

عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

اضطرابات القلق والإكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي
العيزرية وأبوديس

نيرة محمد مصباح حسن كجة

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

2013-1434هـ

اضطرابات القلق والإكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدتي
العيزرية وأبوديس

إعداد:

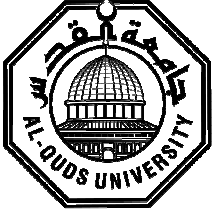
نيرة محمد مصباح حسن كجة

بكالوريوس خدمة إجتماعية من جامعة القدس

إشراف أ.د. أحمد فهيم جبر

قدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الإرشاد النفسي
والتربوي من برنامج الإرشاد النفسي والتربوي/عمادة الدراسات العليا/
جامعة القدس

1434-2013هـ



جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا
برنامج الإرشاد النفسي والتربوي

إجازة الرسالة

اضطرابات القلق والإكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وأبوديس

اسم الطالبة: نيرة محمد مصباح حسن كجة

الرقم الجامعي: 20912244

المشرف: أ.د. احمد فهيم جبر

نوقشت الرسالة وأجيزت بتاريخ: 2013 / 5 / 22 من لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم وتواقيعهم.

التوقيع:
التوقيع:
التوقيع:

رئيس لجنة المناقشة
ممتحنا داخليا
ممتحنا خارجيا

1- أ.د. احمد فهيم جبر
2- د. إياد الحلاق
3- أ.د. زياد بركات

القدس - فلسطين

1434-2013هـ

الإهداء

إلى والدي الطيب

إلى والدتي الغالية

زوجي الحبيب

إلى إخوتي وأخواتي الأعزاء

إلى أبنائي

إلى كل من علمني يوماً

إلى صديقاتي

إقرار:

أقر أنا مقدمة الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة باستثناء، ما أشرت له حيث ورد، وأن هذه الرسالة أو أي جزء منها لم يقدم لنيل أي درجة عليا لأي جامعة أو معهد.

التوقيع:.....

نيرة

التاريخ:.....

الشكر والتقدير

أبدا شكري بالحمد والثناء لرب العالمين الذي الهمني الصواب واجتنباني بعلمه وفضله وكرمه
بنعمة العقل والعلم وبسر لي أمري وأعانني على إتمام رسالتي .

ثم أبعث بشكري الجزيل إلى والدي العزيز الذي أدخلني درب العلم وأناره لي

ثم لا أنسى فضل أُمي الحبيبة وحسن تدبيرها ومساندتها ومعاونتها ووقوفها جانبي ذلك
الفضل الذي لا أستطيع أن أؤدي له حقه

أشكر زوجي الذي طالما أعانني وشجعني وقدم لي كل ما يلزمي من الدعم والمساندة

أتقدم بالشكر والعرفان إلى كل من وقف بجانبني وساعدني وأنار لي دربي وأرشدني وأخص
بالذكر أساتذتي الأستاذ الدكتور أحمد فهيم جبر أطل الله عمره ليبقى مصباح ينير دروب
العلم

د. إياد الحلاق الذي كان لتوصياته وإرشاداته الأثر الكبير لتنظيم الرسالة

د. عمر الريموي وكل من ساهم في انجاز هذا العمل وإخراجه إلى النور

الباحثة

نيرة محمد مصباح كجة

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة التعرف على مستوى اضطرابات القلق والإكتئاب التي تحدث للمرأة في مرحلة منتصف العمر، في ضوء المتغيرات مكان السكن، عمل المرأة، الحالة الإجتماعية، عدد الأبناء، المؤهل العلمي، الوضع الإقتصادي، عدد سنوات الزواج، ولتحقيق أهداف الدراسة طبقت الباحثة مقياس (بك) للإكتئاب من ترجمة أحمد عبد الخالق وتعديل الدكتورة أسماء الحسين (2002) ومقياس (هاملتون) للقلق، حيث تم تطبيق هذين المقياسين بعد التعديل، على مجموعة من النساء من بلدي العيزرية وأبوديس، وبلغ مجتمع الدراسة (714) امرأة، تم اختيار (154) كعينة دراسية.

وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الإكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وأبوديس جاء بدرجة منخفضة، حيث أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية بلغ (0.871) وانحراف معياري (0.964). كما أظهرت النتائج أن مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وأبوديس جاء بدرجة منخفضة، حيث أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية بلغ (2.07) وانحراف معياري (0.71). وأظهرت فروقاً في مستوى الإكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر تعزى لمتغير المؤهل العلمي ولصالح الأميات، و متغير الحالة الإجتماعية لصالح المطلقات، كذلك أظهرت النتائج فروقاً في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر تعزى لمتغير الحالة الإجتماعية وكانت لصالح المطلقات، كذلك لمتغير عدد سنوات الزواج لصالح 23 سنة فاكثر.

وتوصلت الدراسة الى أن الإكتئاب والقلق حالة يمكن أن تلازم المرأة في مرحلة منتصف العمر اذا لم يتوفر لديها الرعاية والاهتمام، وسيطر الفراغ على وقتها، كذلك توصلت الدراسة الى ان المرأة في منطقة العيزرية وابوديس لا تعاني من القلق والإكتئاب في مرحلة منتصف العمر لتوفر الرعاية والاهتمام من قبل الابناء والزوج، باستثناء بعض الحالات لعدم توفر الاهتمام بها.

وأوصت الدراسة بضرورة إيلاء المزيد من الإهتمام بالاضطرابات النفسية لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر من خلال تثقيف وتوعية المرأة في هذه المرحلة ومساعدتها على التخلص من القلق والإكتئاب وذلك من خلال عمل دورات وندوات ورشات عمل تزيد من الاهتمام بالمرأة في هذه المرحلة لما له من أثر إيجابي على الصحة النفسية للمرأة في هذا العمر، وهذا يساعد أيضا على تخفيف الشعور بالقلق والإكتئاب.

Depression and anxiety disorders of the middle aged women in two towns of Palestine (Eizzerriya and Abu Deis)

Prepared by: Naura Kuge

Supervisor : Prof. Ahmad Faheem Jaber

Abstract

This study aimed at discovering the level of Depression and anxiety disorders of the middle aged women in encounter in the light of different variables such as the place of residence, woman's job, marital status, number of children, educational level, economic situation and years of marriage. To achieve the aims of the study, the researcher implemented Beck's depression inventory translated by Dr. Ahmad Abdelkhaleq, modified by Dr. Asmaa' Alhussain (2002), and Hamelton Anxiety Scale. The two scales were used after modification on a group of women from the two towns (Eizzerriya and Abu Deis). The population of the study was 714 women in which a random sample of 154 women was selected.

The study showed that the level of depression of the middle aged women in the two towns was low since the average was (0.871) and the standard deviation was (0.964). It showed as well that the level of anxiety was low with average of (2.07) and standard deviation of (0.71). It revealed some variations in the level of depression for the middle aged women due to the educational level in favor of illiterate women; and due to marital status in favor of divorced women. Results also showed variations in the level of anxiety due to the marital status in favor of divorced women and due to the number of years in marriage in favor of 23 years or more.

The study emphasized the necessity to pay further attention to the psychological disturbances that middle aged women encounter by educating and outreaching women during this period and help them to get rid of depression and anxiety. The study recommends organizing workshops, meetings and symposiums that address this issue

which will have a positive impact on the psychological health of middle aged women and help them to reduce the feeling of depression and anxiety.

The study concluded that the depression and anxiety are conditions that can accompany the middle aged woman if no attention and care was given to her and when emptiness dominated her time. The study also concluded that the middle aged woman in the two towns is not suffering from depression and anxiety due to the care provided by sons and husband except some cases in which care is not provided.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1.1 المقدمة

تمر المرأة في مراحل نمو مختلفة، فتحدث الكثير من التغيرات في هذه المراحل التي تؤدي إلى التطور والنمو، من أجل البناء والنضج، فتكون هذه التغيرات الجسدية نتيجة التفاعلات الكيماوية التي تحدث في الجسم، بالإضافة إلى تغيرات في السلوك والمهارات من خلال الخبرات التي تكتسبها في حياتها، وهذه التغيرات تحدث من الجانب العقلي الإنفعالي الإجتماعي السلوكي بالإضافة إلى التربية الإجتماعية والجنسية وثقافة البيئة فكلها تعمل على تشكيل شخصيه المرأة (لوشان، 1997).

ويعتبر الباحثون أن مرحلة ما بعد سن الأربعين، تشكل منعطفاً مهماً في حياة المرأة، لأنها تشهد تغيرات فسيولوجية مهمة، كذلك التي بدأت بها في مرحلة النضج، ولأن الدورة الشهرية تعتبر الجزء المهم في حياة المرأة، فحدوثها دليل على صحة المرأة وقدرتها على الإنجاب، وهذا يعطي الدافع للنساء للثقة بأنفسهن، لذلك سمى العلماء قديماً مرحلة انقطاع الطمث بمرحلة " سن اليأس" لاعتبارها مرحلة تصبح فيها المرأة غير قادرة على الإنجاب (سليمان، 2007).

ولم يستمر هذا المسمى كثيراً، لأن الكثير من العلماء رفض هذه التسمية جملة وتفصيلاً وأطلقوا عليه "سن الضهي" أي أن المرأة لم تعد تتجيب، وفي مرحلة لاحقة أصبح يسمى "سن الأمان" أو "مرحلة منتصف العمر" - ورأوا أنها مجرد مرحلة من التغيير، لا ترتبط بالضرورة بأمراض أو فقدان لبعض أوجه الحياة أو مباحجها، وإنما هي مرحلة تحتاج إلى إدراك ووعي وتفهم، وربما

بحاجة لبعض العقاقير والهرمونات البديلة، وهي فترة من العمر لها ضرورتها ولها اضطراباتها، لها مزاياها ولها عيوبها، كأى مرحلة عمرية تمر بها المرأة (الخطيب، 2003).

وتعتبر الاضطرابات النفسية خللاً وظيفياً في الشخصية، ناتج عن أسباب نفسية أو إجتماعية أو بيولوجية، ويكون في صورة أعراض نفسية أو عقلية، أو شذوذ في السلوك ومظاهر سوء التكيف، والتي تعمل على التقليل من الكفاءة الإجتماعية والإنتاجية، ومن ضمن هذه الاضطرابات التي يمكن أن تقع المرأة في مرحلة منتصف العمر فريسة لها (القلق والاكتئاب) (جامعة القدس المفتوحة، 2011).

وتشير بعض الدراسات بأن المرأة في هذه الفترة تراودها العديد من الأفكار بأن دورها في الحياة قد انتهى كزوجة وأم وأفكار بعدم أهميتها وانه لا فائدة لها نتيجة عدم قدرتها على الإنجاب. لأن من وظائف المرأة الإنجاب والإكتثار من النسل، فتظن أن عدم قدرتها على الإنجاب يعني نهاية الحب والرغبة الجنسية، لذلك فجميع هذه الأفكار توقعها في خوف وهلع وإكتئاب إضافة إلى التغيرات الإجتماعية كفقدان العمل، غياب الأولاد عن المنزل وغيرها تؤثر أيضا على نفسياتها وتجعلها تدخل في اضطرابات نفسية مختلفة (فاخوري، 1998).

وترى لوشان (1997) أن هذه المرحلة تعتبر مرحلة منتصف العمر الرائعة، إذ أن المرأة تصبح فيها قادرة على إتخاذ القرارات الصحيحة لإختفاء الطمث الذي يعمل على خلق حالة نفسية وفسولوجية تؤثر على طبيعة التفكير لدى المرأة، وترى أيضا أن تسمية هذه المرحلة بسن الأمان إنما هي التي تجعل المرأة تدخل في صراعات نفسية، وتشعر بالقلق والاكتئاب، ولو أننا ندرك أهمية تلك المرحلة وقمنا بتسميتها بمرحلة "منتصف العمر الرائعة" لكان ذلك ايجابياً والعمل على إلغاء الاضطرابات التي يمكن أن تتعرض لها المرأة في هذه المرحلة من حياتها.

ولأهمية هذا الموضوع، وجدت الباحثة أنه من المناسب اختيار هذه المرحلة لدراستها ودراسة اضطرابات القلق والاكتئاب الذي يمكن أن تصيب المرأة في هذه المرحلة.

2.1 مشكلة الدراسة وأسئلتها

تعتبر مرحلة منتصف العمر مرحلة جديدة في حياة المرأة في سن معينة، فتجعلها تشعر فجأة بتغيرات في جسمها وشكلها وصحتها، وتؤدي هذه التغيرات إلى عزل المرأة لنفسها عن المجتمع، حيث تعاني المرأة خلال هذه المرحلة من بعض الاضطرابات النفسية، كالقلق والإكتئاب، وتزداد هذه المراحل إن لم تستطع المرأة تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي، أو ازدياد شعور المرأة بأهمية الذات لديها بشكل واضح، وهذا يمكنه أن يقلل من معاناة المرأة من القلق والإكتئاب والاضطرابات النفسية الأخرى.

ومن خلال دراسة الأدب النظري المتعلق بموضوع الدراسة وجدت أن هذه المرحلة تحتاج إلى كثير من العناية والإهتمام من قبل الأبناء والآباء، وكذلك من قبل جميع أفراد المجتمع، وعليه فإن مشكلة الدراسة تكمن في الإجابة على التساؤلات التالية:

- 1- ما مستوى الإكتئاب الذي تعاني منه المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدتي العيزيرية وأبوديس؟
- 2- ما مستوى القلق الذي تعاني منه المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدتي العيزيرية وأبوديس؟
- 3- هل هناك فروق إحصائية في مستوى الإكتئاب تبعاً للمتغيرات التالية (مكان السكن، عمل المرأة، الحالة الاجتماعية، عدد الأبناء، المؤهل العلمي، الوضع الإقتصادي، عدد سنوات الزواج).
- 4- هل هناك فروق إحصائية في مستوى القلق تبعاً للمتغيرات التالية (مكان السكن، عمل المرأة، الحالة الاجتماعية، عدد الأبناء، المؤهل العلمي، الوضع الإقتصادي، عدد سنوات الزواج).

3.1 فرضيات الدراسة

للإجابة عن السؤال الثالث والرابع تم صياغة الفرضيات التالية:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الإكتتاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وأبوديس يعزى لمتغير مكان السكن
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الإكتتاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وأبوديس يعزى لمتغير عمل المرأة
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الإكتتاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وأبوديس يعزى لمتغير الحالة الإجتماعية
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الإكتتاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وأبوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء
5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الإكتتاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وأبوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي
6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الإكتتاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وأبوديس يعزى لمتغير الوضع الإقتصادي
7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الإكتتاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وأبوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج
8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وأبوديس يعزى لمتغير مكان السكن
9. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وأبوديس يعزى لمتغير عمل المرأة

10. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدتي العيزرية وأبوديس يعزى لمتغير الحالة الإجتماعية
11. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدتي العيزرية وأبوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء
12. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدتي العيزرية وأبوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي
13. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدتي العيزرية وأبوديس يعزى لمتغير الوضع الإقتصادي
14. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدتي العيزرية وأبوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج

4.1 أهمية الدراسة

- جاءت أهمية الدراسة من أهمية موضوعها، حيث أنها من الدراسات القلائل -على حد علم الباحثة- التي تناولت القلق والإكتئاب عند المرأة في مرحلة منتصف العمر، وتكمن أهميتها فيما يلي:
- 1- تفيد هذه الدراسة في توضيح طبيعة المفاهيم المتعلقة بمرحلة منتصف العمر لدى المرأة وذلك من خلال دراسة العوامل والأسباب التي تؤدي إلى حدوث اضطرابات نفسية لدى المرأة في هذه الفترة لدى عينة من النساء.
 - 2- يمكن أن تسهم في فتح آفاق جديدة تؤدي إلى تغيير بعض المفاهيم الخاطئة عن هذه المرحلة في حياة المرأة. كإعتبار المرأة نفسها أنها أصبحت بلا فائدة، وانتهى دورها بالنسبة للرجل.
 - 3- لأن الباحثة تنتمي إلى عالم المرأة، وستمر حتما في هذه المرحلة وجدت أنه من الضروري لها دراسة مرحلة مهمة في حياة المرأة لتستفيد منها.
 - 4- ستكون هذه الدراسة إضافة جديدة، حيث يوجد القليل من الدراسات الفلسطينية التي تتناول هذه المرحلة على حد علم الباحثة.

5.1 أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى ما يأتي:

- 1- التعرف إلى مستوى اضطرابات القلق والإكتئاب التي تحدث للمرأة في مرحلة منتصف العمر.
- 2- توضيح معنى مرحلة منتصف العمر وطبيعة هذه الفترة.
- 3- التعرف إلى مستوى اضطرابات القلق والإكتئاب لدى المرأة تبعاً لمتغيرات الدراسة.
- 4- تقديم اقتراحات وتوصيات من خلال النتائج التي سيتم التوصل إليها.

6.1 حدود الدراسة

الحدود الزمانية: تطبيق هذه الدراسة في الفصل الدراسي الثاني (2011-2012).

الحدود المكانية: بلدنا العيزرية وأبوديس.

الحدود البشرية: ستشمل الحدود البشرية " المرأة في مرحلة منتصف العمر " أي من سن (45-55).

7.1 مصطلحات الدراسة

الإضطراب: هو التأثير الذي يصيب منظومة معينة وتؤدي الى تبدلات أساسية في وظائف هذه المنظومة وحالتها (رضوان، 1996).

الإضطراب النفسي: هو نمط سيكولوجي او سلوكي ينتج عن الشعور بالضييق او العجز الذي يصيب الفرد ولا يعد جزءا من النمو الطبيعي للمهارات العقلية أو الثقافية (رضوان، 1996). وتعرف أيضا بأنها: خلل وظيفي في الشخصية ناتج عن أسباب نفسية أو إجتماعية أو بيولوجية، يبدو في صورة أعراض نفسية او عقلية، أو شذوذ في السلوك ومظاهر سوء التكيف تعيق توافق الفرد وتقلل من كفاءته الإنتاجية والإجتماعية . وتتمثل في قصور بالنشاط العقلي والمعرفي وإضطراب المزاج والمشاعر، وإضطراب السلوك بحيث يبدو مختلفا عن سلوك الشخص العادي (جامعة القدس المفتوحة، 2011).

