوك الاجرامي.

1 ـ 5 ـ عرض وتحليل مضمون المقابلة مع الحالة الخامسة:

أ ـ تقديم الحالة:

حالة تبلغ من العمر (24) سنة من مدينة سطيف، المستوى التعليمي ثانوي، تسكن مع أهل الزوج، ماكثة في البيت، تنحدر من أسرة مكونة من (2) إناث و(3) ذكور، وهي في المرتبة الثانية، أبوها متقاعد، الأم ماكثة في البيت، تزوجت من زوج يعمل تاجر، الحالة الاقتصادية للأسرة متوسطة، مدة الزواج ثلاث سنوات ونصف، لديها بنتين الأولى (3) سنوات والثانية (5) أشهر، نوع ولادتها طبيعية.

ب ـ عرض محتوى المقابلة:

كانت معاملة الأم لها "كنت أساعد أمي في كل شيء حتى أربي إخوتي الصغار، حيث كنت أحس أني أم ثانية لهم، ولكن عندما أخطئ أتعرض للضرب من طرف الأم"، كانت معاملة الأب لها "أبي كان يحبني كتير وهو لي جامي في حياتي رفع يدو عليا أبدا"، كانت الأم دائما تميل للأخ الأكبر بينما الأب للأخت الصغيرة، كانت دائما تشعر بأن أفراد أسرتها لا يعطوها الحب والحنان اللازم "نحس أنو يحبوهم أكثر مني"، واجهت الحالة حدث أثر فيها نفسيا وهو تعرض الأخ لحادث مرور "أخي صدمته سيارة وجاء وليد عم يما على 3 تاع صباح يقلنا تخلعت بزاف"، كانت تعامل بقسوة في المحيط الأسري وحتى في الوسط المدرسي في المرحلة الابتدائية "تعرضت للعنف المعنوي حتى من طرف أستاذة إنتاعي تاع الابتدائية كانت متحبنيش، تلاميذ أيضا كي يشوفوا أستاذة تكرهني هما تاني ميحبوش يقعدوا معايا".

كانت العلاقة مع الأب جيدة ومع الأم سيئة "نحس الأب نتاعي خير بالاك كي نقعدو معاها بزاف، والأب دايمن يجي حنين على البنت أكثر يحب لبنات"، كانت العلاقة بينها وبين إخوتها جيدة، ويحبوها كثيرا لأنها من النوع الهادئ الذي يتنازل دائما عن حقه من أجل الأخر "أنا من النوع الهادئ لي يسمح في حقو من أجل الأخر أو من أجل إسعادهم، أو من أجل تجنب المشاكل"، التنازل الدائم لها جعلها

تشعر بأنها مظلومة "نحس كي شغل تحقرت بصح نورمال"، ما عدا الأخ الأكبر "كنت منتحملوش أنا او خويا لكبير هو ما يهدر معايا وأنا منهدر معاه حتى تزوجت باه عدنا نهدرو بدون أي سبب هو عقليتو او هما يقولونا كي زتو على رؤوس بعضاكم مكاش سبب مقنع هو أصلا ثقيل في العقلية ميحبش يهدر بزاف وأنا أكثر"، كانت العلاقة بين الوالدين "حسنة"، كان اختيار الزوج عن حب وقناعة "أنا حبيت نتزوج بيه واحد مفرضوا عليا، كانت الحالة النفسية للحالة قبل الزواج أحسن ولكن بعد الزواج تغيرت "أحس أنو زادت المسؤولية وضغوطات وتربية الأطفال، والزوج"، كانت العلاقة بينها وبين الزوج سيئة "كشغل وليت مكروها وليس لي قيمة، كان يقلي عدتي متهتميش ببناتك ومطيبيش أو متنظفيش الحالا"، كما أن الزوج لم يساندها في مرضها وهو غير راض على علاجها عند الطبيب العقلي "تعرضت لسوء المعاملة من طرفه وهو غير راض على العلاج بالأدوية داي عليهم نظرة ماشي مليحة يقلي ضك تندمي عليهم وتعودي عايشة بيهم، لم تتعرض الحالة لسوء المعاملة من طرف أهل الزوج ما عدا إخوانه الذكور "منهدرش معاهم"، كانت معاملتها لأولادها "صراحة لكبيرة كرهتها تقلقني نبعدها عليا نقول كون نموت متولفنيش تقدر تعيش بلا بيا وصغيرة تغيضني ".

لم تعاني الحالة من أي أمراض سوى مرض اكتئاب ما بعد الولادة، حيث توجهت إلى طبيب نفسي، ودامت مدة علاجها شهرين فقط لأن الدواء كانت له تأثيرات جانبية أثرت عليها من بينها انخفاض الرغبة الجنسية، الغثيان الدائم، هذه الأثار السلبية بالإضافة إلى الجانب الاقتصادي وعدم تقبل الزوج لعلاجها أدى إلى انقطاعها عن المعالجة النفسية.

الحمل كان مرغوب فيه، لم تتعرض إلى حوادث إجهاض، في فترة الحمل عانت الحالة من مشكلات في علاقتها الزوجية، بعد الولادة شعرت "كرها، تعبانة، غايسة، فقدان الشهية، كنت شبه ميتة فوق الأرض، عدم الإحساس بالأمومة، تقلبت حياتي رأسا على عقب، صرت أفكر بالموت فقط، كنت إنسانة

مرحة أحب العمل أحب الخروج للتنزه فجأة كرهت كل شيء، فقدان طاقة رهيب، فشل، شروذ ذهني"، شعرت عند رؤيتها الأولى للطفلة "لم أشعر بأي شيء"، شعرت عند احتضان بنتها "لم أشعر بأي شيء"، كان استقبال الأهل والزوج للمولود "فرحين".

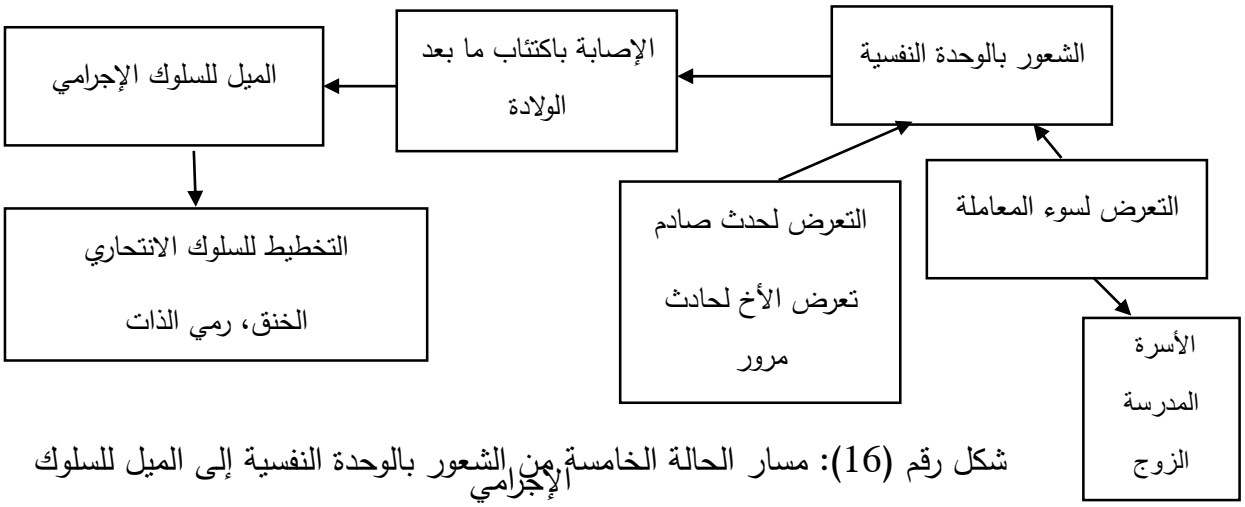
كانت الحالة تشعر بالحزن "مشاعري كلها سيئة وحزينة، كنت أحزن كثيرا على حالتي"، كانت تواجهها فترات من البكاء وتقلب في المزاج "بكيت كثيرا شهرين بدون انقطاع"، كانت تشعر بالخجل "من حالتي التي وصلت إليها"، كانت تشعر بالوحدة النفسية "نحس روحي وحدي، كنت جد وحيدة، عانيت وحدي شعور الوحدة قاتل"، كانت تشعر بالعزلة "أحب العزلة ولي يجو منحبش نقعد معاهم، لا أستطيع الخروج من المنزل ولا أستطيع تحمل وجودهم" وبأنها غريبة "كنت نحس بأني غريبة على هذا العالم منيش فيه أصلا"، كانت تشعر بأن أفراد أسرتها قد تخلو عنها "إحساس كي شغل وليت مكروها وليس لي قيمة تغيضني روحي نحس روحي محقورة"، لا يمكنها التحدث عن مشكلاتها مع أفراد أسرتها "ميفهمونيش أصلا منعرفش نعبر معمباليش واش بيا"، لا يوجد لديها أشخاص يساعدونها في إتخاذ قراراتها، لا يوجد لديها أشخاص يدعمونها ويقفون إلى جانبها، تعاني الحالة من مشكلات في النوم "منرقدش خلاص نبات نتقلب كنت نام من الليل إلا ساعة أو ساعتين ولا أشعر بلذة النوم"، كانت تشعر بالتعب "كثيرا دائما لا أستطيع حتى النهوض من فراشي منقدرش حتى نهز يدي ولا أستطيع القيام بأعمالي"، كانت تعاني من فقدان الشهية "أعاني من فقدان الشهية منحسش بالجوع والعطش حتى الماء منشربش"، كانت تعاني من انعدام التركيز "تركيز منعدم وأعاني من النسيان طبخاتي كلها تحترق، أحيانا أقول هذه ليست أنا كنت شبه ميتة فوق الأرض"، لم تعد تستمتع بأي شيء "أريد الرجوع إلى طبيعتي السابقة كنت إنسانة مرحة أحب الخروج فجأة كرهت كل شيء"، كانت تشعر بأنها غير قادرة على تلبية احتياجات طفلها "لا أستطع حتى تبديل ملابسها من سوء حالتي"، كانت تقوم برعاية طفلتها وهي محبطة "أقاوم"، كانت تعاني من مشاعر الندم اتجاه نفسها وأولادها "اشتقت إلى طبيعتي السابقة، نقعد هكذا نموت خير، كنت حبا نرجع كيما كنت نشيطة ونتحرك

ونمشي بسهولة، نعم تأنيب الضمير حسيت أني أم فاشلة في كل شيء"، كانت تعاني من انخفاض الرغبة الجنسية، كانت تنظر إلى نفسها في ظل المعاناة التي تشعر بها "كرهت كل شيء حتى أفراد أسرتي"، كانت نظرة الأفراد المقربين لها "أفراد أسرتي يقولولي واش بيك واش خاصك وغير إنتي لي زيدتي مشفتش حتى وحدة زيدت هكا"، لم تعاني الحالة من أفكار إيذاء طفلتها، ولكنها عانت من أفكار إيذاء ذاتها "نقول إذا ريحا نقعد هكذا نموت خير ومرات نخاف من الموت نقول نخلي بناتي صغار وأمي" من بين أفكار الانتحار "نخنق روحي، نرمي روحي"، ترى الحالة من أن معاناتها من اكتئاب ما بعد الولادة أثرت على حياتها الأسرية والاجتماعية "حياتي ضاعت ماشي كيما كنت".

ج ـ خلاصة المقابلة:

يتضح من خلال تحليل محتوى المقابلة أن الحالة كانت تشعر بالوحدة النفسية في مرحلة الطفولة من خلال افتقادها للحب والحنان من طرف الأم وتعرضها لسوء المعاملة من قبل الأم عن طريق الضرب، وفي المحيط المدرسي من قبل الأستاذة والتلاميذ، وفي فترة الزواج تعرضت للعنف المعنوي من قبل الزوج لأنه كان يتهمها بتقصيرها اتجاهه واتجاه بنته حتى في مرحلة الحمل وفي مرحلة ما بعد الولادة، كما أنها تعرضت لصدمة نفسية تمثلت في تعرض الأخ لحادث مرور.

بعد الولادة ظهرت عليها أعراض اكتئاب ما بعد الولادة منها التعب، فقدان الشهية، الحزن، البكاء، الشعور بالوحدة النفسية، العزلة، الشعور باليأس، الشعور بالذنب، الإحساس بأنها أم فاشلة، هذه المشاعر السلبية أدت بها إلى الميل إلى السلوك الإجرامي من خلال الخطيط للسلوك الانتحاري عن طريق الخنق أو رمي الذات من سطح عالي، ويمكن تلخيص ما مرت به الحالة من خلال المخطط التالي:



شكل رقم (16): مسار الحالة الخامسة من الشعور بالوحدة النفسية إلى الميل للسلوك الإجرامي

د ـ تحليل نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة الخامسة:

جدول رقم (43): نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة الخامسة

الوحدة النفسية	الدرجة	التقدير
	163	متوسطة

يتضح من خلال نتائج المقياس أن الحالة تحصلت على درجة (163) وهذه النتيجة تقع في مجال (141 ـ 184) وهذا يدل على أن لديها مستوى متوسط من الوحدة النفسية.

هـ ـ تحليل نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة الخامسة:

جدول رقم (44): نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة الخامسة

الأبعاد	1	2	3	4	5	6	7	مجموع المقياس
الدرجة	17	20	20	17	17	13	15	119

يتضح من خلال نتائج المقياس أن الحالة تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة الكبير حيث بلغت الدرجة الكلية للمقياس (119)، وتعاني من اضطرابات الأكل والنوم حيث بلغت الدرجة على هذا البعد (17) وهذا يشير إلى اضطرابات في الشهية وأنماط النوم، أما بعد القلق وعدم الأمن بلغت درجته (20) وهذا يدل على أن المرأة تعاني من القلق الشديد، بينما بعد التقلبات الانفعالية بلغت درجته (20) وهذا يدل على عدم الاستقرار العاطفي للحالة، في حين بعد الارتباكات العقلية بلغت درجته (17) وهذا يدل على

وجود اضطرابات في التركيز وفي أداء المهام اليومية، أما بعد فقدان الذات بلغت درجته (17) وهذا يدل على شعور المرأة بأنها على غير طبيعتها المعتادة، بينما بعد الذنب والعار بلغت درجته (13) وهذا يدل على شعور المرأة بالذب حول كفاءتها كأم، وفي الأخير بعد الأفكار الانتحارية بلغت درجته (15) وهذا يدل على أن الأم تعاني من أفكار حول إيذاء نفسها.

هـ ـ خلاصة الحالة الخامسة من خلال الأدوات الثلاث لجمع المعطيات:

من خلال ما تم عرضه في المقابلة، ونتائج مقياس الوحدة النفسية ومقياس اكتئاب ما بعد الولادة، تبين أن الحالة تعاني من مستوى متوسط من الوحدة النفسية ومن اكتئاب ما بعد الولادة الكبير، كما أنها تميل إلى السلوك الاجرامي.

1 ـ 6 ـ عرض وتحليل مضمون المقابلة مع الحالة السادسة:

أ ـ تقديم الحالة:

حالة تبلغ (33) سنة من ولاية شلف، لديها مسكن مستقل، تعمل ممرضة رعاية مواليد، المستوى التعليمي جامعي، المستوى الاقتصادي للأسرة عادية، تنحدر من أسرة مكونة من بنت و(3) ذكور، وهي في المرتبة الثالثة، الأب دركي، الأم قابلة، الزوج موظف، مدة الزواج عام ونصف، لديها ولدين بنت وولد، نوع ولادتها طبيعية، عمر الريع (4) أشهر من جنس ذكر.

ب ـ عرض محتوى المقابلة:

كانت معاملة الأم لها سيئة "تحملت المسؤولية منذ صغر سني وكنت أشعر كثيرا بالإهمال والانتقاد، الأم نتاعي كانت ولازالت لا يعجبها أي شيء، كنت كثيرة النسيان وهي تغضب من هذا، كنت أخاف من كل شيء ومن ردود أفعالها مثلا تنظيف مكان وأنسى تقلي مطروشا، مكاش عندك عقل". كانت الحالة دائما تبحث عن اهتمام أمها لكن بدون جدوى "أحاول لفت انتباهها وجعلها تهتم بي ولكن بدون فائدة،

دائما كنت أتعرض لصراخها علي"، كانت الحالة تخاف من والدها بدون سبب معين، ولكن في فترة المراهقة أصبحت مقربة له وتحب مساعدته في أي شيء، كانت الأم دائما تميل للأولاد الذكور وتحبهم، بينما الأب كان يحب أختها الصغيرة، كانت دائما تشعر بأنها فرد غريب عليهم "منيش بيناتهم ودايمن نتساءل ليه ميبغونيش"، كانت دائما تتعرض للتنمر من طرف إخوتها "يعلقو علي وعلى شكلي والأم تاعي تضحك كي خوتي يعيبو عليا، أنا كنت رقيقة أو عينيا كبار، كانو يقولولي مبلغا جرانة.....". كانت الحالة دائما تشعر بالضعف "أشعر بالضعف أكره شكلي، أرغب بالبكاء بشدة، او مكاش لي لز ليه، دايمن محقورة".

كانت العلاقة بينها وبين الأم سيئة، مع الأب حسنة، مع أختها الصغيرة جيدة أما الذكور سيئة "أختي صغيرة نبغيها وتبغيني والذكور لحد الأن لا علاقة، دائما أتعرض للانتقاد والغيرة من طرفهم"، كانت العلاقة بين الوالدين جيدة "متحابين متفاهمين"، تعرضت الحالة لحدثين صادمين في حياتها الأول موت الأب بمرض السرطان بعد معاناة دامت عامين حيث شعرت الحالة "بالضياع، الوحدة النفسية، هو الوحيد لكان يحس بيا"، والحدث الثاني هو الطلاق من الزوج الأول لأنها واجهت عدة مشكلات معه "شخص موسوس، كثير الشك، كان إدماج وكان يحس بالنقص"، الحالة لديها طفلة من الزوج الأول، كان اختيار الزوج تقليدي ولكن إخوتها عارضوا ذلك "كي بغيت نتزوج كانو ضدي"، لأن أخوها الأكبر مازال غاضبا أما الصغير فتقبل زواجها، كانت الحالة راضية على زواجها، ولكن بعد الزواج تفاجئت من تصرفاته لأنه كان كثير الشك "يقلب تلفون، الصاك، الخزانة، يفتح الباب غير بالشوي، باه منحسش بيه، يجي لخدمتي إذا مرفدتش تلفون"، كانت دائما تشعر باليأس، الغضب الشديد وكانت أحيانا تتغاضى عن تصرفاته وأحيانا أخرى تواجهه وينكر، كانت العلاقة بينها وبين أهل الزوج جيدة، كانت الحالة تشعر بالضعف قبل الزواج ولكن بعد هذا الزواج زال الضعف، كانت معاملة الحالة مع إبنتها في بعض الأحيان مثل معاملة الأم لها "أحاول بشتى الطرق أن أعامل إبنتي بلطف وأحببها في نفسها، ولكن أحيانا أرى نفسي أصرخ عليها، كيما كانت الأم نتاعي دير خصوصا عندما أكون غاضبة، ولكن دائما أذكرها أني أحبها وأتأسف منها لصراخي

عليها" أما الطفل فكانت تحبه ولكن تنزعج منه "عندما يكثر البكاء أشعر بالارتباك والتوتر والغضب من دون سبب وجيه، أحيانا أحس بالغضب عند تهدئته وبدون فائدة"، عانت الحالة من عدة مشكلات في علاقتها الزوجية، وتنسبها إلى زواجها الأول "الزواج الأول مشكل لزوجي ولكن بعد الزواج أصبح يتحدث عن زواجي الأول"، وكانت الطفلة هي سبب مشكلاتهم "أب إبنتي يحرضها ضد زوجي وحتى ضدي، كنت نسكت ونفهمو بلي طفلة صغيرة، أو ما هيش واعيا بصح المشكل كبر بزاف"، نتيجة لنقص الاتصال بين الطفلة والزوج أدى بالحالة إلى أخذ الطفلة عند أمها، الزوج دائما يتهما بأنها تفضل ابنتها عليه "نتي بنتك عندك قبل كل شيء".

عانت الحالة من اضطراب الغدة الدرقية (goitre)، ومرض اكتئاب ما بعد الولادة وهي تحت مراقبة الطبيب العقلي.

كان الحمل مرغوب فيه، لم تصب الحالة بحوادث إجهاض، خلال فترة الحمل مرضت الحالة كثيرا، حيث نقصت في الميزان ب13 كلغ، وكانت شديدة الحساسية، وجد عصبية لأنها عانت من مشاكل مع الزوج "عانيت من مشاكل مع زوجي وكان يهددني بالطلاق بسبب المشاكل لي من بنتي أو يقلي نتي في جال بنتك تخسريني نورمال"، كانت الحالة تعاني من الخوف من الإصابة بمرض خطير "ملي بديت نحس بدولولغ في كرشي او خطرا إمساك او خطرا إسهال وقولون نارفو نقول نموت بالكونسار"، كانت تشعر الحالة بعد الولادة بأنها ليست بخير "كنت نحس روحي ضايعة او زعفانة بلاسبة"، فرحت عندما رؤية المولود "فرحت او ريحت لأنهم قالولي شربتي دواء نتع قواتر قادر يدير تشوهات" كان استقبال الأهل والزوج للمولود بفرح.

بعد الولادة بدأت تشعر الحالة بالحزن الشديد، وخاصة التعب من دون أي سبب "أنا وحدي بديت نتحسس من كل شيء، نبغي نقعد وحدي او كون نصيب واحد ما يهدر معايا"، كانت الحالة تعاني من

البكاء وتقلب المزاج، الخجل خصوصا في الصغر "كي كبرت عرفت روحي الحمد لله مالغري ثقتي في نفسي نقدر نقول قليلة، بصح مبينتش هذا الشيء او كي كبرت الناس بزاف يمدحو شكلي، تأكدت بلي تنمر هذاك كان غيرة". كان التنمر يشعرها بالنقص "حسيت بلي مانيش شابة كيما هما او ميبغونيش مهوش مهتمين بيا ولا بشتا نقول" عقدة النقص حتى في الكبر أصبحت تشعر بها حتى في فترة الحمل "لأني نقصت (13) كلغ أو مكنتش ناكل كامل، وليت صفرا، او لي يشوفني يتخلع او يسقسو لياه سرالي هكا"، كانت الحالة دائما تشعر بأنها وحيدة "كنت باغيا نخرج من ذيك الحالة او تقدري تقولي كان عاجبني إهتمام خصوصا من الأم إنتاعي"، كانت ترى بأن مرضها هو فرصة لجلب اهتمام أمها لها "وي إغزاكتومو"، كانت الحالة تشعر دائما بأن زوجها قد تخلى عنها "الزوج انتاعي وي او سورتو كي رحت كملت ليام انتع نفاسي في دارنا ما كان يسقسي ما والو"، الحالة وجدت فقط صديقاتها يساعدونها في اتخاذ قراراتها عندما تواجهها مشكلة ما "صحاباتي نحسهم يفهموني أكثر او يسمعوني مي ماما كي نحكيلها تبدا هذا داير هذا صانع او كي نجي نفهمها تبدا تزعف حتى نندم لي حكيتلها تنقد أكثر ملي تفهمك أو تحضنك كاين صحبتي نحكيلها او هي تحضني او ترتبني كي يصرا كاش مشكل بيني وبين زوجي". تعاني الحالة من اضطرابات في النوم "تدخل للفراش من 22:00 حتى 2 – 3 إنتع الصباح او كي نرقد نفطن بزاف". تعاني من أفكار وسواسية تسيطر عليها وتؤثر على نومها "أحداث لي فاتو علي في حياتي باسي بريزونت، لياه راني هكذا، علاه منيش فرحانة، علاه مدرتش هكذا أو هكذا"، تشعر بالتعب صباحا "تصيب روحي ندور بلا فايدة أو كل شيء يجيني ثقيل او أنا مكنتش هكذا"، شهيتها للطعام منعدمة "كي نطيب قلبي يدور من الماكلة او كي نجي ناكل مننجمش منحسش روحي جيعانة كامل"، تشعر بتغير في نشاطها ومستوى تركيزها "رجعت مننجم ندير والود، ومنقدرش نركز في الهدرة مع الناس"، لم تعد تستمع بأي شيء "مكاش حاجة راهي تفرحني"، تشعر بأنها غير قادرة على تلبية إحتياجات أطفالها "مننجمش او كان نصيب نظل متكسلة او ماندير والو منطيب ما نرفد".

كانت تقوم برعاية طفلها وهي محبطة "نسي ماكسيموم نلبيلو كل احتياجاته بصح عندي توجور هذه الفكرة كيفاه انا منيش فرحانة او ولادي يكونوا فرحانين"، كانت دائما تعاني من مشاعر الندم اتجاه نفسها "أو كان مديتش خطوة الزواج ذك لأني لست مستقرة نفسيا"، كانت تشعر الحالة بانخفاض الرغبة الجنسية "موليتش نبغي حاجة كيما هكذا"، تنظر الحالة إلى نفسها بأن لا أحد يهتم بها او يحبها "مكاش لي يبغيني او حاسة روحي وحدي"، وكانت نظرة الناس إليها جيدة "برا نحسهم يبغوني والحمد لله كامل يهدرو فيا الخير".

لم تكن لدى الحالة أفكار لإيذاء طفلها، ولكنها عانت من أفكار لإيذاء نفسها "نقول بلي الموت أو نقتل روحي خير أرحم من هذه العيشة أو العذاب لي راني فيه أو مكاش لي راه حاس بيا". ترى الحالة أن هذه المعاناة أثرت على حياتها الأسرية والاجتماعية "وليت إفيتي نجمع والهدرة في تلفون، أو منبغيس مونبا نجمع كل شيء يجيني ثقيل، أو إذا خرجت نتصنع الضحكة".

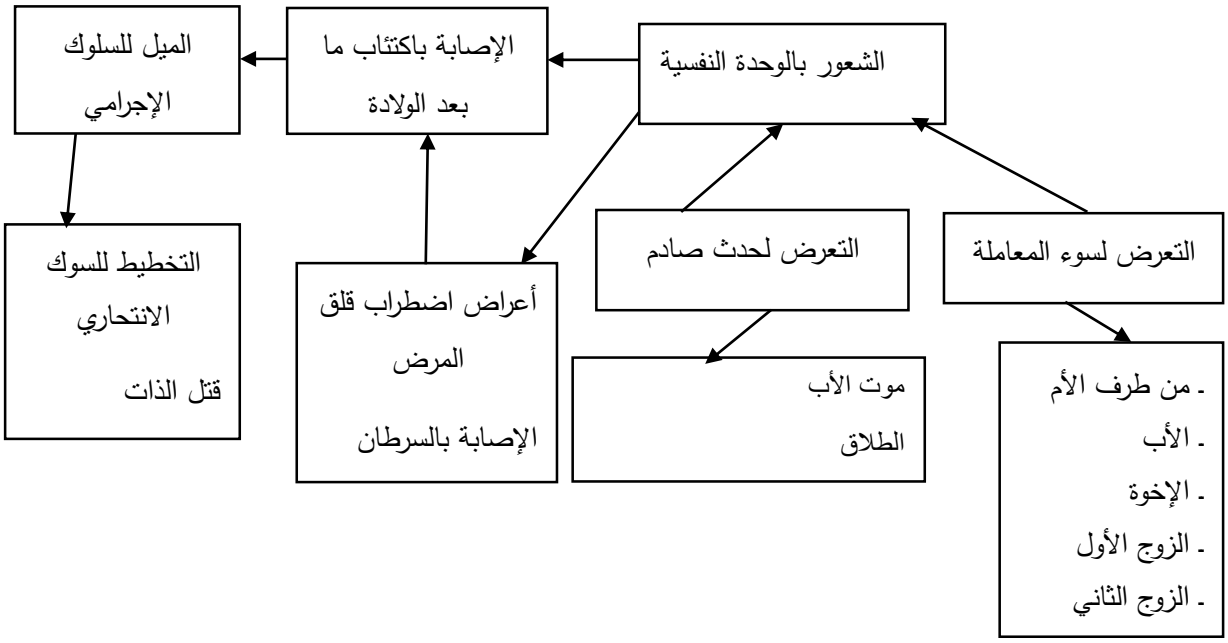
ج ـ خلاصة المقابلة:

يتضح من خلال تحليل محتوى المقابلة أن الحالة كانت تتعرض لسوء المعاملة من طرف المحيط الأسري حيث كانت تتعرض للعنف المعنوي من خلال الانتقاد الجارح من طرف الأم والأب والإخوة والشعور بالإهمال في مرحلة الطفولة، وهذا ما جعلها تشعر بالوحدة النفسية لأن ليس لديها أي شخص تلجأ إليه أو يحن عليها وكانت تشعر بأنها فرد غير مرغوب فيه وبأنها غريبة عنهم ولا أحد يحبها، في مرحلة المراهقة تحسنت علاقتها بالأب وأصبحت مقربة منه.

تعرضت الحالة لحدث صادم تمثل في موت الأب بمرض السرطان، حيث أحست بالضياع لأنه الشخص الوحيد الذي كان يحس بها ويحن عليها، الطلاق من الزوج الأول بعد معاناتها من مشكلات زوجية

معه تمثلت في كثرة الشك اتجاها، وعانت أيضا من مشكلات زوجية أيضا مع زوجها الثاني لأنه كان لا يهتم بها وكثير الشك نحوها ويهددها بالطلاق في فترة الحمل.

كما أن الحالة عانت من اضطراب في الغدة الدرقية لأنها كانت تكتم المعاناة التي تشعر بها، نتيجة لهذه الظروف النفسية الضاغطة والمستمرة تغيرت الحالة النفسية والمزاجية للأم حيث كانت تشعر ببعض أعراض قلق المرض في فترة الحمل حيث كانت منشغلة بأنها سوف تموت بمرض خطير "سرطان"، بعد الولادة أصيبت الحالة باكتئاب ما بعد الولادة حيث كانت تشعر بالأرق، الحزن، التعب، تغير في الشهية، فقدان التركيز، الوحدة النفسية، عدم الاستمتاع، الشعور بالذب، والميل للسلوك الإجرامي عن طريق التخطيط للسلوك الانتحاري "القتل"، ويمكن تلخيص ما مرت به الحالة من خلال المخطط التالي:



شكل رقم (17): مسار الحالة السادسة من الشعور بالوحدة النفسية إلى الميل للسلوك الإجرامي

د ـ تحليل نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة السادسة:

جدول رقم (45): نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة السادسة

الوحدة النفسية	الدرجة	التقدير
	212	مرتفعة

يتضح من خلال نتائج المقياس أن الحالة تحصلت على درجة (212) وهذه النتيجة تقع في مجال (185 ـ 260) وهذا يدل على أن لديها مستوى مرتفع من الوحدة النفسية.

هـ ـ تحليل نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة السادسة:

جدول رقم (46): نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة السادسة

الأبعاد	1	2	3	4	5	6	7	مجموع المقياس
الدرجة	22	21	22	24	21	19	18	147

يتضح من خلال نتائج المقياس أن الحالة تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة الكبير حيث بلغت درجها الكلية على المقياس (147)، تعاني من اضطرابات الأكل والنوم حيث بلغت الدرجة على هذا البعد (22) وهذا يشير إلى اضطرابات في الشهية وأنماط النوم، أما بعد القلق وعدم الأمن بلغت درجته (21) وهذا يدل على أن المرأة تعاني من القلق الشديد، بينما بعد التقلبات الانفعالية بلغت درجته (22) وهذا يدل على عدم الاستقرار العاطفي للحالة، في حين بعد الارتباكات العقلية بلغت درجته (24) وهذا يدل على وجود اضطرابات في التركيز وفي أداء المهام اليومية، أما بعد فقدان الذات بلغت درجته (21) وهذا يدل على شعور المرأة بأنها على غير طبيعتها المعتادة، بينما بعد الذنب والعار بلغت درجته (19) وهذا يدل على شعور المرأة بالذب حول كفاءتها كأم، وفي الأخير بعد الأفكار الانتحارية بلغت درجته (18) وهذا يدل على أن الأم تعاني من أفكار حول إيذاء نفسها.

و ـ خلاصة الحالة السادسة من خلال الأدوات الثلاث لجمع المعطيات:

من خلال ما تم عرضه في المقابلة، ونتائج مقياس الوحدة النفسية ومقياس اكتئاب ما بعد الولادة، تبين أن الحالة تعاني من مستوى مرتفع من الوحدة النفسية ومن اكتئاب ما بعد الولادة الكبير، كما أنها تميل إلى السلوك الاجرامي.

1 ـ 7 ـ عرض وتحليل مضمون المقابلة مع الحالة السابعة:

أ ـ تقديم الحالة:

حالة تبلغ من العمر (34) سنة من ولاية الجزائر، المستوى التعليمي الرابعة متوسط، ماكثة في البيت، نوع السكن مستقل، الحالة الاقتصادية للأسرة متوسطة، تنحدر من أسرة مكونة من (5) ذكور وبنتين، وهي في المرتبة السابعة، الحالة الاقتصادية للأسرة عادية، الأب متقاعد، الأم ماكثة في البيت، الزوج تاجر، مدة الزواج (17) سنة، لديها ولدين وبنت، عمر الرضيع (4) أشهر، من جنس ولد، نوع الولادة طبيعية.

ب ـ عرض محتوى المقابلة:

كانت معاملة الأم لها "كانت عادية أمي كانت عندها مسؤوليات كثيرة هي لي تحملت مسؤولية الأب لأنه كان مغترب"، كانت معاملة الأب لها جيدة "أبي حنون"، الأب كان يميل لها، بينما الأم كانت تميل لأختها الكبيرة عليها بثلاث سنوات، كانت الحالة تشعر بالغيرة لميل أمها لأختها حيث كانت تتخبى وتبكي، تعرضت الحالة لسوء المعاملة من طرف الأخ مما أثر على الجانب النفسي لها "أخي الأكبر كان عنيف معاملته جد قاسية، كان يضربنا وحتى الأن يتمنى لو أنه يتحكم فينا، لكن بعد ما كبرت وتزوجت لم أعد أسمح له بعدم احترامي، كان متسلط"، كانت تعامل بقسوة وبطريقة معنفة من طرف إخوتها الذكور "ضرب لأتفه الاسباب".

كانت العلاقة مع الأم حسنة، مع الأب جيدة، كانت العلاقة بين إخوتها البنات جيدة "أختي الكبرى كانت مثل الأم، وكنت أتشاجر مع أختى الكبرى مني بثلاث سنوات ولكن نحب بعضنا البعض"، مع الذكور "سيئة"، كانت العلاقة بين الوالدين متوترة "الأم متعصبة لكثرة مسؤولياتها، هما يتشاجران أمي عصبية أبي لا ولكن يحب إغضابها ثم يتشاجران لأتفه الأسباب وكنت أكره ذلك الشيء، أنا تزوجت أولا للهروب من تلك المعيشة"، كانت تشعر بالحزن والحسرة والندم لمشاهدة والديها يتشاجران "أغضب وأبكي وفي بعض الأحيان أقول لو لم تلدوني أفضل، وأمي تحب أن نقول لها أنت المحقة حتى ولو كانت على خطأ"، كان نوع زواجها تقليدي، كانت معاملة الزوج لها في فترة الخطوبة جيدة، ولكن بعد الزواج تغيرت تصرفاته نحوها "أيام الخطوبة كانت رائعة وبعد الزواج أصبح وكأني لا أعرفه، كنا نتشاجر، لم نكن نتفاهم في شيء، أصبح لا يتكلم معي بدون أي سبب، لا يمازحني، وأنا كنت أحب المزح، تمنيت العيش مع رجل يعرف قيمتي"، كانت علاقتها بأهل الزوج سيئة "أنا أحب الناس وكنت أعاملهم بطيبة، ولكن بما أن زوجي لا يحترمني حتى هم أصبحوا لا يحترمونني، ليس الكل البعض، كانت المشاكل تزداد في الأول، وكلما كان مشكل يأخذني عند أهلي، كانت أخته تأتي من بيتها وتعمل لي مشاكل وهي كانت تأتي كل أسبوع كانت تقول كيف أنا أترك بيتي وزوجي وأنت مع زوجك تلقى أي حجة لكي تتشاجر معي، وكانت كلما أتت أخته يأخذني إلى بيت أهلي وبعدها رحلنا وسكنا في منزل والديا وحدنا، وكان يأتي في نهاية الأسبوع فقط"، كانت تعامل أولادها بحنان ولكن في بعض الأحيان تضربهم "حنونة معهم لكن أضربهم وبعدها أندم وأبكي، وعندما أضربهم أتذكر أخي كيف كان يعاملني، خصوصا ابني الكبير أقول لا يجب أن أعامله هكذا ولكن دائما أجد نفسي في هذا التعامل، وأرى في شخصيتي شخصية أمي العصبية، ولا أتكلم معه بعقلانية بل بتعصب وهذا الشيء كنت أكرهه بالضبط، أمي حنونة ولكنها متعصبة حتى هي تندم وتعانقني هذا ما أفعله تماما"، عانت الحالة من مشكلات في علاقتها الزوجية بسبب طول فترة الإنجاب "أنا لم يكن لدينا أولاد مدة سبع سنوات، أحسست أني لا أساوي شيء، من معاملته لي كأنه عدوي وليس زوجي لا يتكلم معي حتى ولو نام

معي يتغطى وحده وذلك الشيء كان يزعجني"، زادت المشاكل بين الزوجين حتى وصلوا إلى الطلاق "أردت الطلاق منه لأنني لم أستطع أن أكمل معه، في الأول ظننا أن المشكل مني وبعدها قالت الطبيبة ليس بك ولا شيء يترككي لا تنجبين يجب على الزوج القيام بالتعيير وأتذكر لما قلت له غضب كثيرا، ثم بعد أن ازدادت المشاكل لم أعد أتحمل أكثر، طلبت الطلاق وهو لم يطلقني بل تمسك بي لأنه رأى بأنني كنت معه نعم الزوجة بقينا أربعة أشهر منفصلين، وهو تمسك في كلامه وأنا قلت إن أجبرتموني سوف أفعل شيء في نفسي"، بعدما طلبت الحالة الطلاق اشترى الزوج منزل جديد لهم، بعد تصالح مع الزوج حملت الحالة بإبنها الأول "بعد عودتي إليه قال لي ذهبت عند الطبيب، وقال له يوجد مشكل عندك ويجب أن تشرب عدة أدوية وبعد عودتي إليه دخلنا بيتنا الجديد وحملت منه بطفلي الأول".

كانت تخاصم زوجها ولا تتكلم معه في ظل المشكلات التي تعرضت لها وكانت تنزعج كثيرا من طريقة طلب السماح منها "كنت لا أتكلم معه حتى يطلب مني السماح وطريقته في طلب السماح كانت العلاقة الحميمية وهذا الشيء لم يعجبني كنت أحس أنه لا يحبني، بل تلك مجرد شهوة وتنتهي تلك هي طريقته في الاعتذار لا أرى ضحكته إلا في تلك اللحظة"

لم تعاني الحالة من أي مرض فقط اكتئاب ما بعد الولادة حيث أصيبت به مرتين في الولد الأول ولكن أعراضه لم تكن حادة لأنها شفيت منه بسرعة، وفي الولد الثالث.

أصيبت الحالة في الفترة الأولى من الزواج بحادث إجهاض ثم لم تحمل إلا بعد مرور سبع سنوات، لم يكن الحمل مخطط له لأن الزوج يعاني من ضعف جنسي فهي لا تحمل إلا بعلاج الزوج "لم أتوقع أن أكون حامل لأن زوجي حتى يقوم بالمعالجة وأحمل أي يأخذ فيتامينات لتقوية السائل المنوي، وقلت أنا لا أحمل حتى يداوي"، أصيبت الحالة بالكوفيد في حملها، كانت تشعر في فترة الحمل بالتعب، نقص الشهية، نقص في الوزن، تغير في المزاج كما تقول "كنت أتعصب لأتفه الأسباب، أتقلق، بعد المرض

والتعب أصبحت وكأنني لست أنا، أصبحت هزيلة، من يراني لا يعرفني أنني أنا، وعند تعجب الأخرين مني أرتبك أخاف لا أحب عندما يقولون لي أصبحت مشيانة، لم أتقبل كنت 77 وأصبحت 50، في فترة الحمل هاجرت الأم "ابتعاد أمي بعدما كنت تقريبا أراها كل يوم"، بعد الولادة شعرت الحالة "بقلق شديد، عدم التنفس، قلة النوم، انعدام الشهية الرغبة في الصراخ بصوت عالي"، بعد الولادة تغيرت الحالة وأصبحت تشعر بأنها غريبة "صرت وكأنني لست أنا، رغم أني بعد الولادة صرت أنام ولكن كأنني ما نمت وأكره الصباح، الصباح شعور غريب لا يفهمه إلا مجرب"، أحست الحالة عند رؤيتها للمولود لأول مرة بالفرح "فرحت وقلت الحمد لله سينتهي كل شيء بإذن الله ولكن استمر معي الاكتئاب، كنت أتمسك في نفسي"، عند احتضان طفلها كان شعورها مختلف عن باقي أولادها كما تقول "عادي ولكن كنت أتغلب على نفسي، ليس مثلما شعرت بأولادي الاخرين، ولكن كنت أشفق عليه شعور مختلف".

كانت الحالة تشعر بالحزن الشديد "يجب أن أكون سعيدة لأني شفيت وولدت وولد طفلي سالما ولكن كان يغمرني حزن عندما كانوا يقولون لي يجب أن تفرحي لقد مرضت والحمد لله أنت شفيت وولدت طفلك سالما وأتى على ما يرام أحب أن أتظاهر أني لست مكتئبة ولكن كل محاولاتي كانت فاشلة، كنت أقول لزوجي خلاص تعبت تعبت من هذه الدنيا أنا لا أكمل هذه الحياة، كنت أترك إبني عند أبوه وأخرج من البيت مثل المجنونة وعندما ألتقي أي امرأة أسألها إذا كان عندها اكتئاب ما بعد الولادة، وأسأل إذا كان هناك طبيب جيد، كنت أحب أن أتكلم مع الناس"، عند خروجها من البيت كانت نسبة القلق تنخفض قليلا "أفضل من البيت"، لم تجد الحالة إجابة مقنعة عند خروجها "كنت أقول أنا لم أفهم نفسي لكي أقوم بفهمهم أعود وأنتظر أن يأتي وقت النوم، لكي أستريح لكن أخاف دائما أن يأتي الصباح المظلم بالنسبة لي"، كانت تشعر بأنها غريبة " كنت أنظر في المرآة وأقول لست أنا، أنا لست هكذا، كنت بشوشة، مرحة، أحب المزاح، أحب الخروج، وأصبحت أكره كل هذه الأشياء، كنت أنظر إلى الناس وهي تضحك وأقول كيف يضحكون، كيف هم سعداء، كيف لا يفكرون في الموت، أنا كنت أرى أن حياتي انتهت، كنت أكره التحدث إلى من

هم أقرب إلى قلبي أمي، أبي، إخوتي، أنا لم أفهم نفسي لأقوم بفهمهم"، كانت تنتابها فترات من البكاء "تقلبت حياتي رأسا على عقب"، كانت الحالة تشعر بالخجل "عندما يقولون لي يجب أن تفرحي زاد عندك ولد ما شاء الله وهو سليم وعندك أولاد وكم تمنيت أن تكوني أم وعندما رزقك تفعلين هكذا وهذا الشيء ليس كله بإرادتي ولكنهم لم يفهموا هذا الشيء إلا من جربه"، كانت تشعر بأنها وحيدة "عندما يأتيني ذلك الخوف والحزن لا يفهمني أحد"، كانت تشعر بأنها منعزلة عمن حولها "لأني حسيت أنهم كرهوا مني تعبو لم أعد تلك التي يعرفونها، أنا مجرد امرأة أنانية لا تحب سوى نفسها، وأنا في الحقيقة حتى نفسي لم أحبها لم أكن أهتم بها"، كانت الحالة تتحدث عن مشكلاتها مع عائلتها وأصدقائها "المجربات هذا المرض صديقات، أخت الزوج، وصديقات في الفايسبوك"، أما الأخرون فكانوا يظنون أنه دلال ومن تتدلل تكره زوجها، عائلتها، أولادها"، كانت الحالة تعاني من نقص الدعم "وجدت القليل لقد تعبوا مني هذا ما شعرت به".

كانت الحالة تعاني من اضطرابات في النوم "كنت أنام في الليل ولكن كأنني ما نمت"، كانت تستيقظ في الليل بدون سبب "نعم حتى لو كان صغيري نائم"، كانت تعاني من التعب الشديد في الصباح "هذا ما أفقدني صوابي قلت أنام أو لا أنام نفس الشعور سأنهي حياتي أفضل لي"، تعاني الحالة من فقدان الشهية "لم تكن عندي شهية"، تعاني من تغير في نشاطها ومستوى تركيزها "لأني لم أكن أنم جيدا، ولم تكن لي شهية في الأكل، وكانت عندي مسؤولية الأولاد والبيت رغم مساعدة زوجي لي في كل الأعمال المنزلية من طبخ، مسح، وغسل الملابس"، كانت تشعر بأنها غير قادرة على تلبية احتياجات طفلها "عند تقلب المزاج"، كانت تعاني من الإحباط عند رعاية طفلها "كنت أتوكل على الله، أقول يا رب أنا عبدك الضعيف لا تكلني إلى نفسي طرفة عين كنت أقول دائما بعد العسر يسر"، كانت تعاني من مشاعر الندم اتجاه نفسها وطفلها "لأني أحسست بأني ظلمت نفسي بما فيه الكفاية وأيضا طفلي لأني لست الأم التي يستحقها"، كانت الحالة تشعر بانخفاض في علاقتها الجنسية "كرهت تقرب زوجي لي"، كانت تنظر إلى نفسها نظرة شفقة في ظل المعاناة التي تشعر بها "كنت أشفق عليها لكن ليس بيدي حل"، كانت نظرة الناس إليها "كنت أراها

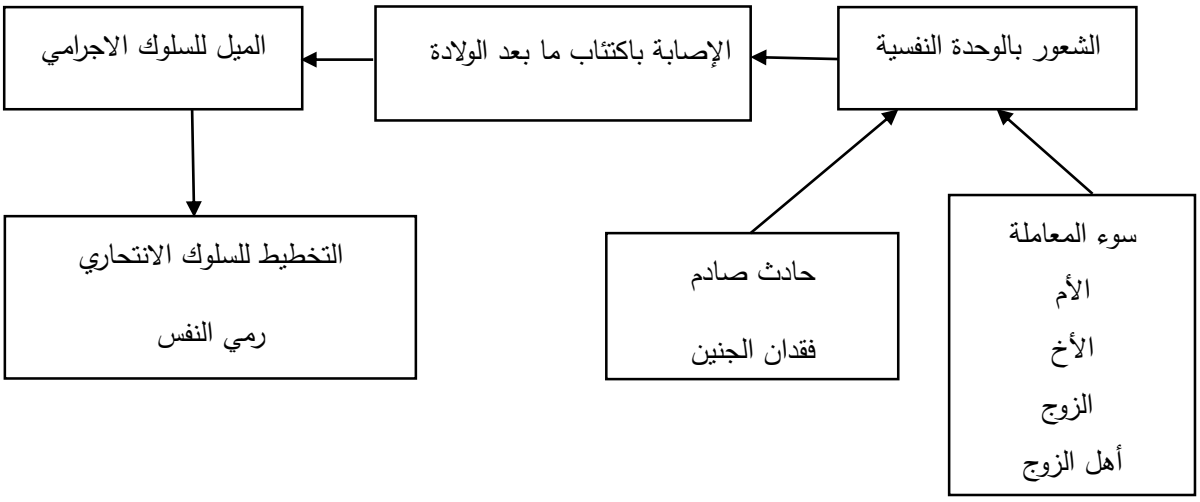
قاسية من قلة تفهمهم، كنت أراهم سعداء إلا أنا فقط دخلت في نفق مظلم ولا أحد يستطيع إخراجي، ويجب أن أخرج أنا نفسي منه كيف لا أدري كل محاولاتي فاشلة، وكنت أرى في عائلتي أنها ستضيع من دوني، زوجي سيتعب أو يصبح مكتب مثلي"، كانت تعاني الحالة من أفكار انتحارية "كنت أكره البيت، أكره ظلم الحياة، شعور مرعب، كنت أفكر في ماذا أفكر لا أدري، عقلي دائما مشوش، أصبحت أنام، ولا أنام شعور واحد، دائما متوترة كرهت الصباح، أأأأأأأه شعور لا أتمناه لعدوي، أردت الانتحار في البداية كانت مجرد أفكار ولكن كدت القيام بها، أردت رمي نفسي لأني أشعر بالحزن في داخلي"، كانت الحالة تشعر بالندم عندما تفكر في الانتحار "أنظر لأولادي وأبكي كيف أقوم بهذا الشيء وأتركهم"، لم تكن لدى الحالة أفكار لإيذاء طفلها الصغير ولكن كانت تلومه على وضعها "كنت أقول من أجلك صار لي هذا الشيء بعدها أحضنه وأبكي وأطلب منه السماح" أما الأكبر فكانت تضربه "في بعض الأحيان أنظر إليه نظرة كره إن صح التعبير ولكن سرعان ما أندم وأتغلب على نفسي"، ترى أن معاناتها من الاكتئاب أثرت على حياتها الأسرية والاجتماعية "تقلبت حياتي رأسا على عقب".

ج ـ خلاصة المقابلة:

يتضح من خلال تحليل محتوى المقابلة أن الحالة تعرضت لسوء المعاملة من طرف الأخ الأكبر عن طريق الضرب، ومن طرف الأم عن طريق التوبيخ والصراخ، وتعرضت لحدث صادم تمثل في فقدان الجنين، وفي فترة الزواج عانت من سوء المعاملة من طرف أهل الزوج ومن الزوج حيث كان يخاصمها ولا يتكلم معها، وكان ينسب عدم الإنجاب لها، حيث كانت تشعر في ظل هذه المعاناة من الوحدة النفسية.

أصيبت الحالة بالاكتئاب مرتين في الولادة الأولى لأنها كانت تعاني من مشكلات عاطفية مع الزوج، وفي الحمل الثالث عندما هاجرت الأم، لأنها كانت السند لها في ظل المعاناة التي تشعر بها حيث كانت تتوجه يوميا لبيت أهلها مما زاد شعورها بالوحدة النفسية في ظل المشكلات الزوجية التي كانت تتعرض لها بعد ولادة طفلها الأخير بدأت تظهر عليها أعراض اكتئاب ما بعد الولادة الكبير حيث كانت

تشعر بقلق شديد، ضيق في التنفس، أرق، فقدان الشهية، الرغبة في الصراخ بصوت عالي، الشعور بالغرابة، كره الولد خصوصا الأكبر لأنها ترى فيه صورة أخيها الأكبر، كانت الحالة تعاني من أفكار تدفعها إلى الميل إلى السلوك الإجرامي من خلال محاولة الانتحار عن طريق رمي نفسها. ويمكن تلخيص ما مرت به الحالة من معاناة نفسية من خلال الشكل التالي:



شكل رقم (18): مسار الحالة السابعة من الشعور بالوحدة النفسية إلى الميل للسلوك الإجرامي

د ـ تحليل نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة السابعة:

جدول رقم (47): نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة السابعة

الوحدة النفسية	الدرجة	التقدير
	118	**منخفضة**

يتضح من خلال نتائج المقياس أن الحالة تحصلت على درجة (118) وهذه النتيجة تقع في مجال (65 ـ 140) وهذا يدل على أن لديها مستوى منخفض من الوحدة النفسية.

هـ ـ تحليل نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة السابعة:

جدول رقم (48): نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة السابعة

الأبعاد	1	2	3	4	5	6	7	مجموع المقياس
الدرجة	25	25	24	24	23	21	19	161

يتضح من خلال نتائج المقياس أن الحالة تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة الكبير حيث بلغت الدرجة الكلية للمقياس (161)، تعاني من اضطرابات الأكل والنوم حيث بلغت الدرجة على هذا البعد (25) وهذا يشير إلى اضطرابات في الشهية وأنماط النوم، أما بعد القلق وعدم الأمن بلغت درجته (25) وهذا يدل على أن المرأة تعاني من القلق الشديد، بينما بعد التقلبات الانفعالية بلغت درجته (24) وهذا يدل على عدم الاستقرار العاطفي للحالة، في حين بعد الارتباكات العقلية بلغت درجته (24) وهذا يدل على وجود اضطرابات في التركيز وفي أداء المهام اليومية، أما فقدان الذات بلغت درجته (23) وهذا يدل على شعور المرأة بأنها على غير طبيعتها المعتادة، بينما بعد الذنب والعار بلغت درجته (21) وهذا يدل على شعور المرأة بالذب حول كفاءتها كأم، وفي الأخير بعد الأفكار الانتحارية بلغت درجته (19) وهذا يدل على أن الأم تعاني من أفكار حول إيذاء نفسها.

و ـ خلاصة الحالة السابعة من خلال الأدوات الثلاث لجمع المعطيات:

من خلال ما تم عرضه في المقابلة، ونتائج مقياس الوحدة النفسية ومقياس اكتئاب ما بعد الولادة، تبين أن الحالة تعاني من مستوى منخفض من الوحدة النفسية ومن اكتئاب ما بعد الولادة الكبير، كما أنها تميل إلى السلوك الاجرامي.

1 ـ 8 ـ عرض وتحليل مضمون المقابلة مع الحالة الثامنة:

أ ـ تقديم الحالة:

حالة تبلغ من العمر (38) سنة، من ولاية الجلفة، المستوى التعليمي جامعي، ماكثة في البيت، نوع السكن مستقل، الحالة الاقتصادية للأسرة عادية، تنحدر من أسرة مكونة من (3) ذكور وبنتين وهي في المرتبة الثانية، الحالة الاقتصادية لأسرتها متوسطة، الأب متوفي، الأم متوفية، الزوج عامل يومي، لديها طفلة عمرها (5) أشهر، مدة الزواج خمسة سنوات، نوع ولادتها قيصرية.

ب ـ عرض محتوى المقابلة:

كانت معاملة الأم لها "أمي كانت نور عيني، كانت صديقتي حبيبتي، كانت الهواء الذي أتنفس به، كنت أقرب بنت إليها"، كانت معاملة الأب لها "أبي رحمة الله كنا عيونه التي يرى بها، كان ينادينا بالكبدات، كان يحبنا أكثر من الذكور نشعر أنه صديقنا"، تعرضت الحالة لحدث صادم وهو موت الأب عندما كان عمرها (16) سنة "توفي وكنت في عمر 16 يعني في عمر كنت في أشد الحاجة إليه"، موت الأم عندما كان عمرها (34)، الإجهاض "أجهضت كل شيء في الحمام شبع عياط وسبان فيا. كي جات أختو لقات إبني في هذيك البركة لاصقين فيه لخواتات أنا معرفتش حطيتهم، تخيلي باه تمس فيه بالبالية هزاتو وحطاتو في ساشي، قلبي تعذب نحس فيها تعذب فيه".

كانت العلاقة مع الأب "جيدة"، مع الأم "جيدة"، كانت العلاقة بين الإخوة جيدة، العلاقة بين الوالدين جيدة، كان اختيار الزوج تقليدي، كانت العلاقة بالزوج سيئة "دايمن ميخلينيش نخرج ويقلي منحب تروحي لحتى بلاصة متستقبلي أحد يقلي أقعدي في لاكاج مسمي دارو قفص ربي يفرج من عندو، دايمن سب وشتم ينقص من قيمتي لا احترام لا جبر خاطر، دايمن يجرحوني بالكلام، والله نحوس على الاحترام، منحوس لا حب لا والو، لا يتركني أذهب إلى أهلي إلا مرة في شهر ونصف أو شهرين بالرغم من المسافة

بين داري ودارنا نصف ساعة، زاد عليا زوجي الحوايج لي نخاف منهم يديرهم مثلا كي يغلق باب الغرفة نقلو متغلقهاش يولي يغلقهم كامل، نقلو متخرجش يخرج، نقلو منقدرش نطيب عاد يشرط ولازم نطيب"

كانت تتعرض لمضايقات من طرف أهل الزوج "وأنا عروس عرفوا موعد دورتي وكل شهر يتصلون بي هل جاءت الدورة أم لا" خاصة بعد الإجهاض "بعد الإجهاض زادت مضايقتهم منعوني من تناول حبوب منع الحمل لكي أحمل بسرعة لأن الطبيب قالي لازم الرحم يولي لبلاصتو وترتاحي على الأقل 3 أو 6 أشهر، كي عدت عاقلة بزاف يتصرفوا في أدق التفاصيل" عندما ذهبت للطبية أعطيت لها منشطات "كانوا يعطوني منشطات للحمل نحس روحي فأر تجارب يعني في مدة 40 يوم ضربت زوج"، زادت سوء المعاملة عندما طالت فترة عدم الحمل "خويا لا باس عليه المشكل فيك إنت خطرة دارتلك روطار خطرة لكيست قادر خويا يجيب الأولاد حتى لوكان عمرو 75 سنة"، عندما تذهب لزيارتهم تعامل بطريقة سيئة "هي معندهاش الأولاد وإحنا ولادنا ما يخلونا نديرو والو غاضتني هذه الكلمة بزاف وجرحتني فوق ما تتصوري لاخاطر إذا نظفت داري يقولولي يخي معندكش الأولاد لي يوسخو الحالة وخلي وخلي ....."، اندهشت الحالة بعد الزواج من تصرفات زوجها "عند دخولي عنده تفاجأت بأشياء كثيرة، حسبي الله ونعم الوكيل، في خطبتي درت فيه ثقة وكذب عليا في حاجات كبيرة"، كانت معاملتها لإبنتها "أعاملها جيدا رضاعة تغيير ملابسها وغسلها وتحميمها ولكن لا أحس بها وأقاوم وأفعل لها كل شيء لكن لا أستطيع مداعبتها".

لم تعاني الحالة من أي أمراض عضوية، فقط اكتئاب ما بعد الولادة، كان الحمل مرغوب فيه، أصيبت الحالة بحادث إجهاض في العام الأول من الزواج، حيث كان عمر الجنين خمسة أشهر، حيث تعرضت للعنف المعنوي من طرف الزوج واتهمها بقتله "نهار فارقت حملي حملني كل المسؤولية وتهمني بقتله، عانيت الأمرين" في فترة الحمل شعرت الحالة " كنت أشعر بالخوف من فقدان جنيني مرة أخرى كنت كي نتوجع نتوسوس كشما صرالو لبيبي وكل يوم يمر ولا ألاحظ بوادر الإجهاض أفرح، وكنت نعيش

ضغوطات كبيرة من الزوج وأهله، وزاد لي وسواس الخوف من الموت خفت أن أموت ولم أرى ابنتي وتقعد ابنتي وحدها ولا إتموت هي وزاد لي خوف من كرونا، في الأشهر السبعة الأولى كان وسواس أن تموت ابنتي، في نهاية الشهر السابع حتى التاسع كان وسواس الخوف من الموت بمعنى خفت نموت ومنشوفش بنتي ونخليها لأني عانيت من اليتم ونقول شكون يربيها وشكون يبحث عليها خفت يزوج أبوها ويجيب زوجة تعذبها وغير ذلك من الوساوس"، كانت تشعر عند رؤيتها الأولى للطفلة بالفرح "يوم ولادة إبنتي سعدت بها كثيرا ومثل ما نقولوا بالعامية ما خليت ما ندير علما أني ولدت قيصرية درت عليها أرقى أنواع الحلويات وعقيقة كل شيء بيدي" شعرت عند احتضان طفلتها لأول مرة بالفرح، كان استقبال الأهل والزوج للطفلة بالفرح.

بعد الولادة عانت الحالة من ضغوطات كبيرة من طرف الزوج "لاه أنت فقط حملتي وولدتي وزاد يضغط عليا كي تبكي شوي أزربي رضعيها، إذا قاست روحها بالقيء بدليلها نديرلها شابو ينجيه يفتح النوافذ والبرد يقلي باش تزرب تكبر وأنا تاني ضربني هواء مسلاني ما نقدر نتحرك صدري مريض كل ما نرضع نموت بالسطر، كي ترقد شوي يقلي روحي أعجني طيبي، ديري خبز الدار، كي نخلص خدمة الدار نجي نرتاح ينوضهالي، تبقى تبكي التعب والراحة مكاش، تعبت جسديا ونفسيا"، كما أنها عانت من الضغط النفسي من طرف أهل الزوج "يحوسو نوكلها في شهرين، وإبرة (D3) كل شهر يمدولي وحدة نشربهالها، في الشهر الرابع قالولي وكليها شوفان، التمر، الموز، يعيطو بالكاميرا يقولولي رضعيها حطيها في عينيك كي شافوها مكبارتش قالولي دريلها حليب اصطناعي أعطاوني إسم الحليب كي شربتهولها رجعتهولي كامل وإتخنقت قريب ماتت" الضغط النفسي المتزايد جعلها تشعر بأنها غريبة عن إبنتها "نحس بلي أنا زوجة باباها ماش أمها وليت نتقلق ونخلي في قلبي ونبكي قعدت شهر او روحت دارنا زاد عليا الضغط منهم ومن الزوج والرقاد والراحة مكاش".

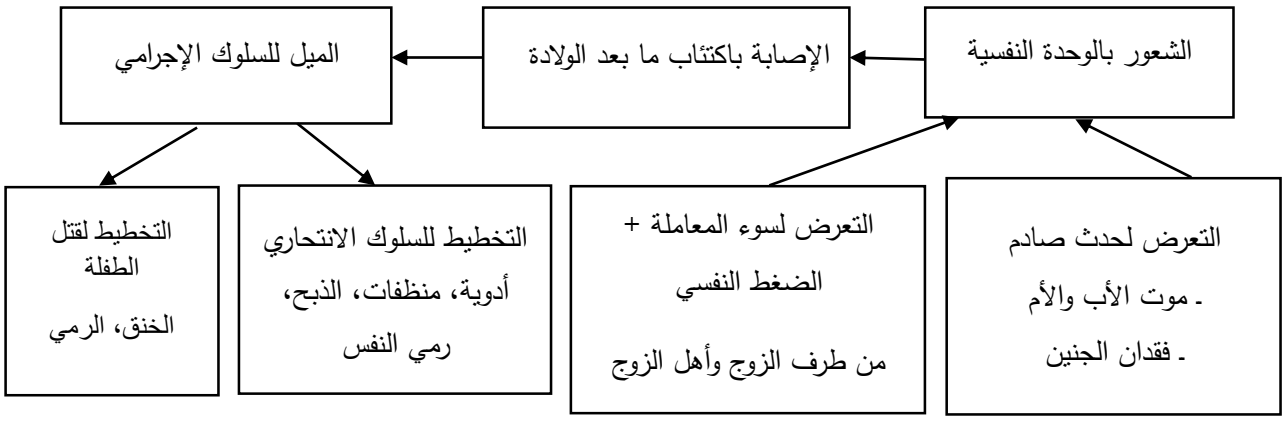
كانت تشعر بالحزن الشديد "جدا ولكن لم أكن أعرف لماذا ربما الخوف من خسارة أو موت إبنتي وأفقدها بعد 5 أيام مرضت وذهبت بها إلى الطبيب وطلب مني تحاليل وإدخالها للمستشفى ولكنها كانت ضعيفة بحكم أن حملي كان صعيب جدا، ظننت أنها النهاية وكيف يقومون بتحليل دمها وإدخال إبرة في يدها الضعيفة" "عند ذهابي بها إلى المستشفى والخوف كاد يصيبني الشلل خاصة وأنا أجمع حقيبتها لم تتصوري شعوري وعند ذهابي بها المستشفى ولما عاينتها الطبيبة قالت لي هذا الصفاير لا يستدعي دخولها المستشفى لم تتصوري مشاعري خوف، بكاء هستيري، فرح اختلط علي كل شيء"، كانت دائما تواجهها فترات من البكاء وتقلب في المزاج "متقلبة المزاج وكثيرة البكاء على أتفه سبب" كانت تشعر بالخجل "من العقالة بزاف عادو يعيطولي جايحة، أصلا أنا جد خجولة وأحيانا ألتزم الصمت"، كانت تشعر بأنها وحيدة "نحس روحي وحدي في حملي ونفاسي لأن عند حملي منعني من الذهاب إلى بيتنا ولم يكن أي أحد يزورني" تشعر بأنها منعزلة " كنت نحس روحي غريبة في هذه الدنيا، او حتى في وسط أحبابي وإخوتي" تشعر بأن أفراد أسرتها قد تخلو عنها "في الولادة أجل"، الحالة تتحدث مع أختها فقط حول المشكلات التي مرت بها "نحكي بصح ماشي كلش، والله كل وحدة فينا فيها ميكفيها، وأنا بطبعي حساسة يغيضوني، ونقول منزيدش عليهم" ليس لديها أشخاص يدعمونها ويقفون إلى جانبها، وليس لديها أشخاص يساعدونها في اتخاذ قراراتها، تعاني الحالة من اضطرابات في النوم "نغمض عيني شوي ونوض" المدة بين ما تذهب للسرير ووقت النوم 3 ساعات وتنهض في الليل لأن أفكار إيذاء نفسها وابنتها تؤثر على نومها، كانت تشعر بالتعب عند استيقاظها صباحا "غالبا" شهيتها للطعام منعدمة " منعدمة نشرب غير الماء"، كانت تشعر بتغير في نشاطها ومستوى تركيزها "الخدمة لي كنت نخدمها في ربع ساعة عدت نخدمها في ساعات، عدم التركيز، يهدر معايا واحد منردش، نسمع واش قالي بصح ننسى، نجي نخدم حاجة ننسى، واش كنت رايحة ندير"، لم تعد تستمتع بأي شيء "فقدت كل شيء"، تشعر بأنها غير قادرة على تلبية احتياجات طفلتها "أقاوم عند بكائها أو تحميمها أو تبديل ألبستها أو غسلهم"، كانت تقوم برعاية طفلتها وهي محبطة

"أنادي يا الله ونقلوا ساعدني ونرعاها بخوف وكي نرضعها نحطها ندعي ربي او نبكي، قالولي خواتاتي كي جيك فكرة باه تأذيها قاومي هزيها بوسيها، كنت كي نهزها نبقى نتغاشا والعرق يصب، قالولي يوم تتغاشاي، يوم طيحي، ومع الوقت تنقص المقاومة هي لي تشفيك، ودايمن نتفكر كلماتهم يدولي بنتي والله أيام جد صعبة وهذا المرض منتمناهش لأي أحد"، كانت تعاني من مشاعر الندم اتجاه نفسها وطفلتها "رغم أني أعتني بها لكن نقول ما ذنبها تكون عندها أم ضعيفة ومريضة"، تشعر بانخفاض في الرغبة الجنسية "أصبحت لا أطيق اقترابه مني"، كانت تنظر إلى نفسها في ظل المعاناة التي تشعر بها "تغيضني روحي نقول لاه غي أنا، تغيضني بنتي لستنيتها أعوام عدت نقول ياريتني مت أنا وياها عند النفاس"، لم تصرح الحالة بمرضها لزوجها وأفراد أسرته وكانت نظرتهم لها "من ملامح وجهي حاطيني تعب النوم، إخوتي البنات كي نحكيلهم يقولولي إنتي دخلتي روحك لهذه الحالة إنتي لي تخرجي روحك، زوجي يقلي أحمدي ربي الناس راهي تعاني وأنت شوي خلعة درتي هكا، زادو خوفوني خواتاتي قالولي لا كملتي هكذا يدولك بنتك ويعودو يقولوا مهبولة، علمتني هذه التجربة متلقاي غير ربي". كانت لدى الحالة أفكار لإيذاء نفسها وابنتها "انتحار أو قتل ابنتي"، حيث كانت أفكار قتل البنت "أرميها أو أخنقها"، بينما أفكار قتل الذات "دواء، منظفات، أو ذبح، أو رمي النفس من مكان عال، كانت كل ثانية كل دقيقة كانت عايشة في مخي وكل ما تشتد أضعف وأبكي بشدة وأناجي ربي مع الصلاة والذكر ولكن الأمر صعب، عند الضغوطات تأتي أكثر" ترى الحالة بأن المعاناة لم تؤثر على حياتها الأسرية والاجتماعية ولكن أثرت على الجانب النفسي لها بكثرة "حياتي الأسرية لم تتغير رغم معاناتي كنت قايمة بداري وبنتي وزوجي غير نفسي كرهت كل شيء".

ج ـ خلاصة المقابلة:

يتضح من خلال تحليل محتوى المقابلة أن الحالة تعرضت لحدث صادم تمثل في موت الأب، الأم، فقدان الجنين عندما كان عمره خمسة أشهر، كما أن الحالة تعرضت لسوء المعاملة من طرف أهل الزوج، وسوء المعاملة من طرف الزوج حيث اتهمها بقتل الجنين، ومنعها من الخروج من البيت ومنع من حضور أي شخص يأتي إليها ما عدى عائلته، وتعرضت للضغط النفسي المتزايد عندما طالت فترة الحمل بين الإجهاض وبين فترة الحمل، وفي مرحلة الحمل، وفي مرحلة ما بعد الولادة.

نتيجة للضغط النفسي وسوء المعاملة الذي كانت تتعرض له الحالة أدى إلى شعورها بالوحدة النفسية، في فترة الحمل كانت تعاني الحالة من الخوف الدائم من فقدان الجنين، مما أدى إلى إصابتها باكتئاب ما بعد الولادة حيث كانت تشعر بالتعب، انخفاض الرغبة الجنسية، الحزن الدائم، صعوبة في التقرب من الطفلة، الشعور بالذنب، نقص تقدير الذات، تغير في الشهية، الشعور بالوحدة النفسية، فقدان القدرة على التركيز والاستمتاع، الأرق، الشعور باليأس والعجز، وهذا ما دفعها إلى الميل إلى السلوك الإجرامي من خلال التخطيط لإيذاء طفلتها عن طريق القتل أو الخنق، والتخطيط لإيذاء ذاتها من خلال السلوك الانتحاري عن طريق تناول أدوية، منظفات، ذبح، رمي النفس، ويمكن تلخيص ما مرت به الحالة من معاناة نفسية من خلال المخطط التالي:



شكل رقم (19): مسار الحالة الثامنة من الشعور بالوحدة النفسية إلى الميل للسلوك الإجرامي

د ـ تحليل نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة الثامنة:

جدول رقم (49): نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة الثامنة

الأبعاد	الدرجة	التقدير
الدرجة	119	منخفضة

يتضح من خلال نتائج المقياس أن الحالة تحصلت على درجة (119) وهذه النتيجة تقع في مجال (65 ـ 140) وهذا يدل على أن لديها مستوى منخفض من الوحدة النفسية.

هـ ـ تحليل نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة الثامنة:

جدول رقم (50): نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة الثامنة

الأبعاد	1	2	3	4	5	6	7	مجموع المقياس
الدرجة	22	24	19	22	24	22	21	154

يتضح من خلال نتائج المقياس أن الحالة تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة الكبير حيث بلغت الدرجة الكلية للمقياس (154)، وتعاني من اضطرابات الأكل والنوم حيث بلغت الدرجة (22) وهذا يشير إلى اضطرابات في الشهية وأنماط النوم، والقلق وعدم الأمن حيث بلغت الدرجة (24) وهذا يدل على المرأة أن تعاني من القلق الشديد، التقلبات الانفعالية حيث بلغت الدرجة (19) وهذا يدل على عدم الاستقرار العاطفي للحالة، الارتباكات العقلية حيث بلغت الدرجة (22) وهذا يدل على وجود اضطرابات في التركيز وفي أداء المهام اليومية، فقدان الذات حيث بلغت الدرجة (24) وهذا يدل على شعور المرأة بأنها على غير طبيعتها المعتادة، الذنب والعار حيث بلغت الدرجة (22) وهذا يدل على شعور المرأة بالذب حول كفاءتها

كأم، والأفكار الانتحارية حيث بلغت الدرجة (21) وهذا يدل على أن الأم تعاني من أفكار حول إيذاء نفسها.

و ـ خلاصة الحالة الثامنة من خلال الأدوات الثلاث لجمع المعطيات:

من خلال ما تم عرضه في المقابلة، ونتائج مقياس الوحدة النفسية ومقياس اكتئاب ما بعد الولادة، تبين أن الحالة تعاني من مستوى منخفض من الوحدة النفسية ومن اكتئاب ما بعد الولادة الكبير، كما أنها تميل إلى السلوك الاجرامي.

عرض وتحليل مضمون المقابلة مع الحالة التاسعة:

أ ـ تقديم الحالة:

حالة تبلغ من العمر (27) سنة، من ولاية الجلفة، المستوى التعليمي متوسط، ماكثة في البيت، تسكن مع أهل الزوج، تنحدر من أسرة مكونة من (10) ذكور و(4) إناث، وهي في المرتبة الخامسة، الأب متقاعد، الأم ماكثة في البيت، الزوج عامل نظافة، مدة الزواج (8) سنوات، المستوى الاقتصادي للأسرة متوسط، لديها ثلاث أولاد ذكر وبنتين، عمر الرضيع (7) أشهر من جنس ذكر، وكان نوع ولادتها طبيعية.

ب ـ عرض محتوى المقابلة:

كانت معاملة الام لها "كنت أتمنى أن تكون أمي قريبة مني كصديقة لي وكنت عندما أخطا كانت أمي تضربني وأخافها جدا"، كانت معاملة الأب لها "عادية جدا لا يوجد حنان ولكن طيب ويحبنا"، الحالة عاشت في بيت جدها مع زوجته الثانية "أجل لكن ليس عن قناعة تامة سألتني جدتي أمام أمي وقبلت البقاء معها لأني خجلت منها وجدتي ليست أم أبي بل هي زوجة جدي جاءت بعد جدتي الحقيقية لكن منذ صغري لم أرى سوى هذه الجدة"، كانت معاملة الجدة لها "طيبة وأحيانا تقول لي كلام جميل لكن لا يوجد أحضان

لا من قبل أمي ولا جدتي الحضن الذي أردته وفي الفترة الأخيرة كانت تعامل زوجة ابنها الحقيقي وأولاده معاملة جيدة جدا وأحسست بفرق أنهم أحفادها الحقيقين وكذلك حفيدتها ابنة ابنتها أصغر مني ب7سنوات عندما تأتي عندنا أغار لما تشتري لها وتشتري لابنتها الحقيقية أيضا أغار جدا أنا أيضا تشتري لي لكن فالأعياد وأحيانا مرة فصيف ... وكانت تنقصني أشياء كثيرة وأخجل أن أقول لها..، وأنا كنت أقوم بأعمال التنظيف كلها الطبخ أنا وجدتي الاثنان معا، يعني لم أبقى إلا للمساعدة وأعمال المنزل وهي مريضة من مفاصل" كانت معاملة أعمام لها "كنت في بيت فيه مشاكل أعمامي منهم من هو سكير ومن هو مريض ويتناول أدوية أعصاب و أخر عصبي ويحب مشاجرتي وضربي"، كان الأب والأم يميلون "أمي وأبي يميلون أكثر لأختي الكبيرة وأخي الوحيد لأن لدينا أخ وحيد"، كانت تشعر الحالة في ظل تمييز الوالدين "فالبداية بالغيرة والأن لم يعد يهمني، كنت أحس أني ينقصني حنان"، واجهت الحالة عدة أحداث أثرت فيها نفسيا "عمي يسكر ويأخذ الحبوب المهلوسة يخيفني عندما يأتي للبيت سكران لكنه يعاملني باحترام أفضل من جميع أعمامي، وهناك عمي أخو أبي عصبي ولا يحب لبنات ويحب لمشاكل معي وأحيانا يضربني وكنت أكرهه "، كانت تعامل بقسوة وبطريقة معنفة "من واحد من أعمامي وكان يعاملني أحيانا بقسوة بالكلام وإما ضرب فأحيانا قليلة وصحيح هو ضربة أو اثنان يعني ضرب خفيف لكن يبقى ضرب"، كانت تتصرف الحالة من سوء المعاملة من طرف عمها "أخاف جدا ولا أحب إظهار دموعي وفي الليل أبكي كثيرا".

كانت علاقتها مع الأب "طيب وهو فقير على قد حالو كان يوفر لنا الأشياء التي يستطيع عليها، ولم تكن علاقتنا وطيدة يعني عادية وهو طيب ولا يضربنا"، كانت علاقتها بالأم "طيبة ولكن كنت أفتقد الحنان والاحتضان أرى الاحتضان في المسلسلات كنت أتمنى أن تكون علاقتنا أقوى كصديقتي وتنصحني أحيانا عندما أذهب إليهم (3) أيام في الشهر تفرح بي وتطبخ لي ما أحب ولم أكن أخبرها بكل ما يحدث لا أعلم لماذا، لكن أظن أن الضرب في الصغر يأثر لأنه عندما كنت صغيرة وكنت أسكن مع جدتي وأمي تسكن كذلك في بيت جدتي عندما نخطأ أنا وإخوتي تضربنا"، كانت علاقتها مع الإخوة "عادية"، كانت

العلاقة بين الوالدين "أحيانا عادية وأحيانا شجارات خفيفة في بيت جدي وعندما سكنوا في بييتهم أصبحت شجارات أكثر وتنتهي بسرعة أمي تدابز أبي على أتفه الأسباب"، كانت تشعر أثناء شجار والديها "أحزن كنت أتمنى أن لا يتشاجروا أبدا لا أحب ذلك".