مرحلة منتصف العمر: يطلق على هذه المرحلة سن الأمان وهي الوقت الذي تتوقف فيه الدورة الطمثية عن إنتاج البويضة وهبوط نسبة الإستروجين وإرتفاع الحاثات الجنسية النخامية، ويتراوح العمر في هذه المرحلة بين (45-55) (شربل، 1995). وتعرف الدراسة هذه المرحلة إجرائيا: هي الفترة التي تتوقف فيها المرأة عن الإنجاب وتتعرض فيها المرأة لبعض الأعراض النفسية منها الإكتئاب والقلق والعصبية والأرق نتيجة لهذا التغير الفسيولوجي بالإضافة إلى التغيرات الجسمية والصحية.

القلق: حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يتهدده ينتظر وقوعه أو يخشى من وقوعه، وهو ينطوي على توتر انفعالي، وتصحبه اضطرابات فيزيولوجية مختلفة (مياسا، 1997). وتعرفه الدراسة إجرائيا بأنه: الدرجة التي تحصل عليها المرأة في مقياس القلق المستخدم في هذه الدراسة.

الإكتئاب: هو الحزن المقيم وعدم الإكتراث بأي نشاط والخمول والكسل، ويؤدي ذلك إلى فقدان الثقة وفقدان الإعتداد بالذات والشعور بالذنب بلا داع (حسن، 2003). وتعرفه الدراسة إجرائيا بأنه: الدرجة التي تحصل عليها المرأة في مقياس الإكتئاب المستخدم في هذه الدراسة.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

خلال هذا الفصل سيتم التطرق إلى الأدب النظري الذي يتحدث عن مرحلة منتصف العمر وما تتعرض له المرأة في هذه المرحلة من قلق وإكتئاب، كذلك سنتطرق إلى الدراسات السابقة التي تناولت هذا الموضوع.

1.2 الاضطرابات النفسية

الإضطراب النفسي: هو خلل في التوازن مع الذات أو البيئة المحيطة لأسباب وراثية أو خلل في البيئة المحيطة للفرد، وفي تعامله مع المحيط الخاص به، وفي الدعم المتوفر له عند مواجهة مشكلات الحياة العادية (باتل، 2008).

1.1.2 اعراض الاضطرابات النفسية

بينت باتل (2008) إن أهم أعراض الاضطرابات النفسية هي:

1. جسدية: الأعراض الجسدية: وهي التي تؤثر على الجسم والوظائف الجسدية، وتشمل الآلام والتعب وإضطراب النوم.
2. انفعالية: الأعراض العاطفية: الشعور بالحزن أو الخوف.
3. فكرية: الأعراض الإدراكية: مثل التفكير بالانتحار، صعوبة التفكير بوضوح والنسيان.
4. سلوكية تتعلق هذه الأعراض بما يقوم به الفرد وتشمل التصرفات العدوانية ومحاولة الإنتحار.

5. التخيل: تنشأ من أحد أعضاء الحواس وتشمل سماع الأصوات أو مشاهدة أشياء لا يستطيع أن يراها الآخرون (هلوسات).

2.1.2 تصنيف الاضطرابات النفسية حسب (DSMV)

يوجد تصنيفات كثيرة للاضطرابات النفسية، تعتمد في معظمها على تشابه في الأسباب أو الأعراض، أو التدخل العلاجي، ولكن أحدث هذه التصنيفات وأكثرها استخداماً جمعية الطب النفسي الأمريكي، حيث صنفت الاضطرابات النفسية كما وردت في (جامعة القدس المفتوحة، 2011) كما يلي:

اضطرابات القلق

وتشمل اضطرابات القلق الآتي:-

1. اضطراب القلق العام: شعور عام بالخوف والريبة والترقي والتوجس والتحفز دون إدراك لمصدر الخوف، ترافقه عادة أعراض جسدية وعقلية ونفسية وقد يظهر على شكل نوبات حادة أو مزمنة. أما النوبات الحادة فيطلق عليها اضطراب الهلع، حيث تظهر فجأة دون سبب واضح. أما القلق المزمن فيكون المريض متوتراً منزعاً خائفاً على المستقبل دون أسباب ظاهرة.
2. اضطراب الوسواس: وهو اضطراب يتمثل في وجود فكرة ما أو صورة ذهنية أو تخيلات أو أفعال قهرية تسيطر على الفرد أو تلح عليه، ويحاول مقاومتها لأنه يشعر بتفاهتها، ويتمثل هذا الاضطراب بأفعال وسلوكيات حركية تلح على الفرد أن يقوم بها ولا يستطيع التخلص منها بالرغم من مقاومته لها وعدم الإستسلام لها ولكن مع طول مدة المرض تضعف المقاومة لدية. وقد تسيطر سيطرة تامة عليه فتأخذ معظم وقته، مما يترتب عليه شلل إجتماعي وأعراض نفسية وعقلية.
3. اضطراب الخوف أو الرهابات: فهي مخاوف مرضية من أشياء أو أماكن أو مواقف لا تثير هذه الدرجة من المخاوف، ويوصف هذا الخوف بأنه غير منطقي، يترتب عليها تجنب هذه المواقف أو النشاط من قبل المريض. منها (رهاب الخلاء وهو الخوف من الأماكن أو مواقف يكون فيها الهروب صعباً أو أن يكون الفرد في موقف يشعر به بالتهديد، الرهاب البسيط مثل الخوف من الرعد، الرهاب الإجتماعي)

4. اضطرابات ما بعد الصدمة: يتعرض الفرد إلى أحداث صادمة أو مصائب شتى وخاصة أثناء الحروب، فقد يتعرض الفرد للعنف والقهر والعدوان، الإعتداءات الجنسية، الزلازل، الفيضانات

وغيرها، ولا شك أن ردود الأفعال لهذه الصدمات سلبية تؤثر في شخصية الفرد وسلوكه وبنائه النفسي والعقلي، ويعتمد هذا التأثير على نمط شخصية الفرد وقدرته على التعامل مع الأحداث وتقييمه لها. وتكون الإستجابة لمثل هذه المواقف إما فورية أو مؤجلة تظهر بعد مدة من الزمن خلال 6 شهور. فيعرف على انه مجموع الخبرات السلبية التالية للصدمة، فهو إستجابة مؤجلة لمواقف ضاغطة شديدة.

5. الاضطرابات التحويلية والتفككية: لقد أستخدم إسم مرض الهستيريا للدلالة على هذا الإضطراب، والهستيريا إضطراب عصابي يتمثل في إستجابة الفرد بشكل لا شعوري للضغوط النفسية والشدائد والصراعات النفسية التي قد يعجز عن حلها إلا بطريقتين هما: تحويل هذه الصراعات أو الأزمات النفسية إلى اضطرابات عضوية بشكل لا شعوري، وهذا ما أطلق عليه الاضطرابات التحويلية، أو الهروب من هذه الصراعات والأزمات وعدم الوعي بها، وذلك بفقدان الذاكرة أو تعدد الشخصيات وتسمى الاضطرابات التفككية. فالاضطرابات التحويلية: هي تحويل الصراعات أو الضغوط النفسية التي لا يستطيع الفرد تحملها بشكل لا شعوري، إلى أعراض عضوية جسدية يصاب بها أحد أعراض الحواس أو الحركة أو هي بديل رغبات لا شعورية يتم كبتها وتحقق له مكاسب رئيسية منها الخلاص من تلك الاضطرابات النفسية، أما الاضطرابات التفككية: عندما تشتد الضغوط على الفرد، ويزداد القلق الذي ينتابه ولا يقوى على التعايش معه، بل يصبح مهدد لكيانه، يهرب الفرد من هذا الواقع المرير وذلك من خلال تفكك شخصية الفرد وانفصال وظائفها، فتأخذ عدة أشكال منها (فقدان الذاكرة، المشي أثناء النوم، الشرود، تعدد الشخصيات).

6. الاضطرابات العقلية: تشمل هذه الاضطرابات الفصام الوظيفي (البرانويا)، ويعرف بأنه إضطراب عقلي يمثل حالة من عدم إنتظام الشخصية وتدهورها وعدم إتساقها وإنفصالها عن الواقع، تتميز بمجموعه من الأعراض المرضية في التفكير والوجدان والإدراك والإرادة والسلوك، وتؤدي إلى تدهور شديد في الشخصية. فمن الأعراض الرئيسية للفصام: اضطرابات التفكير أي عدم ترابط أفكار الفصامي بمعنى أنها غير متصلة ببعضها البعض، اضطرابات في الإدراك أي ظهور الهلوسات سواء كانت سمعية أو بصرية، إضطراب الإرادة أي التردد في إتخاذ القرارات، اضطرابات السلوك الحركي أي الهياج الذي يتمثل في تحطيم الأشياء ومهاجمة الآخرين، وهناك السبات أو الذهول، اضطرابات الوجدان تتمثل بالتجمد العاطفي وإستجابة المريض للعالم الخارجي غير متوازنة.

الذهان الدوري (الهوس والاكتئاب) تتميز بتدهور حاد في التفكير، تصدع شديد في الشخصية اختلال في الإدراك، فيحتاج المريض إلى رعاية خاصة بالمستشفيات النفسية.

الإكتئاب والهوس

1. إضطراب المزاج: هو إختلال في الحالة الإنفعالية والعاطفية للفرد، فيكون حزيناً أو بائساً بإستمرار أو معظم الوقت أو ضحوكاً بإستمرار، ومن أبرز اضطرابات الإكتئاب بأنواعه والهوس وهو إضطراب وجداني يتمثل في نشاط نفسي وحركي وإجتماعي وحدة بالمزاج.
2. الاضطرابات السيكوسوماتية: وهي الاضطرابات النفس جسمية أي مجموعة من الأمراض العضوية والجسمية تكون ذات منشأ نفسي.
3. اضطرابات المسلك والخلق: وهي تشمل السلوكيات المعادية للقانون والعرف، وتثير غضب المجتمع والتي تتكرر بصورة مستمرة منها الإدمان على المخدرات والإنحرافات الجنسية.

3.1.2 أسباب الاضطرابات النفسية وعواملها

من أسباب الاضطرابات النفسية وعواملها كما بينتها (مياسا، 1997) ما يلي:

1. الأسباب البيولوجية: تشير إلى أن أسباب الإضطراب ناتجة من خلل عضوي إما في الجهاز العصبي أو التركيب الكيميائي أو إختلال هرموني إضافة إلى العوامل الوراثية.
2. الأسباب الوراثية: وهو إنتقال بعض الصفات أو الخصائص من خلال الجينات من الآباء إلى الأبناء حيث تتحدد الخصائص الإنسانية بهذه الجينات وتفترض النظريات الوراثية أن أسباب الإضطراب تعود إلى وجود شذوذ في التركيب الوراثي للفرد. وقد حدد (جامعة القدس المفتوحة، 2011) الأسباب التالية:
3. الأسباب المتعلقة بالجهاز العصبي: منها الجهاز العصبي المركزي ويشمل الدماغ والنخاع الشوكي، والجهاز العصبي الطرفي يشمل أعصاب الجمجمة والشوكية وجهاز عصبي مستقل حيث أي إضطراب فيها يؤدي إلى اضطرابات جسمية ونفسية وعقلية. مثال أن القلق النفسي الناتج من زيادة في نشاطات الجهاز العصبي المستقل الذي يقوم بدوره بزيادة نسبة الأدرينالين الذي يؤدي إلى إرتفاع في ضغط الدم وزيادة نسبة السكر في الدم والتعرق وجفاف الحلق كلها أعراض للقلق.
4. الأسباب المتعلقة بالغدد وكيمياء الدم.

5. تقوم هذه الأسباب على أن الاضطرابات راجعة إلى نوع من أنواع الخلل في التركيب الكيميائي الحيوي ومنها الهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء وتطلق في جسم الإنسان وتؤثر على نموه الجسمي والعقلي والاجتماعي والإنفعالي وتلعب دوراً في سوائه وانحرافه فأى خلل في إفراز الهرمونات زيادة أو نقصاناً يؤدي إلي اضطراب في التوازن الكيميائي للجسم.

6. الأسباب النفسية: تتمثل هذه الأسباب في البناء المعرفي للفرد وأساليب تفكيره وكذلك في دوافعه الشعورية واللاشعورية ونمط شخصيته وأساليب تنشئة الأسرة ومفهوم الفرد عن ذاته وتقديره لها وقيمه واتجاهاته.

7. الأسباب الاجتماعية والثقافية: منها أساليب التربية والتنشئة الاجتماعية، الظروف الإقتصادية، الضغوط النفسية والاجتماعية، الحروب والصدمات، التقدم الحضاري، البرامج التلفزيونية.

2.2 مرحلة منتصف العمر:

تتمتع المرأة طبيعياً بوظيفة حيوية، تكمن في إنجابها للأبناء، وإكثارها للنسل، وما دامت تحيض فهي قادرة على الحمل، وإذا ما بلغت الخمسين، وتوقف حيضها وإنقطع، فإن إفرازها الهرموني قد تغير وطراً عليه ما يمكن أن يغير في شكلها وصحتها (حنفي، 2002)

فكلما تقدمت المرأة في السن، كلما بدأ مخزون البويضات يقل حيث تصبح طبقة الخلايا المبيضية المفرزة للإستروجين أقل إستجابة للإشارات الواردة إليها من المخ، وتمر عليها بعض الشعور التي لا تستطيع إنتاج فيها أي بويضات، وهذا يعني أن إنتاج الإستروجين والبروجسترون قد توقف. حيث أن التضاؤل التدريجي للإستروجين يسبب عدداً من التغيرات المختلفة المتنوعة في الأنسجة التي تتأثر بهرمونات التغيرات المختلفة المتنوعة في الأنسجة التي تتأثر بهرمونات الإستروجين. وعندما تبدأ الهرومات في التناقص، فهذا يعني حدوث أعراض ما تسمى مرحلة " قبيل سن اليأس من المحيض كأى الفترة التي تسبق سن اليأس من المحيض مباشرة (Prodbest & Marktgon, 2003).

1.2.2 تعريف مرحلة منتصف العمر:

تعرفه (سليمان، 2006) بأنها تلك النقطة الحرجة من حياة المرأة، عندما تتوقف الدورة الطمثية بشكل كامل، منهيّة قدرة المرأة على الإنجاب، وتعتبر المرحلة النهائية لعملية حيوية تتجلى بنقص

في إفراز الهرمونات الأنثوية من المبيض. وعليه يمكن القول أن هذا التعريف يسلب الضوء على الجزء الفسيولوجي في المرأة ويبحث في ذلك من هذه الناحية، ولا يوضح الجزء المتعلق بنفسية المرأة.

في حين يعرفه (شربل، 1995) بأنه الوقت الذي تتوقف فيه الدورة الطمثية عن إنتاج البويضة وهبوط نسبة الإستروجين وإرتفاع الحاثات الجنسية النخامية، ويتراوح العمر في هذه المرحلة بين (45-55). وهذا التعريف يعزز التعريف السابق له في بحثه عن فسيولوجية التغيرات في جسم المرأة، وبهذا فإن الركيزة الأساسية لهذه المرحلة العمرية هو إنقطاع الطمث، وإنهاء إنتاج البويضات لدى المرأة.

أما (جعفر، 2007) فيعرفها بأنها المرحلة التي تبدأ فيه الدورة الشهرية عند المرأة بالتوقف لمدة (12) شهراً متتالياً. من خلال التعريفات السابقة ترى الدراسة أن هذه المرحلة تُعرّف بأنها المرحلة التي تتوقف فيها الدورة الشهرية عند المرأة، والتي تتوقف فيها قدرة المرأة على الإنجاب. وتظهر فيها بعض الأعراض النفسية المختلفة كالقلق والإكتئاب، كذلك يحدث بعض التغيرات الفسيولوجية لدى المرأة

2.2.2 العوامل التي تساعد على قرب موعد مرحلة منتصف العمر عند النساء:

- 1- التدخين، فهناك علاقة قوية بين اليأس من المحيض والتدخين حيث أكدت الدراسات أن المدخنات يحدث لهن سن اليأس في وقت مبكر عن غيرهن.
- 2- البنية (شكل الجسم) فسن اليأس يظهر مبكراً عند النساء ذوات البنية الطفولية، ومتأخراً عند النساء ذوات البنية (المذكورة) وبالعكس ذلك يستمر ظهور الحيض مدة أطول عند النساء السمينات وجليطات العظام.
- 3- تأثير المناخ والإقليم: يعتقد بعض العلماء بأن الإقليم البارد يؤخر موعد بداية سن اليأس.
- 4- الوراثة: وهي تلعب درواً مهماً في تقديم سن اليأس (سليمان، 2006).

3.2.2 أعراض مرحلة منتصف العمر:

أن أهم الأعراض التي تتعرض لها المرأة في هذه المرحلة هي:

1- **التغيرات العضوية:** وهذا يكون في زيادة الوزن، وتحدث نتيجة للشهية في الأكل في هذه المرحلة ونتيجة لما يحدث من تغيرات في الإفراز الهرموني وما يتبع ذلك من آثار على التمثيل الغذائي ويصيب زيادة الوزن، استدارة الكتفين، سمنة الذراعين، إمتلاء الخصر. وهناك أعراض تطراً على الجهاز الهضمي نتيجة خلاف زيادة الشهية للأكل منها حمو الجوف والانتفاخ والإمساك وتقلصات القولون العصبي وأعراض تطراً على الدورة الدموية كالإحساس بالسخونة وتستمر لعدة دقائق. كذلك يمكن حدوث آلام في الثدي وفي المفاصل (فلا، 2003) في حين ترى (Prodbest& Marktgon, 2003) أن الهبات الساخنة من أهم التغيرات التي تحدث في هذه الفترة، وقد تتفاوت هذه الخصائص من امرأة إلى أخرى، ولكن في أغلب الأحيان يبدأ الإحساس بالسخونة في منطقة الخصر ثم ينتشر بسرعة إلى الصدر والظهر والعنق والوجه وفروه الرأس. وقد يستمر من ثوان معدودة إلى فترات تتجاوز الساعات، وقد تتعرض المرأة لهذه الحالة لمرات خلال العام، وتصل في بعض الأحيان إلى خمسة أعوام. ويمكن الحديث عن هذه التغيرات بالتفصيل كما يلي:

أ. **اللفحات الحرارية:** وتظهر هذه اللفحات في (75%) من حالات اليأس، وتعد المؤشر الأساسي لقربه أو تأكيده، وهذا يمكن أن تحل ما بين شهور أو أعوام، قبل الإختفاء النهائي للحيض، خلال هذه اللفحات تشعر المرأة بحرارة مفرطة مفاجئة تغمر وجهها، ثم عنقها ثم صدرها، وفي بعض الأحيان يمكن أن تصاحبها إحمرارات في مختلف جهات الجلد، وغالباً ما تنتهي هذه اللفحة بعرق مصحوب أحياناً ببرودة مفرطة في الجسم كله.

وعادة تظهر اللفحة بصفة مفاجئة وتدوم ما بين بضع ثوان ودقيقة في كل مرة، وقد يكون السبب في حلولها مجرد إضطراب نفسي أو تغيير في الحرارة الخارجية، كما تظهر أحياناً في ظرف وجيز بعد الأكل (حافظ، 1993).

ب. **هشاشة الجهاز العظمي:** تنتج هشاشة الجهاز العظمي عن التلاشي التدريجي للنسيج العظمي الذي يعمل على صلابة الجهاز العظمي، ولهذه الظاهرة علاقة مباشرة مع مقدار الكالسيوم المتواجد في العظام، لأن هذه المادة لهذا الجهاز صلابته وقدرته على تحمل ثقل الجسم ومقاومة الصدمات الخارجية التي قد تتسبب في الكسر، وقبل حلول اليأس المؤكد. تقوم مادة " الإستروجين " الطبيعية بدور مهم إذ تساعد على تثبيت مادة الكالسيوم بالعظام، وهكذا عندما يتوقف الجهاز التناسلي عن

صنع هذه المادة الهرمونية، تبدأ مادة الكالسيوم المثبتة بالجهاز العظمي في التلاشي تدريجياً ويصبح من الصعب ثبات سنوات قليلة، تنقص صلابة الجهاز العظمي فتصبح العظام بالتالي معرضة للكسر بسهولة ولو لأبسط حادث (حافظ، 1993).

2- **التغيرات العصبية والنفسية:** حيث تتعرض النساء في هذه المرحلة للإكتئاب والتهيج العصبي وعدم القدرة على التركيز والصداع والأرق، والتتمل في اليدين والرجلين ودوخة. وهنا أعراض نفسية مختلفة تعتمد على مدى قدرة المرأة على تهيئة نفسها للدخول في هذه المرحلة وتختلف هذه الأعراض النفسية عند المرأة المتزوجة عنها عند المرأة غير المتزوجة. (Prodbest & Marktgon, 2003)

وترى (سليمان، 2006) أنه من الصعب تحديد الاضطرابات النفسية التي تصاحب سن توقف الطمث بذاته، لأن المرأة في هذا السن تحدث لها إستنثارات خارجية مثل إبتعاد الأولاد عنها سواء بالزواج أو العمل، ولكن عموماً يلاحظ زيادة نسبة القلق، إضافة إلى شعورها بالفراغ، وسرعة الإنفعال وقلة النوم وكثرة التفكير في إنقطاع الطمث، إذ أن أغلب النساء يعادلن بين إنقطاع الطمث والأنوثة. في حين يوضح (جعفر، 2007) أن عوامل هذه المرحلة بأنها:

- 1- **فقدان القدرة على الإيجاب:** حيث أن القدرة على الإيجاب تصبح صعبة للغاية في هذه المرحلة.
- 2- **فقدان الشباب:** حيث تفقد المرأة جزء من رونقها وأناقتها وجمالها في هذه المرحلة، وتدخل في مرحلة التغيرات على الجسم والصحة.
- 3- **تبدلات الجلد:** وتحدث تغيرات في الجلد كلما تقدم العمر، حيث تحدث الترهلات، حيث أن نقص الإستروجين يعمل على إحداث هذه التغيرات.
- 4- **تبدلات المزاج:** حيث يبين أن هناك علاقة بين الإكتئاب والتغيرات الهرمونية المرافقة لسن الأمان، إضافة إلى القلق والتوتر، حيث ترتبط هذه المرحلة بالأحداث الإجتماعية والنفسية، مثل تغير العلاقة مع الأطفال والزوج والأمور الحياتية.

4.2.2 خصائص مرحلة منتصف العمر:

وترى (بقاعي، 1996) أن خصائص هذه المرحلة هي:

1- **الخصائص العامة:** حيث تنشأ في هذه المرحلة خصائص جسمية وسلوكية جديدة، وفي هذه المرحلة يبدأ في تعلم أدواراً مختلفة، وتبدأ هذه المرحلة من سن (45-55)، وتختلف من بلد إلى آخر. كما تتطلب هذه المرحلة إعادة تكيف للتغيرات الجسمية والأدوار المتغيرة، كما تعتبر هذه المرحلة هي مرحلة الإنجاز، بحيث يمتلك القدرة على إصدار الأحكام الصحيحة، والتقويم الجيد للعلاقات الإجتماعية.

2- **النمو الجسمي:** حيث يصل الإنسان إلى قمة النمو الجسمي في مرحلة الرشد المبكرة، ثم يبدأ بالانحدار بصورة تدريجية في العقد الرابع من الحياة، ويفقد الجلد بعضاً من مرونته، مما ينتج عنه تجعدات في الوجه وإرتخاء في أجزاء أخرى من الجسم، وتظهر لدية مشكلات في السمع والنظر، ومشكلات في الأسنان، إضافة إلى ظهور الصلع وتساقط الشعر.

3- **النمو الإنفعالي:** حيث يعتمد نجاح الفرد في تكيفه لمظاهر التغير الفسيولوجي العضوي النفسي التي تصاحب مرحلة منتصف العمر على حالته الإنفعالية، ويزداد التوتر الإنفعالي في أول هذه المرحلة.

4- **النمو الديني:** يصبح الدين في هذه المرحلة مصدراً خصباً من مصادر الطمأنينة الروحية والراحة النفسية والسكينة العميقة، فتصبح أشد تثبيتاً وأقوى يقيناً من شبابها.

5- **النمو الإجتماعي:** في هذه المرحلة تصل العلاقات الإجتماعية خارج نطاق الأسرة إلى ذروتها في منتصف العمر، حتى تعوض الضيق والفتور الذي إعتري العلاقات الأسرية.

6- **النمو العقلي المعرفي:** حيث يمكن الإستفادة من تراكم خبرات الحياة، المصاحبة للإتزان الفكري، وهذا متوفر عند عميقي التفكير حيث أن الشخص السطحي يبقى كما هو في هذه المرحلة.

7- **الخصائص النفسية:** من الصعب تحديد الاضطرابات النفسية التي تصاحب سن توقف الطمث، لان المرأة في هذه السن تحدث لها مؤثرات خارجية كالإبتعاد عن الأولاد أو الزوج أو العمل.

8- **النمو الجنسي:** على الرغم من استمرار تأثير الغدة النخامية على الأعضاء التناسلية إلا أنها لا تقوم بوظائفها كما كانت عليه من قبل.

5.2.2 أسباب أزمة منتصف العمر:

من أهم أسباب أزمة منتصف العمر كما تراها (لوشان، 1997):

1. تغيرات الغدد الصماء: يكون ذلك نتيجة للتدهور التدريجي في هرمون التيسسترون والكورتيسول، ويستمر هذا التدهور واضحاً على مدار سنوات العمر يصاحبه إنخفاض في إفراز هرمون الإندرجين لدى الرجال.
2. مستوى الطموح والإنجاز: حيث يشعر الفرد بفجوة في طموحاته التي خطط لها منذ فترة مبكرة من العمر وبين إنجازاته الفعلية، ويدرك الفرد بأنه لم يبقى في العمر بقية لتلك الطموحات، ويبدأ الفرد في تذكر بعض الطموحات والأهداف التي كان يتمني تحقيقها منذ فترة عمرية سابقة، وهو ما أطلق عليه إستيفاز الحلم، والشعور بعدم القدرة على تحقيقه، وهما كفيلاً بتعريض الفرد لخبرة أزمة أواسط العمر.
3. العلاقات داخل الأسرة: يقول بريم، حينما يصل الفرد إلى أواسط العمر يبدأ الأبناء في الإستعداد للإستقلال عن أسرهم بغرض العمل أو الزواج أو الإلتئين معاً. وتقل سيطرة الأب عليهم ويشعر الأب أنه فقد القدرة على ضبط الأبناء والتسلط والسيطرة على تصرفاتهم وهذا من شأنه أن يوتر العلاقة بينهما. لذلك أعتبرت هذه الفترة خصبة للإصابة بأمراض تتراوح بين الإنهيار العصبي وبين الأمراض البدنية. وتجدر الإشارة إلى أنه يمكن ملاحظة تغير دور الرجل في إطار أسرته، وهي الظاهرة التي يمكن أن تطلق على الجنسية الثنائية.
4. الوعي بالموت: يمثل الوعي بالموت عنصراً رئيسياً وحاسماً في أزمة منتصف العمر، وأن هناك ارتباطاً وثيقاً بين وعي الفرد بالموت في أواسط العمر، وبين الطرق التي يتبعها في المواقف الإكتئابية الطفلية. ويرى بريم أنه من الضروري أن يحاول الفرد أن يتخلص من قهر فكرة الموت عن طريق ترويض ذاته نحو الموت وإعتبار ذلك حقيقة حتمية.
5. إدراك الزمن: ينتج عن ذلك إدراك الفرد أن الوقت بدأ بالتناقص نحو الموت، فيحاول صراع الزمن، وتجلي قيمة الزمن والوقت.

6.2.2 النظريات التي فسرت أزمة منتصف العمر

تنوعت النظريات التي حاولت تفسير مرحلة الرشد والتحويلات والتغيرات التي تعترض الفرد والتي قد تكون مسؤولة عن ظهور الأزمة وهي كما يلي:

نظريات المراحل لنمو الراشد

- **نظرية أريكسون:** قسمت هذه النظرية المراحل العمرية إلى (8) مراحل، منها ثلاث مراحل إهتمت بمرحلة البلوغ والرشد، وترى هذه النظرية أن النضج هو تمايز أجزاء سبق تخطيطها في فترات حرجة أو حاسمة ذات تتابع محدد، وقد تبدو هذه الفترات الحرجة الحاسمة في القدرة على اتخاذ القرار بين التقدير والإنهيار والتكامل والتخلف، وتتركز الأزمة في رأي "أريكسون" في المرحلة السابقة من مراحل النمو الثماني (بين 40-50) وهي نتاج الصراع بين الإنطواء على الذات من ناحية والأبوة أو الإحساس الوالدي من ناحية أخرى، ويقصد بالإنطواء على الذات التركيز الضيق على الإهتمامات الشخصية للفرد خصوصاً في أمور التقدم في الحياة، والتمتع بوسائل الراحة المادية، في حين يقصد بالإحساس الوالدي الإهتمام بالآخرين جزئياً من أجل الرخاء النفسي للأسرة ومن أجل البشرية بوجه عام، وقد عبر عنها أريكسون بإن أحد أطرافها تمثل الإنتاجية، بينما الركود أو الإستغراق في الذات تمثل الطرف الآخر، وترادف المرحلة فترة الوالدية، وتفسير الإنتاجية ليس أساس الإنجاب فحسب، بل على أساس أنها تعنى قيام الفرد بمسؤولياته الوالدية والإجتماعية الكاملة نحو الجيل اللاحق. (Wrightsman,1981).

- **نظرية ليفنسون:** قدمت هذه النظرية عكس ما قدمه أريكسون فلم تركز على التغيرات التي تعترض الفرد، ولكن كان إهتمام هذه الفرضية منحصر في الحدود المشتركة بين الذات وعالم العلاقات الشخصية، وتقدم هذه النظرية دورة حياة عالمية مكونه من نقاط ومرحل زمنية محددة في الترتيب يبدأ من الميلاد وحتى سن الشيخوخة، ويعتبر ليفنسون أن المرحلة العمرية (40-45) هي مرحلة الأزمة، وفيها يسأل الفرد نفسه: ماذا فعلت في حياتي؟ وماذا أقدم لذاتي وللآخرين؟ وفي هذا الصدد يرى ليفنسون أنه من الصعب تجاوز الفرد لهذه الإتجاهات المتناقضة في مرحلة منتصف العمر، فيشعر الفرد أنه شاب في كثير من المواقف وفي الآن ذاته يشعر بتقدم العمر (Wrightsman, 1981).

3.2 الاضطرابات النفسية التي تصاحب مرحلة منتصف العمر

ذكرنا مسبقاً أن المرأة خلال هذه المرحلة تتعرض لعوامل نفسية وعصبية مصاحبة لمرحلة التغير هذه، ومن ضمن هذه الاضطرابات تعرضها للإكتئاب والقلق.

1.3.2 الإكتئاب في مرحلة منتصف العمر

عرف الإكتئاب بالكثير من التعريفات تبعاً للتعريف العلمي والطب النفسي، وسنورد تعريفات الطب النفسي:

تعريف بيك: حيث يرى بأن الإكتئاب هو توقعات سلبية بشأن الذات والعالم والمستقبل تؤدي إلى إنفعالات إكتئابية(الصاحب،2011). وقد ذكر (الشربيني،2001) أن الإكتئاب هو أحد التقلبات المعتادة للمزاج إستجابة لموقف نصادفه في حياتنا يدعو إلى الشعور بالحزن والأسى مثل فراق صديق أو خسارة مالية. أما ولمان فإنه يرى بأن الإكتئاب هو عرض سلوكي شاذ أو غير سوي، وشعور بالعجز وفقدان الأمل والحزن وعدم الكفاءة، وقد تكون هذه الأعراض علامات لكثير من الاضطرابات، فضلاً عن تلك المشاعر التي قد تحدث لدى الأشخاص الأسوياء(إبراهيم،1998).

في حين يرى العوادي أن الإكتئاب هو إنفعال وجداني ينتج عن إضطراب المزاج يتميز بالحزن والشعور باليأس وضيق الصدر وفقدان الثقة بالنفس ونقص القدرة على العمل والنظرة السوداوية للحياة والإحساس بالقنوط والعجز(الصاحب، 2011). ويرى (حسن، 2003) أن الإكتئاب هو الحزن المقيم وعدم الإكتراث بأي نشاط والخمول والكسل، ويؤدي ذلك إلى فقدان الثقة وفقدان الإعتداد بالذات والشعور بالذنب بلا داع. وتلخص الدراسة إستناداً إلى التعريفات السابقة لتعريف الإكتئاب بأنه: حالة إنفعالية ناتجة عن إضطراب عام يغلب عليه الحزن وتهتز الثقة، ثقة الشخص بذاته، ويبدأ بالتفكير بالموت والإنتحار إضافة إلى إنهيار مستوى التركيز.

2.3.2 أعراض الإكتئاب

إن أعراض الإكتئاب تتمثل فيما يلي:

1- المزاج: يتكدر المزاج ويهبط ويشعر المكتئب باليأس والقنوط، وعدم القدرة على الإستمتاع، ويفقد رغبته في ممارسة أموره المختلفة في حياته اليومية، ويفقد حماسه للهوايات والمطالعة ومتابعة التلفاز، ويجد أن كل ما يقوم به هو عبء ثقيل، لا بد أن يجبر نفسه عليه، وعلى الأغلب

يكون المزاج في أسوأ أحواله في الفترة الصباحية ويتحسن في المساء. وقد يبدو المزاج المكتئب واضحاً على تعابير الفرد، فيميل إلى العبوس ويقل الضحك والإبتسام إلى أقل درجة (سرحان، 2011).

2- المظهر والحركة: قد لا يغير المظهر بشكل واضح في حالات الإكتئاب البسيطة والمتوسطة، ولكن في حالات تكدر المزاج، ومع مقارنه مظهرة بمظهره قبل الإكتئاب نلاحظ أن هناك إختلافاً كبيراً، فنجده يهمل مظهره وتقل أناقته، وتميل تعابير الوجه إلى العبوس والجمود وتقطيب الحاجبين، وقد يتحاشى المكتئب النظر المباشر في عيون محدثه (رضوان، 2002).

3- النوم: يضطرب النوم في حالة الإكتئاب، حيث يصحو المريض في أشد حالات الضيق والإنزعاج، ولا يستطيع العودة إلى النوم، وقد يصحو نتيجة الكوابيس التي تدور حول الموت والأموات، ومن الممكن أن يكون النوم منقطعاً وغير مشبع حتى ولو كانت ساعاته كافية.

4- الطعام: تقل شهية المكتئب للطعام وقد يأكل بلا شهية، ثم يصل إلى درجة عدم القدرة على رؤية الطعام أو شم رائحته، ويقل معدل تناول وجبات الطعام وكمياتها (سرحان، 2011).

5- النشاط: يقل نشاطه وينقطع عن زيارة الأهل والأصدقاء، ويختفي في المناسبات والأفراح والأتراح، ويقضي وقتاً طويلاً منعزلاً وصامتاً، ويقل نشاطه الإجتماعي، ولكن قد تتم هذه الأشياء بشكل تدريجي فلا يلاحظها أحد إلا بعد فترة طويلة.

6- التفكير: حيث ينظر للأمور بمنظار تشاؤمي قائم، يرى أنه إنسان فاشل، ولا يثق بنفسه للقيام بالمهام البسيطة التي طالما كان يقوم بها بتفوق، ولا يرى من الأشياء إلا مساوئها، ولا يتوقع إلا الخسارة والمصائب، وتسيطر على تفكيره تساؤلات عن جدوى الحياة ومعناها، ويفاضل بين هذه الحياة والموت، ويصل للتفكير بأن الموت هو الأفضل فيتمناه، وقد يفكر بالانتحار، ويتردد في الإقدام عليه إما لأنه محرم أو خوفاً من العار الذي يمكن أن يلتصق بالعائلة نتيجة لذلك (حسن، 2003).

7- الأعراض الجسدية: كالصداع وألم الصدر وألم البطن وألم الظهر، وقد يذهب إلى أكثر من طبيب متخصص، وقد يتوهم بأن لديه أمراضاً عضوية وعدم قناعة بكل الآراء الطبية المطمئنة والفحوصات السليمة ولا بد من التأكيد على أن المريض العربي أكثر ميلاً للشكوى من الأعراض الجسدية بدل الشكوى النفسية المباشرة.

8- الجنس: حيث تقل الرغبة الجنسية تدريجياً لدى المكتئبين وقد يضعف الأداء الجنسي والإشارة أيضاً، وقد يصبح هذا العرض هو المسيطر والهاجس.

9- القدرات العقلية: يترافق مع القدرات العقلية ضعف التركيز والانتباه وذلك لعدم الإكتراث والإستغراق في إجترار الأفكار، مما يؤدي إلى عدم تخزين المعلومات، وعند محاولة إسترجاعها من قبل المريض لن يستطيع المريض تذكرها.

ومن هنا يتضح أن هناك الكثير من الأعراض التي يمكن أن تؤثر في الشخص المكتئب، فتحدث لديه تغيرات في كافه الأمور، كالتغيرات في نومه وحركته ومظهره وطعامه وتفكيره، وهذا ناتج عن الحالة التي تتحكم به حينها.