نوع الزواج تقليدي، لم تكن الحالة في البداية ترغب في الزواج "في البداية لا ليس الشخص بل لم أكن أريد الزواج وكنت أخجل أن أقول لجدي وجدتي لا"، سبب الخجل "كنت في طبعي فتاة أخجل من الرجال حتى من النظر في وجوههم وزوجي كنت أخجل من الزواج بمجرد أن أتذكر العلاقة الزوجية أخجل جدا جدا، عكس باقي الفتيات في أقاربي كن يردن الزواج ولا يخجلن أبدا، وكذلك عدم اختلاطي بالأولاد في المدرسة والشارع لأنه كنت أعلم أن أعمامي سيغضبون من ذلك حتى عندما كنت صغيرة كانوا عند آذان المغرب عندما يأتون من العمل ينادونني عندما يروننني ألعب مع صديقاتي البنات وعندما صرت بعمر 12سنة صاروا حتى المساء عندما يروونني مع صديقاتي ينادونني وبعدها بسنة ...حجبوني ..لا أعلم اسمها باللغة عربية، وعند بيام عند حصولي على شهادة المتوسط أوقفوني عن الدراسة بحجة الاختلاط، ببساطة ...معقدين"، كانت العلاقة بالزوج "في البداية فيها خجل وعدم قدرة على الاندماج والأن بعد مرور 8 سنوات أحببته شخص رائع وأخلاقه وصلاته كل شيء يعجبني فيه.....في البداية لم أعش أوقات جميلة لأنه لم أكن أريد الزواج وفي الحقيقة كنت أخجل جدا جدا والان عادي"، كانت العلاقة مع أهل الزوج " في البداية لم أستطع التأقلم كنت أخاف كثيرا من عزوجتي كتجبدلي موضوع مثلا أمك دارت بكري ولا خالتك نخاف ياسر ومنعرفش نجاوب ونحمار ونحس سخانة فوجهي، وأخوات زوجي مكنتش نعرف نجاوب ونتلعثم وكنجبدو موضوع يعود قلبي يدق بسرعة وخوف لأن عجوزتي من أقربائي، كانوا كيقولولي كلمات تجرح ومنجاوبش تغيضني طول ليل"، كانت الحالة تشعر قبل الزواح وبعد الزواج "قبل الزواج كنت مش حابة زواج ولكن أحيانا كنخمم نقول نتفك من عقدة أعمامي وبعد الزواج عدت نكره حاجة فبيت شيخي هي كثرة الهدرة وكثرة القيل والقال عدت نتحصر على بيت جدي لأن بيت جدي بكل مساوئ تاعهم مكانتش عندهم

لقيل والقال وحاجة ندمت عليها أنو تزوجت بوحيد أهلو"، كانت معاملتها لأولادها "كنت مقصرة في حقهم وعدت عصبية نتعصب بسرعة ونعيط على بنتي وأحيانا نضربها لكن بعد ما نهدأ نندم بزاف، وإبني نفس الشيء مرضت بيه وحبيتو عتبرت أني نحيتلو حقو من الرضاعة"، لم تعاني الحالة من مشكلات في علاقتها الزوجية سوى مشكلة الخجل "في بداية العلاقة كنت أخجل".

لم تعاني الحالة من أي أمراض عضوية سوى مرض اكتئاب ما بعد الولادة وهي تحت مراقبة الطبيب العقلي.

كان الحمل مرغوب فيه، أصيبت الحالة بحادث إجهاض واحد بعد ابنها الأول، كانت تتعرض في فترة الحمل لمضايقات من طرف أهل الزوج، بعد الولادة شعرت "في الأيام الأولى سعيدة رغم الخياطة كانت توجعني لكن بعد أسبوعين تبدأ غمامة سودا تدخل حياتي لي هي اكتئاب، عندما يأتي الصباح أخاف، قلة النوم، أحس أني لست بخير، أكره طفلي، لا أكل، قلق، توتر، كره الحياة" عند رؤيتها للمولود أحست "فرحت به"، شعرت عند احتضان طفلتها "شعور رائع عندما تحضني قطعة منك"، كان استقبال الأهل والزوج "فرحين بكل أولادي".

كانت تشعر بالحزن الشديد "عندما يبدأ الاكتئاب والوسواس تظلام الدنيا في عيني، أنت مريضة ومكيش رايحة تبراي، وكنلقا روحي كارهة كلش، نعرف روحي مريضة ونفس الهدرة تتعاود وفي راسي نقول كيفاه رايحة نكمل حياتي"، واجهتها فترات من البكاء وتقلب في المزاج "تقلب المزاج نعم، أما البكاء فقليلا لأنه لم أستطع البكاء تمنيت البكاء لراحتي لم أبكي إلا قليلا ولم أتنفس"، كانت تشعر بالخجل "أحيانا لأنو مكنتش نعرف واش صاريلي ولا فاهمة شيء، وشعرت أن علي أن أخفي ما فكرت به وما شعرت به اتجاه الجميع "، كانت تشعر بأنها وحيدة "نعم كثيرا لأنه لم يفهم أحد ما أمر به"، كانت تشعر بأنها منعزلة عمن حولها "دائما الانطواء، كنت أشعر بذلك لأنهم لم يستطيعوا فهم ما أشعر به يقولولي موسوسة روحي

إستغفري راك قاموسوسة قتلهم نتمنى تمرو لمدة ثواني برك وشراه صاريلي تحسو"، كانت تشعر بأن أفراد أسرتها لم يتخلوا عنها وإنما لم يفهموا ما مرت به "لا لم يتخلوا عني يحاولون إسعادي لكن مقدروش يفهموا معاناتي لأنوا مرض نادر في أقاربي حتى أنا إذا تكلمت منقدرش نوصف بالتفصيل واش صاريلي لأنو كلمات متوصفش واش نعاني"، لا يمكنها التحدث عن كل مشكلاتها مع عائلتها وأصدقائها "أشياء نعم وأشياء لا"، لديها أشخاص يساعدونها في إتخاذ قراراتها "أحيانا كثيرة أحب الإستشارة"، لديها أشخاص يساعدونها في إتخاذ قراراتها "يوجد يدعمونني لكن لا يعرفون ما أمر به يحاولون على الأقل".

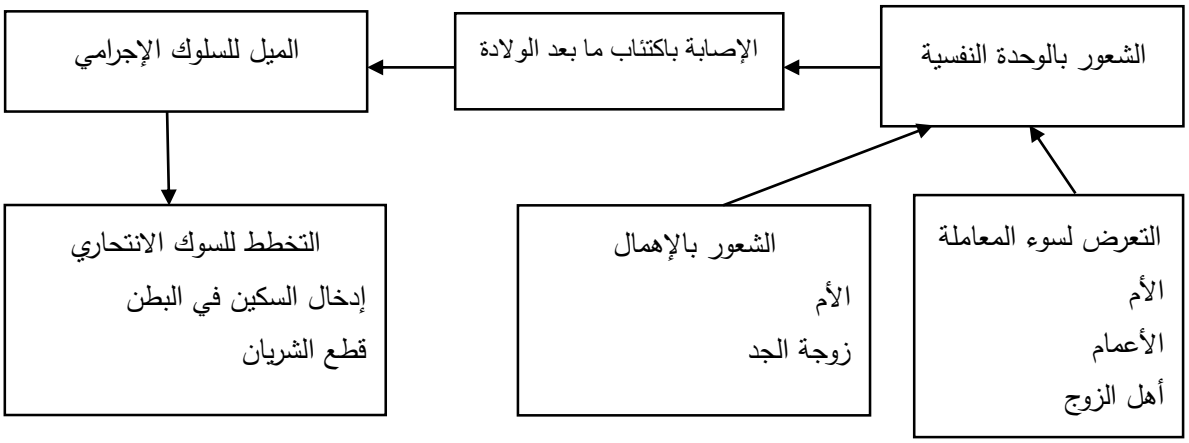
تعاني الحالة من اضطرابات في النوم "لا كنت لا أنام حتى طلوع النهار حتى أني أتثائب ولا يمكنني النوم، راني منرقدش خلاص طول نتم هك ومنستحملش ويعني أفكار تسودلي كل شيء" تعاني الحالة من أفكار سلبية تؤثر على نومها "أفكار سلبية متخطينيش نهار كامل وكنعود نرقد نفكر فيها منرقدش ونكره حياتي كنلقا راسي يحرق فيا من كثرة الأفكار وكمنرقدش نزيد نتشائم ونكره شعور صعيب ياسر حتى بكلمات مقدرتش نوصفوا نقول كفاه كنعيش حياتي هكذا ونخاف منقدرش نتحمل وندير حاجة وننهي حياتي أستغفر الله" عندما تستيقظ صباحا تشعر بالتعب "نعم خمول وكسل"، شهيتها للطعام "شبه منعدمة كنت لا أفكر أبدا فالأكل ولا أشتهيه أبدا كنت أفكر فوضعي ومرضي فقط حتى أن بطني كانت تصدر أوصوات جوع لكن شهيتي كانت مسكرة"، كانت تشعر بتغير في نشاطها ومستوى تركيزها "بسبب مرضي كان مفشلني وكل ما نلقى روحي نخمم ومكتفة نكره كلش حتا الخروج نكرهوا وكل مجهودي عندي صعيب نخدمو وتركيزي كان ناقص جدا بيا نخمم"، لم تعد تستمتع بأي شيء" لم يعد يهمني كالسابق وأكسسوارات ومكياج أصبح كل شيء لا معنى له"، شعرت بأنها غير قادرة على تلبية احتياجات طفلها "كنت مقصرة لأنو عدت عصبية يعني في السابق نطول باه نعصب أما الأن نتعصب بسرعة ونعيط"، كانت تقوم برعاية طفلها وهي محبطة "كنت عند أمي كانت تقوم برعاية إبني كنت لا أفعل شيء حتى الأن أنا بالسيف نعمل صوالح دار"، كانت تعاني من مشاعر الندم اتجاه أطفالها "نندم كنضربها وابني كنت نحس أني مقصرا معاه واش

ذنبو ميرضعش كما باقي الأولاد واش ذنبو أنو ميديش لحنان لازم من أمو"، كانت تعاني من انخفاض الرغبة الجنسية "لا أرغب بها"، كانت تنظر إلى نفسها في ظل المعاناة التي تشعر بها "نلوم روحي ونقول مطقتش على هذا لمرض ومقاومتش"، كانت نظرة الناس إليها "لا أعلم ما تخفيه أنفسهم"، لم تكن لدى الحالة أفكار لإيذاء طفلها "لم أفكر في إيذاء طفلي كنت أقول عند موتي سوف تعتني به أمي وأنا سأرتاح"، كانت تعاني الحالة من أفكار دائمة لإيذاء نفسها "نعم كانت عندي أفكار انتحار للتخلص من معاناتي"، كانت تفكر في الانتحار عن طريق "نقول ندخل خدمي فبطني ولا نقطع شرياني وبعدها نتفكر أنو لينتحر مصيرو جهنم نستغفر وتغيضني أنو ملقيتش حل وبعدها نهار كامل تبقا لفكرة تراود فيا وفي نفس الوقت حابة نتفك من هذه الفكرة ومنقدرش"، ترى أن عدم قدرتها على تحمل المعاناة أدى بها إلى التفكير في الانتحار "منقدرش نعيش مع هذه الوسوسة كل ثانية تجيني منقدرش نعيش مع هذا الاكتئاب راني كارهة كلش وكيزيد علي الحال نخاف أني منقدرش نصبر ونقتل روحي"، ترى بأن معاناتها من الاكتئاب أثرت على حياتها الأسرية والاجتماعية "دائما نحس روحي مستحيل نرجع كيما قبل محسيتش روحي رجعت كيما كنت، مكنتش نعاني مشاكل نفسية يعني نتمنى صحة بكري ترجع".

ج ـ خلاصة المقابلة:

يتضح من خلال تحليل محتوى المقابلة أن الحالة كانت تشعر بالوحدة النفسية منذ الطفولة حيث كانت تفتقد للحب من طرف محيطها الأسري خصوصا الأم، وكانت تتعرض لسوء المعاملة من طرف الأم عن طريق الضرب، وسوء المعاملة من طرف الأعمام عن طريق الضرب، الشتم، منعها من الخروج من البيت، توقيفها عن الدراسة، وشعورها بالإهمال خصوصا من طرف الأم ومن طرف زوجة الجد، سوء المعاملة من طرف الأعمام ومنعها من الاختلاط أثر عليها وعلى شخصيتها وجعلها تشعر بالخجل من الجنس الأخر، وفي فترة الزواج تعرضت الحالة أيضا لسوء المعاملة من طرف أهل الزوج حيث كانوا يسخرون عليها وعلى أهلها.

كانت الحالة تشعر بعد فترة الولادة بالأرق، فقدان الشهية، قلق، توتر، الوحدة النفسية، التعب، انخفاض الرغبة الجنسية، فقدان القدرة على الاستمتاع، كل هذه الأعراض أدت إلى إصابتها باكتئاب ما بعد الولادة وميلها إلى التفكير في السلوك الاجرامي من خلال التخطيط للسلوك الانتحاري عن طريق إدخال السكين في البطن أو قطع الشريان، ويمكن تلخيص ما مرت به الحالة من خلال المخطط التالي:



شكل رقم (20): مسار الحالة التاسعة من الشعور بالوحدة إلى الميل للسلوك الاجرامي

د ـ تحليل نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة التاسعة:

جدول رقم (51): نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة التاسعة

الوحدة النفسية	الدرجة	التقدير
	215	مرتفعة

يتضح من خلال نتائج المقياس أن الحالة تحصلت على درجة (215) وهذه النتيجة تقع في مجال (185 ـ 260) وهذا يدل على أن لديها مستوى مرتفع من الوحدة النفسية.

هـ ـ تحليل نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة التاسعة:

جدول رقم (52): نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة التاسعة

الأبعاد	1	2	3	4	5	6	7	مجموع المقياس
الدرجة	22	24	21	24	25	24	20	160

يتضح من خلال نتائج المقياس أن الحالة تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة الكبير حيث بلغت الدرجة الكلية للمقياس (160)، وتعاني من اضطرابات الأكل والنوم حيث بلغت الدرجة على هذا البعد (22) وهذا يشير إلى اضطرابات في الشهية وأنماط النوم، أما بعد القلق وعدم الأمن بلغت درجته (24) وهذا يدل على المرأة أن تعاني من القلق الشديد، بينما بعد التقلبات الانفعالية بلغت درجته (21) وهذا يدل على عدم الاستقرار العاطفي للحالة، في حين بعد الارتباكات العقلية بلغت درجته (24) وهذا يدل على وجود اضطرابات في التركيز وفي أداء المهام اليومية، أما بعد فقدان الذات بلغت درجته (25) وهذا يدل على شعور المرأة بأنها على غير طبيعتها المعتادة، بينما بعد الذنب والعار بلغت درجته (24) وهذا يدل على شعور المرأة بالذب حول كفاءتها كأم، وفي الأخير بعد الأفكار الانتحارية بلغت درجته (20) وهذا يدل على أن الأم تعاني من أفكار حول إيذاء نفسها.

و ـ خلاصة الحالة التاسعة من خلال الأدوات الثلاث لجمع المعطيات

من خلال ما تم عرضه في المقابلة، ونتائج مقياس الوحدة النفسية ومقياس اكتئاب ما بعد الولادة، تبين أن الحالة تعاني من مستوى مرتفع من الوحدة النفسية ومن اكتئاب ما بعد الولادة الكبير، كما أنها تميل إلى السلوك الاجرامي.

1 ـ 10 ـ عرض وتحليل مضمون المقابلة مع الحالة العاشرة:

أ ـ تقديم الحالة:

حالة تبلغ من العمر (29) سنة من ولاية ميلة، المستوى التعليمي جامعي، ماكثة في البيت، نمط السكن مستقل، تنحدر من أسرة مكونة من (2) ذكور و(4) إناث، وهي البنت الكبرى، الأب يعمل معلم، الأم ماكثة في البيت، الزوج يعمل في الجيش، مدة الزواج أربع سنوات، الحالة الاقتصادية للأسرة متوسطة، عمر الرضيع (10) أشهر من جنس أنثى، وكان نوع ولادتها طبيعية.

ب ـ عرض محتوى المقابلة:

كانت معاملة الأم لها "أفضل معاملة"، كانت معاملة الأب لها "حسنة"، كانت معاملة الوالدين بين الأولاد متساوية، كانت معاملة الجدة لها "بكل حنان" واجهت عدة أحداث أثرت فيها نفسيا موت الأم عندما كان عمرها (16) سنة "شعرت بحزن شديد"، موت ابنها الأول "ولادتي الأولى طفل ولد في الشهر السابع ساعات وتوفي لأنه كان عنده مشكل في التنفس لأن الرئة لم تكتمل".

كانت علاقتها بالأب "جيدة"، مع الأم "جيدة"، مع الإخوة "جيدة"، كانت العلاقة بين الوالدين "متحابين"، كان نوع زواجها "عن قناعة وحب"، كانت علاقتها بالزوج "عادية"، كانت علاقتها بأهل الزوج "لا مشاكل بيناتنا هم جيراني أذهب إليهم ويأتون إلي"، كانت تشعر قبل الزواج "حياة جميلة منذ ولادتي تغيرت حياتي وساءت كرهت البيت والزوج والمسؤولية"، كانت معاملتها لابنها "يقلقني كثيرا من صراخه من بكائه أحمله وأخرج عند أم زوجي أو عند أعمامه"، عانت من مشكلات في علاقتها الزوجية "زوجي بعيد عني تغيرت كثيرا حياتي من حياة مرحة إلى فتاة مسؤولة في ظروف صعبة، العيش دون زوج"

لم تعاني الحالة من أي أمراض سوى مرض اكتئاب ما بعد الولادة وكانت تحت مراقبة الطبيب العقلي.

كان الحمل مرغوب فيه "نعم كثيرا، لم تصب بحوادث إجهاض، كانت تشعر في فترة الحمل "مع الحمل يزداد قلقي أتفلق من أتفه الأسباب، أخاف كثيرا من فقدان إبني وحتى الأن أخاف عليه أخاف أن أفقده"، كانت تشعر بعد الولادة "بفرح وبعد شهر حصل اكتئاب من مرض صغيري تقلقت كثيرا وحتى الأن أخاف عليه، بعدها جاني اكتئاب"، أحست عند رؤيتها الأولى للمولود "دهشة لم أصدق أن لدي طفل أنجبته"، شعرت عند احتضان طفلها "فرحة".

كانت تشعر بالحزن الشديد "حزنت كثيرا عند مرض ابني خفت أن أفقده"، واجهتها فترات من البكاء وتقلب في المزاج "نعم كثيرا بعد الولادة كنت حساسة جدا أتحسس من أتفه الأشياء"، كانت تعاني من الخجل "عند التجمعات"، كانت تشعر بالوحدة النفسية "أصلا أعيش بمفري دائما نحس بها مكاش لي يحس بيا"، كانت تشعر بأنها منعزلة عمن حولها "بسبب الحزن الذي أشعر به أنا لا أستمتع بوجودي مع الأخرين"، لا تشعر بأن أفراد أسرتها قد تخلو عنها وإنما لم يفهموا ما تمر به من معاناة "مفهمونيش"، يمكنها التحدث عن مشكلاتها مع عائلتها وأصدقائها، لا يوجد لديها أشخاص يساعدونها في إتخاذ قراراتها، ليس لديها أشخاص يدعمونها ويقفون إلى جانبها.

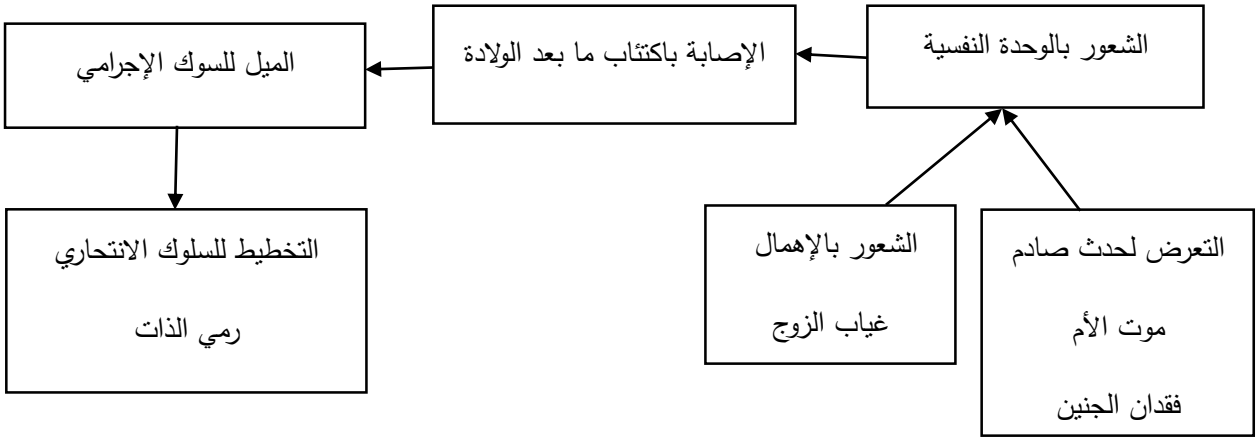
تعاني الحالة من اضطراب في النوم "سيء جدا"، المدة بين ما تذهب للسرير ووقت النوم "تصل إلى ثلاث ساعات أو أربع ساعات"، عندما تنام في الليل "أحيانا أستيقظ ولا أستطيع العودة"، عندما تستيقظ صباحا تشعر بالتعب "كثيرا"، شهيتها للأكل "قليلة"، تشعر بتغير في نشاطها ومستوى تركيزها "نعم كثيرا قلة نشاط وقلة تركيز في كل شيء حتى في أعمال البيت"، لم تعد تستمتع بأي شيء "لا أعرف أشعر باليأس، الحزن طول الوقت"، تشعر بأنها غير قادرة على تلبية احتياجات طفلها "أشعر بالعجز والكسل"، كانت تقوم برعاية طفلها وهي محبطة "أقاوم"، كانت تعاني من مشاعر الندم اتجاه طفلها "نحس روحي بلي مقصرة مع ابني"، تشعر بانخفاض الرغبة الجنسية، كانت تنظر إلى نفسها في ظل المعاناة التي تشعر بها "أني جد

حزينة ويائسة"، كانت نظرة الناس إليها "عادية"، كانت تعاني الحالة من أفكار لإيذاء نفسها من خلال الانتحار "نرمي روحي"، ترى الحالة بأن معاناتها من الاكتئاب أثرت على حياتها الاسرية والاجتماعية "تغير كبير في حياتي".

ج ـ خلاصة المقابلة:

يتضح من خلال تحليل محتوى المقابلة أن الحالة تعرضت لحدث صادم تمثل في موت الأم، وفقدان الجنين حيث كانت تعاني في فترة الحمل من الخوف الدائم من فقدان الجنين وعانت أيضا من الوحدة النفسية نتيجة لغياب الزوج عنها، حيث عاشت هذا الخوف وحدها ولم تجد أي شخص يخفف عنها هذا الشعور.

بعد شهر من الولادة بدأت تظهر عليها أعراض الاكتئاب نتيجة لمرض الطفل حيث كانت تشعر بانه ستفقد ابنها ومن بين الأعراض الي ظهرت عليها الحزن، الأرق، فقدان الشهية، الشعور بالوحدة النفسية، فقدان الاستمتاع، فقدان القدرة على التركيز، انخفاض الرغبة الجنسية، وهذا ما أدى بالحالة إلى الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة والميل إلى السلوك الإجرامي من خلال التخطيط للسلوك الانتحاري عن طريق رمي الذات. ويمكن تلخيص ما مرت به الحالة من معاناة من خلال المخطط التالي:



شكل رقم (21): مسار الحالة العاشرة من الشعور بالوحدة النفسية إلى الميل للسلوك الإجرامي

د ـ تحليل نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة العاشرة:

جدول رقم (53): نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة العاشرة

الوحدة النفسية	الدرجة	التقدير
	176	متوسطة

يتضح من خلال نتائج المقياس أن الحالة تحصلت على درجة (173) وهذه النتيجة تقع في مجال (141ـ 184) وهذا يدل على أن لديها مستوى متوسط من الوحدة النفسية.

هـ ـ تحليل نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة العاشرة:

جدول رقم (54): نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة العاشرة

الأبعاد	1	2	3	4	5	6	7	مجموع المقياس
الدرجة	25	22	25	22	22	25	19	160

يتضح من خلال نتائج المقياس أن الحالة تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة الكبير حيث بلغت الدرجة الكلية للمقياس (160)، وتعاني من اضطرابات الأكل والنوم حيث بلغت الدرجة على هذا البعد (25) وهذا يشير إلى اضطرابات في الشهية وأنماط النوم، أما بعد القلق وعدم الأمن بلغت درجته (22) وهذا يدل على المرأة أن تعاني من القلق الشديد، بينما بعد التقلبات الانفعالية بلغت درجته (25) وهذا يدل على عدم الاستقرار العاطفي للحالة، في حين بعد الارتباكات العقلية بلغت درجته (22) وهذا يدل على وجود اضطرابات في التركيز وفي أداء المهام اليومية، أما بعد فقدان الذات بلغت درجته (22) وهذا يدل على شعور المرأة بأنها على غير طبيعتها المعتادة، بينما بعد الذنب والعار بلغت درجته (25) وهذا يدل على شعور المرأة بالذب حول كفاءتها كأم، وفي الأخير بعد الأفكار الانتحارية بلغت درجته (19) وهذا يدل على أن الأم تعاني من أفكار حول إيذاء نفسها.

و ـ خلاصة الحالة العاشرة من خلال الأدوات الثلاث لجمع المعطيات:

من خلال ما تم عرضه في المقابلة، ونتائج مقياس الوحدة النفسية ومقياس اكتئاب ما بعد الولادة، تبين أن الحالة تعاني من مستوى متوسط من الوحدة النفسية ومن اكتئاب ما بعد الولادة الكبير، كما أنها تميل إلى السلوك الاجرامي.

1 ـ 11 ـ عرض وتحليل مضمون المقابلة مع الحالة الحادية عشر:

أ ـ تقديم الحالة:

حالة تبلغ من العمر (25) سنة، من ولاية ميلة، المستوى التعليمي ثانوي، ماكثة في البيت، نمط السكن مستقل، تنحدر من أسرة مكونة من (4) ذكور و(3) إناث، وهي في المرتبة الثامنة، الأب متقاعد، الأم ماكثة في البيت، الزوج يعمل تاجر، مدة الزواج عام ونصف، المستوى الاقتصادي للأسرة عادي، عمر الرضيع (3) أشهر من جنس أنثى، وكان نوع ولادتها قيصرية.

ب ـ عرض محتوى المقابلة:

كانت معاملة الأم لها "أمي كانت حنونة أكثر من أبي"، كانت معاملة الأب لها "أبي لا حنون لا قاسي عادي"، كانت معاملة الأب والأم متساوية بين أولادهم، تعرضت لعدة أحداث صادمة أثرت فيها نفسيا منها وفاة الجدة التي كانت جد مقربة منها عندما كان عمرها (20) سنة "كانت رائعة جدا كنت أحبها وتحبني"، وفاة أستاذتها التي كانت تحبها جدا بمرض الربو، وفاة أم الزوج بسكة قلبية عندما كانت في الشهر الثالث من الحمل لم تعامل بقسوة وبطريقة معنفة في محيطها الأسري.

كانت علاقتها بالأم "أمي كانت جيدة، أحب أمي كثيرا ومكنت أعتقد أنو يجي يوم وأتركها لوحدها وهيا أيضا"، كانت علاقتها بالأب "أبي ما يضربنا ولا يعصب علينا بس ما بيتكلم معانا"، كانت علاقتها بالإخوة "لبنات جيدة ذكور سيئة خاوتي ميحبوش يسقسوا عليا"، كانت العلاقة بين الوالدين "مليحة"، كانت

علاقتها بالزوج "جيدة"، كانت علاقتها بأهل الزوج "مع أب الزوج سيئة كان حاب يخرجنا من الدار كل يوم يسب فينا"، كانت تشعر بعد الزواج "قبل الزواج عادي بعد الزواج بالفرح"، كانت معاملتها مع ابنتها "منحسش بالأمومة نعاملها عادي، لا أعرف منحسش بيها نحسها غريبة معندي حتى شعور"، لم تعاني من مشكلات في علاقتها الزوجية.

كان الحمل مرغوب فيه، لم تصب بحوادث إجهاض، كانت تشعر في فترة الحمل "الحزن وخفت على زوجي لأن زوجي عصبي ولما أبوه قرر يزوج على أمو خفت من ردة فعلو لأن كان شجار بينه وبين أبوه، وفي الشهر الأخير من الحمل كنت نخاف يحكمني المغص منقدرش نولد ونموت ومنشوفش بنتي وليت ندعي ليل مع نهار نشوف بنتي، أو بعدين جاني بكاء، خوف على بنتي أنو مرح نشوفها وبعدين نموت، وكانت تجيني بلي رايحة تصرالي سكتة قلبية وتأتيني فكرة كيف تكون بنتي وكيف يعيشون وأنا ميتة"، كانت تشعر بعد الولادة "عشرة أيام مبسوطة مبعد نقلبت حياتي حكمني الاكتئاب، حزن، بكاء، فقدان الشهية"، أحست عند رؤيتها الأولى للطفلة "بالفرح"، كان استقبال الأهل والزوج للمولود "ولدت وحدي لحد الأن مشافوه".

كانت تشعر بالحزن الشديد "يوميا"، كانت تنتابها فترات من البكاء وتقلب المزاج "لأني كنت أحلم عندما أكون أم أكون سعيدة حصل العكس"، كانت تشعر بالوحدة النفسية "لانو مكاش لي يفهمني"، كانت تشعر بأنها منعزلة عمن حولها "لي حولي سعيدين وأنا لا"، لا تشعر بأن أفراد أسرتها قد تخلو عنها ولكن لا يعرفون ما تمر به من معاناة نفسية "لأنو لا أحد يعرف شو معنى الاكتئاب"، لا يمكنها التحدث عن مشكلاتها مع عائلتها أو أصدقائها "مفهموش واش بيا"، ليس لديها أشخاص يساعدونها في اتخاذ قراراتها، ليس لديها أشخاص يدعمونها ويقفون إلى جانبها، حال نومها "مضطرب" المدة بين ما تذهب للسرير ووقت النوم "ثلاث ساعات" تعاني الحالة من أفكار سلبية تفسد عليها نومها، شهيتها للطعام "منحسش بالشبعة أكل فقط"، تشعر بتغير في نشاطها ومستوى تركيزها "أحداث لي حدثو معي في اليوم ننساهم"، لم تعد

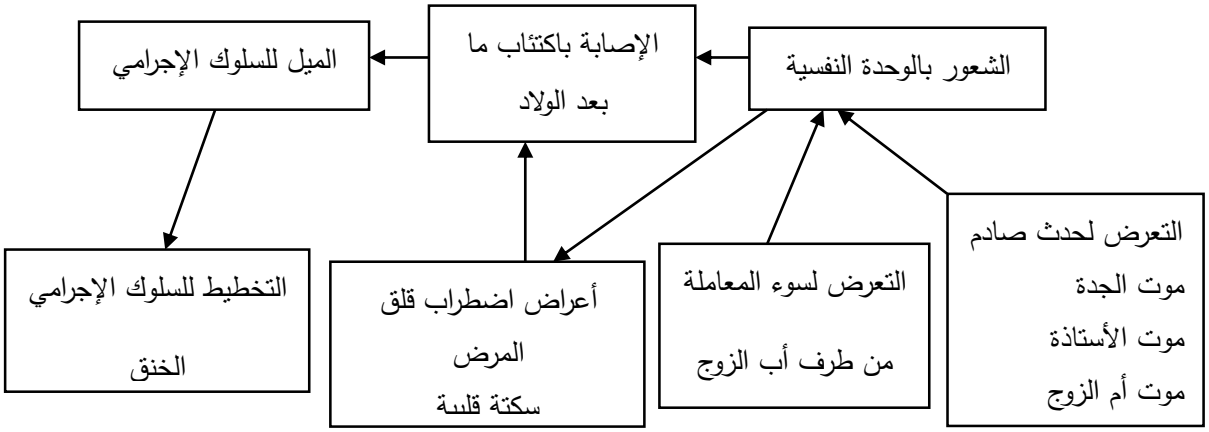
تستمتع بأي شيء، تشعر بأنها غير قادرة على تلبية احتياجات طفلها " نعم، كل يوم"، كانت تقوم برعاية طفلتها وهي محبطة "أقاوم أجد صعوبة في أن أحب طفلتي"، تشعر بالندم اتجاه نفسها وطفلتها "أمر جد جد صعب نبدل ونهز بنتي ومنحس والوا حابة نحس بالأمومة"، كانت تعاني من انخفاض الرغبة الجنسية، كانت تنظر إلى نفسها في ظل المعاناة التي تشعر بها "ميتة وأنا حية"، كانت نظرة الناس إليها "منبينش بلي راني مريضة باه ميلاحظوش مرضي"، لم تعاني الحالة من أفكار إيذاء طفلتها "بنتي لا"، وكانت تنتابها أفكار لإيذاء نفسها من بين أفكار إيذاء النفس "الانتحار" عن طريق "الخنق".

ج ـ خلاصة المقابلة:

يتضح من خلال تحليل محتوى المقابلة أن الحالة تعرضت لحادث صادم تمثل في موت الجدة التي كانت جد مقربة منها وتنام في حضنها، وعند موتها أحست بفراغ رهيب وبالوحدة النفسية، ووفاة أستاذتها التي كانت تحبها، ووفاة والدة الزوج عندما كانت حاملا.

تعرضت الحالة لسوء المعاملة من طرف أب الزوج في فترة الحمل وكان يذهب إليها عند غياب زوجها ويهددها بطردهم من المنزل، كما أنها كانت تشعر بقلق على زوجها من أي يعمل أي شيء سيء لوالده، في فترة الحمل كانت تشعر بالقلق والتوتر وظهرت عليها أعراض قلق المرض حيث كانت منشغلة بأنها ستموت بسكة قلبية ولا ترى ابنتها.

بعد الولادة بدأت تشعر الحالة بالحزن، البكاء، تقلب المزاج، الوحدة النفسية، أرق، إفراط في الأكل، نقص التركيز، انخفاض الرغبة الجنسية، وهذا ما أدى إلى إصابتها باكتئاب ما بعد الولادة، وميلها إلى السلوك الإجرامي من خلال التخطيط للسلوك الانتحاري عن طريق خنق الذات يمكن تلخيص ما مرت به الحالة من معاناة من خلال المخطط التالي:



شكل رقم (22): مسار الحالة الحادية عشر من الشعور بالوحدة النفسية إلى الميل للسلوك الإجرامي.

د ـ تحليل نتائج مقياس الوحدة النفسية للحالة الحادية عشر:

جدول رقم (55): نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة للحالة الحادية عشر

الوحدة النفسية	الدرجة	التقدير
	173	متوسطة

يتضح من خلال نتائج المقياس أن الحالة تحصلت على درجة (173) وهذه النتيجة تقع في مجال (141 ـ 184) وهذا يدل على أن لديها مستوى متوسط من الوحدة النفسية.

هـ ـ تحليل نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة الحادية عشر:

جدول رقم (56): نتائج مقياس اكتئاب ما بعد الولادة الحادية عشر

الأبعاد	1	2	3	4	5	6	7	مجموع المقياس
الدرجة	16	20	22	20	22	21	13	134

يتضح من خلال نتائج المقياس أن الحالة تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة الكبير حيث بلغت الدرجة الكلية للمقياس (134)، وتعاني من اضطرابات الأكل والنوم حيث بلغت الدرجة على هذا البعد (16) وهذا يشير إلى اضطرابات في الشهية وأنماط النوم، أما بعد القلق وعدم الأمن بلغت درجته (20) وهذا يدل على المرأة أن تعاني من القلق الشديد، بينما بعد التقلبات الانفعالية بلغت درجته (22) وهذا يدل على عدم الاستقرار العاطفي للحالة، في حين بعد الارتباكات العقلية بلغت درجته (20) وهذا يدل على وجود اضطرابات في التركيز وفي أداء المهام اليومية، أما بعد فقدان الذات بلغت درجته (22) وهذا يدل على شعور المرأة بأنها على غير طبيعتها المعتادة، بينما بعد الذنب والعار بلغت درجته (21) وهذا يدل على شعور المرأة بالذب حول كفاءتها كأم، وفي الأخير بعد الأفكار الانتحارية بلغت درجته (13) وهذا يدل على أن الأم تعاني من أفكار حول إيذاء نفسها.

و ـ خلاصة الحالة الحادية عشر من خلال الأدوات الثلاث لجمع المعطيات:

من خلال ما تم عرضه في المقابلة، ونتائج مقياس الوحدة النفسية ومقياس اكتئاب ما بعد الولادة، تبين أن الحالة تعاني من مستوى متوسط من الوحدة النفسية ومن اكتئاب ما بعد الولادة الكبير، كما أنها تميل إلى السلوك الاجرامي.

يتضح من خلال تحليل المقابلات مع الحالات أن هناك علاقة بين الوحدة النفسية واكتئاب ما بعد الولادة والميل إلى السلوك الإجرامي من خلال التخطيط للسلوك الانتحاري والتخطيط لقتل الطفل حديث الولادة. في نهاية المقابلة مع الحالات طلبت من الأمهات أن يوجهوا لرسالة لأفراد المجتمع الذي ينتمين إليه، وكانت كالتالي:

ـ يجب أن يعرفوا مدى صعوبة هذا المرض لايقولون وسواس فقط بل هو مرض خطير ولا تظهر أعراضه على الجسم يجب الوقوف مع كل أم مكتئبة ومواساتها ودعمها وعدم تركها وحيدة، وخاصة الزوج يجب عليه الوقوف مع زوجته معنويا، بصح لي تحب تبرا لازم ماتربطش شفائها بأشخاص.

ـ رسالة لكل زوج لا يفهم زوجته في محنة اكتئاب، هي تحتاجك في هذا وقت العصيب فكن سندها كي تتجاوز المرحلة الصعبة كلما تفهمتها كلما نجحت عملية شفائها فكن معاها.