وهناك أعراض أخرى تتمثل فيما يلي:

أولاً: الأعراض الجسمية:

تنتاب المصاب بالإكتئاب حالات يمكن إعتبارها أعراضاً جسمية مثل: الإنقباض في الصدر والشعور بالضيق، فقدان الشهية ورفض الطعام لشعور المريض بعدم استحقاقه له أو لرغبته في الموت، نقصان الوزن والإمساك والتعب لأقل مجهود، آلام في الجسم لاسيما في الظهر، ضعف النشاط العام، التأخر النفسي الحركي والبطء والرتابة الحركية، وتأخر زمن الرجوع، توهم المرض والإنتغال على الصحة وإضطراب النوم، وإضطراب الدورة الشهرية للنساء، والكآبة على المظهر الخارجي (حقي، 1995).

ثانياً: الأعراض النفسية:

أما الأعراض النفسية التي تظهر على المصاب بالإكتئاب فهي: البؤس واليأس، والأسى وهبوط الروح المعنوية والحزن الذي لا يتناسب مع سببه، وإنحراف المزاج وتقلبه وعدم القدرة على ضبط النفس، وضعف الثقة في النفس والشعور بعدم الكفاية وعدم القيمة والتفاهة، القلق والتوتر والأرق، فتور الإنفعال، الإنطواء، الإنسحاب، الوحدة، الإنعزال، السكون والصمت، والشروود حتى الذهول، التشاؤم وخيبة الألم والنظرة السوداء للحياة والأفكار السوداء، والإعتقاد بأنه لا أمل في الشفاء، والإنخراط في البكاء أحياناً، والتبرم بأوضاع الحياة وعدم القدرة على الإستمتاع بمباهجها، اللامبالاة والنقص في الميول والإهتمامات والدافعية، إهمال النظافة والمظهر الشخصي، بطء التفكير والإستجابة وصعوبة التركيز والتردد، وبطء وقلة الكلام وإنخفاض الصوت، الشعور بالذنب

وإتهام الذات وتصيد أخطائها وتضخيمها، الأفكار الانتحارية أحياناً، والهلاوس، وضلالات عدمية (عكاشة، 1998).

3.3.2 تصنيفات الإكتئاب

إنفق التصنيفان العالميان للطلب النفسي، الأمريكي ومنظمة الصحة العالمية (DSM-IV و ICD-10) على أن تصنيفات الإكتئاب كما يلي:

التصنيف الأول:

يقوم على شدة درجة الإكتئاب، ويكون بثلاث حالات:

1. الإكتئاب الخفيف: ويتصف بمزاج منقبض، وتعب متزايد، وفقدان الإهتمام والمتعة، مصحوباً غالباً باضطرابات (سيكوسوماتية). ومع أن المصاب به يواجه صعوبة في إستمراره بعمله أو إلتزاماته الإجتماعية، إلا أنه لا يتوقف عن الإيفاء بها.
2. الإكتئاب المعتدل: تظهر فيه أعراض الإكتئاب الخفيف بالإضافة إلى أعراض أخرى تتمثل باضطرابات النوم والشهية.
3. الإكتئاب الحاد: وتظهر فيه أعراض الإكتئاب المعتدل بالإضافة إلى الشعور بعدم القيمة وفقدان إحترام الذات، والتهدج والشعور بالذنب ، ويكون الكرب شديداً مصحوباً بأفكار انتحارية (Halgin & Whitbourne , 2003).

التصنيف الثاني:

ويقوم على أساس منشأ الإكتئاب، ويكون في حالتين:

1. الإكتئاب النفسي، وتكون أسبابه نفسية خارجية معظمها ناجمة عن فقدان: موت شخص عزيز، هجران، خسارة. ويسمى أيضاً بالإكتئاب الإنفعالي أو العصابي.
2. الإكتئاب الذهاني، يكون ناجماً عن إستعداد وراثي (تكويني) ينتقل بواسطة جينات معينة، أو خلل حياتي (بيولوجي) أو زيادة أو نقصان في مستوى نشاط المرسلات العصبية، أو عدم توازن في الهرمونات (Halgin & Whitbourne , 2003)

التصنيف الثالث:

يقوم على أساس مصاحبة الإكتئاب لإضطراب آخر أو عدمه ، ويكون في ثلاث حالات:

1. إكتئاب (خالص)، لا يكون مصحوباً بإضطراب آخر، وأبرز أعراضه: مزاج مكتئب، الشعور بالعجز، فقدان أو ضعف الإهتمام بالأمر الشخصية والإجتماعية، فقدان أو ضعف الشهية، ضعف الطاقة النفسية والجنسية، والعزوف عن النشاطات الخاصة بالمتعة والترويح عن النفس.

2. إكتئاب مصحوب بقلق، وأبرز أعراضه: سرعة الإنفعال، الشعور بالعجز، التركيز الضعيف، الذاكرة الضعيفة، الشعور بالتعب، الشعور باليأس، الأرق المبكر، الرغبة في البكاء، وتوقع الأسوأ. ولأن أبرز أعراض القلق تتمثل في (توقع الشر، التوتر، النرفزة، الكوابيس، التركيز الضعيف) فإنه لا يوجد حد فاصل بين أعراض الإكتئاب وأعراض القلق. الإكتئاب ثنائي القطب: يكون مصحوباً بالهوس، الذي يعني: حالة من إرتفاع المزاج ومرح غير مسيطر عليه مصحوباً بالذهول والطاقة الزائدة، ينجم عنها نشاط زائد وتدفق في الكلام، وحاجة متناقصة للنوم (Halgin & Whitbourne , 2003).

التصنيف الرابع:

يعتمد عليه عدد من الأخصائيين في الصحة العقلية، وفيه يميزون بين نوعين من الإكتئاب هما : الإكتئاب الأكبر ويتضمن خمسة أو أكثر من أعراض الإكتئاب يضمنها الحزن وفقدان الإهتمام بالنشاطات الممتعة التي تستمر لأسبوعين على الأقل. إكتئاب عسر المزاج، ويتضمن ثلاثة أو أكثر من أعراض الإكتئاب يضمنها الإحساس الدائم بالقنوط واليأس ومزاج إكتئابي مستمر لا تقل مدته عن سنتين (Halgin & Whitbourne , 2003).

4.3.2 أسباب الإكتئاب

ليس هناك سبب واحد يمكنه صنع الإكتئاب لدى الأفراد، وإنما يتم ذلك نتيجة لمجموعة كبيرة من العوامل: وقد قسمه العلماء إلى أربع مجموعات. الإكتئاب الإرتكاسي: وهو ما يحدث عندما نفقد السند الإنساني في حياتنا بالموت أو الفراق أو نخسر الأملاك والأموال.

الإكتئاب العصابي: هو الإكتئاب الناتج عن الإصابات النفسية في مرحلة الطفولة.

الإكتئاب الناجم عن مرض على نحو اضطراب التروية الدموية الدماغية.

الإكتئاب الذي لا يمكن أن نجد له أسباباً في تاريخ الحياة الراهن أو الماضي (رضوان، 2002).

وقد صنف (سرحان، 2011) الإكتئاب كما يأتي:

1- حسب السبب ويتكون من:

أ- الإكتئاب الداخلي والتفاعلي: وهو الذي يكون ناتجاً عن ظروف وأحداث الحياة أو يرتبط بأي مشاكل خارجية.

- ب- الإكتئاب الأولى والثانوي: وهذا التقسيم للتفريق بين إكتئاب الحياة النفسية ويعد أولياً، وبين المرض النفسي كالفصام العقلي أو الإدمان على الكحول.
- ت- الإكتئاب العضوي وغير العضوي: ويقصد به الإكتئاب الناتج بشكل مباشر من مرض عضوي مثل أورام الدماغ والجلطات.
- 2- التصنيف حسب الأغراض: وفيه قسم الإكتئاب إلى عصابي بسيط وعصابي شديد، وعدّ أن وجود مظاهر ذهانية تفصل الإكتئاب إلى هذين النوعين.
- 3- التصنيف حسب مسيرة المرض في عمر الإنسان كما يلي:
- أ- إكتئاب أحادي القطب وثنائي القطب: واعتبر أن أحادي القطب هو أن يحدث الإكتئاب دون أن يتخلله هوس، أما إذا تخلله هوس فإنه يعتبر ثنائي القطب
- ب- الإضطراب المزاجي الموسمي: يتكرر في نفس الوقت من السنة.
- ج- الإكتئاب التراجعي: وهو يصيب الكهول، وناتج عن التوهم بالمرض.
- د. إكتئاب الشيخوخة.

5.3.2 أنواع الاكتئاب

يبين (عبد اللطيف، 2002) أن أنواع الإكتئاب هي:

- 1- الإكتئاب الداخلي: وهو إكتئاب وراثي المنشأ، والأعراض المرافقة له هي أعراض داخلية المنشأ، وتتميز بالكآبة الحيوية التي يعبر المريض عنها لعدم قدرته على الإستمتاع بالحياة، ويشكو من الخمول والعجز وعدم قدرته على إتخاذ القرار، كثير الشكوى ثم يتحسن مزاجه بالتدرج حتى المساء.
- 2- الإكتئاب العرضي: يكون هذا النوع من الإكتئاب مرافقاً للأمراض الجسمية غير الدماغية، والحالات التي تحدث وتسبب هذا النوع من الإكتئاب وهي الأمراض كالإنفلونزا وإلتهاب الرئة، والأمراض القلبية الوعائية المزمنة الربو، وترافق هذا النوع أعراض كالهمود الشديد والشعور بالعجز وعدم الكفاية والمقدرة الإجتماعية.
- 3- الإكتئاب الأساسي: ويرافق هذا النوع أعراض تؤثر في قدرة الشخص على العمل، الدراسة، النوم والطعام والإستمتاع بالنشاطات المختلفة وهذا النوع من الإكتئاب يحدث مرة واحدة على الأقل خلال حياة الفرد.

4- الإكتئاب العضوي: يحدث هذا النوع من الإكتئاب بعد الإصابة بمرض أو عرض دماغي كتصلب الشرايين الدماغية، وتكون الأعراض النفسية الإكتئابية المرافقة عبارة عن مزاج مكتئب وعجز عن تذكر الحوادث إضافة إلى الخمول العقلي وعدم الإستقرار الإنفعالي.

5- إكتئاب منتصف العمر: وهذا النوع يصيب النساء بعد إنقطاع الدورة الشهرية في حوالي الخامسة والأربعين، والرجال مع بدء حدوث الضعف الجنسي لديهم، وصاحب الإكتئاب فرد حساس دقيق، قليل الأصدقاء، مواظب ونشيط في عمله، يتحمل المسؤولية، شديد الكبت، وتتضح معالم هذا المرض بإكتئاب واضح مصحوب بقلق وإضطراب يبدو المريض من خلاله في حالة يائسة يندب ماضية وما فيه من إخفاق ونقائص.

6- الإكتئاب العصابي: يبدأ هذا النوع من الإكتئاب بفعل تركيب غير سوي في الشخصية لدرجة يصعب من خلالها تمييز سلوكها عن السلوك السوي. وهذا النوع يشكو المريض من إضطراب مزاج إكتئابي دون مبرر من حيث شدة الأعراض ومدتها، وقد ردت بعض المنظمات والهيئات الصحية هذا النوع من الإكتئاب إلى الصراعات النفسية المكبوتة.

7- إكتئاب الإعياء: هذا النوع من الإكتئاب يعتبر من الأنواع المزعجة والمحرجة لكل من المريض والمختص وذلك بسبب تأخر ظهور أعراضه بوضوح إلا بعد سنين عديدة عانى المريض خلالها الكثير من الصراع الإنفعالي، وأشارت الدراسات إلى أن هذا النوع من الإكتئاب يلزم الأشخاص الطموحين والحساسين والمصابين بالوهن.

6.3.2 النظريات المفسرة للإكتئاب

المدرسة الفلسفية: ونجد أن الفلاسفة العرب كالرازي أطلقوا على الإكتئاب تسمية الوسواس، ويرى أن كثرة الأعمال الذهنية تجلب الوسواس (الإكتئاب) وتؤدي إلى إصابة الإنسان بالحمى والهزال. في حين سمى ابن سينا الإكتئاب بالحزن والوجد، أما الغزالي فقد أكد أن الإفراط في الهم والكرب يؤدي إلى الحزن الدائم (الإكتئاب)، أما الفلاسفة الغربيون فاهتموا بالإكتئاب وعرف عندهم بإسم السواد، فقد بين أرسطو بان السواد موجود عند كل الشعراء والمفكرين، وقد إنفق مع هذا الرأي الفيلسوف الألماني (شوبنهاور) (الصاحب، 2011).

مدرسة التحليل النفسي: ويرى مؤيدو هذه النظرية، والتي يعد سيجموند فرويد الأب الشرعي لها، بأن الإكتئاب هو نتاج لعملية الصراع بين الدوافع والرغبات من جهة وبين الجوانب الوجدانية من جهة أخرى بما يحويه هذا النتاج من مشاعر الذنب، ويعبر علماء التحليل النفسي عن مفهوم الإكتئاب بأنه ناتج عن عدم تلبية الفرد لرغباته الجنسية المبكرة وإشباع حاجة الحب وهنا تنتاب الفرد حالة من الشعور بالغضب والكراهية والعداء نحو موضوع الحب وتتحول هذه المشاعر وبفعل شعوره بالذنب إلى الداخل أي نحو الذات، لذا فإن الأكتئاب من وجهة نظر هذه النظرية ما هو إلا حنق وغضب بسبب الإحباط وخيبة الأمل في إشباع الحاجة إلى الحب.

وتشير هذه النظرية الى أن الإكتئاب عبارة عن غضب موجه داخلياً نحو الذات نتيجة لفقدان حقيقي أو رمزي (غضب لاشعوري)، على الرغم من أن العديد من الدراسات أثبتت أن كمية العدوانية لدى حالات الإكتئاب ليست عالية ذلك أن الارتباط يكون منوطاً بالفشل أكثر من إرتباطه بالعدوانية. ويرى أصحاب هذه النظرية بأن الإكتئاب هو عملية تكوّن للمرحلة الفمية والسادية وأن الشخص المكتئب يحمل شعوراً متناقضاً من ناحية موضوع الحب الأول (الأم)، ونتيجة للإحباط وعدم الإشباع في مراحل نموه الأولى يتولد لديه إحساس بالحب والكراهية والحرمان والنبذ وبعمليات دفاعية لاشعورية من الإسقاط والإدماج والنكوص ولتناقض عواطفه إزاء موضوع الحب المفقود يمتص طاقته ويدمجها نحو ذاته أي نحو الأنا (محمد، 2006).

المدرسة السلوكية: يعتبر أصحاب هذه المدرسة أن الإكتئاب مكتسب شأن أي سلوك آخر، وهم يفسرونه بمصطلحات المثير والإستجابة، فالمكتئبون يتسمون بإنخفاض لعدة أنواع من النشاطات وزيادة لأنواع أخرى والتي عادة ما تكون الهروب والتجنب.

وكذلك يرى أصحاب هذه النظرية، بأن الإكتئاب هو خبرة نفسية سلبية مؤلمة وما هو إلا ترديد لخبرات تعلمها أو صادفها أو مر بها الفرد في صغره ولم يستطع أن يحلها أو يزيلها من عقله (ربيع، 2004).

المدرسة المعرفية:

تمثل وجهة نظر بيك (Beck) واحدة من أهم النظريات المفسرة للإكتئاب من وجهة نظر معرفية، حيث يرى إجمالاً أن طريقة التفكير الخاطئ هي الأصل في نمو الإكتئاب إذ تبين من دراساته الأولى إرتباط الإكتئاب بخطأ في إدراك الأمور، وفي أسلوب التفكير فيها، وأن المكتئبين يرون أن فشلهم يرجع إلى أخطاء فيهم ويضخمون ذلك إلى درجة الإكتئاب. وقد طور بيك نظريته المعرفية في الإكتئاب في وقت لاحق إعتماًداً على نتائج الأبحاث الميدانية مرجعاً إياها إلى ثلاثة عناصر شملت

الطرق السلبية لإدراك الفرد لذاته، والميل إلى إدراك الخبرات الحالية بطرق سلبية، والنظرة السلبية للمستقبل مؤكداً إرتباط هذه العناصر بالبنية المعرفية للفرد مشيراً إلى أن المجموعات المعرفية (Schemas) تفسر سبب ميل البعض إلى تكوين إتجاهات سالبة نحو ذاته أو تكوين إتجاهات مؤلمة له بالرغم من إمكانية وجود بعض الجوانب الإيجابية في حياته، ونعني بالمجموعات المعرفية هنا الطرق أو النماذج المعرفية التي يستخدمها الأفراد لتفسير الأحداث والمثيرات، هذه النماذج تحدد الطرق التي يبني بها الأفراد خبراتهم، والمشكلة لدى المكتتبين تكمن في ربطهم ما يتعرضون له من أحداث آنية بالخبرات المؤلمة السابقة مما يحرمهم من ضم الخبرات المعرفية الجديدة إلى مجموعات أكثر مناسبة وأكثر إيجابية وذلك كنتيجة لفقدانهم للسيطرة على البنية المعرفية لديهم، كما يعتمدون إلى اختيار المجموعات غير المناسبة لتفسير الأحداث الحالية، وأيضاً للمعالجة الخاطئة للمعلومات والتي تشمل تكوين العلاقات السببية غير الصحيحة أو الوصول إلى نتائج في ظل غياب الدليل على علاقة سببية واضحة، والتركيز على عناصر قد تكون خارج الحدث، وإهمال عناصر أكثر قرباً وهي أكثر إيجابية، وأيضاً التعميم المبالغ فيه، والوصول إلى نهايات أو إستنتاجات معتمدة على عناصر مفككة وغير مترابطة مما يعني عدم إرتباط المقدمات بالنتائج، وتضخيم الأمور والنتائج السلبية للأحداث، وربط الأحداث الخارجية بالنفس، و التفكير الأحادي والمطلق غير المرن والذي لا يأخذ في الإعتبار مختلف الإحتمالات (تونسي، 2002).

وجهة نظر التفسير الكيميائي للإكتئاب

هناك الكثير من البحوث بينت بإختصار شديد أن وجود نقص في العناصر الكيميائية في المخ وخاصة توزيع العناصر الأمينية، والأمينات هي عبارة عن عناصر كيميائية يتكاثف وجودها في الجهاز العصبي الطرفي الذي يثبت علماء وظائف الأعضاء انه مسئول عن تنظيم الإنفعالات، ووظيفة الأمينات هي أقرب إلى وظيفة ساعي البريد، أي أنها عبارة عن موصلات عصبية وظيفتها توصيل الرسائل القادمة من الأعصاب المختلفة وتشمل أنواعا من الدوبامين والسيروتينين، حيث من المعتقد أن المحافظة على التوازن المزاجي يحتاج إلى التوازن في العناصر الأمينية والأكتئاب هو أحد الإستجابات المرجحة إذا شح وجود هذه العناصر (عبكة، 2012).

ومن المؤشرات على صحة هذا التفسير كما يراها (عبكة، 2012) هي:

- أن هناك بعض العقاقير تستخدم في علاج إرتفاع ضغط الدم تؤدي إلى الزيادة في نوبات الإكتئاب لدى الأشخاص المستهدفين للإصابة بإضطراب المزاج ومن المعروف أن هذه العقاقير

تستنزف الموصلات الكيميائية الأمينية من المخ ومن ثم يؤدي إلى انخفاض مستويات الإمينات في المخ التي تفجر النوبة الإكتئابية.

- إن العقاقير التي تعمل على زيادة نسبة الأمينات في المخ تؤدي إلى زيادة في مستوى النشاط واليقظة في الحيوانات العملية وكذلك العكس صحيح، معنى إن العقاقير التي تؤثر على نحو مباشر في تخفيض مستوى الأمينات في المخ والتي تقلل من مستوى نشاط المخ تؤدي إلى الحذر واللامبالاة بالرغم من تزايد مستوى النشاط في الحيوانات العملية، فهذا يشير إلى ارتباط الإكتئاب بتغير في مستوى النشاط واليقظة، ولهذا نجد أن النتائج تتطابق مع هذا التفسير.

7.3.2 المرأة والإكتئاب

يقول (سرحان وآخرون، 2001) أن المرأة أكثر عرضة للإكتئاب من الرجل بثلاثة أضعاف، وفي لغة مختلف المجتمعات، إلا في الإكتئاب المصاحب لإضطراب المزاج المزدوج، فيتساوى فيه الرجال والنساء، ويعزو وجود الإكتئاب عند المرأة لعوامل الحمل والولادة وما يلعبه ذلك من تغيرات فسيولوجية وهرمونية، وتغير في الدور الذي تؤديه المرأة في الأسرة والمجتمع، وكما أن الوضع النفسي والاجتماعي للمرأة عموماً يحوي الكثير من الكبت والقمع والإضطهاد للأنثى. ويرى أيضاً أن إنقطاع الدورة الشهرية والذي يفهم عند الناس بأنه حالة من اليأس والإكتئاب، هو غير صحيح، مستنداً إلى أن الدراسات أثبتت أن الإكتئاب عند المرأة يكون أعلى معدلاته في السنوات الخمس التي تسبق إنقطاع الدورة الشهرية، أما بعد توقف الدورة، فإن معدلات الأمراض النفسية تقل عند المرأة وخصوصاً الإكتئاب.

في حين ترى (طويل، 2011) أن الشعور بالإكتئاب هو حالة تُباغت المرأة في سن اليأس حيث تشعر بالإحباط بسبب التغيرات في جسدها، إضافة إلى فقدان القدرة على الإنجاب، ويكون مصاحباً لكوكبة من الأعراض والمشكلات الجسدية التي تخضع صبر أي امرأة للإختبار إلا أن الأياس في بعض الأحيان قد يسبب للمرأة أكثر من مجرد حزن عابر، وترى أن النساء اللواتي قد مررن سابقاً باضطرابات المزاج يكنّ عرضة أكثر للإصابة بالإكتئاب، وتتم أيضاً النساء اللواتي استأصلن المبايض جراحياً بما يسمى " الأياس الجراحي " وهؤلاء أيضاً عرضة للإكتئاب، كما ترى أن إصابة المرأة بالإكتئاب واضطرابات المزاج، ليست لضعف شخصية المرأة وإنما لأنه مرض طبي وقابل للعلاج وله أدوية متخصصة وطرائق علاجات نفسية يعتمد على درجة الإكتئاب المصاحب للحالة.

وترى أيضاً أن العدد الكبير من السيدات يعود سبب الإكتئاب لديهن الى "متلازمة العش الفارغ" اي خلو المنزل من الابناء الذين غدوا شباباً واستقلوا بحياتهم، أو أن جوانب أخرى مرتبطة بمرحلة متوسط العمر قد تثير مشاعر فقدان والحزن كالترمل أو التقاعد أو التفكير بقرب إنتهاء العمر (طويل، 2011).

ولكن حديثاً بدأ تركيز العلماء ينصب على نظرية التأثيرات البيولوجية للتقلبات الهرمونية على المزاج خاصة أن إفراز المبيضين للإستروجين في هذه المرحلة يقل، كما تستمر مستويات البرجسترون والإندروجين يتفاعل مع مركبات كيميائية في الدماغ تؤثر على المزاج بشكل مباشر، لذلك يمكن لإنخفاض مستويات الإستروجين خلال فترة ما قبل الأياس أن تجعل المرأة تمر بفترات من الحزن والإحباط، بينما تشعر بعض النساء بهبوط حاد في المزاج مما ينتج عنه الإكتئاب.

تفسر نظرية أخرى أن الضغط الذي تسببه أعراض الأياس يمكن أن يسبب الإكتئاب. فقد تجددين أن أعراض الأياس التي تصيبك هي ببساطة أصعب من أن تواجهها بمفردك، فأنت اصلاً مطالبة بالتعامل مع الأمور العائلية، الأصدقاء، الأقارب، العمل، وربما الصعوبات المادية، وفوق كل هذا يبدأ لديك هذا التغيير الجسدي الكبير وبإمكان حصول هبات سخونه والأرق خلال هذه المرحلة الإنتقالية أن تسبب توتراً وضغطاً عاطفياً أيضاً (السيد، 2002).

ومن أكثر النساء عرضة للإكتئاب في سن الأياس، اللواتي إستاصلن المبايض جراحياً، لأن الجراحة تسبب هبوطاً شديداً في مستويات الإستروجين هذا بالإضافة إلى إزدياد القلق وأعراض الأياس. كذلك النساء اللواتي تعرضن لإكتئاب ما بعد الولادة سابقاً، واللواتي كن يعانين من إضطراب المزاج والإحباط في فترة الدورة الطمثية المعتادة، اي إضطراب " إكتئاب ما قبل الطمث" وبغض النظر عن كل هذه العوامل المؤهبة، فإن عدداً من النساء يصبن بالإكتئاب للمرة الأولى في حياتهن خلال مرحلة ما قبل الأياس (السيد، 2002).

9.3.2 علاج الاكتئاب

يعالج الإكتئاب بأكثر من طريقة، قد يكون العلاج نفسياً أو إجتماعياً أو دوائياً. وقد بينها (عبد اللطيف، 2002) كما يلي:

1- العلاج النفسي: فقد أثبت العلاج النفسي قدرة هائلة على التخلص من الإكتئاب وذلك من خلال إستخدام العمليات العقلية في مواجهة الإضطراب من خلال علاج ما هو غير معقول بما هو معقول

إنطلاقاً من كون الإنسان كائناً عاقلاً بإمكانه تجنب الإضطراب الإنتقالي الناجم عن عدد من الأفكار اللاعقلانية ومن ثم التخلص منها. ويمكن استخدام العلاج النفسي حسب الحالة الإكتئابية المعروضة، وذلك بأسلوب يتناسب مع النوع الإكتئابي الذي أصاب الحالة.

2- العلاج الإجتماعي: ويتلخص هذا الأسلوب في مساعدة الحالة على التخلص من الضغوط اليومية الداخلية والخارجية، فهناك مجموعة من الضغوط اليومية التي تلازم المتعالج كضغط العمل، مشكلات الزواج، ولذلك من الأنسب تدريب المتعالج على إيجاد طريقة فعالة للتعامل مع هذه الضغوط والتكيف معها، دون أن يصل إلى حالة الإكتئاب. وتقع على عاتق المعالج في هذه الحالة تدريب المتعالج على مهارة إدارة الحوار مع الآخرين حتى يمتلكها وذلك من خلال التفاوض معهم وتبادل وجهات النظر ومن ثم التوصل إلى حلول موفقه له ولهم.

3- العلاج الدوائي: هناك طرق عديدة للعلاج الدوائي، ويكون ذلك من خلال كورسات دوائية يأخذها المريض، ويتم مراقبة حالته من الناحية النفسية والجسدية حتى لا يكون لها مضاعفات جانبية، وقد يحتاج المريض في هذه الحالة إلى مدة زمنية بين (10-15) يوماً حتى تنجح هذه المركبات الدوائية في إنتهاء حالة الإكتئاب لديه.

4.2 القلق في مرحلة منتصف العمر

1.4.2 تعريف القلق

يعرف (مياسا، 1997) القلق بأنه: حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يهدده وينتظر وقوعه أو يخشى من وقوعه. في حين يرى (غانم، 2005) أن القلق هو حالة داخلية مؤلمة من العصبية والتوتر والشعور ويكون مصحوباً بإحساسات جسمانية وإتجاهات مثل سرعة دقات القلب والخفقان والعرق والإرتعاش وفراشات في المعدة وألم في الصدر. أما سرحان (2011) فيرى أن القلق حالة إنفعالية نفسية يتداخل فيها الخوف ومشاعر الرهبة والحذر والرعب والتحفيز موجهة نحو المستقبل أو الظروف المحيطة، وبعد القلق من المشاعر الطبيعية العامة التي يمر بها كل إنسان، وهناك قلق طبيعي وقلق مرضي. وقد عرف (غانم، 2004) القلق بأنه حالة إنفعالية غير سارة تتسم بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والكدر أو الهم أو إثارة الجهاز العصبي اللاإرادي أو المستقبل، وتحدث حالة القلق عندما يدرك الشخص مثيراً معيناً أو موقفاً على أنه يمكن أن يحدث أذى له.

من خلال التعريفات السابقة يمكن تعريف القلق بما يتناسب مع الدراسة بأنه: الحالة الإنفعالية التي تسيطر على المرأة عند بلوغها مرحلة منتصف العمر، وتكون هذه الحالة ممزوجة بالخوف ومشاعر الرهبة والرعب من المستقبل.

2.4.2 أنواع القلق

يقسم (سرحان، 2011) القلق إلى نوعين:

- 1- **القلق الطبيعي:** وهذا النوع يساعد الإنسان على البقاء، ويدفعه إلى القيام ببعض الأعمال ويشحن همته في المواقف الصعبة، مثل قلق الإمتحان الذي يدفع الطالب للدراسة والجد والعمل.
- 2- **القلق المرضي:** والذي يؤثر في التوازن النفسي للإنسان، ويكون فيها مجموعة من الأعراض النفسية والجسدية والسلوكية بلا سبب، أو أن السبب يكون بسيطاً لا يتطلب درجة القلق الظاهرة. وقد قسمه (غانم، 2004) إلى:

- 1- **القلق العام:** وهو قلق غير مرتبط بعامل محدد.
 - 2- **القلق المرتبط بمخاوف محددة:** كأن يقلق الفرد حين يواجه موقفاً معيناً ومع تكرار حضور هذا الموقف يتكرر القلق.
 - 3- **القلق الوجودي:** وهو قلق لا يتعلق بمشكلة التكيف وإنما بطبيعة الوجود نفسه.
 - 4- **القلق الثانوي:** وهو الذي يصاحب الأمراض النفسية والعقلية الأخرى.
- اما دليل الطب العقلي الأمريكي (American Psychiatric Association)، 1994، والذي يعد المرجع الأكثر شهرة وأهمية لتصنيف الاضطرابات النفسية ومنها القلق ويصنف القلق وفقاً للمعايير التشخيصية الإكلينيكية في هذا الدليل إلى:

1. اضطراب الهلع غير المصحوب برهاب الأماكن المتسعة

يتميز بحدوث نوبات مفاجئة من الهلع (الفرع والخوف الشديد) المتكرر والذي يستمر في العادة لأقل من ساعة، وعادة ما يرتبط بمظاهر فسيولوجية كضيق التنفس وسرعة ضربات القلب والعرق والإرتجاف وألم الصدر والغثيان والدوخة وإضطراب الإدراك، كما قد يرتبط بأفكار غير مبررة كالخوف من الموت أو الهلاك المحتوم.

2. اضطراب الهلع المصحوب برهاب الأماكن المتسعة

يشتمل على نفس الأعراض المشار إليها في النوع السابق، إلا أنه أيضاً يرتبط بالخوف من الأماكن المتسعة والمفتوحة.

3. الرهاب المحدد

يعرف أيضاً في الأدلة السابقة بالخواف البسيط وهو خوف من مثير محدد ومن ذلك على سبيل المثال لا الخوف من بعض الحيوانات والحشرات أو الدم والأماكن المرتفعة أو الأماكن المغلقة أو المرتفعات وما إلى ذلك، وهو أكثر إنتشاراً وخاصة بين الإناث إلا أنه أقل إعاقة لنشاطات الفرد.

4. الرهاب الإجتماعي

هو خوف من المواقف الإجتماعية التي يمكن أن يتعرض فيها الفرد إلى النقد من الآخرين. وتتمثل أهم الأعراض في عدم القدرة على التحدث في جمع عام، أو الأكل أمام الآخرين.

5. اضطراب الوسواس والأفعال القهرية

يتميز هذا الإضطراب بسيطرة الوسواس القهرية على تفكير الإنسان بدرجة تسبب له الكرب وتعيق حياته ونشاطاته المختلفة ومنها المهنية والإجتماعية بل والشخصية إذ لا يقتصر أثرها على وجود الوسواس بل ترتبط في العادة بأفعال قهرية. ومن أمثلة الوسواس والأفعال القهرية كثرة غسل اليدين خوفاً من التلوث.

6. اضطرابات الضغوط بعد الحوادث

يحدث هذا النوع من الإضطراب بعد الحوادث والصدمات الشديدة المؤلمة. وتتمثل أهم أعراضه في تكرار التعايش مع الحادث والإستغراق في التفكير فيه، والميل للعزلة، وإضطراب النوم، اضطرابات الإنتباه والذاكرة والتركيز، الشعور بالذنب. وقد وجد أن (50%) إلى (80%) ممن يتعرضون لصدمات قوية يمكن أن يقعوا ضحية لهذا الإضطراب، إلا أن إنتشاره عامة بين الناس لا يتجاوز (5%) ويمكن أن تقسم أيضاً إلى حاد إذا إستمر لمدة أقل من 3 اشهر، ومزمن إذا إستمر أكثر من 3 أشهر. كما يمكن أن لا تظهر الأعراض إلا بعد 6 أشهر من حدوث الحادث وفي هذه الحالة يصنف على أنه نفس الإضطراب مع تأخر بدايته.

7. اضطراب الضغوط الحادة

نوع من اضطرابات الضغوط بعد الحوادث ويكمن الفرق بدرجة أساسية في مدة حدوثها وإستمراريتها حيث تحدث خلال الشهر الأول من حدوث الحادث وتحل في حدود الشهر مما يعني أن الفرق في مدى إستمراريتها.

8. اضطراب القلق العام

يتمثل هذا الإضطراب في خوف عام غير محدد يرتبط بتوقع مكروه ويستمر لمدة ستة أشهر أو أكثر . وتتمثل أهم أعراضه في الاضطرابات العضلية ومنها الإرتجاف والرعدة والتوتر العضلي وسرعة الإجهاد. كما يزداد نشاط الجهاز العصبي المستقل ويظهر ذلك من خلال زيادة دقات القلب وسرعة التنفس وبرودة الأطراف والشعور بالإختناق أو ضيق التنفس وجفاف الحلق والدوخة والغثيان والإسهال. إضافة إلى ما سبق فإن الفرد يظهر أعراضاً اضطرابية نفسية وعقلية ومن ذلك الحذر الشديد وصعوبة التركيز والأرق وقد يتصاحب أيضاً مع أعراض إكتئابية.

9. الأدوية والمواد المسببة للقلق (القلق المرتبط بتعاطي الأدوية)

يظهر القلق كنتائج فسيولوجية لتعاطي الأدوية والمواد الكيميائية كالمخدرات أو المنبهات أو الإنقطاع عنها (الإنسحاب).

10. القلق غير المحدد

إضطراب قلق غير محدد كواحد من الاضطرابات المصنفة أعلاه، ويمكن أن يشمل الاضطرابات المصحوبة بقلق أو رهاب والتي لا تقابل شروط التصنيف تحت أي من الأنواع السابقة المحددة أعلاه وأيضاً لا تقابل شروط التصنيف تحت اضطرابات التوافق المصحوبة بالقلق أو اضطرابات التوافق مع القلق المختلط والمزاج المكتئب ومن ذلك إضطراب القلق والإكتئاب المختلط.

3.4.2 أسباب القلق

من أهم المسببات للقلق ما يأتي:

الإستعداد الوراثي: تشير بعض الدراسات إلى إحتمال تدخل العامل الوراثي كعامل من عوامل الإستعداد للقلق، فقد أثبتت هذه الدراسات وجود تشابه في الجهاز العصبي المستقل وإستجابته للمنبهات الخارجية لدى التوائم (التوأم القلق) وقد وجد في بعض الدراسات أن نسبة القلق بين التوائم المتشابهة

تصل إلى (50%)، في مقابل (4%) فقط بين التوائم غير المتشابهة، وإن (15%) من آباء وأخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض (العبيدي، 2009).

الإستعداد النفسي: تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق، ومن ذلك الضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، والتوتر النفسي الشديد، والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه، وتعود الكبت بدلاً من التقدير الواعي لظروف الحياة، وعدم تقبل مد الحياة وجزرها، كما يؤدي فشل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها رغبات الفرد الملحة (زهران، 1997).

العوامل الإجتماعية: وفقاً لغالبية نظريات علم النفس من المثير الأساسي للقلق، إذ تؤكد أهمية هذه العوامل كعوامل أساسية لإحداث القلق ولا شك في أن حصر مثل هذه الأسباب أمر مستحيل لتعددتها وتشعب جوانب الحياة المقلقة خاصة في عصر إتسم بالقلق. وتشمل هذه العوامل مختلف الضغوط كالأزمات الحياتية، والضغوط الحضارية والثقافية والبيئية المشبعة بعوامل الخوف والحرمان والوحدة وعدم الأمن، وإضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة، وأساليب التعامل الوالدي القاسية، وتوفر النماذج القلقة ومنها الوالدين، والفشل في الحياة ومن ذلك الفشل الدراسي والمهني والزواجي (العبيدي، 2009).

4.4.2 أعراض القلق

حدد (مياسا، 1997) أعراض القلق كما يأتي:

1- أعراض نفسيه: وتظهر في عدة أشكال أهمها:

أ- ضغط أو شدة يشعر بها الشخص القلق ويشعر معها بالكدر

ب- وهناك شعور بخوف لا يستطيع القلق تسميته أو الإشارة إلى عوامل المباشرة ويدعوه الفاحص النفسي.