ـ أتمنى من كل قلبي يستوعبوا الأم التي ولدت من جديد لأنو كتير من ناس لما تبكي أو تكون عصبية يحسبوها تدلل وأنصح أي واحدة تحس بأعراض إكتئاب ما بعد الولادة أنها تستشير مختص وتساعد نفسها ومتستنى رأي ولا واحد لأنوم مكاش لراه يمر بواش راهي تمر.

ـ أقول الحب والاهتمام لمن حولهم والله الكلمة الطيبة صدقة خليو الناس تعيش بسلام.

ـ وحدة كي تكون نافس يراعيو مشاعرها ويقدمولك الحنان ويفهموك.

ـ مرض كباقي الأمراض لا يفهمه إلا من جربه وأقول لأي امرأة مصابة به إن الله اعطى لكل داء دواء لا تسمعي لأي أحد يقول لكي إصبري وكل شيء سيزول بل سببي واستبشري خيرا ولا تسألي أو تقولي لأي أحد عند ذهابك للطبيب العقلي أو النفسي لأن الناس تظن أن كل من يتوجه إلى الطبيب النفسي أو عقلي فهو مجنون.

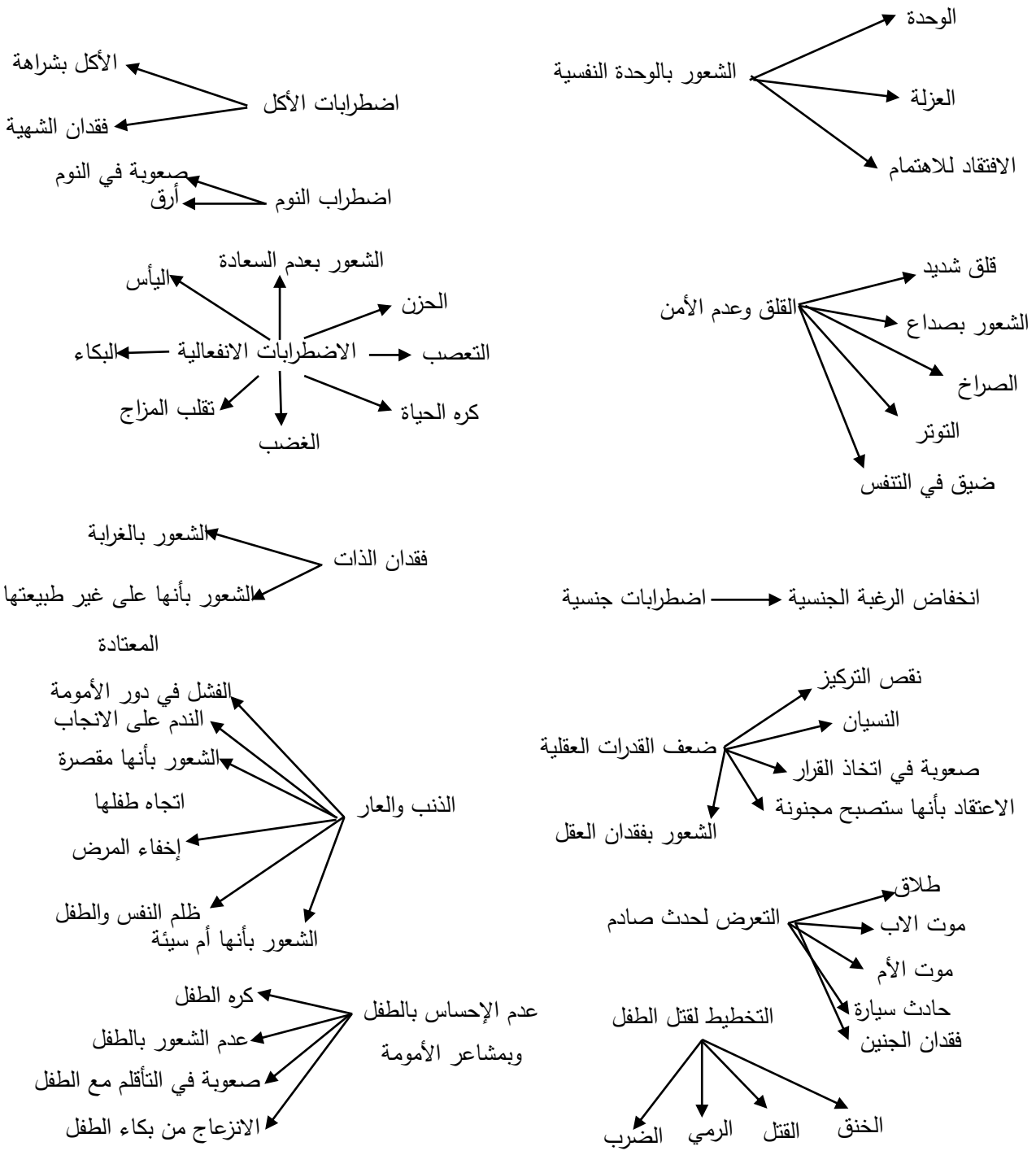
ـ أنو يحسو بالناس أو ميبقاوش يحكموا عليهم ويتحقرووا بالحالة وليسونتيمو إنتع الأمهات، كل إنسان وطاقته في هاذي الدنيا، مناش كامل كيف كيف.

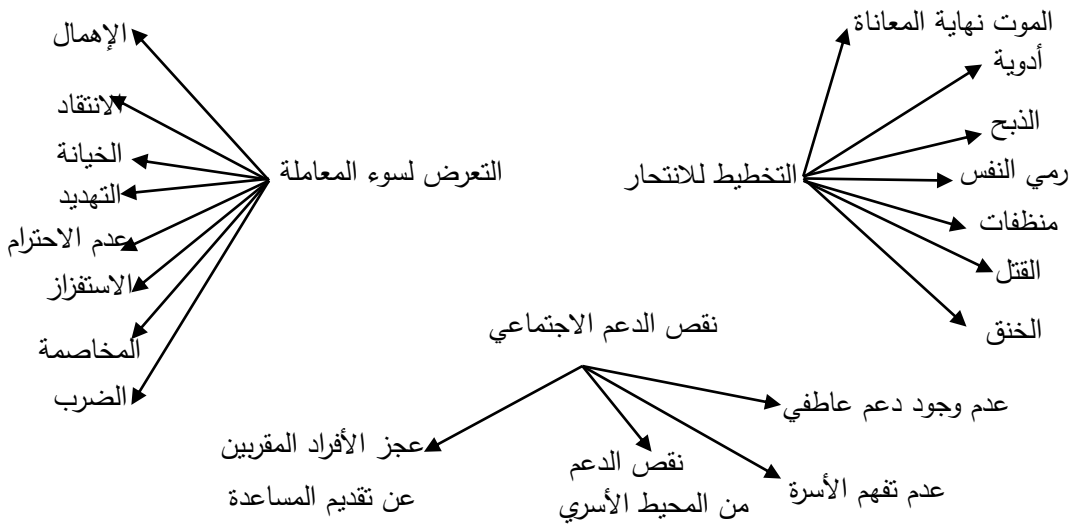
ـ أرجو من المجتمع يفهم بلي المرأة بتمر بمرض إسمو اكتئاب وهذا ابتلاء من عند ربي مهوش دلال زائد أو تهرب من المسؤولية، ويفهموا حالتها ويحاولوا يتعرفوا على هذا المرض، لأنو مجتمعات متعرفش مرض الاكتئاب، وأرجو من المستشفيات التوليد أنهم يتعاملوا مع الحامل معاملة مليحة، لخاطر ثاني في المستشفى لم ألقى ظروف حسنة يعاملوك بوحشية نعم معندهمش الإنسانية يشوفوك تتمرمدي ولا علاقة مكاش الرحمة في قلوبهم.

ـ أطلب منهم أن يعطوا للحياة قيمة.

تحليل عام للمقابلات:

من خلال تحليل محتوى المقابلات مع الحالات ظهرت المواضيع التالية، والتي يتم عرضها فيما يلي:





شكل رقم (23): المواضيع المتعلقة بموضوع البحث

1 ـ الشعور بالوحدة النفسية:

يتضح أغلب الأمهات يشعرون بالوحدة النفسية لأن لا أحد يشعر بما يمرن به من معاناة نفسية، ولا أحد يساندهم لتخفيف من معاناتهن خصوصا عندما يشعرن بالحزن {"أشعر بها عندما لا أجد سند لي"، الشعور بالعزلة الاجتماعية لأني لا أستطيع التعامل مع من حولي لأن وجهات نظري مختلفة عنهم"، "الوحدة النفسية شعرت بها بعد مدة من الولادة خاصة عندما أرى كل عائلتي ومعارفي يعيشون حياتهم طبيعيا"، "مكاش لي يهتم بيا، عندما أبكي ولا أجد أي أحد"، "نحس أنو مكاش يفهمني نحس أني وحيدة"، "نحس مكاش إنسان في هذي الدنيا نفرغلو قلبي"، "نحس بالوحدة كل ما يكون عندي مشكل، مي كاين حوايج بلا يمات متقدريلهمش"، "نحس روحي وحدي، كنت جد وحيدة، عانيت وحدي شعور الوحدة قاتل"، "أحب العزلة ولي يجو منحبش نقعد معاهم، لا أستطيع الخروج من المنزل ولا أستطيع تحمل وجودهم"، "كنت نحس بأني غريبة على هذا العالم منيش فيه أصلا"، "أنا وحدي بديت نتحسس من كل شيء، نبغي نقعد وحدي او كون نصيب واحد ما يهدر معايا"، "أحس بالانعزال عن الواقع تماما لا أشعر أني في الواقع"}.

وقد بينت جمعية الممرضين لأنتاريوا في كندا (2005، ص: 31) أن العديد من النساء اللواتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة، يختبرن إحساسا عميقا من العزلة والوحدة النفسية، وتصور أن الناس لا يعرفون ما كانوا يعانون منه، وهذا ما أكده بيك (Beck، 1992، ص: 168) أن الأمهات كن محاطات بالوحدة النفسية التي لا تطاق بسبب عدم ارتياحهن مع الآخرين والاعتقاد بأن لا أحد يفهم ما كن يعانينه، زاد الشعور بالوحدة النفسية لأن الأمهات شعرن أنه لا يوجد أحد يفهم حقا الكابوس الذي يمر بهن، وستحاول الأمهات شرح ما الذي يعانين منه لأزواجهن وأفراد أسرهن وأصدقائهن الآخرين، ولكن معظم محاولاتهن فاشلة، عادة ما يتم إخبار الأمهات بـ "مجرد الخروج ". لديكن زوج يحبكن وطفلكن بصحة جيدة، ماذا تردن أكثر من ذلك، لأن الأمهات ترجين أن يحصلن على الفهم، ولكن في أغلب الأحيان لا توجد أذان صاغية لهن، وهذا ما يدفعهن لعزل أنفسهن نظرا لأنهن لم يعدن يشعرن بالراحة اتجاه الآخرين. وهذا ما بينه شيريل تتتانو بيك (Cheryl tatano beck، 2002، ص: 464) أن الأمهات يعانون في صمت وانسحبن اجتماعيا، وشعرن بشعور عميق من العزلة الاجتماعية والوحدة النفسية، فالمرأة التي تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة تعاني من الوحدة النفسية التي لا تطاق، والشعور بالانزعاج عند تواجدها بالقرب من الأخرين، واعتقادها بأن لا أحد يفهم ما كانوا يعانون منه.

وبينته ماريا قراسيلا وروجاس كاستيلو (2012، ص: 74) أن الأمهات حديثات الولادة يعانين من العزلة والوحدة النفسية والتي غالبا ما تؤدي إلى انعزالهم عن المجتمع الذين يعيشون فيه، وقد بينت دونا ستيوارت وآخرون (Donna E. Stewart، 2003، ص: 54) أن الأفراد الذين يعانون من العزلة والوحدة النفسية شعروا بعدم الارتياح المتكرر لوجودهم بالقرب من الآخرين واعتقادهم أن لا أحد يفهم ما كانوا يعانون منه، وهذا ما أكدته دراسة مريم سليج وآخرون (Maryam Saligeh، 2014) أن اكتئاب ما بعد الولادة ناتج عن نقص التفاعل مع الآخرين وهذا ما يؤدي بهم إلى العزلة الاجتماعية ونقص الكفاءة الذاتية تجاه أطفالهم، وكذلك دراسة يوسف موسى مقدادي (2008) وكانت أهم نتائجها أن الزيادة في الاكتئاب

تقترن بالزيادة في الشعور بالوحدة النفسية، ومستوى الشعور بالوحدة النفسية أعلى لدى الأفراد المكتئبين، ودراسة رياض العاسمي (2009) التي كانت أهم نتائجها وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الشعور بالوحدة النفسية وكل من الاكتئاب والعزلة، وأكدته دراسة حمو علي خديجة (2012)، دراسة دانيا الشبؤون (2013)، دراسة ماتياس لسغارد، لوك قوزانز، وأسك إلكليت (Mathias Lasgaard، Luc Goossens، Ask Elklit، 2011)، دراسة يالسين أزدمير وياسار كوزوكو وسريف أك (Yalcın Özdemir، Yaşar Kuzucu، şerife Ak، 2014)، دراسة أزلام سغام وألتين يونسال (Özlem Çağan، Alaettin Ünsal، 2014)، دراسة مايفن واي (Meifen Wei، 2014)، دراسة شو إنهيوا شو وأوون جو كيم وأون يونغ كيم (EunYoung Kim، Eun Joo Kim، Cho Inhyo Cho، 2017)، دراسة سدغي يرماني وآخرون (Sadeghi Bahmani، 2017)، دراسة غوجون وانغ وآخرون (Guojun Wang، 2017)، دراسة ألان تيو وأخرون (Alan R. Teo، 2018)، دراسة جووان دومنش أبيلا (Joan Domènech-Abella، 2018)، دراسة إدوارد شانغ (Edward C. Chang، 2018)، دراسة لورين ثيكك وآخرون (Laurie TheekeK، 2019)، دراسة أنتونيا يبسيلنتيا وآخرون (Antonia Ypsilantia، 2019) بأن هناك علاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب.

2 ـ اضطرابات الأكل:

يتضح أن أغلب الحالات يعانين من اضطرابات في الأكل والنوم والتي تمثلت في نقص الشهية أو الأكل بشراهة {"منجوعش وفي نفس الوقت منكلش باه نموت"، "نأكل بزاف"، "نحب ناكل بزاف"، "أعاني من فقدان الشهية منحسش بالجوع والعطش حتى الماء منشربش"، "كي نطيب قلبي يدور من الماكلة او كي نجي ناكل مننجمش منحسش روحي جيعانة كامل"،"لم تكن عندي شهية"، "شبه منعدمة كنت لا أفكر أبدا فالأكل ولا أشتهيه أبدا كنت أفكر فوضعي ومرضي فقط حتى أن بطني كانت تصدر أوصوات جوع لكن شهيتي كانت مسكرة"، "قليلة"}، وهذا ما بينته دراسة مازو (Mazzeo) وزملائه حسب ألان أسترشان فلتشر

(Ellen astrachan–fletcher، 2008، ص: 228) أن الأشخاص الذين يعانون من إضطراب الاكل لديهم ثلاثة أضعاف ظهور أعراض اكتئاب ما بعد الولادة.

وهذا ما أكدته دراسة مورقن وآخرون (Morgan، 2006) أن الشره العصبي الدائم يزيد من خطر اكتئاب ما بعد الولادة، ودراسة تيموثي ج. إفنز (2010، ص: 19) أن الأفراد الذين يعانون من الشعور بالوحدة النفسية الدائمة هم أكثر عرضة للسمنة مقارنة بأولئك الذين لا يعانون من الوحدة النفسية الدائمة، ودراسة نورين ماهون (Noreen e. Mahon، 1994) أن هناك ارتباط بين الوحدة النفسية واضطرابات النوم، ودراسة ماري إ. بريتشارد وكيرا ل. يلتش (Mary E. Pritchard، Kyra L. Yalch، 2009) وكانت أهم نتائجها توجد علاقة بين الوحدة النفسية وأعراض الشراهة، عدم الرضا عن الجسم والدافع للنحافة، توجد علاقة بين الوحدة النفسية وعدم الرضا عن الجسم لدى النساء، ودراسة متهاو سوثوارد (Matthew W. Southward، 2014) وكانت أهم نتائجها أن الوحدة النفسية تلعب دور وسيط في زيادة عدم التنظيم للعاطفة وترتبط بزيادة الشره العصبي.

3 ـ اضطرابات النوم

يتضح أن أغلب الحالات يعانين من اضطرابات في النوم حيث تراودهن أفكار سلبية تؤثر على نومهن {"في النهار نظل متكية في السرير وفي الليل أصبحت لا أنام منغمضش عينيا طول" كانت المدة بين ما تذهب للسرير ووقت النوم " من 5 إلى 6 ساعات وإذا غمضت عينيا يبقى مخي شغال، نتمنى نرقد او منرقدش"، "لا أنام نبات نتقلب ونشوف في الساعة لا أفرق بين الليل والنهار لا أعرف طعما للنوم رأسي بحاجة إلى الراحة أحيانا أشرب دواء منوم، ولا أنام، انتهت حياتي وأحلامي تحطمت لأن الأفكار (24) ساعة، وهذه الأفكار عبارة عن تساؤلات كيف سأكمل أيامي هكذا، لماذا تزوجت، أتطلق أحسن، لماذا حصل معي هكذا، نحس روحي في عالم أخر"، "منحسش بلي نمت" الفترة بين ما تذهب للسرير ووقت النوم

"3 ساعات باش نرقد بصح كي نوض ميجنيش نعاش"، "ما نجي نرقد حتى نسوفري"، حيث تستغرق فترة الذهاب للسرير ووقت النوم "من (3) إلى (4) ساعات"، "منرقدش خلاص نبات نتقلب كنت نام من الليل إلا ساعة أو ساعتين ولا أشعر بلذة النوم"، "ندخل للفراش من 22:00 حتى 2 – 3 إنتع الصباح او كي نرقد نفطن بزاف"، "كنت أنام في الليل ولكن كأنني ما نمت"، "ساعات لا أنام أبدا، أنام بالأدوية المنومة ومن غيرها لا أنام، وعند نومي نوما متقطعا وعند نهوضي من النوم أنهض مفزوعة، وفي الصباح أنهض متشائمة راني منرقدش خلاص طول نتم هك ومنستحملش ويعني أفكار تسودلي كل شيء"} وهذا ما بينته أوزلام توكر إردوغان (2010، ص: 14) أن السهر في الليل وأنماط النوم غير المنتظمة تزيد من مستوى الضغط لدى الأمهات، وأكدته دراسة كريس سغرين وتريسيا بورك (Chris Segrin، Tricia J. Burke، 2015) بأنه توجد علاقة بين الوحدة النفسية وضعف نوعية النوم، وهناك تأثيرات غير مباشرة مهمة للوحدة النفسية على نوعية النوم من خلال زيادة الضغط النفسي، حتى بعد السيطرة على الاكتئاب، ودراسة بين يو وأخرون (Bin Yu، 2017) التي كانت أهم نتائجها أن نوعية النوم كانت مرتبطة عكسيا بكل من العزلة الاجتماعية والوحدة النفسية.

4 ـ القلق وعدم الأمن:

يتضح أغلب الأمهات يشعرن بالقلق في فترة الحمل وفي فترة الولادة حيث يشعر بالخوف والتوتر والتعصب والغضب {"قلق شديد، عدم التنفس، الرغبة في الصراخ بصوت عالي"، "كنت أقول لزوجي خلاص تعبت تعبت من هذه الدنيا أنا لا أكمل هذه الحياة، كنت أترك ابني عند أبوه وأخرج من البيت مثل المجنونة وعندما ألتقي أي امرأة أسألها إذا كان عندها اكتئاب ما بعد الولادة"، "أحيانا أقول إني بخير وأحيانا أقول جننت"، "أخاف دائما أن يأتي الصباح المظلم بالنسبة لي"، "كنت أتعصب لأتفه الأسباب، أتقلق"، هذا ما أفقدني صوابي قلت أنام أو لا أنام نفس الشعور سأنهي حياتي أفضل لي"، "أفكار سلبية متخطينيش نهار

كامل وكنعود نرقد نفكر فيها منرقدش ونكره حياتي كنلقا راسي يحرق فيا"، "عدت عصبية يعني في السابق نطول ما نعصب أما الأن نتعصب بسرعة ونعيط"، "نخاف أني منقدرش نصبر"، "حياة جميلة منذ ولادتي تغيرت حياتي وساءت كرهت البيت والزوج والمسؤولية"، "يقلقني كثيرا من صراخه من بكائه أحمله وأخرج عند أم زوجي أو عند أعمامه"، "أحداث لي فاتو علي في حياتي باسي بريزونت، لياه راني هكذا، علاه منيش فرحانة، علاه مدرتش هكذا أو هكذا"، "أو كان مديتش خطوة الزواج ذك لأني لست مستقرة نفسيا"}.

كما أن بعض الحالات يعانين من أعراض قلق المرض حيث ينشغلن بأنهن سيصبن بمرض خطير يؤدي إلى وفاتهن {"كي حملت ولا يوجعني راسي نقول لطونسيو طلعت ذك نموت"، "ملي بديت نحس بدولولغ في كرشي او خطرا إمساك او خطرا إسهال وقولون نارفو نقول نموت بالكونسار"}.

أكدت دراسة شيرلي تنتانو بيك (2013، ص: 120) أن المعاناة من القلق لا يمكن السيطرة عليها، تؤدي نوبات القلق المرعبة إلى الشعور بالجنون، وقد بينت دراسة ستيوارت (Stuart) وأخرين حسب فريديريك تيسدر وهانري شابول (Frédérique teissedr. Henri chabol،2003، ب.ص) أن هناك ارتباطات مرتفعة لاكتئاب ما بعد الولادة والقلق، ودراسة سوزان وايت وروكسان روبرسون ناي (Susan W. White، Roxann roberson-Nay، 2009) أن الأفراد الذين يعانون من مستويات مرتفعة من القلق يشعرون بالوحدة الاجتماعية، دراسة محمد جفاد خدمي وأخرون (Mohammad Javad Khademi، 2015) أن هناك علاقة بين الوحدة النفسية والقلق حيث يؤدي فقدان العلاقة الشخصية إلى الشعور بالوحدة النفسية دراسة شهلة أستوفار (Shahla Ostovar، 2016) أن هناك علاقة بين الوحدة النفسية والقلق والاكتئاب، ودراسة فيل ريد وأخرون (Phil reed، 2016) وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة بين الوحدة النفسية، القلق الاجتماعي، توجد علاقة قوية بين الوحدة النفسية والقلق، وتوجد علاقة بين الوحدة النفسية والاكتئاب، دراسة يا سينغ سيو ولينغ يي لين (Ya-Cing Syu، Ling-Yi Lin،

2018)، ودراسة فيفيان هوان، ربيكا انغ، وستيفاني شي (Vivien S. Huan، Rebecca P. Ang، Stefanie chye، 2014) وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة بين الوحدة النفسية والقلق.

5 ـ الاضطرابات الانفعالية:

يتضح أن أغلب الحالات يشعرن بتغيرن في مزاجهن ويتميزن بعدم الاستقرار العاطفي {"سبب بكائي هو حالتي التي وصلت إليها وكأنني معاقة اليوم، "كرهت كل شيء حتى أفراد أسرتي"، "وليت منفرح بوالو أو مقلقة"، "كرهت كل شيء حتى أفراد أسرتي"، "لأني كنت مكتئبة وكارهة للحياة"، "كنت نقول بأن حياتي تحطمت"، لم يعد أي طعم للحياة، حوايج لي كانت تفرحني ولات متعنيلي والو"، "الموت نهاية المعاناة"، "حاجة معجبتني في حياتي، "راني مخلطة كارهة روحي"، "أرغب في البكاء بشدة، او مكاش لي لز ليه، دايمن محقورة"، "كنت نحس روحي ضايعة او زعفانة بلاسبة"، "مكاش حاجة راهي تفرحني"، "من كثرة الأفكار وكمنرقدش نزيد نتشائم ونكره شعور صعيب ياسر حتى بكلمات مقدرتش نوصفو نقول كفاه كنعيش حياتي هكذا ونخاف منقدرش نتحمل وندير حاجة وننهي حياتي أستغفر الله"، "أغضب وأبكي وفي بعض الأحيان أقول لو لم تلدوني أفضل"، "تقلبت حياتي رأسا على عقب، "كنت أكره البيت، أكره ظلم الحياة، شعور مرعب، كنت أفكر في ماذا أفكر لا أدري، عقلي دائما مشوش، أصبحت أنام، ولا أنام شعور واحد، دائما متوترة كرهت الصباح، أأأأأأأه شعور لا أتمناه لعدوي"، "لا أعرف أشعر باليأس، الحزن طول الوقت"، لم تعد تستمتع بأي شيء" لم يعد يهمني كالسابق وأكسسوارات ومكياج أصبح كل شيء لا معنى له"،}، وهذا ما بينته بتريسيا مونهال (2012، ص: 265) أن العديد من النساء من جميع أنحاء العالم صرحن عن معاناتهن من مشاعر مؤلمة لا يمكن السيطرة عليها.

6 ـ التعرض لحدث صادم:

يتضح من خلال محتوى المقابلات أن أغلب الحالات تعرضن لحدث صادم أثر عليهن وعلى تجربتهن في الشعور بالوحدة النفسية وباكتئاب ما بعد الولادة، حيث أن البعض منهن تعرضن لحدث صادم قبل الزواج {"موت الأب"، "موته كان صدمة لم أصدق وبعد الموت فراغ رهيب"، "طلاق الوالدين"، "موت الأم"، "أخي صدمته سيارة وجاء وليد عم يما على 3 تاع صباح يقلنا تخلعت بزاف"، "موت الأب بمرض السرطان"، "الطلاق"، حدث صادم في فترة الحمل "في بداية حملي توفي عمي ربي يرحمو كنت نحبو بزاف بمثابة أبي"، "في تلك الفترة قسموني في شمبرة نرقد فيها ونطيب فيها كنت مقلقة ومنيش مستوعبة الفكرة زدت عرفت بأني حامل"، حدث صادم بعد الولادة "كي زاد مرض وليدي بكرونا راحت فرحتي كنت غير نجري بيه"، "خيانة زوجي لي"، "ولادتي الأولى طفل ولد في الشهر السابع ساعات وتوفي لأنه كان عنده مشكل في التنفس لأن الرئة لم تكتمل"}، وهذا ما بينته بروكينغتون (1989) حسب جوال سويندسن وكارولين مازور (Joel D. Swendsen، Carolyn M. Mazure، 2000، ص: 19) أن أحداث الحياة السلبية الشديدة التي تحدث قبل الولادة كانت مرتبطة باكتئاب ما قبل الولادة، في حين ارتبطت الأحداث الشديدة بعد الولادة باكتئاب ما بعد الولادة. يرى أريال دفتون (2009، ص: 32) أن أحداث الحياة الضاغطة ترتبط بالاكتئاب، وأحيانا تعتبر فترة الاكتئاب من الأوقات الصعبة في حياة الفرد، مثل تجربة وفاة أحد أفراد الأسرة، فشل العلاقة الزوجية، زيادة المشكلات الزوجية، فقدان الوظيفة أو التغير غير المنتظر فيها، فهذه الأحداث تعتبر من بين الأسباب المولدة لاكتئاب ما بعد الولادة، وقد بين فيصل كوراي وأخرون (Faisal Cury، 2004، ص: 123) أن هناك علاقة بين الأحداث الضاغطة واكتئاب ما بعد الولادة، وهذا ما أكدته مينا كوبادي وشارلن كوليار ولي زانج (Lei Zhang، Charlene Collier، Mina Qobadi، 2016، ص: 165) أن أحداث الحياة الضاغطة في فترة الحمل تزيد من مخاطر اكتئاب ما بعد الولادة، وقد بينت باتريسيا

ألفارنجا وقيانا بيتنكورت فريزو (2017، ص: 52) أن الأحداث لا تتعلق خصوصا بفترة الحمل وولادة الرضيع، وإذا كانت موجودة خلال تلك الفترة، فإنها يمكن أن تؤثر أيضا على الصحة العقلية للمرأة.

7 ـ التعرض لسوء المعاملة:

يتضح من خلال تحليل محتوى المقابلات أن بعض الحالات تعرضن لسوء المعاملة في الطفولة، من خلال الإيذاء الجسدي عن طريق الضرب والايذاء النفسي، والاهمال مما أثر على النمو السليم لشخصيتهن {"عندما أخطئ أتعرض للضرب من طرف الأم"، "تعرضت للعنف حتى من طرف أستاذة إنتاعي تاع الابتدائية كانت متحبنيش، تلاميذ أيضا كي يشوفوا أستاذة تكرهني هما تاني ميحبوش يقعدوا معايا"، "نحس كي شغل تحقرت بصح نورمال"، "تحملت المسؤولية منذ صغر سني وكنت أشعر كثيرا بالإهمال والانتقاد، الأم نتاعي كانت ولازالت لا يعجبها أي شيء، كنت كثيرة النسيان وهي تغضب من هذا، كنت أخاف من كل شيء ومن ردود أفعالها مثلا تنظيف مكان وأنسى تقلي مطروشا، مكاش عندك عقل"، "يعلقو علي وعلى شكلي والأم تاعي تضحك كي خوتي يعيبو عليا، أنا كنت رقيقة أو عينيا كبار، كانو يقولولي مبلغا جرانة....."، "أخي الأكبر كان عنيف معاملته جد قاسية، كان يضربنا وحتى الأن يتمنى لو أنه يتحكم فينا"، "ضرب لأتفه الاسباب"، عندما أخطا كانت أمي تضربني وأخافها جدا"، "عمي أخو أبي عصبي ولا يحب لبنات ويحب لمشاكل معي وأحيانا يضربني وكنت أكرهه"، يعاملني أحيانا بقسوة بالكلام وإما ضرب فأحيانا قليلة وصحيح هو ضربة أو إثنان يعني ضرب خفيف لكن يبقى ضرب"، "عند حصولي على شهادة المتوسط أوقفوني عن الدراسة بحجة الاختلاط"}.

نلاحظ أن سوء المعاملة الذي كانت تتعرض له بعض الحالات أدى إلى ظهور مشكلات سلوكية لديهم وأثرت على الجانب العلائقي أم ـ طفل {"أرى في شخصيتي شخصية أمي العصبية"، "وعندما أضربهم أتذكر أخي كيف كان يعاملني، خصوصا ابني الكبير أقول لا يجب أن أعامله هكذا ولكن دائما أجد نفسي في هذا التعامل"، "أحاول بشتى الطرق أن أعامل إبنتي بلطف وأحببها في نفسها، ولكن أحيانا أرى نفسي

أصرخ عليها، كيما كانت الأم نتاعي دير خصوصا عندما أكون غاضبة، ولكن دائما أذكرها أني أحبها وأتأسف منها لصراخي عليها"}.

نلاحظ أن أغلب الأمهات تعرضن للإهمال وسوء المعاملة من طرف أهل الزوج أو من طرف الزوج في فترة الحمل وفي فترة ما بعد الولادة {"متوقعتش نواجه صعوبات مع اهل الزوج"، "كنت في حرية شغل نخرج ولا واش حبيت ندير عند اهل الزوج أي حاجة نقولوها يقولو لا مهيش هكذا نسكت"، "أتعرض للاستفزاز لأتفه الاسباب مثلا كي نجي ندوش يقولولي علاه كل يوم دوشي، الماء مكاش، ولا يهدوا بالمعاني بزاف حوايج كل شيء ممنوع"، "أنا زوجي ما يهدر ما يجمع أنا كرهت من السكوت"، "لم أكن أتوقع أني أتعرض للعنف أحيانا أشعر بخيبة أمل"، "نعم عانيت أسباب تافهة ومتعددة نسيت مغسلتش ملابسو يضربني، أحيانا يقول زوجي لا تسمعي كلامي ولم أخذ حقوقي الزوجية منك توصل للضرب"، "نحس زوجي ميهتمش بيا بزاف"، "كشغل وليت مكروها وليس لي قيمة"، "كان يقلي عدتي متهتميش ببناتك ومطيبيش أو متنظفيش الحالا"، "تعرضت لسوء المعاملة من طرفه"، "خيانة زوجي لي"، "إحساس كي شغل وليت مكروها وليس لي قيمة تغيضني روحي نحس روحي محقورة"، كان كثير الشك "يقلب تلفون، الصاك، الخزانة، يفتح الباب غير بالشوي، باه منحسش بيه، يجي لخدمتي إذا مرفدتش تلفون"، "عانيت من مشاكل مع زوجي وكان يهددني بالطلاق بسبب المشاكل لي من بنتي أو يقلي نتي في جال بنتك تخسريني نورمال"، "الزوج انتاعي وي او سورتو كي رحت كملت ليام انتع نفاسي في دارنا ما كان يسقسي ما والو"، كنا نتشاجر، لم نكن نتفاهم في شيء، أصبح لا يتكلم معي بدون أي سبب، لا يمازحني، وأنا كنت أحب المزح، تمنيت العيش مع رجل يعرف قيمتي"، "بما أن زوجي لا يحترمني حتى هم أصبحوا لا يحترمونني، ليس الكل البعض"، "معاملته لي كأنه عدوي وليس زوجي لا يتكلم معي حتى ولو نام معي يتغطى وحده وذلك الشيء كان يزعجني"، "كنت لا أتكلم معه حتى يطلب مني السماح وطريقته في طلب السماح كانت العلاقة الحميمية وهذا الشيء لم يعجبني كنت أحس أنه لا يحبني، بل تلك مجرد شهوة وتنتهي تلك هي طريقته في الاعتذار

لا أرى ضحكته إلا في تلك اللحظة"، "كانوا كيقولولي كلمات تجرح ومنجاوبش تغيضني طول ليل"}، وقد بين جون كاكيوبو وأخرون (2006، ص: 141 ـ 142) أن التهديد بفقدان العلاقة الشخصية بين الأشخاص أو فقدانها أو عدم القدرة على إقامة علاقة شخصية مرضية قد يزيد من الشعور بالوحدة النفسية وبالتالي يؤدي إلى أعراض اكتئابية. وقد تسبب الأعراض الاكتئابية للأشخاص في الحد من أنشطتهم الاجتماعية أو تضعف جودة هذه الأنشطة، وبالتالي ترتفع مشاعر الوحدة النفسية للفرد من الممكن أيضا وجود علاقة متبادلة بين الوحدة النفسية والأعراض الاكتئابية.

وهذا ما أكدته دراسة ألكسندرا ملوس (Aleksandra Małus، 2016، ص: 1144) أن هناك علاقة بين أعراض اكتئاب ما بعد الولادة الحاد والعلاقة الزوجية (نوعية العلاقة الزوجية)، تحدث أعراض اكتئاب ما بعد الولادة الحاد لدى الأفراد الأقل رضا عن نوعية علاقتهم الزوجية، أي اللواتي عانوا من انخفاض مستوى العلاقة الحميمة وتحقيق الذات، وشعور عميق بخيبة الأمل، ودراسة كورنيليا تشي (2015، ص: 164) أن نقص الرضا الزواجي ارتبط باكتئاب ما بعد الولادة في الأسبوع السادس بعد الولادة. ودراسة قايل روكس وشيرلي أندرسون وكريس روان (Gayle Roux، Cheryl Anderson، Chris Roan، 2002، ص: 26) أن النساء المصابات بالاكتئاب يعانين من خلل في الوظائف الزوجية أكثر من النساء غير المكتئبات، ويتجلى ذلك من خلال ضعف التواصل، الخلافات المتكررة، الانفصال، والمشكلات الجنسية، ودراسة كريستين بارسونز وآخرون (Christine E. Parsons، 2012، ص: 64) أن فقدان الدعم الاجتماعي والصراعات الزوجية والعائلية هي الأكثر انتشارا وترتبط باكتئاب ما بعد الولادة. ودراسة ألكسندرا مالوكس وآخرون (Aleksandra malus، 2016) التي كانت أهم نتائجها وجود ارتباط بين مستويات اكتئاب ما بعد الولادة ونوعية العلاقة الزوجية، حيث ظهرت أعراض شديدة لإكتئاب ما بعد الولادة لدى النساء اللواتي كانوا أقل إشباعا عن علاقاتهم أي اللواتي عانوا من إنخفاض مستوى الحميمية، تحقيق الذات، الشريك المثالي، وشعورا عمبق بخيبة الأمل. ودراسة دانييلا ميسي (Daniela Meçe، 2013) والتي

كانت أهم نتائجها أن هناك علاقة سلبية بين اكتئاب ما بعد الولادة والعلاقات الزوجية. ودراسة بيلتزر بنقبيد (K Peltzer, S Pengpid، 2017) والتي كانت أهم نتائجها أن هناك ارتباط إيجابي بين عنف الشريك واكتئاب ما بعد الولادة، ارتبطت جميع أنواع العنف (الجسدي، الجنسي، النفسي) ارتبطت بشكل كبير بأعراض الاكتئاب والسلوك الانتحاري. ودراسة جاكلين أدينكا (Jaclyn I. Odinka، 2018) والتي كانت أهم نتائجها أن هناك علاقة بين عدم الرضا الزواجي والقلق والاكتئاب لدى النساء. ودراسة كريس سغرين (Chris Segrin، 2019) والتي كانت أهم نتائجها ارتباط عدم وجود زوج رومانسي بقوة بالوحدة العاطفية.

8 ـ اضطرابات معرفية:

يتضح من خلال تحليل محتوى المقابلات أن الحالات يعانين من نقص التركيز وقلة النشاط والحيوية واضطراب في الجانب المعرفي والإدراك {"وليت منقدرش نخمم ولا نخرج نفسي من هذه الحالة مستسلمة وخلاص، كشغل ماني نحاول ندير والو حسيت حياتي توقفت"، "أحيانا أقول إني بخير وأحيانا أقول جننت"، "تركيز منعدم وأعاني من النسيان طبخاتي كلها تحترق"، "رجعت مننجم ندير والود، ومنقدرش نركز في الهدرة مع الناس"، "مننجمش او كان نصيب نظل متكسلة او ماندير والو منطيب ما نرفد"، "بسبب مرضي كان مفشلني وكل ما نلقى روحي نخمم ومكتفة نكره كلش حتا الخروج نكرهوا وكل مجهودي عندي صعيب نخدمو وتركيزي كان ناقص جدا بيا نخمم"، قلة نشاط وقلة تركيز في كل شيء حتى في أعمال البيت"}، وهذا ما بينه إدوارد هاقن (Edward h. hagen، 1999، ص: 326) بأنه يشمل على انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، وأكده أرنيت أرورا وأخرون (Arneet Arora، 2017، ص: 44) بأنه يشمل تغيرات في النشاط النفسي حركي، القدرة على التفكير، القدرة على التركيز، القدرة على اتخاذ القرارات.

9 ـ فقدان الذات:

تعاني أغلب الحالات من الشعور بفقدان الذات أي تغير عن طبيعتهن السابقة وتغير في شخصيتهن {"أحيانا أقول هذه ليست أنا كنت شبه ميتة فوق الأرض"، "اشتقت إلى طبيعتي السابقة"، "صرت وكأنني لست أنا"، "دائما نحس روحي مستحيل نرجع كيما قبل محسيتش روحي رجعت كيما كنت، مكنتش نعاني مشاكل نفسية يعني نتمنى صحة بكري ترجع"، "أصبحت غريبة عن حياتي السابقة أشعر أني ضائعة ولم أجد سبب لضياعي"، "كنت أنظر في المرآة وأقول لست أنا، أنا لست هكذا، كنت بشوشة، مرحة، أحب المزاح، أحب الخروج، وأصبحت أكره كل هذه الأشياء"، "الخدمة لي كنت نخدمها في ربع ساعة عدت نخدمها في ساعات، عدم التركيز، يهدر معايا واحد منردش، نسمع واش قالي بصح ننسى، نجي نخدم حاجة ننسى، واش كنت رايحة ندير"}، وهذا ما بينته بتريسيا مونهال (2007، ص: 283) أن الذات الطبيعية للأمهات لم تعد موجودة، لقد شعروا وكأنهم روبوتات تمر فقط بحركات رعاية أطفالهم. شعروا بالفراغ من أي مراعات لمشاعرهم.

10 ـ الشعور بالذنب والعار:

تعاني أغلب الأمهات من الشعور بالذنب تجاه نفسها واتجاه طفلها وتلومه كثيرا لأنها ترى بأنه هو سبب معاناتها وإصابتها باكتئاب ما بعد الولادة، والشعور بالعار لأن بعضهن لا يصرحن أو لا يظهرن مرضهن لأفراد المجتمع الذي ينتمون إليه، {"نقول علاه صرالي هكذا وإبني مسكين مرضعتوش ومتهليتش فيه"، "قلت كيفاه حكمني اكتئاب أنا غبية أما الأن تمنيت لو مت أثناء الولادة لم أكن أعلم بوجود هذا المرض"، "أحس أني مقصرة مع أولادي"، أنظر في نفسي أني قاسية مع أولادي لا أعتني بهم"، "كنت نقول لوكان راني سليباتار بالاك لوكان مانيش هكا، ذوك انا كنت بزاف مفشة في دارنا أو مبعد كي تزوجت خلاص، كي شغل هذي الحاجة جيناتني"، "حسيت أني أم فاشلة في كل شيء"، "أحداث لي فاتو علي في

حياتي باسي بريزونت، لياه راني هكذا، علاه منيش فرحانة، علاه مدرتش هكذا أو هكذا"، "أو كان مديتش خطوة الزواج ذك لأني لست مستقرة نفسيا"، "لأني أحسست بأني ظلمت نفسي بما فيه الكفاية وأيضا طفلي لأني لست الأم التي يستحقها"، ندمت عليها أنو تزوجت بوحيد أهلو"، "معلبلهمش بلي مرضية" حسيت أني أم فاشلة في كل شيء"، "مكنتش نديرو حاجة أمي ربي يحفظها ويعطيها صحتها كانت قايمة بكل شيء مكنتش نقوم برعايته مرضعتوش"، "أحب أن أتظاهر أني لست مكتئبة ولكن كل محاولاتي كانت فاشلة"، كنت أنظر إلى الناس وهي تضحك وأقول كيف يضحكون، كيف هم سعداء، كيف لا يفكرون في الموت، أنا كنت أرى أن حياتي إنتهت، كنت أكره التحدث إلى من هم أقرب إلى قلبي أمي، أبي، إخوتي، أنا لم أفهم نفسي لأقوم بفهمهم"، "نندم كنضربها وإبني كنت نحس أني مقصرا معاه وش ذنبو ميرضعش كما باقي الأولاد وش ذنبو أنو ميديش لحنان لازم من أمو"، "نلوم روحي ونقول مطقتش على هذا لمرض ومقاومتش"، "رغم أني أعتني بها لكن نقول ما ذنبها تكون عندها أم ضعيفة ومريضة"}، وهذا ما بينته دراسة سميرة وروستامي بهرام جوكر (Samira Rostami، Bahram Jowkar، 2016) والتي كانت أهم نتائجها أن هناك علاقة موجبة بين الشعور بالعار والوحدة النفسية الاجتماعية، توجد علاقة موجبة بين الشعور بالذنب والوحدة العاطفية، ودراسة سيري تورسينا (Siri Thoresena، 2018) التي وجدت أن هناك علاقة بين الوحدة النفسية والعار.

11 ـ التخطيط أو المحاولات الانتحارية أو التخطيط لإيذاء الطفل:

صرحت العديد من الحالات أنهم في فترة ما بعد الولادة يعانين من التفكير الانتحاري ومحاولة إيذاء الذات {"أدوية أو نقلهم نرمي روحي من لاطيراس"، "نحب ننهي حياتي مثلا نجيف روحي، نشرب دواء، نرمي روحي"، "نحب نرمي روحي من الدالا"، "نخنق روحي، نرمي روحي"، "نقول بلي الموت أو نقتل روحي خير أرحم من هذه العيشة أو العذاب لي راني فيه أو مكاش لي راه حاس بيا"، "أردت الانتحار في

البداية كانت مجرد أفكار ولكن كدت القيام بها، أردت رمي نفسي لأني أشعر بالحزن في داخلي"، "دواء، منظفات، أو ذبح، أو رمي النفس من مكان عال"، "نقول ندخل خدمي فبطني ولا نقطع شرياني"، "الخنق"}. وهذا ما أكده روز مرانو قيسر (Rose marano geiser، 1990، ص: 88) أن الانتحار يعتبر أحد العوامل الرئيسية الثلاثة في معدلات وفيات الأمهات.

وهذا ما بينته دونا ستوارت وأخرون (Donna E. Stewart،2013، ص: 53) أن النساء اللواتي اعترفن بالتفكير في إيذاء الذات والانتحار الذي يعتبر بمثابة فرصة وفرة لهم نوع من الأمل " نهاية الكابوس" و"الظلام". وأكدته أرسوليني وأخرون (Laura orsolini، 2016، ص: 3) أن المرأة التي تعاني من التفكير الانتحاري في فترة ما بعد الولادة عانت من نوبة اضطراب كبير ونوبات الهلع في فترة ما قبل الولادة، وبينت دوست ولوتورنو (S. Doucet, N. Letourneau، 2009، ص: 10) أن الأفكار الانتحارية تتكون من الأفكار والمشاعر والسلوكات التي تبدأ بأفكار أنية غامضة حول الانتحار إلى الخطط المفصلة والمدروسة لإنهاء حياة المرء.

وقد أكد زياد الطراونة (2010، ص. ص: 93 ـ 109) أن الاكتئاب الذي يصيب النساء بعد الولادة يعد مشكلة خطيرة، وخاصة إذا ترك دون علاج، فالأم تتعرض لفشل حياتها الزوجية، وخاصة إذا لم يتفهم الزوج وضعها ومعاناتها، كما أنه يشكل خطرا على الام والطفل كليهما فتضعف العلاقة الطبيعية بينهما، ويزيد الخطر أكثر فيما إذا كان لدى الام أفكارا تدعوها لإيذاء نفسها أو طفلها، وقد أشارت ستفان كاكيوبو وآخرون (2015، ص: 5) بأن الوحدة النفسية يمكن أن تؤدي إلى عوامل نفسية خطيرة منها الاكتئاب، الافكار الانتحارية، السلوكات العدوانية، وهذا ما أكدته دراسة توماس جوينر ودافيد رود (Thomas E. Joiner, Jr، M. David Rudd، 1996) دراسة راندي باج (Randy M. Page، 2006)، دراسة دريانا لميس، إليزابيت يلارد وأمي باتل (Dorian a. Lamis، elizabeth d. Ballard،

amee b. Patel، 2014) أن هناك علاقة بين الوحدة النفسية والتفكير الانتحاري، وهذا ما أشارت إليه دراسة إدوارد شانغ وأخرون (Edward C. Chang، 2017) أن الوحدة النفسية تعتبر مؤشر قوي لخطر الانتحار، وهناك تفاعل بين مفهوم الشعور بالوحدة النفسية والتوجه نحو المستقبل لزيادة مؤشرات خطر الانتحار، ودراسة مست مالكا برفين ونفيزا فردووشي (Mst. Maleka pervin، Nafiza ferdowshi، 2016) أن هناك علاقة إيجابية بين التفكير الانتحاري والاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية واليأس، وتؤدي الوحدة النفسية واليأس إلى التفكير في الانتحار، وأكدته هيلاري جوون بلاندن (Hilary Joan Planden، 2009، ص: 32) أن الأمهات الوحيدات لديهن أفكار لإيذاء أنفسهن، ومشاعر الفشل لعدم وصولهن لصورة الأم المثالية.

كما نلاحظ أن الأمهات يعانين من أفكار دائمة حول إيذاء الطفل {"نقول نقتلوا ولا نخلي الغاز يتسرب ونموتو كيف كيف"، "كنت نخاف نجيفو"، "الضرب، القتل"، "أرميها أو أخنقها"}، وهذا ما بينته جون كوس وجيني هولدن وكارول إنشاو (carol henshaw.Jeni holden .John cox ، 2014، ص: 1) أن اكتئاب ما بعد الولادة لا يؤثر على نوعية حياة المرأة ولا على تجربتها في الأمومة فقط بل وعلى رضيعها وأطفالها الأخرين وزوجها وكل واحد بجانبها، وأكده أولا مكي (Aula meki، 2014، ص:13) حيث وجد أن الأمهات فكرن في إيذاء أنفسهن وأطفالهن الرضع ووصفت الشعور بالوحدة النفسية وفقدان الاستمتاع وفقدان الأمل. وهذا ما أكدته دراسة سبوت وبرووستاين وكريمينز (Crimmins، Brownstein، Spunt، 1994) أن الأمهات لم يكن لديهن سوى القليل من الدعم العاطفي، أو لم يكن لديهم أي دعم عاطفي، والعلاقات التي كانت تربطهم بالأخرين، كانت تميل إلى أن تكون مدمرة عاطفيا، إلى جانب ذلك تجارب حياة الأم السلبية، كان الآباء سيئين غير داعمين عاطفيا، ولم يقوموا بدورهم كأب، إلا من خلال الدعم الاقتصادي، مما جعل الأمهات غير قادرات على العناية بشكل سليم بأنفسهم وبأطفالهم، وقد يؤدي ذلك إلى عدم التحكم في تصرفاتها اتجاه نفسها أو طفلها.

11 ـ اضطرابات جنسية:

تعاني كل الحالات من انخفاض الرغبة الجنسية {"موليتش نبغي حاجة كيما هكذا"، "كرهت تقرب زوجي لي"، "لم أعد أرغب بها إطلاقا لأن النفسية متعبة"،" لا أرغب بها"} وهذا ما بينته دراسة قايل روكس وشيرلي أندرسون وكريس روان (Gayle Roux، Cheryl Anderson، Chris Roan، 2002، ص: 26) أن النساء المصابات بالاكتئاب يعانين من مشكلات الجنسية.

12 ـ عدم الإحساس بالطفل وبمشاعر الأمومة:

نلاحظ من خلال تحليل محتوى المقابلات أن بعض الحالات ينكرن طفلهن ولا يشعرن بأي شيء اتجاهه أي لا يشعرن بطعم الأمومة، لأنهن عانين من مشكلات في علاقاتهن الزوجية أو مشكلات مع أهل الزوج، هذه المشكلات أثرت على الأم وعلى علاقتها بابنها في فترة الحمل، وبعد الولادة.

ونلاحظ أيضا أن بعض الحالات تعرضوا لسوء المعاملة في مرحلة الطفولة أو المراهقة، أثرت عليها وعلى علاقتها بابنها حيث تسقط الأم مشاعرها السلبية مع الشخص المعتدي على الطفل.

كما نلاحظ أيضا ان بعض الحالات تعرضن لحادث إجهاض وفي فترة الحمل عانين من مشاعر الخوف الشديد من فقدان الجنين، هذا الخوف الدائم جعلهن لا يشعرن بالطفل في مرحلة الحمل، وبعد الولادة لا يشعرن بأي شيء اتجاهه.

{"أحسست كأنه شيء غريب ولم أتحمله"، "كرهت ولدي بصح غايضني"، "معاملة مع أولادي صعبت مع اكتئاب أحيانا أعنفهم لكن لا أردي أحس بندم، أعنف بنتي كبرى أضربها"، "عادي لم أحس بأي شيء اتجاهه"، "صراحة لكبيرة كرهتها تقلقني نبعدها عليا نقول كون نموت متولفنيش"، عدم الإحساس بالأمومة، "عادي ولكن كنت أتغلب على نفسي، ليس مثلما شعرت بأولادي الاخرين، ولكن كنت أشفق عليه شعور مختلف"، "أمر جد جد صعب نبدل ونهز بنتي ومنحس والوا حابة نحس بالأمومة"، "أقاوم عند بكائها أو

تحميمها أو تبديل ألبستها أو غسلهم"}، وهذا ما بينه إدوارد هاقن (Edward H. Hagen، 1999، ص: 3) أن الأمهات اللواتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة لديهن أفكار لإيذاء أطفالهن، ويبدون قدرا أقل من المشاعر الايجابية وزيادة المشاعر السلبية تجاههم، ويكونون أقل حساسية لمتطلبات الأطفال وأقل عاطفية، ولديهم نجاحات ضعيفة في تحقيق الدور الأمومي، ودراسة سيهان كنكايا وآخرون (Seyhan Çankaya، 2017) التي كانت أهم نتائجها أن هناك علاقة سلبية دالة إحصائيا بين اكتئاب ما بعد الولادة وتعلق الأمهات، اي أن اكتئاب ما بعد الولادة يؤثر على تكيف الام مع الطفل ويزيد من حدة المشاكل لدى الأم في فترة ما بعد الولادة. ودراسة مريم سليج وآخرون (Maryam Saligeh، 2014) والتي كانت أهم نتائجها أن نقص الثقة لدى الوالدين تؤدي إلى اكتئاب ما بعد الولادة وهذا ما يؤدي بهم إلى العزلة الاجتماعية ونقص الكفاءة الذاتية تجاه أطفالهم.

13 ـ نقص الدعم الاجتماعي:

يتضح أن الأمهات يعانين من نقص الدعم الاجتماعي، وحتى وإن وجد لا يقدم بطريقة صحيحة لأن أفراد أسرهم لا يعرفون معنى الاكتئاب وما تشعر به المرأة من معاناة نفسية لذلك تبقى دائما أسيرة معاناتها {"أشعر بها عندما لا أجد سند لي"، "حتى وأقول أنا مصابة باكتئاب الولادة لا يفهمون حجم المعاناة وأحيانا أعذرهم لأنهم دائما يقولون لديك زوج وولد ما تردين، يظنون أن الأمر بيدي أصبحت لا أتكلم مع أحد إذا قدر الله سأشفى أو أبقى أعاني ولن أخبر أحد"، "لا لم يتخلوا عني ولكنهم لا يستطيعون فعل شيء"، "كل العائلة يقولون أصبري ولكنها حالة نفسية، يعني شخصية"، "ميفهمونيش أصلا منعرفش نعبر معمباليش واش بيا"، "أفراد أسرتي يقولولي واش بيك واش خاصك وغير إنتي لي زيدتي مشفتش حتى وحدة زيدت هكا"، "ماما كي نحكيلها تبدا هذا داير هذا صانع او كي نجي نفهمها تبدا تزعف حتى نندم لي حكيتلها تنقد أكثر ملي تفهمك أو تحضنك كاين صحبتي نحكيلها او هي تحضني او ترتبني كي يصرا كاش مشكل بيني وبين زوجي"، "كانوا يقولون لي يجب أن تفرحي لقد مرضت والحمد لله أنت شفيت وولدت طفلك سالما وأتى

على ما يرام"، "يقولون لي يجب أن تفرحي زاد عندك ولد ما شاء الله وهو سليم وعندك أولاد وكم تمنيت أن تكوني أم وعندما رزقك تفعلين هكذا وهذا الشيء ليس كله بإرادتي ولكنهم لم يفهموا هذا الشيء إلا من جربه"، كانوا يظنون أنه دلال ومن تتدلل تكره زوجها، عائلتها، أولادها"، "وجدت القليل لقد تعبوا مني هذا ما شعرت به"، "كنت أراها قاسية من قلة تفهمهم، كنت أراهم سعداء إلا أنا فقط دخلت في نفق مظلم ولا أحد يستطيع إخراجي، ويجب أن أخرج أنا نفسي منه كيف لا أدري كل محاولاتي فاشلة، وكنت أرى في عائلتي أنها ستضيع من دوني، زوجي سيتعب أو يصبح مكتب مثلي"، لأنهم لم يستطيعوا فهم ما أشعر به يقولولي موسوسة روحي إستغفري راك قاموسوسة قتلهم نتمنى تمرو لمدة ثواني برك وشراه صاريلي تحسوا"، لا لم يتخلوا عني يحاولون إسعادي لكن مقدروش يفهموا معاناتي لأنوا مرض نادر في أقاربي حتى أنا إذا تكلمت منقدرش نوصف بالتفصيل واش صاريلي لأنو كلمات متوصفش واش نعاني"} وهذا ما أكدته دراسة أريال دفتون (2009، ص: 32) أن المرأة التي لا تشعر بأن ليس لها دعم اجتماعي ذي معنى معين في فترة الحمل والولادة، هي أكثر عرضة للإصابة باكتئاب ما بعد الولادة، وبالرغم من أن شبكة الدعم الاجتماعي قد تكون قوية، إلا أنها لم تشعر بأن دعمها له قيمة، وبينته دراسة ميكئيل أوهارا (1986، ص: 569) حيث أشار إلى أن النساء اللواتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة يعانين عدم الرضا الزوجي، انخفاض مستويات الدعم الاجتماعي من الأزواج والمقربين، وارتفاع عدم الرضا الاجتماعي عن الدعم الذي تلقونه من الأزواج، الأقارب، والأصدقاء خلال فترة ما بعد الولادة، وأكدته دراسة هي شو شيا (Heh Shu-Shya، 2003، ص: 292) إلى أن النساء اللواتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة لديهم عدم الرضا المتزايد (الدعم الاجتماعي المتوقع للتقديم، درجات الدعم الاجتماعي المستلم)، ودراسة ليونج (Leung) أن الأمهات المصابات بالاكتئاب يشعرن بعدم الرضا المتزايد عن الدعم العاطفي وغيره من أشكال الدعم التي تتلقاها من الزوج، الأم، وأم الزوج مقارنة بالأمهات غير المصابات بالاكتئاب. أكدته دراسة كورنيليا تشي (Cornelia y. Chee، 2005، ص: 164) التي وجدت أن هناك ارتباط قوي بين اضطراب الاكتئاب

والدعم العاطفي، ودراسة شعيا وآخرون (Chaaya، 2002، ص: 64) أن هناك عدة عوامل مرتبطة باكتئاب ما بعد الولادة من بينها نقص الدعم الاجتماعي وخاصة من طرف الزوج، ودراسة ألسندرا بياجي وآخرون (Alessandra Biaggi، 2016، ص: 3) التي وجدت أن أهم العوامل المرتبطة بالاكتئاب هي: غياب الزوج أو نقص الدعم الاجتماعي، تاريخ الاساءة أو العنف المنزلي، التاريخ الشخصي للأمراض العقلية، الحمل غير المخطط له أو غير المرغوب فيه، الأحداث السلبية في الحياة والتوتر المرتفع، ودراسة أوليفر سندرمان (Oliver Sündermann، 2014) التي وجدت أن هناك ارتباط بين نقص الدعم الاجتماعي المدرك، والشعور بالوحدة النفسية، ودراسة أتفه فايزي وأخرون (Atefeh Vaezi، 2018) التي كانت أهم نتائجها أن هناك ارتباط بين اكتئاب ما بعد الولادة والدعم الاجتماعي، ودراسة تامباو وأخرين (H Tambağ، 2018) التي كانت أهم نتائجها أن هناك علاقة سلبية دالة إحصائيا بين اكتئاب ما بعد الولادة والدعم الاجتماعي المدرك أي كل ما زادت مستويات الدعم الاجتماعي انخفضت مخاطر اكتئاب ما بعد الولادة، دراسة أرزو يلدريم، ربيعة هاسياسانوغلو، وبابتيا كاراكورت (Arzu Yıldırım، Rabia Hacıhasanoğlu، Papatya Karakurt، 2011) التي كانت أهم نتائجها أن هناك علاقة سلبية بين الدعم الاجتماعي واكتئاب ما بعد الولادة، ودراسة يكسين قان وأخرون (Yuexin Gan، 2019) وكانت أهم نتائجها أن هناك علاقة دالة إحصائيا بين انخفاض الدعم الاجتماعي المدرك واكتئاب ما بعد الولادة.

الاستنتاج العام:

عادة ما تواجه المرأة في فترة الحمل وفي فترة ما بعد الولادة الشعور بالوحدة النفسية الذي يؤدي بها إلى الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة، وهذا الأخير إذا كانت أعراضه تتميز بالشدة يدفعها إلى الميل للسلوك الإجرامي من خلال التخطيط للسلوك الانتحاري أو التخطيط لإيذاء الطفل حديث الولادة، وهدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الوحدة النفسية واكتئاب ما بعد الولادة والميل للسلوك الإجرامي، والتعرف على بعض الأسباب الكامنة التي تؤدي بالمرأة إلى الشعور بالوحدة النفسية، الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة، والميل للسلوك الإجرامي.

توصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين الوحدة النفسية واكتئاب ما بعد الولادة والميل للسلوك الإجرامي، كما أن من بين أهم المواضيع الرئيسية التي تتعلق بالموضوع قيد الدراسة، تتمثل في ما يلي:

- الشعور بالوحدة النفسية لأنه لا يوجد من يفهم حالتهم النفسية وما يمرون به من معاناة.
- اضطراب الأكل والتي تمثلت في نقص الشهية أو الأكل بشراهة.
- اضطراب النوم وتمثل في إصابة الحالات بأرق نتيجة لمعاناتهم من أفكار دائمة تؤثر على نوعية نومهم.
- شعور الحالات بالقلق والتوتر الدائم وعدم الأمن.
- الاضطرابات الانفعالية والتي تميزت بتغير الحالة المزاجية.
- التعرض لحدث صادم وعدم معالجته.
- التعرض لسوء المعاملة في فترة الطفولة أو في فترة الزواج.
- ضعف القدرات العقلية ويتجلى ذلك في نقص التركيز والخمول.
- فقدان الذات من خلال شعور الحالات بتغير في طبيعتهن المعتادة.

ـ الشعور بالذنب ولوم النفس بشدة بسبب المعاناة التي تشعر بها والعار حيث أن الحالات يتحملن معاناتهن من المرض ويمتنعن من الاعتراف به ومن طلب المساعدة من طرف أفراد المجتمع الذي ينتمين إليه.

ـ التخطيط أو المحاولات الانتحارية أو التخطيط لإيذاء الطفل.

ـ اضطرابات جنسية والتي تمثلت في نقص الطاقة الجنسية.

ـ عدم الإحساس بالطفل وبمشاعر الأمومة.

ـ نقص الدعم الاجتماعي من طرف المحيط الأسري.

من بين القيود التي واجهت الباحثة ندرة المراجع العربية خصوصا اكتئاب ما بعد الولادة، صعوبة في التوصل لعينة البحث، عدم وجود تسهيلات للدخول إلى مراكز إجراء البحث، صعوبة في التعامل مع الحالات لأن البعض منهم لم يستطعن إكمال المقابلة وانسحبن لأنهن رأين أنفسهن أمهات سيئات وعنصر مهدد لأطفالهن، ولتحسين دقة جمع البيانات أو التحقق منها يمكن للهيئات الجامعية إجراء اتفاقيات مع مراكز البحث التي سيتوجه لها الباحث لإجراء بحثه وذلك لتسهيل الإجراءات، كما يمكن إجراء دورات تدريبية أو جلسات إرشادية للمرأة الحامل وتهيئتها لفترة ما بعد الولادة، وتوعية الأمهات في فترة الولادة بأن الاضطرابات التي يمكن أن تصيب بها لها علاج، وأن ما أصيبت به هو خارج نطاقها وهو ناتج عن تظافر مجموعة من العوامل والظروف التي أثرت عليها، فلمتابعة في فترة الحمل يمكن أن تكون كعامل منبأ إذا كانت الأم ستصاب بأحد الاضطرابات في فترة الولادة أم لا، كما أن المتابعة ستكون كعامل مساهم لوقاية المرأة ودافعا لكسر حاجز الشعور بالعار والشعور بالعجز بأنها ستبقى أسيرة معاناتها السلبية حول ذاتها وحول طفلها.

من بين أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- أن المرأة المصابة باكتئاب ما بعد الولادة تعاني من الشعور بالوحدة النفسية وذلك من خلال شعورها بأنها وحيدة ولا أحد يفهم ما تمر به من معاناة نفسية في فترة حملها وبعد ولادة ابنها ولا يوجد من يعيلها ويواسيها لتتجاوز ما تمر به.

- أن المرأة المصابة باكتئاب ما بعد الولادة تظهر عليها أعراض الاكتئاب بعد (15) يوما من ولادة طفلها ومن بين أهم الأعراض التي بدت عليها هي فقدان الاستمتاع، فقدان التركيز، فقدان أو إفراط في الشهية، أرق، فقدان الطاقة الجنسية.

- أن المرأة المصابة باكتئاب ما بعد الولادة تميل للسلوك الإجرامي من خلال محاولة أو التخطيط للسلوك الانتحاري عن طريق الذبح، الخنق، رمي الذات من سطح عالي، تناول أدوية، منظفات...، والتخطيط لقتل الطفل حديث الولادة عبر الخنق، القتل، الرمي.

نرجو أن تكون هناك بحوث موسعة حول اضطراب اكتئاب ما بعد الولادة والوحدة النفسية، وأن تكون هناك مصالح خاصة تتكفل بالحالة النفسية للأم خلال فترة الولادة مثل المتابعة الفيزيولوجية يترأسها أخصائيين نفسانيين متدربين ومدركين لفترة الحمل، وفترة ما بعد الولادة وما يحيط بها من اضطرابات نفسية، لأن ليس كل الأخصائيين النفسانيين لديهم دراية بذلك، وهكذا نساعد الأم على التغلب على الاضطرابات التي يمكن أن تصاب بها في فترة ما بعد الولادة.

خلصت الدراسة في الشروع ببناء مقياس حول اكتئاب ما بعد الولادة باستعمال النمذجة البنائية، بالاستعانة بالنتائج التي توصلت إليها.

قائمة

المراجع

1. إبراهيم زكي قشقوش (1983)، خبرة الاحساس بالوحدة النفسية. https://qspace.qu.edu.qa/handle/10576/9180 يوم 2020/01/16 الساعة 12:26

2. إجلال محمد سرى (2003). الأمراض النفسية الاجتماعية، دار العالم للكتاب، ط1، القاهرة.

3. إلهام فاضل عباس (ب.س). الوحدة النفسية وعلاقتها بالحاجات النفسية عند موظفي جامعة بغداد، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد 32، ص.ص 310 . 355.

4. بسام محمد أبو عليان (2011). الانحراف الاجتماعي والجريمة، مكتبة بيتا، ط1، غزة.

5. بن دهنون سامية شيرين (2016). بعض الخصائص النفسية (الاكتئاب، الوحدة النفسية) وعلاقتها بتقدير الذات في ضوء متغير الجنس والمستوى التعليمي ـ دراسة على عينة من طلبة جامعة وهران، رسالة دكتوراه منشورة، وهران، الجزائر.

6. جليل وديع شكور (1997). العنف والجريمة، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.

7. حدواس منال (2012). الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي ومستوى تقدير الذات لدى المراهق الجانح، مذكرة لنيل شهادة الماجيستر في علم النفس الاجتماعي، جامعة مولودي معمري، تيزي وزو، الجزائر.

8. حمو علي خديجة (2011). علاقة الشعور بالوحدة النفسي والاكتئاب لدى عينة من المسنين المقيمين بدور العجزة والمقيمين مع ذويهم، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، الجرائر.

9. حمود سعيد الخولي (2008). العنف المدرسي الأسباب وسبل المواجهة، القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية.

10. خالد دياب حميد (2013). الوحدة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى الأسرى المحررين ـ صفقة "وفاء الأحرار"، رسالة ماجيستير منشورة، غزة، فلسطين.

11. خالد عوض حسين البلاج (2009). الاضطرابات النفسية لدى ذوي الإعاقة السمعية (في ضوء التواصل)، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية.

12. خلفة سارة (2017). الجريمة من وجهة نظر التحليل النفسي (سيغموند فرويد ـ ألفريد أدلر نموذجا)، مركز جيل البحث العلمي: مجلة جيل للعلوم الانسانية والاجتماعية، العدد36.

13. رعد مهدي رزوقي، جميلة عيدان سهيل (ب. س). التفكير وأنماطه يهدف هذا الكتاب إلى مساعدة المربين المعلمين والمهتمين بالتربية على معرفة أهمية التفكير في التدريس، التفكير التحليلي، التفكير الحاذق (الذكي)، التفكير الجامد، التفكير الايجابي، التفكير السلبي، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان.

14. رياض العاسمي. (2009). الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالاكتئاب والعزلة والمساندة الاجتماعية دراسة تشخيصية على عينة من طلبة جامعة دمشق، مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، المجلد السابع، العدد 2. جامعة دمشق، سورية. ص: 208 ـ 251.

15. زياد الطراونة (2010). الاكتئاب: أسبابه، أعراضه، أنواعه، وطرق علاجه، دار الطريق للنشر والتوزيع، ط1، عمان.

16. الشبؤون دانيا (2013). الوحدة النفسية وعلاقتها بالاكتئاب عند الأطفال: دراسة ميدانية لدى تلاميذ الصف الرابع من التعليم الأساسي حلقة أولى من مدينة دمشق الرسمية، مجلة دمشق، المجلد (29)، العدد الأول. (2013). ص: 15 – 75.

17. صالح حسن أحمد الداهري (2010). مبادئ الصحة النفسية، دار وائل للنشر، ط2، عمان.

18. صالح حسن أحمد الداهري (2011). أساسيات علم النفس الجنائي ونظرياته، دار ومكتبة حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

19. صلاح الدين أحمد الجماعي. (ب. س). الاغتراب النفسي الاجتماعي وعلاقته بالتوافق النفسي والاجتماعي، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

20.طه عبد العظيم حسين (2009). استراتيجيات إدارة الخجل والقلق الاجتماعي، دار الفكر، ط1، عمان.

21. عادل عبد الله محمد (2000). الصحة النفسية: الهوية، الاغتراب، الاضطرابات النفسية، دار الرشاد، السودان.

22. عبد الرحمن محمد العيسوي (2004)، دوافع الجريمة، ط1، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، لبنان.

23. عثمان أبو بكر المغربي (2014). المسئولية الجنائية عن الأخطاء الطبية في مجال التوليد، ط1، دار الفكر والقانون، المنصورة.

24. فاطمة بنت علي بن سعيد اليحيائي (2013). الذكاء الانفعالي وعلاقته بالوحدة النفسية لدى الطلبة المكفوفين في سلطنة عمان، رسالة ماجيستر منشورة، عمان.

25. قيطوني أمال (2016). تصنيف المجرمين بين العلمي والواقع السجني، مجلة أنسنة البحوث والدراسات، العدد الخامس عشر، المجلد الثاني، عنابة.

26. مجد الدين محمد بن يعقوب الفيروزآبادي (1971). القاموس المحيط، دار الكتب العلمية، الجزء الرابع، بيروت، لبنان.

27. مجدي أحمد عبد الله (2006). السلوك الاجتماعي وديناميته محاولة تفسيرية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

28. محمد أحمد شاهين، جيهان الياس أعمية (2017). درجة اكتئاب ما بعد الولادة لدى النساء الفلسطينيات في محافظة بيت لحم .مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، المجلد 3، العدد 10، ص: 13 – 45.

29. محمد حسن غانم (2008). علم النفس والجريمة مدخل تأصيلي ونماذج من الجرائم، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية، القاهرة، مصر.

30. محمد حسني أبو الملحم ,مصطفى عبد الله أبو عبيلة ,أحمد إبراهيم الزعارير(2015)، مدخل إلى علم الجريمة، ط1، دار البيروني للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

31. محمد عباس يوسف. (2005). الاغتراب الإبداعي لدى الفئات الكلينيكية، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

32. محمد عرفات جخرات. فضيلة نقايس (2016). العوامل المعرفية السلوكية المخففة من حدة الوحدة النفسية لدى الطالبات المقيمات، دراسة تجريبية على الطالبات المقيمات بالإقامة الجامعية بورقلة، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الشهيد حمى لخضر الوادي، العدد 20، ص. ص 122 ـ 133.

33. محمد محمد علي عرابي (2018). المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالوحدة النفسية لدى المراهقين المكفوفين، رسالة ماجيستر منشورة، جامعة بوسعيد.

34. محمود سعيد الخولي. (2008). العنف المدرسي الأسباب وسبل المواجهة، القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية.

35. مزوز بركو (2013). جريمة القتل عند المرأة، دراسة في علم اجتماع الجريمة، دار الكتب والوثائق القومية، ط1.

36. المعجم الوسيط (2004)، ط4، مكتبة الشروق الدولية.

37. منتهى محمد مخلف (2013). الاغتراب النفسي وعلاقته بالشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الاعدادية في قضاء الفلوجة، مجلة الأنبار للعلوم البدنية والرياضية، المجلد 2، العدد 8، ص: 1 ـ 18.

38. هاني الجزار (2011). أسباب الشعور بالوحدة النفسية لدى الشباب، دار هلا للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الجيزة.

39. وفاء حسن على خويطر (2010). الأمن النفسي والشعور بالوحدة النفسية لدى المرأة الفلسطينية (المطلقة والأرملة) وعلاقتهما ببعض المتغيرات، رسالة الماجستير في الإرشاد النفسي من كلية التربية الجامعة الإسلامية، غزة.

40. يمينة جاب الله (2015). معنى الحياة وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية (الشعور بالوحدة النفسية، الرضا عن الحياة) لدى المرأة العانس، دراسة مقارنة بين المرأة العانس الماكثة بالبيت والمرأة العانس العاملة، أطروحة لنيل شهادة دكتوره في علم النفس العيادي، جامعة محمد سطيف دباغين، سطيف 2، الجزائر.

41. يوسف موسى مقدادي (2008). الوحدة النفسية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من طلبة كلية العلوم التربوية بجامعة أل البيت، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 9، العدد 3، ص: 176 ـ 195.

42. Aaron T. Beck. Brad A. Alford (2009). Depression : Causes and Treatment, Library of congress cataloging-in-publication data, Second edition, United states of america.

43. Aaron T. Beck. Arthur Freeman. Denise D. Davis (2004). Cognitive therapy of personality disorders, The guilford press, Second edition, New york, London.

44. Abdollahpour S, Keramat A, Mousavi SA, Khosravi A, Motaghi Z (2018). The effect of debriefing and brief cognitive-behavioral therapy on postpartum depression in traumatic childbirth: A randomized clinical trial. Journal of midwifery and reproductive health. V 6(1), p: 1122-1131.

45. Adejoke D. Abiodun1, Boladale Mapayi, Afolabi B. Abiodun, Julianah T. Mosanya1, Adeleye A. Adeomi (2018). The relationship between intimate partner violence and postpartum depression in osogbo, Nigeria, International journal of reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, v: 7(10), P:3911-3918.

46. Alan R. Teo, Heather Marsh, Christopher W. Forsberg, Christina Nicolaidis, Jason I. Chen, Jason Newsom, Somnath Saha, Steven K. Dobscha (2018). Loneliness is closely associated with depression outcomes and suicidal ideation among military veterans in primary care, Journal of affective disorders, P : 1 – 25.

47. Alberto Siracusano (2017). Loneliness: a new psychopathological dimension?, Journal of psychopathology, 23:1-3.

48. Aleksandra malus, Justyna szyluk, Beata galinska-skok, Beata konarzewska (2016). Incidence of postpartum depression and couple relationship quality, Psychiatr. Pol. V: 50(6), p: 1135-1146.

49. Alessandra biaggi, Susan conroy, Susan pawlby, Carmine M pariante (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. Journal of Affective Disorders, 191, 62–77.
50. Alice nuir (2012). Overcoming loneliness, british library cataloguing in publication data, first published, great britian.
51. Alkistis shalkidou, Charlotte hellgren, Erika comasco, Sara sylvén, Inger sundstöm promaa (2012). Biological aspects of postpartum depression, Women's Health, V 8(6), 659–672.
52. Amaia Ugarte Ugarte, Purificación López-Peña, Carmen Serrulla Vangeneberg, Julia Gemma Torregaray Royo, Maria Asunción Arrieta Ugarte, Maria Teresa Zabalza Compains, Maria Pilar Riaño Medrano, Nerea Muñoz Toyos, Edurne Arenaza Lamo, Maria Begoña Beneitez Dueñas, Ana González-Pinto (2017). Psychoeducational preventive treatment for women at risk of postpartum depression: study protocol for a randomized controlled trial, PROGEA, University hospital of alava-santiago, vitoria, biomedical research network on mental health (cibersam), madrid, spain.
53. Amanda Chue (without date). Loneliness and Wellbeing in Young and Older Adulthood, Department of Human Development, Cornell University, Ithaca, New York.
54. Amber Haque. Azimeh Namavar. Kelly-Ann Breene (2015). Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in middle eastern/arab women, Journal of muslim mental health, Volume 9.
55. American psychiatric association (2011). posttraumatic stress disorder (PTSD): Healthy minds. healthy lives.
56. Ami Rokach (1988). The experience of loneliness: A tri-level model, The journal of psychology: interdisciplinary and applied, 122:6, 531- 544.
57. Ami rokach (2004). Giving life: loneliness, pregnancy and motherhood, Social behavior and personality, 32(7), 691-702.