ج- يميل القلق إلى توقع الشر والمصائب.

د- يميل القلق إلى توتر الأعصاب والإضطراب.

هـ- قد ترتبط حالة القلق بأفكار خاصة أو موضوعات خاصة كالموت.

2- أعراض فسيولوجية:

أ- مجموعة أعراض يشعر بها الشخص مثل ضربات القلب السريعة، فواصل غير منتظمة في ضربات القلب.

ب- مجموعة أعراض فزيولوجية لا يشعر بها الشخص كزيادة الأدرنالين والهرمونات التي تأتي من الغدة الكظرية.

5.4.2 النظريات المفسرة للقلق

مدرسة التحليل النفسي

من أوائل من تحدثوا عن القلق في علم النفس، بل ويرى البعض أن هذا المفهوم لم ينتشر استخدامه إلا عندما شاع في كتابات فرويد، حيث يعود الفضل إليه في توجيه علماء النفس إلى الدور الهام الذي يلعبه القلق في حياة الإنسان. و يعرف فرويد القلق العصابي على أنه " شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية، ويأتي في نوبات تتكرر لدى نفس الفرد" ولا ترجع نشأة هذا النوع من القلق إلى مصدر خارجي، فهو قلق ينشأ من ضغط الغرائز المكبوتة للتعبير عن نفسها وكسر حواجز الكبت وبعبارة أخرى ينشأ القلق العصابي كميكانيزم داخلي غير مدرك عندما تهدد " ألهو" بالتغلب على " دفاعات الأنا وإشباع تلك الحفزات الغريزية التي لا يوافق المجتمع على إشباعها والتي جاهد " الأنا " في سبيل كبتها. فالقلق إشارة إنذار تطلق " للأنا " لتحفيزها على العمل على كبت تلك الرغبات وغالباً ما تلجأ الأنا في سبيل ذلك إلى الحيل الدفاعية كالتهريب والإسقاط والنكوص وغيرها، غير أن استخدام هذه الحيل لا يؤدي إلا إلى راحة مؤقتة، ويشد القلق وتلجأ لا شعورياً إلى وسيلة أخرى في محاولة أخيرة للتمويه لتحقيق استمرارية كبت هذه الخبرات الأشد إيلاماً من القلق نفسه ويرى فرويد أن القلق العصابي يمكن أن يظهر في صورة قلق عام لا يرتبط بموضوع محدد يشعر فيه الفرد بحالة من الخوف العام غير المحدد. كما يمكن أن تظهر المخاوف كمخاوف عصابية حتى وإن كانت من موضوعات محددة إذا فاقت في شدتها ما هو متوقع أو إذا كانت المثيرات لا تثير القلق أساساً لدى الأشخاص العاديين ومن ذلك الخوف مثلاً عند رؤية الدم أو الحشرات أخيراً فإنه يمكن أن يظهر في صورة قلق مصاحب لاضطرابات أشد كالهستيريا مثلاً، إن الشخص المصاب بهذه الأعراض يشعر بقلق أحياناً خوفاً من توقع حدوثها، إن هذا التوقع يجعله في حالة تهديد (فهمي، 1997).

المدرسة السلوكية

يركز السلوكيون الراديكاليون إجمالاً على عملية التعلم، ويؤكدون بأن الإنسان يتعلم القلق والخوف والسلوك المرضي كما يتعلم السلوك السوي. ويركز الأوائل من السلوكيين الراديكاليين من أمثال واطسن على أن عمليات التعلم تتم عن طريق إقتران بين المثير الشرطي والمثير الطبيعي وبالتالي يستجيب الفرد لظاهرة الخوف أو القلق ويصبح الخوف من المؤثر الشرطي دافعاً مكتسباً، وعن طريق مبدأ التعميم في تعلم الخوف أو القلق يلاحظ أن المثيرات الشبيهة لتلك التي تعلم الكائن الحي أن يخاف أو يقلق منها والأكثر شبيهاً بها هي الأكثر إثارة للقلق أو الخوف.

ومع تطور النظرة إلى مفهوم القلق وفقاً للتطور في المدرسة السلوكية، حيث حاول السلوكيون الجدد الخروج من الدائرة الضيقة لفكر واطسن آخذين باعتبارهم العمليات العقلية كعوامل وسيطة بين المثير والإستجابة، وقد اهتم أهمهم دولارد إلى القلق كنتاج لتوقع الألم والذي يرتبط بالمثيرات الخارجية من جانب والعمليات الداخلية من جانب آخر (فهمي، 1997).

المدرسة الإنسانية

بدأ الحديث عن القلق مع بداية ظهور الفلسفة الوجودية. يقول كيركيجارد أحد مؤسسي هذه الفلسفة "إن الاختيار يجر إلى المخاطرة والمخاطرة بطبعها تؤدي إلى القلق: قلق على الإمكانيات عامة وقلق من الوجه الذي اختاره الإنسان فهذا قلق من وهذا قلق على، وهذا شبيه بالدوار الذي يصيب المرء حينما ينظر في هاوية" ولقد بقي القلق موضوعاً أساسياً لدى جميع الفلاسفة الوجوديين على إعتبار انه جزء من الحياة، كما استمر هذا الإهتمام لدى علماء النفس الوجودي من أمثال "رولو مي" أحد أهم رواد هذا الإتجاه في الولايات المتحدة. ويعتقد "مي" أن الإضطراب وسيلة غير سوية يسعى الفرد من خلالها للحفاظ على إحساسه بوجوده في ظروف يكون الإحساس بالوجود فيها بالشكل السوي معاقاً. ويرى أن القلق جزء من وجود الإنسان، والقلق ليس خوفاً من شيء موضوعي بل يعبر عن شعوراً غامضاً وخوفاً عاماً من مهددات الوجود. ويرى أن درجة القلق يمكن أن تتدرج من الدرجات المقبولة إلى الشديدة المعوقة للنمو. وقد يدفع الفرد لكبتها أو تجاهلها لتحقيق الإستقرار، إلا أن هذا لا يحقق له الإستقرار الفعلي والذي لا يتحقق إلا بقبول المهددات المثيرة للقلق أصلاً كجزء من الوجود، هذا يساعد على قبولنا لحياتنا و استغلالها بفاعلية. ويعتقد أن فقدان القيم من أهم مشكلات الإنسان الناتجة عن سيطرة الحياة المادية التي أدت إلى إضطهاد وجودنا، حيث تدفع إلى فقدان الإحساس بالوجود بنماذج المختلفة الوجود في العالم المادي، الوجود في العالم الإجتماعي، والوجود في العالم الذاتي حيث يفشل في الموازنة بين الإحساس بالوجود في هذه النماذج، مما يعني غلبة إحساسه بالوجود في أحدها، فقد يهمل العالم المادي والإجتماعي ويتمركز حول ذاته، وقد يهمل حاجاته في مقابل إرضاء المجتمع، وقد

يركز على وجوده في العالم المادي مما يعني النظرة السطحية لذاته وللمجتمع. هذا الفقدان للإحساس بالوجود يؤدي بالفرد إلى الشعور بالعجز والذنب (Monte، 1987).

المدرسة المعرفية

يمثل علم النفس المعرفي اتجاهاً قوياً في علم النفس المعاصر حيث أثر على العديد من المنظرين من مدارس مختلفة ومن ذلك سوليفان في المدرسة التحليلية وباندورا في المدرسة السلوكية. كما تعددت الإتجاهات المعرفية وتعددت أغراضها. ولعل ما يهمننا في هذا المجال هو القلق والاضطرابات النفسية. ويعتبر جورج كيلبي من علماء النفس الذين أعطوا المعرفة الإنسانية وزناً في تفسير الشخصية في حالتها السواء والمرض، حيث يرى أن أي حدث قابل لمختلف التفسيرات وهذا يعني أن تعرض الإنسان للقلق يمكن تفسيره بأكثر من طريقة حتى للحالة الواحدة. كما يرى أن العمليات التي يقوم بها الشخص توجه نفسياً بالطرق التي يتوقع فيها الأحداث وعلى اعتبار أن عملية القلق ليست إلا عملية توقع وخوف من المستقبل (Monte، 1987).

6.4.2 اضطرابات القلق عند المرأة

إن اضطرابات القلق بأنواعها كثيرة ومتعددة، فهي تتكون من القلق العام، والقلق الإجتماعي، والخوف واضطرابات الهلع، واضطرابات الوسواس القهري. ولا يوجد تفسير واضح لكثرة أمراض القلق عند المرأة، إلا أن هناك دراسات وأبحاث تفسرها بالعودة إلى بعض العوامل التي تجعل المرأة أكثر عرضة لذلك النوع من الاضطرابات، ومنها العوامل الوراثية حيث وجد أن العوامل الوراثية تلعب دوراً مهماً في اضطرابات الهلع والخوف يصل إلى (30%) من المسببات لهذه الحالة، أي أن الوراثة في بعض الأحيان تختار نوعاً معيناً من المسببات لهذه الحالة، أي أن الوراثة في بعض الأحيان تختار نوعاً معيناً من ذكر أو أنثى، لتشكل المرض النفسي بطريقة أخرى. وهناك من يعتقد أن هرمونات الأنوثة تؤدي دوراً مهماً كأحد العوامل أو المسببات لاضطرابات القلق.

والمرأة في سن انقطاع الخصوبة أو حتى في السنين المقاربة لتلك السن التي تكون فيه الدورة الشهرية مستمرة فقد تشكو من أعراض " اللهبة" فيخطئ البعض ويعتقد أن أعراض سن انقطاع الخصوبة هي أعراض القلق وقد يصف بعض الأدوية المهدئة عن طريق الخطأ، بينما يكون العلاج الصحيح هو إعطاء هرمون الإستروجين ليعوض المرأة عن ذلك الهرمون الناقص في جسمها ومن المستحسن أن يحل مستوى هرمون (F.S.H) مع هرمون الإستروجين وذلك في اليوميين الذين

يسبقان الدورة الشهرية للتأكد من تشخيص الحالة بأنها سن انقطاع الخصوبة (الصّواف والحلبي، 2001).

5.2 العلاقة بين الإكتئاب والقلق

بين (فايد، 2001) إختلاف الآراء حول العلاقة بين الإكتئاب والقلق حيث ذهب بعض الباحثين إلى إن الإكتئاب يعتبر اضطراباً محدداً وذهب البعض الآخر إلى أن الوجدان الإكتئابي مرتبط بحالات وجدانية أخرى، واقترحت فئة ثالثة من الباحثين إلى أن الإكتئاب والقلق إضطرابان مختلفان يتقاسمان بعض الأعراض العامة، كما تقترح فئة رابعة من الباحثين أن القلق هو استجابة مبدئية لموقف ضاغط، وإذا حدث أن تعقد الموقف لدرجة لا يمكن التحكم فيه، فإن القلق يتطور إلى إكتئاب، وحديثاً اقترح علماء النفس الإكلينيكيين إن الاكتئاب والقلق يتقاسمان عامل آسيا عام. وهذا العامل العام يفسر الكثير من التداخل بين الاكتئاب والقلق. ويتكون هذا الأسى العام من مستويات مرتفعة من الوجدان السلبي.

وتبعاً لعلماء النفس الحديث فإن الفرق بين الاكتئاب والقلق هو انه عند التعرض لموقف ضاغط أو أسى، فإن الوجدان الايجابي يظل موجوداً في القلق دون الاكتئاب، كما يتسم القلق باستثارة فسيولوجية مرتفعة تميزه عن الاكتئاب، وهكذا فإن الغياب النسبي للوجدان الإيجابي، أو وجود إستثارة فسيولوجية يسمح للباحثين بعمل تمييز بين الإضطراب الإكتئابي واضطراب القلق.

الدراسات السابقة

تعالج الدراسات السابقة موضوع القلق والإكتئاب من زوايا مختلفة ومتنوعة، وسنحاول ذكر بعض الدراسات التي تطرقت للمرأة في مرحلة منتصف العمر، كذلك لبعض دراسات القلق والأكتئاب.

الدراسات العربية

دراسة الهمص (2010) بعنوان قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية بقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على قلق الولادة وعلاقته بجودة الحياة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية بقطاع غزة حيث بلغ عدد العينة ب(203) وقد تم اختيار العينة بصوره عشوائية من خلال الأمهات اللواتي يترددن على قسم الولادة في كل من مستشفى الهلال الإماراتي حيث بلغ عدد أفراد العينة ب(82) ام بنسبه(40) بالمئه من العينة ومستشفى مبارك خانيونس بلغ عدد العينة ب(121) بنسبة(60) بالمئه من أفراد العينة حيث بلغ مجتمع الدراسة (1141) أم وكان من نتائجها أن مستويات قلق الولادة كانت في الأسر النووية وان طبيعة الأسرة التي تعيش بها الأم كان له بالغ الأثر في الحالة النفسية للام لحظه الولادة وطبيعة السكن كونه مستقلا أو ضمن الأسرة الممتدة وانه في الأسر النووية تفقد الأم الحامل جميع هذه الأبعاد حيث يزيد مستوى القلق وقلة الدعم النفسي لها.

دراسة أحمد (2009) بعنوان إداره موارد الأسرة العاملة عند سن اليأس وعلاقته بالمساندة الإجتماعية ويهدف البحث التعرف الى إداره موارد الأسرة للزوجة عند سن اليأس وعلاقة ذلك بالمساندة الإجتماعية وذلك عن طريق التعرف على الفروق بين الزوجات عند سن اليأس عند إدارتهن لمواردهن تبعاً لمتغيرات الدراسة (السن - مستوى التعليم-الدخل الشهري-عدد الأبناء) و الفروق بين الزوجات عند سن اليأس في المساندة الإجتماعية تبعاً لمتغيرات الدراسة، والعلاقة الإرتباطية بين محاور استبيان إدارة الموارد ومحاور استبيان المساندة الإجتماعية و تحديد نسبه مشاركته محاور المساندة الإجتماعية وإداره الموارد عند سن اليأس لدى الزوجات واشتملت عينه البحث على (213) زوجة عامله في مرحله سن اليأس من مستويات اجتماعيه واقتصادييه مختلفه شرط وجود أبناء وان يكون الزوج على قيد الحياة، ومن نتائجها أن للأسرة دور كبير في حياه

الزوجة وخصوصاً عند إدارتها للموارد الأسرية للوصول إلى مستوى معيشي اقل وتحقيق أهداف الأسرة.

دراسة عبد الرحمن (2009) بعنوان العلاقة بين الهدف في الحياة، والضغط النفسي لدى النساء الأردنيات في سن اليأس، وقد هدفت الدراسة إلى قياس الهدف في الحياة، وتقبل الذات، وشدة الضغوط المدركة والتعرف على العلاقة بين هذه المتغيرات لدى النساء الأردنيات، وبيان ما إذا كانت هناك علاقة بين بعض المتغيرات المختارة والصحة النفسية لدى النساء الأردنيات في سن اليأس، في وقد تم اختيار عينة من (193) امرأة تتراوح أعمارهن ما بين (40-55) سنة لتحقيق شروط هذه الدراسة الوصفية، والتي تم قياسها باستجابات العينة لاستبانة ذاتية التعبئة أجريت في أربعة مراكز صحية شاملة في مدينتي عمان والزرقاء في الأردن. وقد بينت النتائج أن متوسط سن اليأس بين النساء الأردنيات المشاركات في هذه الدراسة هو (47.4) سنة، كما وجدت الدراسة أن الأعراض الشديدة المصاحبة لسن اليأس وخاصة الأعراض النفسية كانت منتشرة بين النساء اللواتي يعانين من عدم انتظام في الدورة الشهرية، كما أن الهبات الساخنة والتعرق بالليل وغياب الرغبة الجنسية كانت أكثر شدة وانتشاراً بين النساء في مرحلة ما بعد سن اليأس. وقد بينت الدراسة أن المرحلة التي تعيشها المرأة في مرحلة سن اليأس لم تؤثر على أهدافها المستقبلية في الحياة، تقبل الذات لديها، أو شدة الضغوط النفسية المدركة.

كما وجدت الدراسة أنه إذا ازدادت شدة الضغوط النفسية المدركة لدى النساء فإنها تؤثر سلباً على الصحة النفسية ممثلة بالهدف في الحياة وتقبل الذات.

دراسة حنين (2009) بعنوان دراسة استطلاعية لأثر سن اليأس على شخصيه المرأة الجزائرية دراسة مقارنة بين المدينة والقرية، وتهدف إلى الكشف عن ما تعانيه المرأة في سن اليأس من تغيرات صحية ونفسية في كل من القرية والمدينة، معرفه مدى تأثير العوامل الصحية والاجتماعية والإقتصادية في سن اليأس، على الحالة النفسية للمرأة في القرية والمدينة. واستخدم عينه عشوائية من بين النساء المترددات على المراكز الصحية في كل من حي فيلاي بمدينة القسطنطينية وقريه وادي العثمانية، مكونه من (10) سيدات من المدينة و(10) سيدات من القرية تتراوح أعمارهم بين (47-55)سنة ومن نتائجها استخلاص أوجه التشابه والاختلاف من خلال تحليل الحالات بين نساء القرية ونساء المدينة فوجد أن الفروق بينهما يكون بالدرجة نتيجة الفروق في شخصيات النساء والفروق في ظروف المعيشة والاقتصادية والاجتماعية واختلافات نمط الحياة فنساء القرية يعانون من الانطواء والعزلة أكثر من نساء المدينة نتيجة للظروف التي تعيشها كل منهما وتوصلت

هذه الدراسة إلى نتيجة هو أن سن اليأس بما فيه من أعراض وأمراض مصاحبه، له اثر على شخصيه المرأة سواء كانت بالمدينة أو القرية، وان لهذه الفترة من العمر دور فعال في توجيه سلوك المرأة وتغيره، وان هذه الفترة ترسم شخصية المرأة بطابع خاص.