58. Ami rokach (2013). Loneliness updated recent research on loneliness and how it affects our lives, published by routledge, first published, London.
59. Ami rokach (2016). The correlates of loneliness, published by bentham science published, first published, sharjah. U. A. E.
60. Ami sha'ked. Ami rokach (2015). Addressing loneliness coping, prevention and clinical interventions, published by routledge, taylor & francis group, New york, London.
61. Ana M. Quelopana, Champion Jane Dimmitt, Reyes Rubilar Teresa, (2011). Factors associated with postpartum depression in chilean women. Health care for women international, 32(10), 939–949.
62. Anda le Roux (2002). The christian faith as predictor of loneliness, Scriptura 79, pp. 320 - 335, Free state university.
63. Andrea L .Glenn, Adrian Raine (2014). Neurocriminology: Implications for the Punishment, Prediction, and Prevention of Criminal Behavior, Prediction and Prevention of Criminal Behaviour. Nature Reviews Neuroscience,V : 15, P: 54 63.
64. Andrea L. Glenn, Adrian Raine (2008). The neurobiology of psychopathy. Psychiatric Clinics of North America, V :31, P : 463-475.
65. Andrew Steptoe, Aparna Shankar, Panayotes Demakakos, Jane Wardle (2010). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women, Vol. 110, No. 15, p:5797 – 5801.
66. Annie Cossin (2015). Female criminality infanticide, Moral panics and the female body, First published, Palgrave macmil.
67. Antonia Ypsilantia, Lambros Lazurasa, Phillip Powellb, Paul Overtond (2019). Self-disgust as a potential mechanism explaining the association between loneliness and depression, Journal of Affective Disorders 243, P : 108–115.
68. Ariel Dalfen (2009). When baby brings the blues solutions for postpartum depresssion, John Wiley & Sons, Canada.

69. Arista B. Dechant (W.Date).The Psychology of Criminal Behavior: Theories from Past to Present, Hays State University, Kansa.
70. Arneet Arora, Jayanthi Yadav, Sanjay Kumar Yadav, Hans Raj Singh (2017). Infanticide: A Concept, J Forensic Sci Med, V: 3, P:42-46.
71. Arzu Yıldırım, Rabia Hacıhasanoğlu, Papatya Karakurt (2011). Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörle, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi [Bağlantıda], Cilt:8 Sayı:1, 31 -46.
72. Atefeh Vaezi, Fatemeh Soojoodi, Arash Tehrani Banihashemi, Marzieh Nojomi (2018). The association between social support and postpartum depression in women: A cross sectional study. journal Women and Birth, P : 1 - 5.
73. Aula meki (2014). Perceived causes of postnatal depression, degree of doctorate in clinical psychology, Staffordshire and keele universities for the jointly
74. Ayse Figen Turkcapar, Nezaket Kadıoğlu, Ebru Aslan, Suphi Tunc, Müjdegül Zayıfoğlu, Leyla Mollamahmutoğlu (2015). Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study, BMC Pregnancy and Childbirth, 15, P:1 – 8.
75. Barbara Barnett (2016). Motherhood in the media infanticide, Journalism, and the digital age, First published, Routledge taylor & francis group, New york, London.
76. Beck, C. T. (1992). The lived experience of postpartum depression. Nursing research, 41(3), 166 - 171.
77. Benjamin l. hankin, Emily wetter, Catherine cheely, Caroline w. Oppenheimer (2008), beck's cognitive theory of depression in adolescence: specific prediction of depressive symptoms and reciprocal influences in a multi-wave prospective study, international journal of cognitive therapy, 1(4), 313–332.
78. Bertrand Cramer (2008). Les dépression du post-partum : une pathologie de la préoccupation maternelle primaire?, Devenir médecine & hygiène Vol. 14/ pages 89 - 99.

79.Bin Yu, Andrew Steptoe, Kaijun Niu, Po-Wen Ku, Li-Jung Chen (2017). Prospective associations of social isolation and loneliness with poor sleep quality in older adults, Quality of life research, p: 27(3), 683-691.

80.Bizu gelaye, Sandhya kajeepeta, Michelle A. Williams (2016). Suicidal ideation in pregnancy: An epidemiologic review, Arch Womens Ment Health. V: 19(5), P: 741-751.

81.Blum Lawrence. D. (2007). Psychodynamics of postpartum depression, Psychoanalytic psychology, Vol: 24(1), 45 - 62.

82.Boaz y. Saffer, Catherine r. Glenn, E. David klonsky (2015). Clarifying the Relationship of Parental Bonding to Suicide Ideation and Attempts, Suicide and Life-Threatening Behavior 45 (4), P: 518 - 525

83.Briana Jamieson. (2016). Risk factors in women for postpartum depression versus postpartum psychosis: an integrative literature review, Honors in the major theses, University of central florida.

84.Brummelte Susanne, Galea, Liisa A.M, (2015). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care, Hormones and behavior. Canada.

85.C. L. Ruby and John C. Brigham (1994). **A** Criminal Schema: The Role of Chronicity, Race, and Socioeconomic Status in Law Enforcement Officials' Perceptions of Others, Florida State University.

86.C. Rambelli, M.S. Montagnani, A. Oppo, S. Banti, C. Borri, C. Cortopassi, D. Ramacciotti, V. Camilleri, M. Mula, G.B. Cassano, M. Mauri (2010). Panic disorder as a risk factor for post-partum depression results from the perinatal depression-research & screening unit (PND-ReScU) study, Journal of affective disorders, v: 122, p: 139-143.

87.Chaaya, M., Campbell, O. M. R., El Kak, F., Shaar, D., Harb, H., & Kaddour, A. (2002). Postpartum depression : prevalence and determinants in Lebanon. Archives of Women's Mental Health, 5(2), 65-72.

88.Chen Chen, Jinliang Qin (2019). Emotional Abuse and Adolescents' Social Anxiety: the Roles of Self-Esteem and Loneliness, Journal of Family Violence.

89.Cheryl Tatano Beck (1993). Teetering on the edge: A substantive theory of Postpartum depression, nursing research, v42, N:1, P: 42 _ 48.

90.Cheryl tatano beck (1995), Screening methods for postpartum depression, JOGNN Principles & Practice, Volume 24, Number 4, PP : 308 _ 312.

91.Cheryl Tatano Beck (1998). The effects of postpartum depression on child development: A meta-analysis, Archives of psychiatric nursing, Vol. XII, No. 1, p: 12-20.

92.Cheryl tatano beck (2002). Postpartum depression: A metasynthesis, Qualitative health research, V: 12(4), P :453-472.

93.Cheryl Tatano Beck (2013). Routledge international handbook of qualitative nursing research, First published, Routledge, New york

94.Cheryl Tatano Beck, Jeanne Watson Driscoll (2006). Postpartum mood and anxiety disorders: a clinician's guide, Library of Congress Cataloging-in Publication Data.

95.Chin-Siang Ang, Nee-Nee Chan, Cheng-Syin Lee (2017). Shyness, Loneliness Avoidance, and Internet Addiction: What are the Relationships?, The journal of psychology, P : 1 – 11.

96.Chris Segrin, Katarzyna Adamczyk, Corey A. Pavlich, Małgorzata Osowiecka, Radosław Trepanowski, Agata Celejewska (2019). Does loneliness have nationality? Cultural and individual differences in loneliness among american and polish young adults, P: 6 - 9, in Clara Pracana, Michael Wang (2019). Psychological Applications and Trends, Published by InScience Press, Rua Tomás Ribeiro, Lisboa, Portugal.

97.Chris Segrin, Tricia J. Burke (2015). Loneliness and sleep quality: dyadic effects and stress effects, Behavioral Sleep Medicine, 13:241–254.

98.Christi L. Gross (2016). Maternal age and postpartum depression during the transition to parenthood, Fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy, Kent state university.

99. Christine E. Parsons, Katherine S. Young, Tamsen J. Rochat, Morten. L. Kringelbach, Alan stein (2012). Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries, British Medical Bulletin, V : 101, P: 57–79.
100. Cindy-Lee Dennis (2003). Detection, prevention, and treatment of postpartum depression, University health network women's health program,
101. Claire Scannell (1995). Psychosocial factors in postpartum depression, the requirements for the Degree of Doctor of Philosophy in Psychology, University of Canterbury.
102. Claudia M. klier, Maria muzik, Kanita dervic, Nilufar mossaheb, Thomas benesch, Barbara ulm, Maria zeller (2007). The role of estrogen and progesterone in depression after birth, Journal of psychiatric research, V41, 273–279.
103. Constanza mendoza, Sandra saldivia, Rolando pihan (2017). Update on the neurobiological aspects of postpartum depression, EC neurology, V 6.2, p: 31-38.
104. Cornelia y. Chee, Dominic T.S. Lee, YS. Chong, L.K. Tan, T. P. Ng, Calvin S.L. Fontes (2005). Confinement and other psychosocial factors in perinatal depression: A transcultural study in singapore". Journal of affective disorders, v: 89 (1-3): 157-166.
105. Craig A. Anderson, Leonard M. Horowitz, Rita deSales French (1983). Attributional Style of Lonely and Depressed People, Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 45, No. 1, 127-136.
106. Crystal edler schiller, Samantha meltzer-brody, David R. Rubinow (2015). The role of reproductive hormones in postpartum depression, CNS Spectrums,V 20, 48–59.
107. Curt R. Bartol. Anne M. Bartol (2017). Criminal behavior: A psychological approach, Global edition, Eleventh edition.
108. D.A. Andrews, James bonta (2010). The psychology of criminal conduct, Fifth edition, Library of congress cataloging-in-publication data.

109.Dan Russell, Carolyn E. Cutrona, Jayne Rose, and Karen Yurko (1984). Social and Emotional Loneliness: An Examinationof Weiss's Typology of Loneliness, Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 46, No. 6, 1313-1321.

110.Daniel Perlman, Letitia Anne Peplau (1984), Loneliness research: A survey of empirical findings, In L. A. Peplau & S. Goldston (Eds.), Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness. (pp. 13-46). U.S. Government printing office, DDH Publication.

111.Daniela Meçe (2013). Postpartum Depression and Marital Relationship, Academic Journal of Interdisciplinary Studies, Vol 2, No 4, p : 319 - 323.

112.Daniele tavares, Luciana quevedo, Karen jansen, Luciano souza, Ricardo pinheiro, Ricardo silva (2012). Prevalence of suicide risk and comorbidities in postpartum women in Pelotas. Revista Brasileira de Psiquiatria, 34 (3), 270 -276.

113.David G. Weeks. John L. Michela. Letitia Anne Peplau. Martin E. Bragg (1980). Relation Between Loneliness and Depression: A Structural Equation Analysis, Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 39, No. 6, 1238-1244.

114.David Murphey, Megan Barry, Brigitte Vaughn (2013). Mental health disorders, Adolescence health highlight, P: 1 – 10.

115.David P. Bernstein, Arnoud Arntz, Marije de Vos (2007). Schema Focused Therapy in Forensic Settings: Theoretical Model and Recommendations for Best Clinical Practice, International Journal of Forensic Mental Health, Vol. 6, No. 2, P : 169-183.

116.Deane L. Burns (2003). Aspects of postpartum depression -A literature review, Ontario: Middlesex-London Health Unit, London.

117.Deniz Coşan (2014). An evaluation of loneliness, European proceedings of social & behavioural sciences, Keele university, The United Kingdom, eISSN: 2357-1330, p: 103-110.

118.Donna E. Stewart, E. Robertson, Cindy-Lee Dennis, Sherry L. Grace, Tamara wallington (2003). Postpartum depression: Literature review of risk factors and

interventions, Toronto Public Health, University health network women's health program.

119. Dorian a. Lamis, elizabeth d. Ballard, amee b. Patel (2014). Loneliness and suicidal ideation in drug-using college students, suicide and life-threatening behavior, 44(6), 629-640.

120. Doris noel ugarriza (2004). Group therapy and its barriers for women suffering from postpartum depression, University of miami school of nursing, coral gables, Archives of psychiatric nursing, Vol. XVIII, No. 2: pp 39-48 publié par Melinda A. Thiam , Perinatal Mental Health and the Military Family: Identifying and Treating.

121. DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2013). fifth edition, American Psychiatric Association.

122. Edward C. Chang (2018). Relationship between loneliness and symptoms of anxiety and depression in African American men and women: Evidence for gender as a moderator, Personality and Individual Differences 120, P : 138-143.

123. Edward C. Chang, Liangqiu Wan, Pengzi Li, Yuncheng Guo, Jiaying He, Yu Gu, Yingjie Wang, Xiaoqing Li, Zhan Zhang, Yingrui Sun, Casey N.-H. Batterbee, Olivia D. Chang, Abigael G. Lucas, and Jameson K. Hirsch (2017). Loneliness and suicidal risk in young adults: does believing in a changeable future help minimize suicidal risk among the lonely?, The journal of psychology, P : 1 - 11.

124. Edward H. Hagen (1999). The functions of postpartum depression, Evolution and Human Behavior, University of California, Santa Barbara, New York.

125. Eleanor Gittens (2011). Criminal careers of a sub-set of offenders in barbados, requirements of the degree of Doctor of philosophy, University of liverpool.

126. Elizabeth J. Corwin, Jean Brownstead, Nichole Barton, Starlet Heckard, Karen Morin (2005). The impact of fatigue on the development of postpartum depression, JOGNN, 34, 577–586.

127. Ellen astrachan-fletcher, Cindy veldhuis, Nikki lively, Cynthia fowler, Brook marcks (2008). the reciprocal effects of eating disorders and the postpartum

period: a review of the literature and recommendations for clinical care, journal of women's health, volume 17, number 2.

128. Ellise D. Adams, Mary ann stark, Lisa Kane Low (2016). A nurse's guide to supporting physiologic birth, Nursing for Women's Health, V 20, Issue 1, p: 78 - 86.

129. Emil F. Coccaro, Michael S. McCloskey, Daniel A. Fitzgerald, K. Luan Phan (2007). amygdala and orbitofrontal reactivity to social threat in individuals with impulsive aggression, Biol psychiatry, V : 62, pp:168-178.

130. Emma Dunford, Charlotte Granger (2017). Maternal Guilt and Shame: Relationship to Postnatal Depression and Attitudes towards Help-Seeking, J Child Fam , 26, p:1692–1701.

131. Erik Blomqvist, projektarbete (W.Y). The association between experiences of intimate partner violence and post partum depression, a study within the basic cohort, Uppsala university hospital.

132. EunYoung Kim, Eun Joo Kim, Cho Inhyo Cho (2017). Structural Equation Model of Smartphone Addiction Based on Adult Attachment Theory: Mediating Effects of Loneliness and Depression, Asian Nursing Research, P : 1- 9.

133. Faisal-Cury, A., Tedesco, J. J. A., Kahhale, S., Menezes, P. R., & Zugaib, M. (2004). Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. Archives of Women's Mental Health, 7(2), 123-131.

134. Farhana Mann. Jessica K. Bone. Brynmor Lloyd-Evans. Johanna Frerichs. Vanessa Pinfold. Ruimin Ma. Jingyi Wang. Sonia Johnson (2017). A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems, Psychiatry Psychiatr Epidemiol, v: 52, p:627-638.

135. Farheen zaidi, Aruna nigam, Ruby anjum, Rashmi agarwalla (2017). Postpartum depression in women: a risk factor analysis, Journal of clinical and diagnostic research, Vol-11(8): 13-16.

136.Fei He. Qin Zhou. Jing Li. Rong Cao. Hao Guan (2014). Effect of social support on depression of internet addicts and the mediating role of loneliness, International Journal of Mental Health Systems, 1- 5.

137.Frank E. Hagan (2008). Introduction to criminology : theories, Methods, And criminal behavior, 6th edition, SAGE publication, United State America, America.

138.Frédérique teissedre, Henri chabol (2003). Postnatal depression: a study of the predictive effects of postnatal anxiety on 291 mothers, Ir J Psy ch Med 20(4).

139.Gayle Roux, Cheryl Anderson, Chris Roan (2002). Postpartum depression, marital dysfunction, and infant outcome: A longitudinal study, The journal of perinatal education Vol. 11, No. 4, P : 25 – 36.

140.Gerald J. Haeffel. Lyn Y. Abramson. Paige C. Brazy. James Y. Shah (2008). Hopelessness theory and the approach system: Cognitive vulnerability predicts decreases in goal-directed behavior, Cogn ther res. Springer science business media, V 32, P:281 - 290.

141.Gerri C. Lasiuk, MN, RN; Linda M. Ferguson, MN, RN (2005). From practice to midrange theory and back again beck's theory of postpartum depression, Advances in nursing science/apra-, Vol. 28, No. 2. pp. l27-136.

142.Gina Lombroso Ferrero, Cesare Lombroso (1911). Criminal man according to the classification of cesare lombroso, G. P. Putnam's sons, New york and london.

143.Gregory Clarke, Peter Lewinsohn, Hyman Hops (1990). Leader's manual for adolescent groups : Adolescent coping with depression course, Center for Health Research, United States of America.

144.Guojun Wang, Mi Hu, Shui-yuan Xiao, Liang Zhou (2017). Loneliness and depression among rural empty-nest elderly adults in Liuyang, China: a cross-sectional study, BMJ Open, v: 7(10), P: 1- 8.

145.H Tambağ, Z Turan, S Tolun, R Can (2018). Perceived social support and depression levels of women in the postpartum period in hatay, Turkey, Nigerian Journal of Clinical Practice, Volume 21, Issue 11, P : 1525 - 1530.

146.Heh Shu-Shya (2003). Relationship between social support and postnatal depression. The kaohsiung journal of medical sciences, 19(10), 491–495.

147.Hilary Joan Planden (2009). The lived experience of postpartum depression as reflected in fabric Art, A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing, University of Victoria.

148.Hiltunen, Pauliina (2003). Maternal postnatal depression, causes and consequences, Department of Paediatrics, University of oulu, Finland

149.Hüseyin IZGAR (2009). An Investigation of Depression and Loneliness among School Principals, Selçuk University, Ahmet Keleşoğlu Education Faculty, Department of Educational Sciences: theory & practice , Konya, Turkey.

150.Ian Marsh, Gaynor Melville, Keith Morgan, Gareth Norris, Zoe Walkington (2006). Theories of crime, First published, Routledge is an imprint of the Taylor & Francis Group, london.

151.Ilse deyanira carrizales (2013). Loneliness, Violence, Aggression, And suicidality in incarcerated youth, Degree of doctor of philosophy, Oklahoma state university.

152.J. Mitchell Miller (2009). 21st century criminology : A reference handbook, Volume 1, Library of congress cataloging in publication data, United states america.

153.J. Scott lewis (2014). Psychological Theories of Crime, The Encyclopedia of Criminology and Criminal Justice, Edited by Jay S. Albanese, First Edition, Published by John Wiley & Sons.

154.Jacqueline Rychnovsky, Cheryl Tatano Beck (2006). Screening for Postpartum Depression in Military Women with the Postpartum Depression Screening Scale, Military Medicine, Vol. 171, P : 1100 – 1104.

155.Jama L. Davis (2007). Alone in a crowd: a phenomoenological inquiry into loneliness as experienced by pastor's wives, The requirements for the degree Doctor of philosophy, Liberty university .

156.Jamie DeCoster (1998). Overview of Factor Analysis, University of Alabama, P: 1 – 8.

157.Janne vanhalst (2012). Loneliness in adolescence: Developmental Course, Antecedents, and Consequences, requirement for the degree of Doctor in Psychology, Katholieke universiteit leuven.

158.Jean Marie Sims Place (2013). Postnatal depression in mexico: Healthcare provider conceptualizations and policies in the public health sector, Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in health promotion, education, and Behavior, University of South Carolina.

159.Jennieffer A. Barr, Cheryl T. Beck (2008). Infanticide secrets Qualitative study on postpartum depression, Can Fam Physician , V :54, P:1716-7.e1-5.

160.Jingya Li, Ruizhen Zhao, Xiaoli Li, Wenjun Sun, Miao Qu, Qisheng Tang, Xinke Yang, Shujing Zhang. (2016). Shen-qi-jie-yu-fang exerts effects on a rat model of postpartum depression by regulating inflammatory cytokines and cd4+cd25+regulatory t cells, Neuropsychiatric disease and treatment, V:12, PP : 883 - 896.

161.Jiong Yang (2009). Relationship between gender traits and loneliness: the role of self-esteem, Thesis Presented to Psychology Department Brandeis University Ellen Wright, Advisor In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Master of Arts.

162.Joan Domènech-Abella, Jordi Mundó, Josep Maria Haro, Maria Rubio-Valera (2018). Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA), Journal of affective disorders, P : 1 – 28.

163.Jody C. Dill, Craig A. Anderson (1999). Loneliness, Shyness, And depression: The etiology and interrelationships of everyday problems in living, Chapter in T. Joiner and J.C. Coyne (Eds.) The interactional nature of depression: advances in interpersonal approaches. Washington, D.C.: APA.

164.Joel D. Swendsen, Carolyn M. Mazure (2000). life stress as a risk factor for postpartum depression: Current research and methodological issues, Clinical psychology: Science and Practice, 7(1), 17–31.

165.John cox, Jeni holden, carol henshaw (2014). Perinatal mental health : The edinburgh postnatal depression scale (EPDS) manual, RCPsych publications, Second edition, London.

166.John R. Z. Abela. David U. D'Alessandro (2002). Beck's cognitive theory of depression: A test of the diathesis-stress and causal mediation components, British journal of clinical psychology,V41, 111–128.

167.John T. Cacioppo, Mary Elizabeth Hughes, Linda J. Waite, Louise C. Hawkley, and Ronald A. Thisted (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses, Psychology and aging, Copyright american psychological association, Vol. 21, No. 1, P : 140 - 151 .

168.Julie A. Kruse, Reg A. Williams, Julia S. Seng (2014). Considering a relational model for depression in women with postpartum depression, International journal of childbirth, V 4 (3), P: 151- 168.

169.Julie Christiansen, Finn Breinholt Larsen, Mathias Lasgaard (2016). Do stress, health behavior, and sleep mediate the association between loneliness and adverse health conditions among older people?, Social science & medicine 152, 80 - 86.

170.K Peltzer, S Pengpid (2017). Associations between Intimate Partner Violence, Depression, and Suicidal Behavior among Women Attending Antenatal and General Outpatients Hospital Services in Thailand, Nigerian Journal of Clinical Practice, Volume 20, ssue 7, P : 892 - 899.

171.Kathleen A. Kendall-Tackett (2010). Depression in new mothers causes, consequences, and treatment alternatives, Library of Congress Cataloging- in Publication Data, published by Routledge, New York, london.

172.Katy Hole (2011). Loneliness compendium: Examples from research and practice, published by Joseph Rowntree Foundation, First published.

173.Ken j. Rotenberg. Shelly hymel (1999). Loneliness in childhood and adolexence, Cambridge university press, first published, united states America.

174.Kristina downing Orr (1998). Rethinking depression: Why current treatments fail, Library of congress cataloging-in-publication data, New york.

175.Kyla Avis, Angela bowen (2004). Postpartum depression support program evaluation, University Institute for Social Research, University of saskatchewan, Canada.

176.L. Peerenboom, R.M. Collard, P. Naarding, H.C. Comijs (2015). The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross sectional study, Journal of Affective Disorders, P : 1 - 30.

177.L. Tornstam (1990), Dimensions of loneliness, Aging, Vol. 2, N. 3, P: 259-260.

178.Larousse (1986). English larousse, Librairie larousse.

179.Lars Christian Sønderby, Brady Wagoner (2013). Loneliness: An integrative approach, Journal of integrated social sciences, v: 3(1), p: 1 - 29, Denmark.

180.Laura orsolini, Alessandro valchera, Roberta vecchiotti, Carmine tomasetti, Felice iasevoli, michele fornaro, Domenico de berardis, Giampaolo perna, Maurizio Pompili, Cesario Bellantuono (2016). Suicide during perinatal period: Epidemiology, risk factors, and clinical correlates, Frontiers in Psychiatry ,V: 7, P: 1 - 6.

181.Laurence miller (2008). Criminal psychology: Nature, Nurture, Culture-A Textbook and Practical reference guide for students and working professionals in the fields of law enforcement, criminal justice, Menlal health, And forensic psychology, Charles C thomas publisher, china.

182.Laurie dempsey wolf, Mary C. davis (2014). Loneliness, Daily pain, and perceptions of interpersonal events in adults with fibromyalgia, Health psychol. V: 33(9), p: 929 - 937.

183.Laurie S. Miller, Gail A. Wasserman, Richard neugebauer, Deborah gorman Smith, Dimitra kamboukos (1999). Witnessed community violence and antisocial behavior in high-risk, Urban Boys, Journal of clinical child psychology, Vol. 28. NO. 1, P: 2 – 11.

184.Laurie Theeke, Roger D. Carpenter, Jennifer Mallow, Elliott Theeke (2019). Gender differences in loneliness, anger, depression, self-management ability and

biomarkers of chronic illness in chronically ill mid-life adults in Appalachia, Applied Nursing Research 45, P : 55 - 62.

185.Lelitia anne peplau. Daniel perhman (w.y). Loneliness a sourcebook of current theory, Researchs and therapy, A wiley interscience publication, New york.

186.Leonard A. Steverson (2019). Madness reimagined: envisioning a better system of mental health in america, Vernon press, united star america.

187.Linda Chlipala (2008). Longitudinal study of loneliness and depression as predictors of health in mid- to later life, The degree of master of scienc, University of north texas.

188.Linda Olson Scott, Johnathon M. Law, Daniel P. Brodeur, Christopher A. Salerno, Anzette Thomas, Susan C. McMillan (2014). Relationship with god, Loneliness, Anger and symptom distress in patients with cancer who are near the end of life, J Hosp palliat nurs, v: 16(8), p: 482 - 488.

189.Lisette Wilcox Swails (2014). Associations between aggression and loneliness: An examination of the mediating role of social preference, the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, University of Kansas.

190.Louise C. Hawkley, John T. Cacioppo (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms, ann. behav. med. 40:218 227.

191.Lynelle G. Thorpe (2017). Post traumatic stress disorder in post-partum women and its link with unresolved childhood sexual abuse, the degree of master of arts in adlerian counseling and psychotherapy, The faculty of the adler graduate school.

192.Lynn P. Rehm (2015). Cognitive and behavioral theories of depression, international psychotherapy institute, United states of america

193.M. Luisetto, Farhan Ahmad Khan, Luca Cabianca, Mobin Ibne Mokbul, Ahmed Yesvi Rafa, Behzad Nili--Ahmadabad (2016). Amygdalapharmacology and crime behavior, dysfunctions to be considered as a disease?, International Archives of BioMedical and Clinical Research, V:l 2, Issue 2, P : 1 – 4.

194.MaIka Margalit (1994). Loneliness among children with special needs theory, research, Coping, and Intervention, Library of Congress Cataloging-in Publication Data, 1st edition, New York.

195.Majlis winberg salomonsson. Mia barimani (2017). Therapists experiences of experiences of mother infantpsychoanalytic treatment: a qualitative study, Infant mental health journal, Vol. 00(0), 1–13.

196.Malka Margalit (2010). Lonely Children and Adolescents Self-Perceptions, Social Exclusion, and Hope, Library of Congress, New York, London.

197.Manfred E. Beutel, Eva M. Klein, Elmar Brähler, Iris Reiner, Claus Jünger, Matthias Michal, Jörg Wiltink, Philipp S. Wild, Thomas Münzel, Karl J. Lackner, Ana N. Tibubos (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health, Beutel et al. BMC Psychiatry, p: 1 7.

198.María graciela rojas castillo (2012). Perinatal Depression. First published, Published by InTech, Croatia.

199.Maria N. Ness, Kenneth D. Rosenberg, Teresa Abrahamson-Richards, Alfredo P. Sandoval, Thomas M. Weiser, Victoria Warren-Mears (2017). Stressful life events and self-reported postpartum depressive symptoms 13-24 months after live birth among non-hispanic american indian/alaska native mothers in oregon: results from a population-based survey, American Indian and Alaska Native Mental Health Research: The journal of the national center, Vol : 24 Issue 2, p: 76 - 98.

200.Marije E. Keulen- de Vos, David P. Bernstein, Silke Vanstipelen, Vivienne de Vogel, Tanja P. C. Lucker, Mariët Slaats, Marloes Hartkoorn, Arnoud Arntz (2014). Schema modes in criminal and violent behaviour of forensic cluster B PD patients: A retrospective and prospective study, Legal and Criminological Psychology, 21 (1), P : 1 - 21

201.Marije Keulen-de Vos, David P. Bernstein, Arnoud Arntz (2014). Schema therapy for aggressive offenders with personality disorders. In R. C. Tafrate, & D.

Mitchell (Eds.), Forensic CBT: a handbook for clinical practice (pp. 66 83). Chichester: Wiley Blackwell.

202. Marina psoma (2012). Lewinsohn's cognitive behavioral group therapy course for depression: structure, application and efficacy, Encephalos 49, 60-66.

203. Martha Raile Alligood (2014). Nursing theorists and their work, Eighth edition, Library of congress cataloging-in-publication data.

204. Martha Smithey (2002). Maternal infanticide and modern motherhood Women & Criminal Justice, Vol. 13(1), P : 65 - 83.

205. Martin E. P. Seligman, Lyn Y. Abramson, Amy Semmel, Carl von Baeyer (1979). Depressive Attributional Style, Journal of Abnormal Psychology, Vol. 88, No. 3, P: 242-247.

206. Martina corry (1999). Postnatal depression a guide for mothers and families facts, treatment, how to cope, aware defeat depression, Copyright aware defeat depression.

207. Mary E. Pritchard, Kyra L. Yalch (2009). Relationships among loneliness, interpersonal dependency, and disordered eating in young adults, Personality and Individual Differences, 46, P: 341-346.

208. Maryam Saligeh, Rosanna Mary Rooney, Beverley McNamara, Robert Thomas Kane (2014). The relationship between postnatal depression, sociodemographic factors, levels of partner support, and levels of physical activity. Frontiers in Psychology, 5, P : 1 - 21.

209. Mathias Lasgaard, Luc Goossens, Ask Elklit (2011). Loneliness, Depressive Symptomatology, and Suicide Ideation in Adolescence: Cross Sectional and Longitudinal Analyses, J Abnorm Child Psychol (2011) 39:137-150.

210. Matt delisi, Zachary R. Umphress, Michael G. Vaughn (2009). The criminology of the amygdala, Criminal justice and behavior, Vol. 36 No. 11, p : 1241-1252.

211. Matthew W. Southward, Kara A. Christensen, Karla C. Fettich, Jessica Weissman, Johnny Berona, Eunice Y. Chen (2014). Loneliness mediates the

relationship between emotion dysregulation and bulimia nervosa/ binge eating disorder psychopathology in a clinical sample, Eat Weight Disord,19, P:509-513.

212.Maude Johansson (2019). Postpartum depression, depressive symptoms and parental stress in mothers and fathers 25-30 months after child birth - A family perspective, Doctoral Dissertation, Department of Psychology, Linnaeus University, Växjö.

213.McLeod, S. A. (2015). Cognitive behavioral therapy. retrieved from https://www.simplypsychology.org/cognitive-therapy.htm.

214.McLeod, S. A. (2015). Psychological theories of depression. Retrieved from https://www.simplypsychology.org/depression.html.

215.Mehrdad Shahidi (2013). Loneliness as predictor of mental health components, The requirement for the degree of Master of Arts (Child and Youth Study), Mount Saint Vincent University.

216.Mei Cai, Yiming Wang, Qian Luo, Guo Wei (2019). Factor analysis of the prediction of the postpartum depression screening scale, International journal of environmental research and public health, 16, 5025, p:1 - 13.

217.Meifen Wei, Philip A. Shaffer, Shannon K. Young, Robyn A. Zakalik (2014). Adult attachment, shame, depression, and loneliness: the mediation role of basic psychological needs satisfaction, Journal of Counseling Psychology, Vol. 52, No. 4, 591-601.

218.Melony struik (2011). The translation and validation of the postpartum depression screening scale (PDSS): towards improving screening for postpartum depression in english- and afrikaansspeaking south african women, submitted in fulfillment of the requirements for the degree phd (psychology), university of pretoria.

219.Mengstu melkamus asaye ‹Haymanot alen muche ‹Eyerusalem desta zelalem (2020). Prevelence and predictors of postpartum depression: Northwest ethiopia, pschiatry journal, P: 1 – 9.

220.Michael W. O'Hara (1986). Social Support, Life events, and depression during pregnancy and the puerperium, Archives of general psychiatry, 43(6), 569 _ 573.

221. Michael W. O'hara (1995). Postpartum Depression Causes and Consequence, Library of congress cataloging in publication data, New york.
222. Mina Qobadi, Charlene Collier, Lei Zhang (2016). The effect of stressful life events on postpartum depression: findings from the 2009–2011 mississippi pregnancy risk assessment monitoring system, Matern Child Health J, v: 20, p: 164 - 172.
223. Mohammad Javad Khademi, Vahid Rashedi, Sajad Sajadi, Shirzad Moradi Gheshlaghi (2015). Anxiety and Loneliness in the Iranian Older Adults, International Journal of Psychology and Behavioral Sciences, v : 5(2), p: 49-52.
224. Mohammed T. Abou-Saleh, Rafia ghubash, Leena karim, Mikhail krymski, Idrees bhai (1998), Hormonal aspects of postpartum depression, psychoneuroendocrinology, Vol. 23, No. 5, p: 465-475.
225. Mst. Maleka pervin, Nafiza ferdowshi (2016). Suicidal ideation in relation to depression, loneliness and hopelessness among university students, Dhaka Univ. J. Biol. Sci. 25(1), p: 57-64.
226. Munirah Bangee (2016). Loneliness and hypervigilance to social threats in adults, Requirements for the degree of doctorate of philosophy, University of central lancashire.
227. Noreen e. Mahon (1994). Loneliness and sleep during adolescence, Perceptual and motor skills, v: 78, p: 227-231.
228. Nurses' association of ontario (2005). Interventions for Postpartum Depression. Toronto, Canada: Registered nurses' association of ontario.
229. Odinka, Jaclyn I.; Nwoke, Marybasil; Chukwuorji, JohnBosco C.; Egbuagu, Kenneth; Mefoh, Philip; Odinka, Paul C.; Amadi, Kennedy U.; Muomah, Rosemary C. (2018). Post-partum depression, anxiety and marital satisfaction: A perspective from Southeastern Nigeria. South African Journal of Psychiatry, 24(0), 1109.
230. Oliver Sündermann, Juliana Onwumere, Fergus Kane, Craig Morgan, Elizabeth Kuipers (2014). Social networks and support in first-episode psychosis: exploring

the role of loneliness and anxiety, Soc psychiatry psychiatr epidemiol, v: 49, p:359 -366.

231.Özlem Çağan, Alaettin Ünsal (2014). Depression and loneliness in disabled adults, 4th World Conference on Psychology, Counselling and Guidance WCPCG-2013, Procedia - Social and Behavioral Sciences, v: 114, P: 754 - 760.

232.Özlem toker erdoğan (2010). some psychosocial correlates of postpartum depression: A longitudinal study, istanbul bilgġ üniversitesi, sosyal bilimler enstitüsü.

233.Patrícia alvarenga, Giana bitencourt frizzo (2017). stressful life events and women's mental health during pregnancy and postpartum period. Paidéia (Ribeirão Preto), 27(66), p: 51-59.

234.Patricia Munhall (2007). Nursing Research, A qualitative perspective, fourth edition, Jones and bartlett publishers, USA.

235.Patricia Munhall (2012). Nursing Research, A qualitative perspective, Fifth edition, Jones and bartlett publishers, USA.

236.Paul Kline (1994). An easy guide to factor analysis, First published, Publisher by routledge. New york.

237.Pauliina hiltunen (2003). Maternal postnatal depression, causes and consequences, Academic dissertation to be presented with the assent of the faculty of medicine, University of oulu.

238.Paulo roberto abreu. Carlos E. Santos (2008). Behavioral models of depression: A critique of the emphasis on positive reinforcement, international journal of behavioral consultation and therapy, Volume 4, No. 2.

239.Peter K. Lunt (1991). The perceived causal structure of loneliness, Journal of personality and social psychology, Vol. 61, No. 1, P :26-34.

240.Peter M. Lewinsohn .Harry M. Hoberman. Michael Rosenbau (1988). A Prospective Study of Risk Factors for Unipolar Depression, Journal of Abnormal Psychology, Copyright American Psychological Association Inc. Vol. 97, No. 3,251-264.

241.Phil reed, Ashleigh giles, Martha gavin, Neil carter, Lisa A. osborne (2016). Loneliness and social anxiety mediate the relationship between autism quotient and quality of life in university students, Journal of developmental and physical disabilities, 28(5), 723-733.

242.Randy M. Page, Jun Yanagishita, Jiraporn Suwanteerangkul, Emilia Patricia Zarco, Ching Mei-Lee, Nae-Fang Miao (2006). Hopelessness and Loneliness Among Suicide Attempters in School-Based Samples of Taiwanese, Philippine and Thai Adolescents, School Psychology International, V 27, P: 583- 598.

243.Randy P. auerbach. Christian A. webb. Jeremy G. stewart (2016). Cognitive behavior therapy for depressed adolescents : A practical guide to management and treatment, Published by routledge, First published, New york.

244.Rebecca J. Mccloskey. Rebecca reno (2018). Complementary health approaches for postpartum depression: A systematic review,social work in mental health, routledge taylor and francis group. P1 – 22.

245.Reijo S. Tilvis, Venla Laitala V, Pirkko E. Routasalo, Kaisu H. Pitkälä (2011). Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people, Journal of aging research, P: 1 -5.

246.Revati K. Bhagchandani (2017). Effect of loneliness on the psychological well being of college students, International journal of social science and humanity, Vol. 7, No. 1, p : 60 - 64

247.Rick. H. Hoyle (2004). Confirmatory Factor Analysis, in M. Lewis- Beck, A. Bryman, T. Liao (Eds)encycmopedia of social science research methods (Vol.1, Pp 169 - 175), Thousand Oaks, CA: sage publications.

248.Roque do Carmo Amorim Neto (2013). Teachers' job satisfaction and loneliness in brazil: testing integrative models, Requirements for the degree doctor of education in educational leadership, Published by ProQuest, Published by ProQuest. California.

249.Rose marano geiser (1990). When a Mother kills her child, Art therapy, V : 7 (2), P: 86 - 93.

250.Rseanne clark. Audrey tluczek. Roger brown (2003). psychotherapy for postpartum depression: a preliminary report, American Journal of orthopsychiatry, the educational publishing foundation, Vol. 73, No. 4, 441–4.

251.S Öztora, A Arslan , A Çaylan, HN Dağdeviren (2019). Postpartum Depression and Affecting Factors in Primary Care, Nigerian Journal of Clinical Practice, Volume 22, Issue 1, P: 85 - 91.

252.S. Cacioppo. J. T. Cacioppo, Why May Allopregnanolone Help Alleviate Loneliness?, HHs public Access, department of health & human services, USA.

253.S. Doucet, N. Letourneau (2009). Coping and Suicidal Ideations in Women with symptoms of postpartum depression, clinical medicine: Reproductive health,v: 2, P: 9 - 19.

254.Sadeghi Bahmani, D., Faraji, R., Faraji, P., Holsboer-Trachsler, E., & Brand, S. (2017). Depression and loneliness did not affect academic achievement among university students. European Psychiatry, 41, S541.