دراسة حطاب (2008) بعنوان حدة الأعراض، المعرفة، إتجاهات النساء والعادات للنساء الأردنيات في سن اليأس في مدينة اربد، وقد هدفت هذه الدراسة إلى قياس مدى معرفة وموقف وإتجاهات وممارسات وشدة الأعراض المصاحبة لسن اليأس للنساء الأردنيات في هذه المرحلة، إضافة إلى وصف الاختلافات المتعلقة بشدة الأعراض بحسب أنماط سن اليأس. وقد تكونت عينة الدراسة من (350) سيدة من أربع مراكز أمومة وطفولة شاملة في مدينة إربد باستخدام إستبانة ذاتية التعبئة. وقد أظهرت النتائج أن النساء في سن اليأس يفتقرن إلى المعرفة والوعي فيما يتعلق بتعريف سن اليأس، العمر الذي يبدأ به سن اليأس، وسائل معالجة الأعراض في سن اليأس، استخدام الهرمونات والطرق المتبعة لتقليل الأعراض في سن اليأس، وإن النساء أيضا لديهن مواقف سلبية وغير محددة فيما يتعلق بسن اليأس بسبب نقص المعرفة وذلك لان النساء ما يزلن يعانون من أعراض سن اليأس دون إشراف طبي. النتائج المتعلقة بالأعراض المصاحبة لسن اليأس بينت أن (15.7%) (66.9%) و(17.4%) لديهن أعراض شديدة، متوسطة، وخفيفة لسن اليأس وعلى التوالي. تجمعات التقلصات أظهرت أعلى الدرجات من الشدة والمتمثلة بالهبات الساخنة والتعرق في الليل.

دراسة الحرباوي (2008) بعنوان الاضطرابات النفسية لدى المرضى مراجعي عيادات الرعاية الصحية الأولية في مدينة الخليل للفئة العمرية من (18-59) عاما هدفت الدراسة إلى الكشف عن بعض الاضطرابات النفسية ونسبتها التي يعاني منها المرضى وعلاقتها ببعض الخصائص الديمغرافية وبعض المتغيرات المستقلة والترابط بين هذه المتغيرات والاضطرابات النفسية من مجتمع دراسة (450) مريض على عينه (340) مريض وقد أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة (24.1%) من أفراد العينة يشكون من الاضطرابات النفسية بناء على ال(GSI) منهم (3.3%) في درجة شديدة وقد وجدت فروق قي درجة الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي في جميع الأعراض وبزيادة المستوى التعليمي تقل نسبة الشكوى النفسية والعكس بالعكس.

دراسة العبد الله (2008) بعنوان تأثير الداء السكري النمط الثاني على الكثافة العظمية عند النساء بعد سن الضهي، وقد هدفت الدراسة الى تحري تأثير السكري " النمط الثاني" على نقص الكثافة

العظمية عند النساء السوريات في سن الضهي، واجريت الدراسة على عينة مقدارها (134) سيدة، وقد ازهرت الدراسة ان متوسط الكثافة العظمية في الفقرات القطنية في النساء السكريات (0.981)، مقابل (1.005) في النساء غير السكريات، وقادت الدراسة الى نتيجة مفادها ان ليس لدرء السكري تاثير على النساء في هذه الفئة العمرية ولا يمكن اعتباره عامل خطورة للاصابة بترقق العظام.

دراسة سليمان (2007) بعنوان أزمة منتصف العمر لدى المرأة والرجل بين اليأس والأمل، وتهدف إلى تنميه وعي كل من الرجل والمرأة إلى حقيقة التغيرات الجسمية والنفسية والاجتماعية، وكيفية الوقاية والعلاج، وتشير إلى أهميه دراسة هذه المرحلة بزيادة نسبة الكبار سنه بعد أخرى، ولهذه الزيادة أثر في إهتمام العلم الحديث بدراسة الصفات الرئيسية للكبار، وخاصة في المظاهر الجسمية والعقلية المعرفية والإنفعالية العاطفية والاجتماعية، وأن الثروة البشرية هي أهم الثروات الموجودة في إي بلد، فالدراسات العلمية لنفسيه الكبار تهدف إلى معرفه الإمكانيات والطاقات الكامنة لتوجيهها لخير المجتمع، ولخير الإنسان وبالتالي لتطوير المجتمع الذي نعيش فيه، من خلال فهم نفسيات الكبار، ولفهم أنفسنا حيث تشير إلى دور الزوج والأقارب والأبناء والأصدقاء، للتغلب والتكيف في هذه المرحلة وتشير إلى الاختلاف في شخصيه الأشخاص، يلعب دور في تقبلهم لهذه المرحلة بكل ما فيها من تغيرات، وان انقطاع الطمث لا ينقص من أنوثتها وتشير انه لا يوجد أزمة منتصف العمر سواء عند المرأة أو الرجل، ولكنها تغيرات نفسية وجسمية، تحدث للأفراد والفردي السوي هو الذي يستطيع أن يتكيف مع هذه الفترة ويعتبرها تجديدًا لحياته.

دراسة أبو الحلوة (2003) بعنوان المفاهيم والإحتياجات والمشاكل الصحية للنساء الفلسطينيات في محافظة رام الله والبيرة، وتهدف الدراسة إلى إلقاء الضوء على واقع السيدات الفلسطينيات في سن الأمان في محافظة رام الله والبيرة، وقد شملت الدراسة مائة سيدة فلسطينية في مدينتي رام الله والبيرة وقراهما ومخيماتها، حيث تم جمع المعلومات من خلال إجراء المقابلات المنظمة وقراءة الإستبيان لعينات الدراسة، وتسجيل الإجابات بحضورهن، وذلك بهدف التعرف على المفاهيم والمشاكل والإحتياجات للنساء في مرحلة سن الأمان في المحافظة. وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك نقص واضح في الفحوصات الوقائية في مرحلة الأمان مثل: هشاشة العظام، والكشف عن سرطان عنق الرحم، وتصوير الثدي الإشعاعي، وغيرها، وعدم معرفة عينة الدراسة عن أهمية وضرورة القيام بهذه الفحوصات، إضافة إلى أن هذه الخدمات لا تتوفر على مستوى الرعاية الأولية كإجراء روتيني للاستسقاء والكشف عن الأمراض، بل يتم توفيرها لبعض الحالات فقط،

وبتغطية مالية معينة وليس على حساب التامين. كما توصلت إلى أن مفاهيم عينة الدراسة بشكل عام كانت ايجابية بالمقارنة مع ما تم قراءته عن النساء الغربيات، حيث تنتقل النساء من الدور الايجابي إلى ادوار اجتماعية أخرى مثل الحماة، والجدة، وعبرت النساء عن تقارب معين بينهن وأزواجهن مما يوقر الدعم النفسي والاجتماعي، كما تشعرن بالارتياح نتيجة توقف الدورة الشهرية وتمكنهن من أداء الواجبات الدينية دون معوقات.

دراسة تونسي (2002) بعنوان القلق والاكتئاب لدى عينة من المطلقات والغير مطلقات في مدينته مكة المكرمة والتي تهدف في الكشف عن الفرق بين المطلقات والغير مطلقات في متوسط كل من القلق والاكتئاب على عينة من 180 من المطلقات و عينة ضابطه 180 من الغير مطلقات في مدينته مكة المكرمة واستخدمت المنهج السببي المقارن وتوصلت بان المطلقات تعاني بدرجة اكبر من الاكتئاب والقلق من الغي مطلقات وان عدم مشاركته المرأة باتخاذ القرار عامل من عوامل زيادة القلق والاكتئاب والعامل الومني للزواج له أهميه فالمتزوجات مبكرا والمطلقات في سن مبكر أكثر عرضه للقلق والاكتئاب.

دراسة سيرز (2002) يتحدث عن حياة المرأة بأنها متعددة الأوجه ومتنوعة وأشار إلى حياة المرأة في سن اليأس وان آخر سنوات الإنجاب هو الوقت التي تواجهه فيه المرأة قدراً كبيراً من التغيير من عده نواحي، أنه هو تغير طبيعي وفعلي من خلال التغيرات التي تحدث في الهرمونات وغالباً ما يرافقه تغيرات في العاطفة وتغيرات في طريقه تفكير المرأة نفسها الأداة من خلال المقابلات تم جمع المعلومات من خلال القصص وتجارب النساء لعينه مكونه من (10) نساء الهدف هو إستكشاف البحوث التي لها علاقة بسن اليأس والخلفيات التاريخية القائمة بهذا الشأن والخوض في أشكال مختلفة من المعرفة والإتيان بطرق جديدة للتفكير.

دراسة رمضان (2000) بعنوان دراسة وبائية لسن اليأس وتظاهراته السريرية في الساحل السوري، وتهدف إلى إظهار أهم العوامل التي تؤثر على عمر الأياس، وأهم التظاهرات السريرية والمخبرية، والحالات المرشحة للعلاج الهرموني المعاوز. وقد ضمت الدراسة عينة عشوائية من (100) امرأة من سكان الساحل السوري تراوحت أعمارهن بين (40-55) سنه، وعملت الدراسة على تحديد العمر الوسطي للأياس ودراسة العوامل المؤثرة في هذا العمر، كما تم دراسة الأعراض السريرية الأكثر شيوعاً، وقد بينت النتائج أن تشخيص الأياس سريريا ومخبريا لدى

(90) امرأة من عينة الدراسة، وكان العمر الوسطي للأياس عندهن (49.18) سنة. وحدث الأياس المبكر في حالات عدم الزواج، عدم الإنجاب، سوء الوضع المعيشي، والتدخين، بينما تأخر الأياس في حالات استخدام مانعات الحمل الفموية، وحالات تأخر البلوغ، ولدى البدنيات والسكريات. وكانت هبات الحرارة أكثر الأعراض السريرية تواتراً (81.11%) من الحالات. وبلغت نسبة الحالات المرشحة للعلاج الهرموني المعاوز (57.77%) وخلصت الدراسة إلى أهمية العلاج الهرموني المعاوز.

دراسة ابو لبدة (1999) بعنوان معرفة ومواقف وإدراك مجموعة من السيدات الأردنيات لسن اليأس، وقد هدفت الدراسة إلى تقييم معرفة وموقف وإدراك مجموعة من النساء الأردنيات لسن اليأس، وقد تألفت عينة الدراسة من (107) امرأة ما قبل سن اليأس ومرحلة سن اليأس واللواتي تراوحت أعمارهن بين (45-60) سنة ولم يخضعن لعملية إستئصال الرحم والمبيضين، وقد أظهرت النتائج أن أكثر أعراض وعلامات سن اليأس شيوعاً بين النساء كانت كما يلي: هبات جماعية ساخنة (68%) والتعرق ليلاً (57%)، ألم العضلات والعظام (55.6%)، الكسل وفقدان الطاقة (59.8%)، الحساسية (52.3%). و(71%) من النساء اللواتي اختبرن هذه الأعراض إستخدمن أدوية لعلاجها، منهن (29.41%) إستخدمن الهرمونات. كذلك نصف السيدات لديهن مفاهيم خاطئة عن موعد بدء وعلامات وأعراض سن اليأس، ولكن أكثر من نصف السيدات لديهن نقص عن طرق علاج أعراض سن اليأس والآثار الصحية طويلة الأمد المصاحبة له، إلا أن غالبية النساء لديهن موقف إيجابي نحو سن اليأس ويعتقدن أنهن في وضع جيد بعد وصولهن لسن اليأس. وتوصي الدراسة بإجراء دراسات أخرى بإستخدام عينة أكبر لتقييم الحاجات الصحية والإجتماعية والإقتصادية للنساء في سن اليأس وخلال هذه الفترة الحرجة من حياتهن. وضرورة نشر المعرفة وتعليم السيدات معلومات مناسبة عن سن اليأس والنتائج الصحية المترتبة عليه وأين يمكن الحصول على العلاج اللازم.

الدراسات الأجنبية

دراسة بلاكيوس وآخرون Palacios et al (2010) بعنوان تأثير المناطق الجغرافية والمناخية على فتره منتصف العمر وأعراضه، وقد هدفت الدراسة إلى وصف إختلافات المناطق الجغرافية وإنتشار أعراضها في فتره منتصف العمر من خلال جمع المعلومات والبيانات والأبحاث من القواعد الإلكترونية من سنة (1966-2009) وكانت معايير البحث من سن إنقطاع الطمث وأعراضه وتم إستبعاد بعض الحالات الخاصة وقد أظهرت النتائج أن متوسط سن اليأس في أوروبا

يتراوح بين (50-52) سنة وفي أمريكا الشمالية (50-51) سنة وأمريكا اللاتينية (43-53) وآسيا (42-49) حيث الأعراض تختلف من منطقة جغرافية إلى أخرى، بالتالي تؤخذ المناطق الجغرافية بعين الاعتبار حيث تبين أن الاختلافات الجغرافية الكبيرة والواسعة تؤثر في إنتشار أعراض إنقطاع الطمث حيث كانت الأعراض تتراوح بين الدول كالتالي (74%) من النساء في أوروبا (36-50%) في أمريكا الشمالية (45-69%) أمريكا اللاتينية (22-63%) وقد تبين أيضا أن هناك إختلافات كبيرة بالدراسات بحالات إنقطاع الطمث وأعراضه والأعمار حيث أن النساء بأمريكا ووضعهم الإجتماعي والإقتصادي الفقيرة تأتي لديهم أعراض إنقطاع الطمث مبكرة كذلك فإختلاف العمر واختلاف المناطق تؤثر على إختلاف الأعراض في فترة سن اليأس ووضع الأسس والبيانات في إدارة سن الطمث وفهمه وتأثيره على صحة المرأة يختلف منطقه إلى أخرى في العالم.

دراسة شيدراويا وآخرون **Chedrauia et al (2010)** بعنوان المعتقدات بشأن الهبات الساخنة فترة إنقطاع الطمث لدى النساء وتقييم المعتقدات وفقا للمقياس، وقد هدفت الدراسة الى تقييم تلك المعتقدات وتعديلها لدى النساء من الأصل الإسباني فترة إنقطاع الطمث بإستخدام مقياس الهبات الساخنة تم تقييم (1154) امرأة سليمة ما بين (40-59) سنة بإستخدام لقييم (mrs) حيث تم إستخدام المقياس الذي يحتوي على تقييم الناحية الإجتماعية والديمغرافية والحالات الإجتماعية ومن نتائجها هي (28%) معتدل (33%) متوسط (9%) شديد كذلك تبين أن النساء في الإكوادور يعتقدن إعتقاداً كاملاً أن الهبات الساخنة تأتي من خلال الشريك وهذه الدلائل جاءت من خلال الأبحاث الموجودة في العيادات.

دراسة **Anita (2009)** بعنوان إضطراب الإكتئاب في مرحله سن اليأس، تهدف إلى دراسة مخاطر ظهور الإكتئاب عند النساء في سن اليأس ومناقشه أهميه مرحله إنقطاع الطمث وإستعراض الخيارات العلاجية عن الخلل الإكتنابي الذي يصيب النساء في مرحله سن اليأس، استخدمت (22) من الدراسات الطولية والمقطعية لتقييم العلاقة بين مرحله إنتقال النساء لسن اليأس وخطر الاضطرابات في هذه المرحلة، تقلبات المزاج واستنتجت أنه يمكن عمل فحوصات روتينيه للنساء في هذه الفترة من أجل تقييم أعراض الإكتئاب وسن اليأس من خلال قصص النساء، والمهم الإهتمام إلى تأثير الإكتئاب على نوعية الحياة للمرأة.

دراسة باول وجولي Paul,Julie (2008) بعنوان علاج هرمون الإستروجين يضعف الأداء الإدراكي بعد الضغط النفسي للنساء في فترة سن اليأس، الهدف هو أن الدراسات الحديثة للمرأة أظهرت أن المرأة تعاني من تسارع في مشاكل الإدراك بعد انقطاع الطمث مع علاج هرمون الاستروجين، قد أظهرت انه يمكن تحسين أو الحفاظ على الأقل على الأداء أو العمل المعرفي لدى النساء في هذه الفترة، أن هناك آثار سلبية على العاطفة عن المرأة نتيجة الضغط النفسي في فترة سن اليأس فيكون أمر طبيعي في فترة علاج أو بعد علاج هرمون الاستروجين فهذه الدراسة تسعى إلى إمكانية تعديل الأداء الإدراكي بعد تعرض النساء إلى الضغوطات النفسية. تألفت الدراسة من (22) مشاركة في فترة سن اليأس لمدة 3 شهور شملت بعض الأدوية و تقييمات تقلبات المزاج والقلق والاختبارات المعرفية فقام المشاركون بتجارب في الضغوطات الإجتماعية وعمل لهم إختبارات معرفية تقيس إهتماماتهم ووظيفتهم النفسية والذاكرة اللفظية لهم ومن النتائج وجدت أن معاملته المشاركين تتدهور بشكل كبير من ناحية الأداء الإدراكي في قياس أداء الإنتباه فوجدت ضعف في إتخاذ تدابير طويلة الأجل في الذاكرة مقارنة مع إعطائهم دواء بشكل وهمي وأن هناك زيادة ملحوظة في الحالة المزاجية السلبية والقلق للنساء، استنتجت أن العلاقة بين هرمون الإستروجين وإدارة الأداء الإدراكي السلوكي للنساء بعد إنقطاع الطمث قد تكون أكثر تعقيداً من التقدير في البداية وذلك نتيجة آثار الضغوطات النفسية التي تؤثر على تأثيرات الهرمونات.

دراسة لاي وآخرون el al.Lai (2006) بعنوان شكاوي النساء اللواتي تتعلق بنوعيه الحياه فتره سن اليأس التي تحتاج إلى إستشاره طبيه في تايون، وقد هدفت إلى تحديد التغيرات المناخية لتحسين صحة المرأة في فترة سن اليأس المتعلقة بنوعيه الحياه بين النساء الاتي تتراوح أعمارهم هن بين 45-55 سنه، وتم ذلك بعد السعي لطلب المشورة أو المساعدة في تايون. حيث طلبت (203) امرأة مساعده من العيادات الخاصة من خلال مراجعه(349) امرأة بنفس السن، والجنس. وأنهم لم يستخدموا العلاج بالهرمونات البديلة، وجميعهم يعيشون في نفس المنطقه، وتم إستخدام إستمارات قامت بها منظمه الصحة العالميه في تايون والتي تتحدث عن نوعية الحياه حيث كانت تحتوي الإستماره على (26) بنداً في أربعة مجالات حيث كانت المجالات تتحدث عن الناحية المادية والنفسية والإجتماعية والبيئية وكانت النتائج أن درجة المتوسطات الحسابية في المجالات الفيزيائية والنفسية والإجتماعية أقل بكثير من تلك المرجعيات الموجودة في الصحة، فتبين أن انقباض وانكماش الأوعيه الدمويه لا يغير من نوعيه الحياه للنساء التي أجريت عليهم الدراسة وبعد التحكم بديموغرافيه الحالات مثل الأرق والإضطراب النفسي وجد بأنه أكثر النساء هم المثير الرئيسي على مختلف المجالات، وان الأرق والإضطراب النفسي والعاطفي يؤخذ بعين الإعتبار في إدارة سن اليأس للمرأة وإعطائها النصائح الطبيه في حال أن المرأة طلبت ذلك.