255.Saleh A. Al Khatib (2012). Exploring the relationship among loneliness, self esteem, self-efficacy and gender in united arab emirates college students, Europe's journal of psychology, 8(1), pp. 159-181

256.Samira Rostami, Bahram Jowkar (2016). The relationship between guilt and shame feelings with the dimensions of loneliness: The moderating effect of gender, Int J Behav Sci, v: 10 (2), p: 72-76.

257.Sandie Taylor (2016). Crime and criminality: A multidisciplinary approach, published by routledge, First edition, New york.

258.Sandrine franke. (2009). La consultation postnatale: un creneau a prendre, École de sages-femmes de metz, Université Henri Poincaré, Nancy I.

259.Sara thurgood. Daniel M. Avery. Lloyda williamson (2009). Postpartum depression, American journal of medicine, vulume six, number two.

260.Sarah K. C. Holtfrerich, Roland pfister, Alexander T. El gammal, Eugen bellon, Esther K. diekhof (2018). Endogenous testosterone and exogenous oxytocin

influence the response to baby schema in the female brain, ScIeNtIFIc REports, V: (8):76 72, p 1 _ 10.

261. Seyhan Çankaya, Sema Dereli Yılmaz, Ruveyde Can, Neslihan Değerli Kodaz (2017). Postpartum Depresyonun Maternal Bağlanma Üzerine Etkisi, ACU Sağlık Bil Derg, v: (4), p: 232-240.

262. Shahla Ostovar, Negah Allahyar, Hassan Aminpoor, Fatemeh Moafian, Mariani Binti Md Nor, Mark D. Griffiths (2016). Internet Addiction and its Psychosocial Risks (Depression, Anxiety, Stress and Loneliness) among Iranian Adolescents and Young Adults: A Structural Equation Model in a Cross-Sectional Study, International journal of mental health and addiction, 14(3), 257-267.

263. Shawna L. Carroll Chapman, Li-Tzy Wu (2013). Postpartum substance use and depressive symptoms: a review, Women Health, 53(5): 479–503.

264. Shelley Doucet, Cindy-Lee Dennis, Nicole Letourneau, and Emma Robertson Blackmore (2009). Differentiation and Clinical Implications of Postpartum Depression and Postpartum Psychosis, JOGNN, 38, P: 269-279.

265. Shichun Ling, Rebecca Umbach, Adrian Raine (2019). Biological explanations of criminal behavior, Psychol Crime Law, 25(6), P : 1- 15.

266. shiping liu, yan yan , xiao gao, shiting xiang, tingting sha, guangyu zeng, qiong he (2017). Risk factors for postpartum depression among chinese women: path model analysis, BMC Pregnancy and Childbirth, p: 1- 7.

267. Silje Marie Haga (2012). Identifying risk factors for postpartum depressive symptoms: the importance of social support, self-efficacy, and emotion regulation, grants the doctorate, University of Oslo.

268. Siri Thoresena, Helene Flood Aakvaaga, Ida Frugård Strøma, Tore Wentzel Larsena, Marianne Skogbrott Birkelanda (2018). Loneliness as a mediator of the relationship between shame and health problems in young people exposed to childhood violence. Social Science & Medicine, 211, 183-189.

269.Siv Elin Mathisen. Kari Glavin. Lars Lien. Per Lagerløv (2013). Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in argentina: a cross-sectional study, International journal of women's health, V 5 787–793.

270.Sohye Kima,b,c, Timothy A. Soekena, Sara J. Cromera, Sheila R. Martineza,b, Leah R. Hardya,b, and Lane Strathearna (2014). Oxytocin and Postpartum Depression: Delivering on What's Known and What's Not, Brain Res. 11,P: 219 232.

271.Stephanie Cacioppo. Angela J. Grippo. Sarah London. Luc Goossens. John T. Cacioppo (2016). Loneliness: Clinical Import and Interventions, Perspect Psychol Sci, 10(2): 238 - 249. department of health & human services, USA.

272.Stephen James Moree (1993). Criminal Psychological Profiling, requirements for the degree of Master of Science in Criminal Justice California State University, Sacramento.

273.Susan dowd stone, Alexis e. menken (2008). Perinatal and postpartum mood disorders: perspectives and treatment guide for the health care practitioner, Copyright springer publishing company, USA.

274.Susan hatters friedman, Phillip j. Resnick (2007). Child murder by mothers: patterns and prevention, World Psychiatry, N: 6, P:137-141.

275.Susan hatters friedman, Rene´e sorrentino (2012). Commentary: Postpartum Psychosis, Infanticide, and Insanity - Implications for forensic psychiatry, JAm acad psychiatry law, V 40(3), P : 326 - 332.

276.Susan W. White, Roxann roberson-Nay (2009). Anxiety, Social deficits, and loneliness in youth with autism spectrum Disorders, J Autism Dev Disor, v: 39, p:1006–1013.

277.Sutton Guy (2016). The brain and crime, Catalyst, www.catalyststudent.org.uk

278.Suzanne yates (2010). Pregnancy and childbirth an holistic approach to messade and bodywork with input from international specialists, first published, churchill livingstone elsevier, china.

279.Suzy fox, Paul e. spector (1999). A model of work frustration±aggression, Journal of Organizational Behavior, 20, 915-931.

280.Sylvén sarah (2012). Biological and psychosocial aspects of postpartum depression, Acta universitatis upsaliensis, Digital comprehensive summaries of uppsala dissertations from the faculty of medicine 751.

281.sylvie donna (2011). Promoting normal birth: research, reflections and guidelines, Fresh heart publishing, United kingdom.

282.Tadahiro numakawa, Misty richards, Shingo nakajima, Naoki adachi, Miyako furuta, Haruki odaka, Hiroshi kunugi (2014). The role of brain-derived neurotrophic factor in comorbid depression: Possible linkage with steroid hormones, cytokines, and nutrition, Frontiersin Psychiatry, MolecularPsychiatry, V5, pp 1 - 12.

283.The national institute for health care management research and educational foundation (2010). Identifying and treating maternal depression: strategies & considerations for health plans, health resources and service administration's maternal and child, united states.

284.Thoger harder (1997). The psychopathology of infanticide, Acta psychiatrica scandinavica, 43(2), P: 196 - 245.

285.Thomas E. Joiner, Jr., M. David Rudd (1996). Disentangling the interrelations between hopelessness, loneliness, and suicidal ideation, Suicide and Life Threatening Behavior, Vol. 26(1), P: 19 - 26.

286.Timothy J. Evans (2008). Sober and alone: a phenomenological exploration of the loneliness experienced by recovering alcoholics, Requirements for the degree doctor of philosophy, Liberty university, Lynchburg, Virginia.

287.Tyler J. VanderWeele. Louise C. Hawkley, Ronald A. Thisted. John T. Cacioppo (2011). Marginal Structural Model Analysis for Loneliness: Implications for Intervention Trials and Clinical Practice, J Consult Clin Psychol. 79(2): 225-235.

288. Vanessa reid, Mikki meadows-oliver (2007). Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature, Journal of pediatric health care, V: 21, N: 5, p : 289 - 298.
289. Verinder Sharma, Mustaq Khan, Cynthia Corpse, Priya Sharma (2008). Missed bipolarity and psychiatric comorbidity in women with postpartum depression, Blackwell Munksgaard,V10: 742–747.
290. Vicki Reed Hall. (2012), The experience of "coupled loneliness": A Phenomenological Investigation with Nine Women, Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy with a Concentration in Clinical Psychology, Union Institute & University Cincinnati, Ohio.
291. Victor Christina, Scambler Sasha, Bond John (2009). The social world of older peopleUnderstanding loneliness and social isolation in later life Library of congress cataloging-in-publication data, London.
292. Violeta lopez nahas, Sharon hillege, Nawal amasheh (1999). Postpartum depression the lived experiences of middle eastern migrant women in australia, Journal of Nurse-Midwifery, 44(1), P : 65-74.
293. Vivien S. Huan, Rebecca P. Ang, Stefanie chye (2014). Loneliness and shyness in adolescent problematic internet users: The role of social anxiety, Child & youth care forum, 43(5), 539-551.
294. Willem H J Martens (2005). Loneliness and associated violent antisocial behavior: analysis of the case reports of jeffrey dahmer and dennis nilsen, International journal of offender therapy and comparative criminology, P : 1 – 20.
295. Willem H. J. Martens (2011). Sadism linked to loneliness: psychodynamic dimensions of the sadistic serial killer jeffrey dahmer, Psychoanalytic Review, 98(4), p : 293 - 514.
296. Willem H. J. Martens, George B. Palermo (2005). Loneliness and Associated Violent Antisocial Behavior: Analysis of the Case Reports of Jeffrey Dahmer and Dennis Nilsen, International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 49(3), P : 298-307.

297. Willem H. J. Martens, George B. Palermo (2015). Loneliness and Associated Violent Antisocial Behavior: Analysis of the Case Reports of Jeffrey Dahmer and Dennis Nilsen, International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 49(3), P: 298-307.

298. Wirihana , L., Welch , A., Williamson , M., Christensen , M., Bakon , S., & Craft, J. (2018). Using Colaizzi's method of data analysis to explore the experiences of nurse academics teaching on satellite campuses. Nurse Researcher, 25(4), 30–34.

299. World Health Organisation (2019). Mental health: Fact sheet, The regional office for europe of the world health organisation, P: 1 – 5.

300. Ya-Cing Syu, Ling-Yi Lin (2018). Sensory overresponsivity, Loneliness, And anxiety in taiwanese adults with autism spectrum Disorder, Hindawi occupational therapy international,1 -7.

301. Yalcın Özdemir, Yaşar Kuzucu, şerife Ak (2014). Depression, loneliness and Internet addiction: How important is low self-control?, Computers in Human Behavior 34, P : 284–290.

302. Yeny Guarin (2017). a postpartum support group for women experiencing postpartum depression: A grant proposal, California state university, Los angeles.

303. Yuexin Gan, Ran Xiong, Junjiao Song, Xinli Xiong, Fei Yu, Weiming Gao, Hui Hu, Jinsong Zhang,Ying Tian, Xiaobo Gu, Jun Zhang, Dan Chen (2019).The effect of perceived social support during early pregnancy on depressive symptoms at 6 weeks postpartum: a prospective study, BMC Psychiatry, p:1 - 8.

قائمة

الملاحق

ملحق رقم 1

دليل المقابلة نصف الموجهة:

معلومات شخصية:

السن:

نمط السكن: مستقل ( ) مع أهل الزوج ( ) مع أهل الزوجة ( )

العمل: اعمل ( ) لا أعمل ( )

المستوى التعليمي : أمي ( ) ابتدائي ( ) متوسط () ثانوي ( ) جامعي ( )

الحالة الاقتصادية: متدنية ( ) متوسطة ( ) عادية ( )

عدد الإخوة: ذكور ( ) إناث ( )

ترتيبك داخل الأسرة:

مدة الزواج:

مهنة الأب:

مهنة الأم:

مهنة الزوج:

عدد الأبناء: ذكور ( ) إناث ( )

عمر الرضيع: ( )

جنس الرضيع: ذكر () أنثى ()

نوع الولادة: طبيعية ( ) قيصرية ( )

محاور المقابلة:

1 ـ الطفولة والمراهقة :

ـ كيف كانت معاملة الأم لك؟.

ـ كيف كانت معاملة الأب لك؟.

ـ هل كان الأب والأم يميلون لفرد معين من إخوتك؟ كيف كنت تشعرين أثناء ذلك؟.

ـ هل واجهت أحداث معينة أثرت فيك نفسيا؟ ما هي؟.

ـ هل كنت تعاملين بقسوة وبطريقة معنفة؟.

2 ـ العلاقات الأسرية:

ـ كيف كانت علاقتك مع الأب؟.

ـ كيف كانت علاقتك مع الأم؟.

ـ كيف كانت علاقتك مع الإخوة؟.

كيف كانت العلاقة بين والديك؟.

ـ كيف كان زواجك تقليدي أم عن حب وقناعة؟.

ـ كيف كانت علاقتك بالزوج؟.

ـ كيف كانت علاقتك بأهل الزوج؟.

ـ كيف كنت تشعرين قبل الزواج وبعد الزواج؟.

ـ كيف كانت معاملتك مع أولادك؟.

ـ هل عانيت من مشكلات في علاقاتك الزوجية، ما نوعها، ماهي أسباب هذه المشكلات؟.

ـ كيف كنت تقومين بحل هذه المشكلات؟.

3 ـ السوابق المرضية:

ـ هل عانيت من أمراض ما؟ ما هي؟.

ـ هل كنت تحت مراقبة الطبيب؟.

ـ هل وصف لك الطبيب دواء ما؟ ما هو؟ ما هي مدة علاجك؟.

4 ـ فترة الحمل والولادة:

ـ هل كان الحمل مرغوب فيه أم لا؟.

ـ هل أصبت بحوادث إجهاض؟.

ـ هل تغيرت حالتك المزاجية والسلوكية أثناء الحمل؟.

ـ كيف كنت تشعرين أثناء ذلك؟ لماذا؟.

ـ كيف كنت تشعرين بعد الولادة؟.

ـ بماذا أحسست عند رؤيتك الأولى للمولود؟.

ـ بماذا شعرت عند احتضان طفلك؟.

ـ كيف كان استقبال الأهل والزوج للمولود؟.

5 ـ الحالة النفسية:

ـ هل كنت تشعرين بالحزن الشديد؟.

ـ هل حدثت لك أحداث معينة جعلتك تشعرين بهذا الشعور؟.

ـ هل واجهتك فترات من البكاء وتقلب في المزاج؟ متى واجهك هذا الشعور؟.

ـ هل كنت تعانين من مشاعر الخجل. متى؟.

ـ هل كنت تشعرين بأنك وحيدة؟ متى تشعرين بهذا الاحساس؟.

ـ هل كنت تشعرين بأنك منعزلة عمن حولك؟. لماذا؟.

ـ هل تشعرين بأن أفراد أسرتك قد تخلو عنك؟.

ـ هل يمكنك التحدث عن مشكلاتك مع عائلتك أو أصدقائك؟.

ـ هل هناك أشخاص يساعدونك في اتخاذ قراراتك؟.

ـ هل هناك أشخاص تعتمدين عليهم عندما تواجهك مشكلة ما؟.

ـ هل لديك أشخاص يدعمونك ويقفون إلى جانبك؟.

- كيف حال نومك؟.
- ما هي المدة بين ما تذهبين للسرير ووقت النوم؟.
- عندما تنامين بالفعل هل تستيقظين في الليل بدون سبب، وهل تستطيعين العودة؟.
- عندما تستيقظين صباحا هل تشعرين بالتعب؟.
- كيف هي شهيتك للطعام؟.
- هل تشعرين بتغير في نشاطك ومستوى تركيزك، لماذا؟.
- الأمور التي اعتدت أن تستمتعي بها هل مازلت تستمتعين بها. لماذا؟.
- هل شعرت بأنك غير قادرة على تلبية احتياجات طفلك؟.
- كيف تقومين برعاية طفلك وأنت محبطة؟.
- هل كنت تعانين من مشاعر الندم اتجاه نفسك وطفلك؟ لماذا؟.
- هل كنت تشعرين بتغير في علاقتك الجنسية؟.
- كيف تنظرين إلى نفسك وانت مصابة باكتئاب ما بعد الولادة؟.
- كيف كانت نظرة الناس إليك؟.
- هل كانت لديك أفكار لإيذاء نفسك أو طفلك للتخلص من المعاناة التي تعيشينها؟.
- هل قمت بتنفيذ هذه الأفكار؟.
- ماهي الظروف التي دفعتك إلى الإقدام بهذه السلوكات؟.
- ما هو شعورك أثناء القيام بهذه السلوكات؟.
- كيف أثرت معاناتك من اكتئاب ما بعد الولادة على حياتك الأسرية والاجتماعية؟
- كأم مصابة باكتئاب ما بعد الولادة ما هي الرسالة التي يمكن أن توجهيها لأفراد المجتمع؟

ملحق رقم 2 مقياس الوحدة النفسية قبل التحكيم:

الأستاذ (ة) المحترم (ة).....

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

في إطار إعداد أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي حول موضوع "الوحدة النفسية"، وبعد الاطلاع على الإطار النظري للوحدة النفسية، وعلى عدة مقاييس في هذا المجال قمنا بصياغة مجموعة من البنود والتي نراها تنتمي للأبعاد الذي وضعت من أجلها، لذا نرجو منكم إبداء رأيكم فيما إذا كانت هذه البنود:

1 ـ مناسبة للمحاور المقترحة.

2 ـ صالحة من حيث الصياغة اللغوية والتركيبية.

3 ـ ملائمة لبدائل الإجابة.

تعريف الوحدة النفسية:

تعرف الوحدة النفسية بأنها خبرة غير سارة يشعر فيها الفرد بأنه وحيد ومنفرد، غير قادر على أن يكون محبوبا من طرف الأخرين، وهذا ما يؤدي به إلى الانسحاب والانعزال عن المجتمع، وتظهر مؤشرات الوحدة من خلال:

1 ـ العزلة الاجتماعية.

2 ـ فقدان الحب والحاجة إليه.

3 ـ عدم القبول الاجتماعي.

4 ـ ألم وصراع نفسي.

بدائل المقياس:

نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
1	2	3	4

تعريف العزلة الاجتماعية: تعني شعور الفرد بأنه وحيد، وهذا ما يؤدي به إلى الانسحاب والعزلة، وعدم المشاركة في العلاقات الاجتماعية.

الأبعاد	العبارات	تنتمي للمحور		تقيس العزلة الاجتماعية			الصياغة اللغوية		التعديل إن وجد
البعد الاول	**العزلة الاجتماعية**	نعم	لا	نعم	نوعا ما	لا	صحيحة	خاطئة	
1	أشعر بأني وحيدة داخل أسرتي وخارجها								
2	أرغب في تكوين علاقات جديدة مع الأخرين								
3	أشعر أن علاقاتي وثيقة مع من حولي من أفراد أسرتي								
4	تربطني علاقات حسنة مع الأصدقاء								
5	أشعر بأني لم أعد قريبة من أفراد أسرتي								
6	أشعر بالرغبة بالانسحاب من العلاقات الاجتماعية								

7	أشعر كأني في عالم غير عادل									
8	أعاني من صعوبة في الاندماج مع الاخرين									
9	أشعر بصعوبة في تواصلي الاجتماعي بالأخرين									
10	أشعر بفقدان مهارات الاتصال الاجتماعية اللازمة للانخراط في العلاقات اجتماعية									
11	لا أجد من يشاركني في أفكاري واهتماماتي من قبل أفراد أسرتي									
12	اشعر بالضيق وعدم الراحة عند تواجدي مع الآخرين									
13	أشعر بأني غريبة عمن حولي									
14	أشعر بالعزلة عمن حولي رغم وجودي بينهم									
15	أميل للمشاركة في المناسبات الاجتماعية									

تعريف فقدان الحب والحاجة إليه: ويقصد به عدم الاشباع في العلاقات العاطفية الحميمية من الاشخاص المقربين، وذلك ناتج عن القصور وعدم الكفاية في عمليات التواصل بين الشخصي.

الأبعاد	العبارات	تنتمي للمحور		تقيس فقدان الحب والحاجة إليه			الصياغة اللغوية		التعديل إن وجد
البعد الثاني	**فقدان الحب والحاجة إليه**	نعم	لا	نعم	نوعا ما	لا	صحيحة	خاطئة	
1	علاقاتي بأفراد أسرتي تربطها مشاعر الثقة والمودة								
2	يصعب علي تكوين صداقات جديدة								
3	أشعر انني أفتقد الحب من جانب معظم الذين يعرفونني								
4	أشعر بقدرتي على فهم المحيطين بي والتفاهم معهم								
5	لا أجد من أستطيع ان اتحدث معه في أسراري								
6	أشعر أني مهمل من أسرتي								
7	لا تدوم علاقاتي بأصدقائي لفترة طويلة								
8	هناك أشخاص يمكنهم أن يفهموني								
9	أشعر بأنه لا أحد يهتم بي								
10	أفتقد لوجود أشخاص يمكنني التحدث إليهم								
11	أشعر بفراغ عاطفي								
12	أشعر بفقدان الصداقة الحقة								
13	تربطني روابط علائقية قائمة على المودة والتعاطف								
14	أشعر بالرعاية والحنان من قبل الأخرين								

تعريف عدم القبول الاجتماعي: ويعني شعور الفرد بعدم الراحة لتواجده مع الاخرين لعدم تقبلهم له.

الأبعاد	العبـــارات	تنتمي للمحور		تقيس عدم القبول الاجتماعي			الصياغة اللغوية		التعديل إن وجد
البعد الثالث	**عدم القبول الاجتماعي**	نعم	لا	نعم	نوعا ما	لا	صحيحة	خاطئة	
1	أشعر أن الاخرين لا يقدرونني التقدير اللازم								
2	أستمتع بتواجدي مع الأخرين								
3	أشعر بتذمر الاخرين عندما يروني								
4	أشعر بتقبل الناس لي								
5	أجد نفسي وسط من يحترمني								
6	اشعر ان الاخرين يتجنبونني								
7	اشعر ان الاخرين يعاملونني بسخرية								
8	اشعر ان الاخرون لا يطيقونني								
9	اشعر بقرب الاخرين مني								
10	اشعر برغبة الاخرين في وجودي								
11	اشعر ان الاخرين يتعمدون اقصائي عنهم ووضع حد لوجودي بينهم								
12	أشعر ان الاخرين يحبوني								
13	أشعر باني مظلومة ممن حولي								
14	أشعر أني مهملة ومنبوذة								
15	أشعر بالسعادة والارتياح عند تواجدي مع الأخرين								

تعريف ألم وصراع نفسي: ويقصد بها المعاناة النفسية التي يشعر بها الفرد نتيجة نقص العلاقات الشخصية.

الأبعاد	العبارات	تنتمي للمحور		تقيس ألم وصراع نفسي			الصياغة اللغوية		التعديل إن وجد
البعد الرابع	**ألم وصراع عنيف**	نعم	لا	نعم	نوعا ما	لا	صحيحة	خاطئة	
1	أشعر بالتشاؤم								
2	أشعر بالقلق والتوتر								
3	أشعر بالملل والاجهاد في كثير من الأحيان								
4	أشعر بالتعب في كل الاوقات								
5	أشعر بحساسية كبيرة لمعاملة الناس لي								
6	أنا أكثر عنفا في تعاملي مع الأخرين								
7	أنا لا أغضب بسرعة								
8	أرغب بالبكاء معظم الأوقات								
9	أشعر بصداع مستمر								
10	أشعر برغبة في إيذاء الاخرين								
11	ألوم نفسي بشدة								
12	أثق بنفسي معظم الوقت								
13	أشعر بالارتباك وضعف القدرة على الاسترخاء								
14	لا أعاني من فقدان الشهية								
15	أرى أن الحياة جميلة ونستحق أن نعيشها								
16	عندي قدرة مقبولة على التركيز								
17	أشعر بالضجر نتيجة افتقاد التقبل والود								
18	اشعر بالفشل في معظم المواقف التي تواجهني								

ملحق رقم 4: مقياس اكتئاب ما بعد الولادة قبل التحكيم:

مقياس فحص اكتئاب ما بعد الولادة .The Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)

	النسخة الأصلية	**اللغة المترجم إليها**	**نفس المعنى**	**معنى متقارب**	**معنى مختلف**	**التصحيح**
البنود الأبعاد	البعد الأول **Sleeping/Eating Disturbances (SLP)**	**إضطرابات النوم والأكل**				
1	I had trouble sleeping even when my baby was asleep.	كانت لدي مشاكل في النوم حتي عندما كان طفلي نائما.				
8	I lost my appetite.	لقد فقدت شهيتي.				
15	I woke up on my own in the middle of the night and had trouble getting back to sleep.	إستيقظت لوحدي في منتصف الليل ووجدت صعوبة في العودة إلى النوم.				
22	I tossed and turned for a long time at night trying to fall asleep.	تقلبت لفترة طويلة في الليل لمحاولة النوم.				
29	I knew I should eat but I could not.	أنا أعرف أنه يجب علي أن أكل ولكنني لم أستطع.				
	البعدالثاني **Anxiety/Insecurity (ANX)**	**القلق وعدم الأمن**				
2	I got anxious over even the littlest things that concerned my baby.	أصبح جد قلق حتى على أصغر الأشياء التي تهم طفلي.				
9	I felt really overwhelmed					
16	I felt like I was jumping out of my skin					
23	I felt all alone.	أشعر أن الجميع وحيدون				
30	I felt like I had to keep moving or pacing.	شعرت أنه يجب علي الاستمرار في الحركة أو الإسراع.				
	البعد الثالث:**Emotional Lability (ELB)**	**الضعف المعرفي**				
3	I felt like my emotions were on a roller coaster					
10	I was scared that I would never be happy again.	كنت خائفا من أنني لن أكون سعيدة مرة أخرى.				
17	I cried a lot for no real reason	بكيت كثيرا بدون سبب حقيقي.				
24	I have been very irritable	لقد كنت شديدة الانفعال.				
31	I felt full of anger ready to Explode	شعرت بغضب تام وعلى استعداد للانفجار.				
	البعد الرابع: **Mental Confusion (MNT)**	**التشوهات المعرفية**				
4	I felt like I was losing my mind.	شعرت وكأنني فقدت عقلي.				
11	I could not concentrate on anything.	لا أستطيع التركيز على شيء.				
18	I thought I was going crazy.	فكرت في أنني سأصبح مجنونة.				
25	I had a difficult time making even a simple decision.	واجهت أوقات صعبة في إتخاذ قرارات بسيطة.				
32	I had difficulty focusing on a task.	واجهة صعوبة في التركيز على مهمة.				
	البعد الخامس: **Loss of Self (LOS)**	**فقدان الذات**				

				كنت خائفا أنني لن أكون أبدا على طبيعتي مرة أخرى.	I was afraid that I would never be my normal self again.	5
				شعرت كما لو أنني غريبة عن نفسي.	I felt as though I had become a stranger to myself	12
				أكثر من ذللك لم أكن أعرف من أنا.	I did not know who I was anymore.	19
				شعرت كأنني لم أكن طبيعي.	I felt like I was not normal.	26
				أنا لا أشعر حقيقة.	I did not feel real.	33
				الذنب والعار	البعد السادس**Guilt/Shame (GLT)** :	
				شعرت كأنني لم أكن الأم التي أردت أن أكونها.	I felt like I was not the mother I wanted to be.	6
				شعرت أن الكثير من الأمهات كانوا أفضل مني.	I felt like so many mothers were better than me.	13
				شعرت بالذنب لأنني لم أستطع أن أشعر بحب كبير اتجاه طفلي كما ينبغي.	I felt guilty because I could not feel as much love for my baby as I should.	20
				شعرت كأنه يجب علي أن أخفي ما فكرت به أو شعرت به تجاه طفلي.	I felt like I had to hide what I was thinking or feeling towards the baby	27
				شعرت كأنني فشلت كأم.	I felt like a failure as a mother	34
				الأفكار الانتحارية	البعد السابع: **Suicidal Thoughts (SUI)**	
				لدي أفكار أن الموت يبدو وكأنه السبيل الوحيد للخروج من الكابوس المعاش.	I have thought that death seemed like the only way out of this living nightmare.	7
				بدأت أفكر أنني سأكون أفضل بعيدا عن الموت.	I started thinking that I would be better off dead.	14
				كنت أرغب في إيذاء نفسي.	I wanted to hurt myself	21
				شعرت أن طفلي سيكون أفضل حالا بدوني.	I felt that my baby would be better off without me	28
				أنا أرغب فقط في مغادرة هذا العالم.	I just wanted to leave this world.	35

ملحق رقم 5: مقياس الوحدة النفسية بعد التحكيم

البنود	العبارات	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
1	أشعر بأني وحيدة داخل أسرتي وخارجها.				
2	علاقاتي بأفراد أسرتي تربطها مشاعر الثقة والمودة والاحترام.				
3	أشعر أن أفراد أسرتي لا يقدرونني التقدير اللازم				
4	أشعر بالتشاؤم نتيجة نقص العلاقات الاجتماعية.				
5	أعاني من فقدان الشهية في أغلب الأوقات.				
6	يصعب علي تكوين صداقات جديدة مع الأخرين.				
7	أستمتع بتواجدي مع الأخرين				
8	أشعر بالقلق والتوتر معظم الاوقات.				
9	أشعر أن علاقاتي وثيقة مع من حولي من أفراد أسرتي.				
10	أشعر انني أفتقد الحب من جانب معظم الذين يعرفونني.				
11	أشعر بتذمر أصدقائي عندما يروني				
12	أشعر بالملل في كثير من الأحيان.				
13	تربطني علاقات حسنة مع الأصدقاء والزملاء.				
14	أشعر بقدرتي على فهم المحيطين بي والتفاهم معهم بسهولة.				
15	أشعر بتقبل الناس لي برحابة واهتمام في كل مكان				
16	أشعر بالإجهاد عند أدائي لأبسط الأشياء.				
17	أشعر بأني لم أعد قريبة من أفراد أسرتي.				
18	لا أجد من أستطيع ان اتحدث معه في أسراري الخاصة.				
19	أجد نفسي وسط من يحترمني من طرف أفراد أسرتي				
20	أشعر بالتعب عند استيقاظي من النوم صباحا.				
21	أشعر بالرغبة بالانسحاب من العلاقات الاجتماعية.				
22	أشعر أني مهمل من طرف أفراد أسرتي.				
23	اشعر بالفشل في معظم المواقف التي تواجهني.				
24	أشعر بحساسية كبيرة لمعاملة الناس لي.				
25	أشعر كأني في عالم غير عادل.				
26	لا تدوم علاقاتي بأصدقائي لفترة طويلة.				
27	اشعر أن أفراد أسرتي وأصدقائي يعاملونني بسخرية واستهزاء.				
28	أنا أكثر عنفا في تعاملي مع الأخرين.				
29	أعاني من صعوبة في الاندماج مع الاشخاص الجدد.				
30	هناك أشخاص يمكنهم أن يفهموني بسهولة.				
31	اشعر ان أصدقائي لا يتحملون وجودي بينهم.				
32	أنا شخص هادئ ولا أغضب بسرعة في معاملتي مع أفراد أسرتي.				
33	أشعر بصعوبة في تواصلي الاجتماعي مع معارفي.				
34	أشعر بأنه لا أحد يهتم بي.				
35	اشعر بقرب أفراد أسرتي وأصدقائي				
36	أرغب بالانطواء والبكاء معظم الأوقات.				

37	أشعر بفقدان مهارات الاتصال والإنصات الاجتماعية اللازمة للانخراط في العلاقات الاجتماعية				
38	أفتقد لوجود أشخاص يمكنني التحدث إليهم.				
39	أشعر برغبة الاخرين في وجودي معهم				
40	أشعر بصداع مستمر.				
41	لا أجد من يشاركني في أفكاري واهتماماتي من قبل أفراد أسرتي وأصدقائي.				
42	أشعر بفراغ نفسي وعاطفي.				
43	أشعر بألآم جسدية معظم الأوقات.				
44	اشعر بالضيق والتوتر وعدم الراحة عند تواجدي مع الآخرين.				
45	أشعر بفقدان الصداقة الحقيقية من قبل أفراد أسرتي عند مواجهتي لمشكلة ما.				
46	اشعر ان أفراد أسرتي يتجاهلونني				
47	أشعر بأني غريبة عمن حولي.				
48	تجمعني روابط علائقية قائمة على المودة والتعاطف مع أفراد أسرتي.				
49	أشعر أن أفراد أسرتي وأصدقائي يحاولون أن يتخلصوا من وجودي بينهم.				
50	أشعر بالندم وألوم نفسي بشدة.				
51	أشعر بالعزلة عمن حولي رغم وجودي بينهم.				
52	أشعر بالرعاية والحنان من قبل أفراد أسرتي.				
53	أشعر ان غالبية معارفي يرحبون بتواجدي معهم				
54	أثق بنفسي معظم الأوقات.				
55	أميل للمشاركة في المناسبات الاجتماعية.				
56	أشعر بالظلم وعدم المساواة من طرف أفراد المجتمع الذي أنتمي إليه				
57	أشعر بالارتباك وعدم الهدوء.				
58	أشعر أني مهملة ومنبوذة من قبل أفراد أسرتي وأصدقائي				
59	أعاني من ضعف القدرة على الاسترخاء.				
60	أشعر بالسعادة والارتياح عند تواجدي مع الأخرين				
61	أرغب في تكوين علاقات جيدة مع أفراد أسرتي وأصدقائي.				
62	أرى أن الحياة جميلة ونستحق أن نعيشها.				
63	أتمتع بدرجة عالية من التركيز والانتباه.				
64	أشعر بالانزعاج نتيجة لافتقاد التقبل والود من طرف أفراد أسرتي.				
65	اشعر ان أفراد أسرتي يتجنبونني				

ملحق رقم 6: مقياس اكتئاب ما بعد الولادة بعد التحكيم

البنود	العبارات	لا أوافق أبدا	لا أوافق	لست موافقا	أوافق	أوافق بشدة
1	كنت أواجه مشكلة في النوم حتى عندما كان طفلي نائما.					
2	أصبحت جد قلقة حتى على أصغر الأشياء التي تهم طفلي.					
3	شعرت وكأن مشاعري كانت في حالة هيجان					
4	شعرت وكأنني فقدت عقلي.					
5	كنت خائفة أنني لن أكون أبدا على طبيعتي مرة أخرى.					
6	شعرت كأنني لم أكن الأم التي تمنيت أن أكون.					
7	اعتقدت أن الموت يبدو وكأنه السبيل الوحيد للخروج من الكابوس المعاش.					
8	لقد فقدت شهيتي.					
9	شعرت حقا بالارتباك.					
10	كنت خائفة من أنني لن أكون سعيدة مرة أخرى.					
11	لم أتمكن من التركيز على أي شيء.					
12	شعرت كما لو أنني أصبحت غريبة من نفسي.					
13	شعرت أن الكثير من الأمهات كن أفضل مني.					
14	بدأت أفكر أنني سأكون أفضل حين أموت.					
15	استيقظت لوحدي في منتصف الليل ووجدت صعوبة في العودة إلى النوم.					
16	شعرت انني كنت سأفقد صوابي من شدة القلق.					
17	بكيت كثيرا بدون سبب حقيقي.					
18	اعتقدت أنني سأجن.					
19	لم أعد أعرف من كنت.					
20	شعرت بالذنب لأني لم أستطع أن أحب طفلي كما يجب.					
21	كانت لدي رغبة في إيذاء نفسي.					
22	استدرت وتقلبت لفترة طويلة في الليل لمحاولة النوم.					
23	شعرت بأني وحيدة					
24	لقد كنت شديدة الانفعال.					
25	واجهت أوقات صعبة في اتخاذ قرارات بسيطة.					
26	شعرت كأنني لم أكن عادية.					
27	شعرت وكأن علي أن أخفي ما فكرت به أو شعرت به تجاه طفلي.					
28	شعرت أن طفلي سيكون في أحسن حال بدوني.					
29	كنت أعرف أنه يجب علي أن أكل، لكني لم أستطع.					
30	شعرت أنني يجب علي الاستمرار في الحركة أو المشي.					
31	أشعر أن حالتي العاطفية غير مستقرة.					
32	واجهة صعوبة في التركيز على المهام اليومية.					
33	شعرت بأني على غير طبيعتي المعتادة.					
34	شعرت كأنني أم فاشلة.					
35	أردت فقط مغادرة هذا العالم.					

الملحق رقم 7: نتائج الخصائص السيكومترية للمقاييس: مقياس إكتئاب ما بعد الولادة

عادلة ألفا لكرونباخ

Fiabilité

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclue[a]	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,760	5

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,743	5

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,751	5

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,739	5

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,660	5

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,938	35

الارتباط ما بين الأبعاد وبين الدرجة الكلية:

Corrélations

Corrélations

		إضطراباتالنوم،والاكل	القلق،وعدم،الأمن	التقلبات،الانفعالية	الارتباكات،العقلية	فقدان،الذات	الذنب،والعار	الأفكار،الانتحارية	الدرجة،الكلية
إضطراباتالنوم،والاكل	Corrélation de Pearson	1	,658**	,657**	,683**	,564**	,485**	,235	,753**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,101	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
القلق،وعدم،الأمن	Corrélation de Pearson	,658**	1	,799**	,836**	,691**	,584**	,368**	,860**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,000	,000	,009	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
التقلبات،الانفعالية	Corrélation de Pearson	,657**	,799**	1	,881**	,779**	,608**	,507**	,911**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
الارتباكات،العقلية	Corrélation de Pearson	,683**	,836**	,881**	1	,772**	,686**	,521**	,935**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
فقدان،الذات	Corrélation de Pearson	,564**	,691**	,779**	,772**	1	,705**	,591**	,885**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
الذنب،والعار	Corrélation de Pearson	,485**	,584**	,608**	,686**	,705**	1	,555**	,794**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
الأفكار،الانتحارية	Corrélation de Pearson	,235	,368**	,507**	,521**	,591**	,555**	1	,632**
	Sig. (bilatérale)	,101	,009	,000	,000	,000	,000		,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
الدرجة،الكلية	Corrélation de Pearson	,753**	,860**	,911**	,935**	,885**	,794**	,632**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	50	50	50	50	50	50	50	50

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

الارتباط ما بين البنود والابعاد:

		البند1	البند8	البند15	البند22	البند29	إضطراباتـالنوم،والاكل
البند1	Corrélation de Pearson	1	,427**	,233	,464**	,248	,674**
	Sig. (bilatérale)		,002	,104	,001	,082	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند8	Corrélation de Pearson	,427**	1	,430**	,226	,609**	,767**
	Sig. (bilatérale)	,002		,002	,114	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند15	Corrélation de Pearson	,233	,430**	1	,556**	,365**	,703**
	Sig. (bilatérale)	,104	,002		,000	,009	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند22	Corrélation de Pearson	,464**	,226	,556**	1	,334*	,708**
	Sig. (bilatérale)	,001	,114	,000		,018	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند29	Corrélation de Pearson	,248	,609**	,365**	,334*	1	,722**
	Sig. (bilatérale)	,082	,000	,009	,018		,000
	N	50	50	50	50	50	50
إضطراباتـالنوم،والاكل	Corrélation de Pearson	,674**	,767**	,703**	,708**	,722**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	50	50	50	50	50	50

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations

Corrélations

		البند2	البند9	البند16	البند23	البند30	القلق،وعدم،الأمن
البند2	Corrélation de Pearson	1	,229	,114	,123	,415**	,487**
	Sig. (bilatérale)		,110	,429	,396	,003	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند9	Corrélation de Pearson	,229	1	,458**	,532**	,502**	,784**
	Sig. (bilatérale)	,110		,001	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند16	Corrélation de Pearson	,114	,458**	1	,289*	,612**	,718**
	Sig. (bilatérale)	,429	,001		,042	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند23	Corrélation de Pearson	,123	,532**	,289*	1	,334*	,683**
	Sig. (bilatérale)	,396	,000	,042		,018	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند30	Corrélation de Pearson	,415**	,502**	,612**	,334*	1	,816**
	Sig. (bilatérale)	,003	,000	,000	,018		,000
	N	50	50	50	50	50	50
القلق،وعدم،الأمن	Corrélation de Pearson	,487**	,784**	,718**	,683**	,816**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	50	50	50	50	50	50

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations

		البند3	البند10	البند17	البند24	البند31	التقلبات،الانفعالية
البند3	Corrélation de Pearson	1	,409**	,400**	,440**	,372**	,699**
	Sig. (bilatérale)		,003	,004	,001	,008	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند10	Corrélation de Pearson	,409**	1	,164	,247	,252	,589**
	Sig. (bilatérale)	,003		,256	,084	,078	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند17	Corrélation de Pearson	,400**	,164	1	,501**	,489**	,721**
	Sig. (bilatérale)	,004	,256		,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند24	Corrélation de Pearson	,440**	,247	,501**	1	,592**	,783**
	Sig. (bilatérale)	,001	,084	,000		,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند31	Corrélation de Pearson	,372**	,252	,489**	,592**	1	,771**
	Sig. (bilatérale)	,008	,078	,000	,000		,000
	N	50	50	50	50	50	50
التقلبات،الانفعالية	Corrélation de Pearson	,699**	,589**	,721**	,783**	,771**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	50	50	50	50	50	50

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		البند4	البند11	البند18	البند25	البند32	الارتباكات،العقلية
البند4	Corrélation de Pearson	1	,277	,451**	,209	,293*	,702**
	Sig. (bilatérale)		,052	,001	,146	,039	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند11	Corrélation de Pearson	,277	1	,068	,398**	,559**	,674**
	Sig. (bilatérale)	,052		,640	,004	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند18	Corrélation de Pearson	,451**	,068	1	,148	,349*	,621**
	Sig. (bilatérale)	,001	,640		,306	,013	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند25	Corrélation de Pearson	,209	,398**	,148	1	,248	,593**
	Sig. (bilatérale)	,146	,004	,306		,082	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند32	Corrélation de Pearson	,293*	,559**	,349*	,248	1	,722**
	Sig. (bilatérale)	,039	,000	,013	,082		,000
	N	50	50	50	50	50	50
الارتباكات،العقلية	Corrélation de Pearson	,702**	,674**	,621**	,593**	,722**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	50	50	50	50	50	50

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations

		البند5	البند12	البند19	البند26	البند33	فقدان،الذات
البند5	Corrélation de Pearson	1	,356*	,330*	,243	,060	,568**
	Sig. (bilatérale)		,011	,019	,089	,680	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند12	Corrélation de Pearson	,356*	1	,583**	,476**	,347*	,793**
	Sig. (bilatérale)	,011		,000	,000	,014	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند19	Corrélation de Pearson	,330*	,583**	1	,466**	,115	,716**
	Sig. (bilatérale)	,019	,000		,001	,427	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند26	Corrélation de Pearson	,243	,476**	,466**	1	,631**	,805**
	Sig. (bilatérale)	,089	,000	,001		,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند33	Corrélation de Pearson	,060	,347*	,115	,631**	1	,613**
	Sig. (bilatérale)	,680	,014	,427	,000		,000
	N	50	50	50	50	50	50
فقدان،الذات	Corrélation de Pearson	,568**	,793**	,716**	,805**	,613**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	50	50	50	50	50	50

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		البند6	البند13	البند20	البند27	البند34	الذنب،والعار
البند6	Corrélation de Pearson	1	,438**	,424**	,293*	,387**	,765**
	Sig. (bilatérale)		,001	,002	,039	,006	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند13	Corrélation de Pearson	,438**	1	,259	,535**	,072	,746**
	Sig. (bilatérale)	,001		,069	,000	,619	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند20	Corrélation de Pearson	,424**	,259	1	,014	,343*	,598**
	Sig. (bilatérale)	,002	,069		,923	,015	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند27	Corrélation de Pearson	,293*	,535**	,014	1	,022	,634**
	Sig. (bilatérale)	,039	,000	,923		,880	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند34	Corrélation de Pearson	,387**	,072	,343*	,022	1	,494**
	Sig. (bilatérale)	,006	,619	,015	,880		,000
	N	50	50	50	50	50	50
الذنب،والعار	Corrélation de Pearson	,765**	,746**	,598**	,634**	,494**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	50	50	50	50	50	50

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations

		البند7	البند14	البند21	البند28	البند35	الأفكار،الانتحارية
البند7	Corrélation de Pearson	1	,622**	,152	,064	,081	,631**
	Sig. (bilatérale)		,000	,293	,660	,574	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند14	Corrélation de Pearson	,622**	1	,427**	,234	,461**	,846**
	Sig. (bilatérale)	,000		,002	,102	,001	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند21	Corrélation de Pearson	,152	,427**	1	,396**	,304*	,661**
	Sig. (bilatérale)	,293	,002		,004	,032	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند28	Corrélation de Pearson	,064	,234	,396**	1	,197	,513**
	Sig. (bilatérale)	,660	,102	,004		,171	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند35	Corrélation de Pearson	,081	,461**	,304*	,197	1	,633**
	Sig. (bilatérale)	,574	,001	,032	,171		,000
	N	50	50	50	50	50	50
الأفكار،الانتحارية	Corrélation de Pearson	,631**	,846**	,661**	,513**	,633**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	50	50	50	50	50	50

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

التحليل العاملي:

Analyse factorielle

Qualités de représentation

	Initiales	Extraction
البند1	1,000	,707
البند2	1,000	,745
البند3	1,000	,750
البند4	1,000	,857
البند5	1,000	,683
البند6	1,000	,775
البند7	1,000	,738
البند8	1,000	,809
البند9	1,000	,693
البند10	1,000	,811
البند11	1,000	,863
البند12	1,000	,868
البند13	1,000	,805
البند14	1,000	,841
البند15	1,000	,714
البند16	1,000	,797
البند17	1,000	,648
البند18	1,000	,788
البند19	1,000	,689
البند20	1,000	,673
البند21	1,000	,701
البند22	1,000	,847
البند23	1,000	,784
البند24	1,000	,781
البند25	1,000	,793
البند26	1,000	,774
البند27	1,000	,773
البند28	1,000	,774
البند29	1,000	,737
البند30	1,000	,736
البند31	1,000	,784
البند32	1,000	,770
البند33	1,000	,665
البند34	1,000	,650
البند35	1,000	,642

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Analyse factorielle

Qualités de représentation

	Initiales	Extraction
إضطراباتـالنوم،والاكل	1,000	,555
القلق،وعدم،الأمن	1,000	,747
التقلبات،الانفعالية	1,000	,835
الارتباكات،العقلية	1,000	,880
فقدان،الذات	1,000	,783
الذنب،والعار	1,000	,630
الأفكار،الانتحارية	1,000	,397
الدرجة،الكلية	1,000	1,000

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Variance totale expliquée

	Valeurs propres initiales			Sommes extraites du carré des chargements		
Composante	Total	% de la variance	% cumulé	Total	% de la variance	% cumulé
1	4,826	68,950	68,950	4,826	68,950	68,950
2	,880	12,573	81,523			
3	,407	5,813	87,336			
4	,356	5,084	92,420			
5	,250	3,570	95,990			
6	,178	2,540	98,530			
7	,103	1,470	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Matrice des composantes[a]

	Composante
	1
الدرجة،الكلية	1,000
الارتباكات،العقلية	,938
التقلبات،الانفعالية	,914
فقدان،الذات	,885
القلق،وعدم،الأمن	,864
الذنب،والعار	,794
إضطراباتـالنوم،والاكل	,745
الأفكار،الانتحارية	,630

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 1 composantes extraites.

مقياس الوحدة النفسية:

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
الدرجة،الكلية	114,36	28,434	50
العزلة	25,66	7,679	50
فقدان،الحب	24,00	7,120	50
عدم،القبول	25,76	6,930	50
المعانات	40,36	10,159	50

Corrélations

		الدرجة،الكلية	العزلة	فقدان،الحب	عدم،القبول	المعانات
الدرجة،الكلية	Corrélation de Pearson	1	,936**	,882**	,877**	,923**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50
العزلة	Corrélation de Pearson	,936**	1	,769**	,716**	,890**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50
فقدان،الحب	Corrélation de Pearson	,882**	,769**	1	,798**	,680**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000
	N	50	50	50	50	50
عدم،القبول	Corrélation de Pearson	,877**	,716**	,798**	1	,711**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,000
	N	50	50	50	50	50
المعانات	Corrélation de Pearson	,923**	,890**	,680**	,711**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	
	N	50	50	50	50	50

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
العزلة	25,66	7,679	50
فقدان،الحب	24,00	7,120	50
عدم،القبول	25,76	6,930	50
المعانات	40,36	10,159	50

Corrélations

		العزلة	فقدان،الحب	عدم،القبول	المعانات
العزلة	Corrélation de Pearson	1	,769**	,716**	,890**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000
	N	50	50	50	50
فقدان،الحب	Corrélation de Pearson	,769**	1	,798**	,680**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000
	N	50	50	50	50
عدم،القبول	Corrélation de Pearson	,716**	,798**	1	,711**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000
	N	50	50	50	50
المعانات	Corrélation de Pearson	,890**	,680**	,711**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	50	50	50	50

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
الدرجة،الكلية	114,36	28,434	50
البند1	1,64	,827	50
البند2	1,52	,839	50
البند3	1,48	,789	50
البند4	1,74	,965	50
البند5	2,02	1,000	50
البند6	1,58	,883	50
البند7	1,96	,968	50
البند8	2,54	1,092	50
البند9	1,70	,909	50
البند10	1,48	,814	50

Corrélations

		الدرجة،الكلية	البند1	البند2	البند3	البند4	البند5	البند6	البند7	البند8	البند9	البند10
الدرجة،الكلية	Corrélation de Pearson	1	,561**	,561**	,464**	,621**	,305*	,436**	,216	,546**	,657**	,461**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,001	,000	,031	,002	,133	,000	,000	,001
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند1	Corrélation de Pearson	,561**	1	,334*	,239	,392**	,108	,152	,007	,446**	,451**	,413**
	Sig. (bilatérale)	,000		,018	,095	,005	,457	,292	,961	,001	,001	,003
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند2	Corrélation de Pearson	,561**	,334*	1	,386**	,196	,109	,246	,051	,289*	,530**	,374**
	Sig. (bilatérale)	,000	,018		,006	,173	,451	,085	,724	,042	,000	,007
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند3	Corrélation de Pearson	,464**	,239	,386**	1	,221	,013	,208	,133	-,046	,546**	,428**
	Sig. (bilatérale)	,001	,095	,006		,123	,926	,148	,359	,749	,000	,002
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند4	Corrélation de Pearson	,621**	,392**	,196	,221	1	,344*	,468**	,229	,446**	,514**	,448**
	Sig. (bilatérale)	,000	,005	,173	,123		,014	,001	,110	,001	,000	,001
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند5	Corrélation de Pearson	,305*	,108	,109	,013	,344*	1	,333*	,022	,326*	,231	,189
	Sig. (bilatérale)	,031	,457	,451	,926	,014		,018	,880	,021	,106	,190
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند6	Corrélation de Pearson	,436**	,152	,246	,208	,468**	,333*	1	,147	,282*	,298*	,258
	Sig. (bilatérale)	,002	,292	,085	,148	,001	,018		,308	,047	,036	,071
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند7	Corrélation de Pearson	,216	,007	,051	,133	,229	,022	,147	1	-,076	,288*	,077
	Sig. (bilatérale)	,133	,961	,724	,359	,110	,880	,308		,601	,043	,597
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند8	Corrélation de Pearson	,546**	,446**	,289*	-,046	,446**	,326*	,282*	-,076	1	,413**	,208
	Sig. (bilatérale)	,000	,001	,042	,749	,001	,021	,047	,601		,003	,148
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند9	Corrélation de Pearson	,657**	,451**	,530**	,546**	,514**	,231	,298*	,288*	,413**	1	,447**
	Sig. (bilatérale)	,000	,001	,000	,000	,000	,106	,036	,043	,003		,001
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند10	Corrélation de Pearson	,461**	,413**	,374**	,428**	,448**	,189	,258	,077	,208	,447**	1
	Sig. (bilatérale)	,001	,003	,007	,002	,001	,190	,071	,597	,148	,001	
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
الدرجة،الكلية	114,36	28,434	50
البند11	1,22	,648	50
البند12	2,32	,957	50
البند13	1,60	,881	50
البند14	1,78	,790	50
البند15	1,98	,979	50
البند16	2,34	1,022	50
البند17	1,56	,884	50
البند18	1,90	1,035	50
البند19	1,56	,884	50
البند20	2,54	1,147	50

Corrélations

		الدرجة،الكلية	البند11	البند12	البند13	البند14	البند15	البند16	البند17	البند18	البند19	البند20
الدرجة،الكلية	Corrélation de Pearson	1	,628**	,407**	,378**	,049	,537**	,480**	,661**	,284*	,337*	,326*
	Sig. (bilatérale)		,000	,003	,007	,735	,000	,000	,000	,046	,017	,021
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند11	Corrélation de Pearson	,628**	1	,213	,372**	,096	,200	,316*	,635**	,064	,137	,002
	Sig. (bilatérale)	,000		,137	,008	,505	,164	,025	,000	,659	,344	,991
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند12	Corrélation de Pearson	,407**	,213	1	,034	-,094	,225	,241	,266	,198	-,120	,397**
	Sig. (bilatérale)	,003	,137		,815	,516	,117	,092	,062	,169	,408	,004
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند13	Corrélation de Pearson	,378**	,372**	,034	1	,340*	,417**	,177	,189	,090	,503**	-,125
	Sig. (bilatérale)	,007	,008	,815		,016	,003	,219	,189	,536	,000	,386
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند14	Corrélation de Pearson	,049	,096	-,094	,340*	1	,311*	,095	,005	,097	,326*	-,249
	Sig. (bilatérale)	,735	,505	,516	,016		,028	,514	,974	,501	,021	,081
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند15	Corrélation de Pearson	,537**	,200	,225	,417**	,311*	1	,170	,343*	,260	,508**	,064
	Sig. (bilatérale)	,000	,164	,117	,003	,028		,238	,015	,069	,000	,657
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند16	Corrélation de Pearson	,480**	,316*	,241	,177	,095	,170	1	,327*	-,025	-,147	,293*
	Sig. (bilatérale)	,000	,025	,092	,219	,514	,238		,021	,863	,308	,039

	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند17	Corrélation de Pearson	,661**	,635**	,266	,189	,005	,343*	,327*	1	,308*	,139	,179
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,062	,189	,974	,015	,021		,030	,336	,214
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند18	Corrélation de Pearson	,284*	,064	,198	,090	,097	,260	-,025	,308*	1	,308*	-,126
	Sig. (bilatérale)	,046	,659	,169	,536	,501	,069	,863	,030		,030	,385
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند19	Corrélation de Pearson	,337*	,137	-,120	,503**	,326*	,508**	-,147	,139	,308*	1	-,284*
	Sig. (bilatérale)	,017	,344	,408	,000	,021	,000	,308	,336	,030		,045
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند20	Corrélation de Pearson	,326*	,002	,397**	-,125	-,249	,064	,293*	,179	-,126	-,284*	1
	Sig. (bilatérale)	,021	,991	,004	,386	,081	,657	,039	,214	,385	,045	
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
الدرجة،الكلية	114,36	28,434	50
البند21	1,66	,895	50
البند22	1,34	,717	50
البند23	1,68	,844	50
البند24	1,66	,872	50
البند25	2,00	1,050	50
البند26	1,58	,950	50
البند27	1,24	,591	50
البند28	1,24	,591	50
البند29	1,44	,760	50
البند30	2,02	,892	50

Corrélations

		الدرجة،الكلية	البند21	البند22	البند23	البند24	البند25	البند26	البند27	البند28	البند29	البند30
الدرجة،الكلية	Corrélation de Pearson	1	,663**	,738**	,645**	,666**	,467**	,548**	,735**	,446**	,282*	,354*
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,001	,047	,012
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند21	Corrélation de Pearson	,663**	1	,724**	,394**	,451**	,435**	,669**	,543**	,080	,344*	,316*
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,005	,001	,002	,000	,000	,579	,014	,026
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند22	Corrélation de Pearson	,738**	,724**	1	,453**	,450**	,352*	,663**	,814**	,189	,169	,404**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,001	,001	,012	,000	,000	,190	,240	,004
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند23	Corrélation de Pearson	,645**	,394**	,453**	1	,793**	,115	,364**	,444**	,444**	,447**	,280*
	Sig. (bilatérale)	,000	,005	,001		,000	,426	,009	,001	,001	,001	,049
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند24	Corrélation de Pearson	,666**	,451**	,450**	,793**	1	,245	,416**	,518**	,518**	,446**	,114
	Sig. (bilatérale)	,000	,001	,001	,000		,086	,003	,000	,000	,001	,431
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند25	Corrélation de Pearson	,467**	,435**	,352*	,115	,245	1	,246	,362**	,033	,077	-,174
	Sig. (bilatérale)	,001	,002	,012	,426	,086		,085	,010	,821	,596	,226
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند26	Corrélation de Pearson	,548**	,669**	,663**	,364**	,416**	,246	1	,511**	,220	,374**	,203
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,009	,003	,085		,000	,125	,007	,158
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند27	Corrélation de Pearson	,735**	,543**	,814**	,444**	,518**	,362**	,511**	1	,474**	,078	,223
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,001	,000	,010	,000		,001	,590	,120
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند28	Corrélation de Pearson	,446**	,080	,189	,444**	,518**	,033	,220	,474**	1	,305*	,107
	Sig. (bilatérale)	,001	,579	,190	,001	,000	,821	,125	,001		,031	,460
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند29	Corrélation de Pearson	,282*	,344*	,169	,447**	,446**	,077	,374**	,078	,305*	1	,017
	Sig. (bilatérale)	,047	,014	,240	,001	,001	,596	,007	,590	,031		,908
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند30	Corrélation de Pearson	,354*	,316*	,404**	,280*	,114	-,174	,203	,223	,107	,017	1
	Sig. (bilatérale)	,012	,026	,004	,049	,431	,226	,158	,120	,460	,908	
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
الدرجة،الكلية	114,36	28,434	50
البند31	1,30	,544	50
البند32	1,88	,918	50
البند33	1,74	,986	50
البند34	1,64	,875	50
البند35	1,92	1,066	50
البند36	2,14	1,010	50
البند37	1,68	,891	50
البند38	2,02	,979	50
البند39	2,04	,755	50
البند40	2,02	1,040	50

Corrélations

		الدرجة،الكلية	البند31	البند32	البند33	البند34	البند35	البند36	البند37	البند38	البند39	البند40
الدرجة،الكلية	Corrélation de Pearson	1	,398**	-,010	,570**	,715**	,416**	,687**	,453**	,568**	,103	,361*
	Sig. (bilatérale)		,004	,945	,000	,000	,003	,000	,001	,000	,477	,010
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند31	Corrélation de Pearson	,398**	1	-,213	,148	,146	,113	,442**	,202	,180	,318*	,133
	Sig. (bilatérale)	,004		,138	,304	,312	,436	,001	,159	,211	,024	,355
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند32	Corrélation de Pearson	-,010	-,213	1	,145	-,004	,199	,085	-,198	,071	-,170	-,062
	Sig. (bilatérale)	,945	,138		,314	,978	,167	,560	,169	,625	,239	,671
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند33	Corrélation de Pearson	,570**	,148	,145	1	,457**	,135	,468**	,322*	,449**	-,068	,284*
	Sig. (bilatérale)	,000	,304	,314		,001	,349	,001	,023	,001	,639	,046
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند34	Corrélation de Pearson	,715**	,146	-,004	,457**	1	,319*	,681**	,347*	,437**	-,040	,143
	Sig. (bilatérale)	,000	,312	,978	,001		,024	,000	,014	,001	,785	,323
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند35	Corrélation de Pearson	,416**	,113	,199	,135	,319*	1	,162	-,070	,197	,055	,038
	Sig. (bilatérale)	,003	,436	,167	,349	,024		,260	,627	,170	,706	,792
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند36	Corrélation de Pearson	,687**	,442**	,085	,468**	,681**	,162	1	,391**	,430**	,046	,172
	Sig. (bilatérale)	,000	,001	,560	,001	,000	,260		,005	,002	,751	,232
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند37	Corrélation de Pearson	,453**	,202	-,198	,322*	,347*	-,070	,391**	1	,195	,110	,316*
	Sig. (bilatérale)	,001	,159	,169	,023	,014	,627	,005		,176	,445	,026
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند38	Corrélation de Pearson	,568**	,180	,071	,449**	,437**	,197	,430**	,195	1	-,112	,300*
	Sig. (bilatérale)	,000	,211	,625	,001	,001	,170	,002	,176		,441	,034
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند39	Corrélation de Pearson	,103	,318*	-,170	-,068	-,040	,055	,046	,110	-,112	1	-,079
	Sig. (bilatérale)	,477	,024	,239	,639	,785	,706	,751	,445	,441		,585
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند40	Corrélation de Pearson	,361*	,133	-,062	,284*	,143	,038	,172	,316*	,300*	-,079	1
	Sig. (bilatérale)	,010	,355	,671	,046	,323	,792	,232	,026	,034	,585	
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
الدرجة،الكلية	114,36	28,434	50
النبد41	1,70	,974	50
البند42	1,94	1,096	50
البند43	2,02	,937	50
البند44	1,72	,948	50
البند45	1,60	,969	50
البند46	1,36	,722	50
البند47	1,42	,702	50
البند48	1,80	,990	50
البند49	1,24	,657	50
البند50	1,98	1,078	50

Corrélations

		الدرجة،الكلية	النبد41	البند42	البند43	البند44	البند45	البند46	البند47	البند48	البند49	البند50
الدرجة،الكلية	Corrélation de Pearson	1	,610**	,662**	,461**	,540**	,636**	,735**	,706**	,372**	,522**	,511**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,008	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
النبد41	Corrélation de Pearson	,610**	1	,461**	,253	,305*	,411**	,563**	,576**	,381**	,306*	,480**
	Sig. (bilatérale)	,000		,001	,077	,031	,003	,000	,000	,006	,030	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند42	Corrélation de Pearson	,662**	,461**	1	,578**	,553**	,361**	,415**	,537**	,196	,247	,517**
	Sig. (bilatérale)	,000	,001		,000	,000	,010	,003	,000	,173	,083	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند43	Corrélation de Pearson	,461**	,253	,578**	1	,351*	,256	,231	,421**	,092	,158	,465**
	Sig. (bilatérale)	,001	,077	,000		,012	,072	,107	,002	,523	,273	,001
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند44	Corrélation de Pearson	,540**	,305*	,553**	,351*	1	,364**	,270	,578**	,004	,241	,274
	Sig. (bilatérale)	,000	,031	,000	,012		,009	,058	,000	,976	,091	,054
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند45	Corrélation de Pearson	,636**	,411**	,361**	,256	,364**	1	,560**	,372**	,277	,379**	,148
	Sig. (bilatérale)	,000	,003	,010	,072	,009		,000	,008	,052	,007	,304
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند46	Corrélation de Pearson	,735**	,563**	,415**	,231	,270	,560**	1	,702**	,331*	,805**	,377**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,003	,107	,058	,000		,000	,019	,000	,007
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

البند47	Corrélation de Pearson	,706**	,576**	,537**	,421**	,578**	,372**	,702**	1	,153	,618**	,496**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,002	,000	,008	,000		,290	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند48	Corrélation de Pearson	,372**	,381**	,196	,092	,004	,277	,331*	,153	1	,201	,073
	Sig. (bilatérale)	,008	,006	,173	,523	,976	,052	,019	,290		,162	,616
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند49	Corrélation de Pearson	,522**	,306*	,247	,158	,241	,379**	,805**	,618**	,201	1	,266
	Sig. (bilatérale)	,000	,030	,083	,273	,091	,007	,000	,000	,162		,062
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند50	Corrélation de Pearson	,511**	,480**	,517**	,465**	,274	,148	,377**	,496**	,073	,266	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,001	,054	,304	,007	,000	,616	,062	
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
الدرجة،الكلية	114,36	28,434	50
البند51	1,62	1,008	50
البند52	1,80	1,010	50
البند53	1,58	,702	50
البند54	1,88	,746	50
البند55	2,16	,866	50
البند56	1,98	1,040	50
البند57	2,08	,900	50
البند58	1,30	,678	50
البند59	2,00	,948	50
البند60	1,92	,853	50

Corrélations

		الدرجة،الكلية	البند51	البند52	البند53	البند54	البند55	البند56	البند57	البند58	البند59	البند60
الدرجة،الكلية	Corrélation de Pearson	1	,718**	,457**	,470**	,334*	,363**	,493**	,650**	,611**	,645**	,498**
	Sig. (bilatérale)		,000	,001	,001	,018	,010	,000	,000	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند51	Corrélation de Pearson	,718**	1	,305*	,433**	,318*	,235	,187	,619**	,439**	,577**	,225
	Sig. (bilatérale)	,000		,031	,002	,024	,101	,193	,000	,001	,000	,116
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند52	Corrélation de Pearson	,457**	,305*	1	,483**	,022	,107	,152	,040	,417**	,128	,076
	Sig. (bilatérale)	,001	,031		,000	,881	,458	,293	,781	,003	,376	,601
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند53	Corrélation de Pearson	,470**	,433**	,483**	1	,135	,113	,240	,216	,399**	,307*	,215
	Sig. (bilatérale)	,001	,002	,000		,348	,436	,094	,133	,004	,030	,133
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند54	Corrélation de Pearson	,334*	,318*	,022	,135	1	,315*	-,029	,288*	,073	,231	,177
	Sig. (bilatérale)	,018	,024	,881	,348		,026	,839	,042	,616	,107	,219
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند55	Corrélation de Pearson	,363**	,235	,107	,113	,315*	1	-,110	,193	,299*	,249	,239
	Sig. (bilatérale)	,010	,101	,458	,436	,026		,448	,180	,035	,081	,095
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند56	Corrélation de Pearson	,493**	,187	,152	,240	-,029	-,110	1	,460**	,327*	,186	,251
	Sig. (bilatérale)	,000	,193	,293	,094	,839	,448		,001	,020	,195	,079
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند57	Corrélation de Pearson	,650**	,619**	,040	,216	,288*	,193	,460**	1	,495**	,670**	,407**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,781	,133	,042	,180	,001		,000	,000	,003
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند58	Corrélation de Pearson	,611**	,439**	,417**	,399**	,073	,299*	,327*	,495**	1	,540**	,325*
	Sig. (bilatérale)	,000	,001	,003	,004	,616	,035	,020	,000		,000	,021
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند59	Corrélation de Pearson	,645**	,577**	,128	,307*	,231	,249	,186	,670**	,540**	1	,379**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,376	,030	,107	,081	,195	,000	,000		,007
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
البند60	Corrélation de Pearson	,498**	,225	,076	,215	,177	,239	,251	,407**	,325*	,379**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,116	,601	,133	,219	,095	,079	,003	,021	,007	
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
الدرجة،الكلية	114,36	28,434	50
البند61	1,68	,868	50
البند62	1,72	,927	50
البند63	2,24	,916	50
البند64	1,56	,812	50
البند65	1,36	,693	50

Corrélations

		الدرجة،الكلية	البند61	البند62	البند63	البند64	البند65
الدرجة،الكلية	Corrélation de Pearson	1	,387**	,503**	,435**	,581**	,624**
	Sig. (bilatérale)		,005	,000	,002	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند61	Corrélation de Pearson	,387**	1	,572**	,304*	,288*	,162
	Sig. (bilatérale)	,005		,000	,032	,042	,262
	N	50	50	50	50	50	50
البند62	Corrélation de Pearson	,503**	,572**	1	,586**	,104	,128
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,472	,374
	N	50	50	50	50	50	50
البند63	Corrélation de Pearson	,435**	,304*	,586**	1	-,075	-,042
	Sig. (bilatérale)	,002	,032	,000		,607	,770
	N	50	50	50	50	50	50
البند64	Corrélation de Pearson	,581**	,288*	,104	-,075	1	,577**
	Sig. (bilatérale)	,000	,042	,472	,607		,000
	N	50	50	50	50	50	50
البند65	Corrélation de Pearson	,624**	,162	,128	-,042	,577**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,262	,374	,770	,000	
	N	50	50	50	50	50	50

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
العزلة	25,66	7,679	50
البند1	1,64	,827	50
البند5	2,02	1,000	50
البند9	1,70	,909	50
البند13	1,60	,881	50
البند17	1,56	,884	50
البند21	1,66	,895	50
البند25	2,00	1,050	50
البند29	1,44	,760	50
البند33	1,74	,986	50
البند37	1,68	,891	50
النبد41	1,70	,974	50
البند44	1,72	,948	50
لبند51	1,62	1,008	50
البند55	2,16	,866	50

Fiabilité

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclue[a]	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,826	14

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,824	14

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,834	16

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,869	21

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,800	65

Qualités de représentation

	Initiales	Extraction
البند1	1,000	,785
البند2	1,000	,764
البند3	1,000	,835
البند4	1,000	,722
البند5	1,000	,872
البند6	1,000	,734
البند7	1,000	,752
البند8	1,000	,861
البند9	1,000	,835
البند10	1,000	,855
البند11	1,000	,901
البند12	1,000	,779
البند13	1,000	,809
البند14	1,000	,838
البند15	1,000	,880
البند16	1,000	,845
البند17	1,000	,811
البند18	1,000	,878
البند19	1,000	,863
البند20	1,000	,803
البند21	1,000	,855
البند22	1,000	,894
البند23	1,000	,830
البند24	1,000	,856
البند25	1,000	,783
البند26	1,000	,874
البند27	1,000	,944
البند28	1,000	,816
البند29	1,000	,772
البند30	1,000	,841
البند31	1,000	,807

البند32	1,000	,787
البند33	1,000	,828
البند34	1,000	,784
البند35	1,000	,863
البند36	1,000	,866
البند37	1,000	,802
البند38	1,000	,745
البند39	1,000	,815
البند40	1,000	,851
النبد41	1,000	,812
البند42	1,000	,817
البند43	1,000	,860
البند44	1,000	,845
البند45	1,000	,828
البند46	1,000	,888
البند47	1,000	,830
البند48	1,000	,826
البند49	1,000	,846
البند50	1,000	,860
لبند51	1,000	,894
البند52	1,000	,770
البند53	1,000	,802
البند54	1,000	,831
البند55	1,000	,805
البند56	1,000	,795
البند57	1,000	,905
البند58	1,000	,927
البند59	1,000	,817
البند60	1,000	,856
البند61	1,000	,815
البند62	1,000	,796
البند63	1,000	,849
البند64	1,000	,779
البند65	1,000	,918

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Sommes extraites du carré des chargements		
	Total	% de la variance	% cumulé	Total	% de la variance	% cumulé
1	18,013	27,712	27,712	18,013	27,712	27,712
2	5,561	8,556	36,268	5,561	8,556	36,268
3	3,857	5,933	42,201	3,857	5,933	42,201
4	3,371	5,185	47,387	3,371	5,185	47,387
5	2,854	4,390	51,777	2,854	4,390	51,777
6	2,562	3,942	55,719	2,562	3,942	55,719
7	2,512	3,865	59,583	2,512	3,865	59,583
8	2,187	3,365	62,948	2,187	3,365	62,948
9	1,988	3,058	66,006	1,988	3,058	66,006
10	1,836	2,825	68,832	1,836	2,825	68,832
11	1,611	2,479	71,311	1,611	2,479	71,311
12	1,519	2,337	73,647	1,519	2,337	73,647
13	1,452	2,233	75,881	1,452	2,233	75,881
14	1,305	2,008	77,888	1,305	2,008	77,888
15	1,214	1,868	79,757	1,214	1,868	79,757
16	1,110	1,707	81,464	1,110	1,707	81,464
17	1,055	1,622	83,086	1,055	1,622	83,086
18	,962	1,480	84,566			
19	,930	1,432	85,998			
20	,898	1,382	87,379			
21	,813	1,251	88,631			
22	,757	1,164	89,795			
23	,705	1,084	90,879			
24	,648	,996	91,875			
25	,574	,882	92,758			
26	,517	,795	93,552			
27	,505	,777	94,329			
28	,404	,621	94,950			
29	,387	,596	95,546			
30	,353	,543	96,089			
31	,312	,481	96,570			
32	,279	,429	96,999			
33	,255	,393	97,392			
34	,235	,362	97,754			
35	,215	,331	98,085			
36	,201	,309	98,394			
37	,198	,304	98,698			

38	,155	,239	98,936			
39	,132	,203	99,139			
40	,109	,167	99,306			
41	,101	,155	99,461			
42	,081	,124	99,585			
43	,069	,107	99,691			
44	,061	,094	99,785			
45	,045	,069	99,855			
46	,034	,052	99,906			
47	,026	,040	99,946			
48	,022	,033	99,980			
49	,013	,020	100,000			
50	1,051E-15	1,617E-15	100,000			
51	9,979E-16	1,535E-15	100,000			
52	6,080E-16	9,354E-16	100,000			
53	5,774E-16	8,883E-16	100,000			
54	4,036E-16	6,209E-16	100,000			
55	2,995E-16	4,607E-16	100,000			
56	1,699E-16	2,615E-16	100,000			
57	5,987E-17	9,211E-17	100,000			
58	-5,213E-17	-8,020E-17	100,000			
59	-1,365E-16	-2,100E-16	100,000			
60	-1,971E-16	-3,033E-16	100,000			
61	-3,722E-16	-5,726E-16	100,000			
62	-4,649E-16	-7,152E-16	100,000			
63	-4,851E-16	-7,463E-16	100,000			
64	-5,547E-16	-8,535E-16	100,000			
65	-1,155E-15	-1,776E-15	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Qualités de représentation

	Initiales	Extraction
العزلة	1,000	,871
فقدان،الحب	1,000	,801
عدم،القبول	1,000	,788
المعانات	1,000	,823

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Sommes extraites du carré des chargements		
	Total	% de la variance	% cumulé	Total	% de la variance	% cumulé
1	3,283	82,067	82,067	3,283	82,067	82,067
2	,409	10,226	92,293			
3	,218	5,454	97,747			
4	,090	2,253	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Matrice des composantes[a]

	Composante
	1
العزلة	,933
فقدان،الحب	,895
عدم،القبول	,888
المعانات	,907

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 1 composantes extraites.

قائمة الأساتذة المحكمين لمقياس إكتئاب ما بعد الولادة

اللقب والاسم	كلية	التخصص	الجامعة	الامضاء
ء محمد حسن الزبيدي	مركز البحوث النفسية	الصحة النفسية والشخصية	جامعة بغداد	
ن عبد العزيز عبدالحق	كلية الآداب واللغات	traduction	جامعة البليدة 2 علي لونيسي	
يوب عبد الحق	كلية الآداب واللغات	didactique	جامعة البليدة 2 علي لونيسي	
جرش خليل	كلية الآداب واللغات	traduction	جامعة البليدة 2 علي لونيسي	
حساوي فايزة	كلية الآداب واللغات	لغويات	جامعة يحي فارس المدية	
عوشي رضوان	كلية العلوم الانسانية والاجتماعية	علوم التربية	جامعة البليدة 2 علي لونيسي	
دار عبد العزيز	كلية العلوم الانسانية والاجتماعية	علم النفس العيادي	جامعة البليدة 2 علي لونيسي	
مد رشيد زغير	كلية العلوم الانسانية والاجتماعية	علم النفس الاجتماعي والطبي	جامعة البليدة 2 علي لونيسي	
بوطغان محمد الطاهر	كلية العلوم الانسانية والاجتماعية	علم النفس العيادي	جامعة البليدة 2 علي لونيسي	

قائمة الأساتذة المحكمين لمقياس الوحدة النفسية

الإسم واللقب	التخصص	الإمضاء
د. طالبة يمينة	علوم التربية	
حميد رشيد زغير	علم النفس العيادي	
د. موسى مراد	علم النفس العمل والتنظيم	
د. موسى رضوان	علوم التربية	
أحمد فاضلي	عيادي	
الباز بدي فاطمة الزهراء	عيادي	
بوطاف مختار الطاهر	عيادي	

بسم الله الرحمن الرحيم

مركز البحوث النفسية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جمهورية العراق

م/ تأييد محكم

أني الأستاذ المساعد الدكتورة (**براء محمد حسن الزبيدي/ إختصاص الصحة النفسية والشخصية/ جامعة بغداد**)، أشهد بأني حكمت وقيمت مقياس (**إكتئاب ما بعد الولادة**) للطالبة (**بوالديار يسمينة**) والإطلاع على بنوده وترجمته ووضع التعديلات والملاحظات على المقياس، ولأجل ذلك وقعت.

أ.م.د. براء محمد حسن الزبيدي

إختصاص الصحة النفسية والشخصية

١٦ / ١ / ٢٠١٩

summary:

The study aims to identify the relationship between psychological loneliness and postpartum depression and the tendency for criminal behavior, and to identify some of the underlying causes that lead women to feel psychological loneliness, postpartum depression, and tendency to criminal behavior, and to achieve the goal of the study, the research sample consisted of (11) As for the postpartum period, which were chosen on purpose, where the psychological loneliness scale prepared by the researcher, the postpartum depression scale for researchers, Qabel and Beck (2000) and adapted in the Algerian environment by the researcher, and the semi-directed interview guide prepared by the researcher were applied. And we relied on the exploratory approach using the Colaizzi seven-step method to carefully analyze the interviews conducted with the cases.

The study concluded that there is a relationship between psychological loneliness and postpartum depression and a tendency to criminal behavior, and the underlying causes were summarized in the main topics of psychological loneliness, eating disorder, sleep disturbance, anxiety and insecurity, emotional disturbances, exposure to a traumatic event and not treating it, exposure to ill health. Treatment, impaired mental capacity, loss of self, guilt and shame, suicidal planning or attempts, planning to harm a child, sexual disorders, lack of feeling for the child and feelings of motherhood, lack of social support.

Key words: psychological loneliness, postpartum depression, criminal behavior, suicide planning, planning to harm the child.