دراسة فلاوس وزيفجال Flaws، Ziv-Gal (2001) بعنوان العوامل التي تؤثر على الهبات الساخنة للنساء في فترة منتصف العمر، مع التمتع بالصحة تهدف الدراسة في دراسة أعراض الهبات الساخنة في فترة سن اليأس فكان الهدف بإعداده النظر في الكتابات التي تهتم بهذه المواضيع فكان البحث بشكل منهجي من خلال المعلومات التي لها علاقة بالنساء في منتصف العمر فتم تحديد مجموعة من العوامل المرتبط بالهبات الساخنة ومنها (مرحلة ما بعد إنقطاع الطمث، هرمونات الستيرويد الجنس، الغدد الصماء، وتعدد الأشكال الوراثية، والعرق، ومؤشر كتلة الجسم (BMI)، والسمنة، واضطرابات المزاج، التدخين، الكحول، النشاط البدني) وتوصل إلى أهميته توجيه زيادة من الدراسات في هذا المجال وتم الإستنتاج بأنه لا يوجد ارتباط في مواجهه الهبات الساخنة فيجب أن يكون هناك مصادر أكثر للحصول على دراسات أفضل لهذه الحالة لأنها تولد مشاكل للنساء اللواتي يعانون من الهبات الساخنة من الناحية الشخصية والاجتماعية.

التعليق على الدراسات السابقة

هناك الكثير من الدراسات التي تناولت الضغوطات النفسية التي يتعرض لها الإنسان في حياته، سواء كان ذكراً أو أنثى، وأغلب هذه الدراسات ناقشت هذه الضغوطات وتأثيرها في حياة الإنسان وخرجت بنتائج مختلفة، وقد تناول هذا الموضوع بشكل كبير لأهميته في حياة الإنسان وتأثيره عليه طيلة حياته، وقد تناولت الدراسات الضغوطات بشكل عام كدراسة الحرباوي (2009)، وأبو الحلاوة (2003)، كما أن هناك دراسات تناولت القلق كالهيمص (2010) والتي تعرضت لقلق الولادة،

وقد اتفقت الدراسات السابقة على أن القلق والإكتئاب يؤثران بشكل سلبي على الحياة سواء للمسنين أو للمرأة أو للطلبة حسب كل دراسة.

وتطرق دراسة أحمد (2009) ودراسة عبد الرحمن (2009) ودراسة حنين (2009) ودراسة حطاب (2008) ودراسة سليمان (2006) إلى مرحلة منتصف العمر والضغوطات النفسية التي تعاني منها المرأة، وقد اتفقت الدراسات على أن للأسرة دور كبير في حياة الزوجة، وقد اختلفت نتائج دراسة احمد (2009) عن دراسة حطاب (2008) في وعي المرأة لمرحلة منتصف العمر، وقد يكون ذلك ناتج عن البيئة التي تمت فيها الدراسات. كذلك تناولت دراسة Anita (2009) و paul,Julie (2008) الاكتئاب والضغوط النفسية عند المرأة في سن اليأس، وبينت ان الضغوط النفسية تؤثر على المرأة في هذه المرحلة.

وبينت دراسة Flaws، Ziv-Gal (2001) ودراسة et al،Chedrauia (2010) المعنقات النسائية بشأن عوامل مرحلة سن الياس، في حين بينت دراسة et al،Palacios (2010) أثر المناطق الجغرافية على المرأة في هذه المرحلة، وبينت دراسة el al،Lai (2006) أثر الظروف الاقتصادية والاجتماعية على المرأة في هذه المرحلة. وبينت الدراسات مجتمعة أن الضغوطات النفسية تؤثر بشكل سلبي على حياة المرأة في مرحلة منتصف العمر. وأنها بحاجة إلى عناية في هذه المرحلة.

وقد اتفقت هذه الدراسة مع بعض الدراسات السابقة في استخدام مقاييس الدراسة كمقياس (بك) إضافة إلى استخدام الطرق الإحصائية المستخدمة من قبل الدراسات السابقة، واختلفت هذه الدراسة في أنها اقتصت بالقلق والاكتئاب في مرحلة منتصف العمر، من حيث التركيز على تأثير القلق والاكتئاب في هذه المرحلة. بمتغيرات جديدة لم تقم الكثير من الدراسات السابقة بتناولها كعدد الابناء، اضافة الى عدد سنوات الزواج.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

قامت الباحثة في هذا الفصل من الدراسة بتناول عرض للخطوات والمراحل وفقاً للمنهج العلمي، من خلال تحديد مجتمع الدراسة وعينته، والأدوات المستخدمة ومتغيرات الدراسة المستقلة، وإجراءات التحقق من صدق الأداة وثباتها، والوسائل الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات المتعلقة باستجابة أفراد العينة على أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها.

1.3 منهج الدراسة

لتحقيق الأهداف المرجوة من هذه الدراسة، اتبعت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، وهو المنهج الذي يهدف إلى وصف خصائص الظاهرة وجمع معلومات عنها، فقد تم استخدام هذا المنهج لأنه يلاءم طبيعة وأهداف الدراسة معتمداً على أسلوب الدراسة الميدانية في جمع المعلومات، ليفي بأغراضها ويحقق أهدافها واختبار صحة فرضياتها وتفسير نتائجها.

2.3 مجتمع الدراسة

تمثل المجتمع الأصلي للدراسة من جميع النساء اللواتي في منتصف العمر في بلدي ابوديس والعيزرية، حسب ما هو مسجل بالجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت عام (2007) والبالغ عددهم (714).

3.3 عينة الدراسة

قامت الباحثة باختيار عينة الدراسة عن طريق العينة المتاحة من مجتمع الدراسة، حيث بلغت عينه الدراسة (154) امرأة في فترة منتصف العمر مع مراعاة انقطاع الطمث عنها، وتم توزيع (154) استمارة أي بنسبة (21.5%) من مجتمع الدراسة حيث تم توزيع (80) استماره في منطقه العيزريه و(74) في منطقه ابو ديس.

4.3 وصف متغيرات أفراد عينة الدراسة

يبين الجدول (1.3) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرات الدراسة وتظهر النسب والتكرارات لكل مستوى وهي كمايلي:

جدول (1.3): توزيع أفراد العينة حسب متغيرات الدراسة.

المتغير	المستوى	العدد	النسبة المئوية
مكان السكن	العيزرية	80	51.9
	ابوديس	74	48.1
عمل المرأة	أعمل	56	36.4
	لا اعمل	98	63.6
الحالة الاجتماعية	عزباء	15	9.7
	متزوجة	112	72.7
	مطلقة	9	5.8
	أرملة	18	11.7
عدد الأبناء	لا يوجد أبناء	22	14.3
	3-1	32	20.8
	7-4	79	51.3
	8 فأكثر	21	13.6
المؤهل العملي	أمي	26	16.9
	ثانوية فأقل	73	47.4
	دبلوم	28	18.2
	بكالوريوس فأعلى	27	17.5
الوضع الاقتصادية	1600 فأقل	61	39.6
	3200-1601	58	37.7
	4400-3201	17	11.0
	4401 فأكثر	18	11.7
عدد سنوات الزواج	10 سنوات فأقل	20	13.0
	16-11	32	20.8
	22-17	24	15.6
	23 فأكثر	78	50.6

5.3 ادوات الدراسة

تم استخدام مقياسين في هذه الدراسة هما:

1.5.3 المقياس الأول: مقياس بك

حيث تم استخدام المقياس المترجم من قبل الدكتور أحمد عبد الخالق وتعديل الدكتورة أسماء الحسين من كتابها المدخل الميسر للصحة النفسية والعلاج النفسي (2002)، وبلغت فقرات هذا المقياس (21) فقرة قبل عرضها على المحكمين من اجل الاقرار بصحتها، وبعد التحكيم اصبحت الفقرات المقررة (19) فقرة، حيث تم حذف فقرتين من فقرات المقياس، والفقرات المقررة هي (الهم والحزن، والتشاؤم، الشعور بالفشل، القناعة، الشعور بالذنب، العقاب، الامل، لوم الذات، التفكير في الموت، البكاء، الغضب، الاهتمام، اتخاذ القرار، المظهر الجسمي، كفاءة العمل، النوم، الشعور بالتعب، شهية الطعام، الرغبة الجنسية).

1.1.5.3 صدق أداة مقياس الاكتئاب

قامت الباحثة باستخدام المقاييس بصورتهم المعدله ومن ثم عرضهم على المشرف للتحقق من صدق الاداه ومن ثم عرضهم على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص والخبرة، والذين ابدوا بعض الملاحظات حولها وتم تعديل بعض الفقرات بناء على توجيهاتهم وبناء على ذلك تم اخراجه بصورته النهائي، ومن ناحية أخرى تم التحقق من صدق الأداة أيضاً بحساب معامل الارتباط بيرسون لفقرات الاستبانة مع الدرجة الكلية للأداة لكل مجال، واتضح وجود دلالة إحصائية في جميع فقرات الاستبانة ويدل على أن هناك الصدق العملي بين الفقرات. والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (2.3): نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات مقياس الاكتئاب

الرقم	قيمة R	الرقم	قيمة R	الرقم	قيمة R
1	0.592**	8	0.627**	15	0.662**
2	0.624**	9	0.566**	16	0.564**
3	0.674**	10	0.577**	17	0.595**
4	0.592**	11	0.565**	18	0.489**
5	0.565**	12	0.685**	19	0.531**
6	0.607**	13	0.688**		
7	0.721**	14	0.655**		

3.1.5.2 ثبات الدراسة لمقياس الاكتئاب

قامت الباحثة بالتحقق من ثبات الأداة، من خلال حساب ثبات الدرجة الكلية لمعامل الثبات عن طريق الاتساق الداخلي، وكانت الدرجة الكلية (0.905) للمقياس الإكتئاب، وهذه النتيجة تشير الى تمتع هذه الاداة بثبات يفي بأغراض الدراسة.

3.5.2 المقياس الثاني: مقياس القلق هاملتون

تم الحصول على هذا المقياس من (الانترنت) من موقع www.CBTarabia.com ومن طباعة الاخصائية سماح عبد المولى، وقد تكون المقياس من (14) فقرة، وقد تم عرضه على المحكمين من اجل الحصول على اقرار بصحته، وبعد التحكيم اصبح المقياس (13) فقرة، وال فقرات المقررة هي (المزاج، التوتر، الخوف، الارق، الذاكرة، المزاج الاكتئابي، الاعراض الجسمية العضلية، المشاعر الجسمية الحسية، اعراض القلب والاعوية الدموية، اعراض تنفسيه، اعراض معوية ومعدية، اعراض المسالك البولية والتناسلية، اعراض الجهاز العصبي المستقل). وقد تم توزيع الاستبانة بصورتها النهائية المكونة من المقياسين.

3.5.2.1 صدق أداة القلق

قامت الباحثة باستخدام المقاييس بصورتهم المعدله ومن ثم عرضهم على المشرف للتحقق من صدق الاداه ومن ثم عرضهم على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص والخبرة، والذين ابدوا بعض الملاحظات حولها وتم تعديل بعض الفقرات بناء على توجيهاتهم وبناء على ذلك تم اخراجه بصورته النهائي، ومن ناحية أخرى تم التحقق من صدق الأداة أيضاً بحساب معامل الارتباط بيرسون لفقرات الاستبانة مع الدرجة الكلية للأداة لكل مجال، واتضح وجود دلالة إحصائية في جميع فقرات الاستبانة ويدل على أن هناك الصدق العملي بين الفقرات. والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (3.3): نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات مقياس القلق

الرقم	قيمة R	الرقم	قيمة R	الرقم	قيمة R
1	0.610**	6	0.676**	11	0.700**
2	0.711**	7	0.724**	12	0.640**
3	0.668**	8	0.729**	13	0.691**
4	0.767**	9	0.686**		
5	0.585**	10	0.735**		

2.2.5.3 ثبات الدراسة لمقياس القلق

قامت الباحثة من التحقق من ثبات الأداة، من خلال حساب ثبات الدرجة الكلية لمعامل الثبات، حسب معادلة الثبات كرونباخ الفاء، وكانت الدرجة الكلية لمقياس القلق (0.906)، وهذه النتيجة تشير الى تمتع هذه الاداة بثبات يفي بأغراض الدراسة.

6.3 إجراءات الدراسة

بعد التأكد من صدق وثبات أداة الدراسة، وتحديد عينة الدراسة، قامت الباحثة بتطبيق الأداة على أفراد عينة الدراسة، حيث قامت الباحثة بنفسها بعمل مقابلات مع النساء لتعبئه بعض الاستبانات بمساعد بعض المؤسسات الاجتماعية منها: الشؤون الاجتماعية، مؤسسه تنظيم وحمایه الاسره، مؤسسه صوباء،الوكاله الرعايه الصحيه، وبعد أن اكتملت عملية تجميع الاستبانات من أفراد العينة بعد إجابتهم عليها بطريقة صحيحة، تبين للباحثة أن عدد الاستبانات المستردة الصالحة والتي خضعت للتحليل الإحصائي: (154) استبانته. وبعدها تم تبويب البيانات وترميزها وإدخالها على الحاسوب وبعدها معالجه البيانات احصائيا.

7.3 المعالجة الإحصائية

تمت المعالجة الإحصائية للبيانات باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل فقرة من فقرات الاستبانة، واختبار (ت) (t-test)، واختبار التباين الأحادي (One Way ANOVA)، ومعامل ارتباط بيرسون، ومعادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)، وذلك باستخدام الرزم الإحصائية (SPSS) (Statistical Package For Social Sciences).

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

1.4 تمهيد

تضمن هذا الفصل عرضاً لنتائج الدراسة، التي توصلت إليها الباحثة عن موضوع الدراسة وهو "اضطرابات القلق والاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وأبوديس" وبيان أثر كل من المتغيرات من خلال استجابة أفراد العينة على أداة الدراسة، وتحليل البيانات الإحصائية التي تم الحصول عليها. وحتى يتم تحديد درجة متوسطات استجابة أفراد عينة الدراسة تم اعتماد الدرجات التالية:

*مقياس الاكتئاب (تم ترميز الاجابات من عدم وجود اكتئاب إلى وجود إكتئاب شديد حيث كانت من 0-3 تدريجياً)، بحيث يصبح أعلى درجة نحصل عليها $19 \times 3 = 57$ ، وأقل درجة هي صفر.

وعند تحديد درجات الاكتئاب نقسم $19 = 3/57$ بحيث يصبح:

* إكتئاب طبيعي بسيط: عند الدرجة أقل من 19.

* إكتئاب متوسط: من 19-38.

* إكتئاب شديد: أكبر من 38.

*ولتحديد درجات مستوى القلق كما يلي:

الدرجة (القلق)	مدى متوسطها الحسابي
منخفضة	2.33 فأقل
متوسطة	2.34-3.67
عالية	3.68 فأعلى

4 . 2 نتائج أسئلة الدراسة:

1.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

ما مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس ؟
للإجابة عن هذا السؤال قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس.

جدول (1.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس

الرقم	مستوى الاكتئاب	العدد	النسبة المئوية
1	اكتئاب طبيعي 0-19	88	57.2
2	اكتئاب متوسط 19-37	59	38.3
3	اكتئاب شديد 38-57	7	4.5

يلاحظ من الجدول السابق الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس أن نسبة (57.2%) من عينة الدراسة لا يعانون من اكتئاب، ونسبة (38.3%) لديهم اكتئاب متوسط، ونسبة (4.5%) لديهم اكتئاب شديد. وهذا وكانت الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس (16.5) أي أنه لا يوجد اكتئاب أي أنه اكتئاب طبيعي.

2.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

ما مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وأبوديس؟
قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس.

جدول (2.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمستوى الفلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزيرية وابوديس

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرات	الرقم
متوسطة	0.77	2.40	أعراض المسالك البولية والتناسلية: زيادة عدد مرات التبول، ضغط البول في المثانة، انقطاع العادة الشهرية، البرودة الجنسية، فقدان الرغبة الجنسية، العنة.	12
متوسطة	1.14	2.34	الأعراض الجسمية "العضلية": آلام وأوجاع، التواء العضلات أو تيبسها، انتفاخ العضلات، صرير الأسنان، حشرجة الصوت، ازدياد الشد العضلي.	7
منخفضة	1.03	2.28	المشاعر الجسمية "الحسية": طنين في الأذن، زغلة البصر، نوبات من السخونة والبرودة، إحساس بالضعف.	8
منخفضة	1.03	2.20	التوتر: مشاعر عدم الارتياح، سهولة الإجهاد، الفزع، سهولة البكاء، الارتجاج، لا يستطيع أن اترك نفسي على طبيعتها	2
منخفضة	1.09	2.10	الذاكرة: صعوبة التذكر وضعف الذاكرة.	5
منخفضة	1.14	2.10	الأرق: صعوبة الاستسلام للنوم، النوم المتقطع، نوم غير مشبع والإحساس بالتعب عند الاستيقاظ، أحلام وكوابيس ومخاوف ليلية	4
منخفضة	1.05	2.07	المزاج الاكتئابي: اللامبالاة، لا يستمتع بالهوايات، الحزن، الاستيقاظ المبكر، انتقالات الانفعالات من النقيض إلى النقيض في اليوم الواحد.	6
منخفضة	1.02	2.03	المزاج: التوجس والشك، توقع الأسوأ أو الأشياء المخيفة، سهولة الاستثارة. سرعة الغضب.	1
منخفضة	1.17	1.94	الخوف: من الظلام، والغربة والوحدة والحيوانات وزحمة المرور والحشود والارتفاعات.	3
منخفضة	0.99	1.84	أعراض الجهاز العصبي المستقل: جفاف الفم، احمرار الوجه، شحوب اللون، العرق، الدوار، صداع التوتر، وقوف الشعر.	13
منخفضة	1.02	1.84	أعراض تنفسية: ضيق الصدر أو اختناقه، مشاعر بالاختناق، التنهد، عسر التنفس.	10
منخفضة	1.07	1.84	الأعراض المعوية المعدية: صعوبة البلع، آرياح، آلام في البطن، حرقان المعدة، لين لبراز، الشعور بامتلاء المعدة، الغثيان، القيء، نقص الوزن، الإمساك، أصوات البطن و الأمعاء.	11
منخفضة	0.98	1.77	أعراض القلب والأوعية الدموية: اختلال ضربات القلب، آلام الصدر، خفقان القلب، انتفاض العروق، مشاعر الدوار.	9
منخفضة	0.71	2.05	الدرجة الكلية	

يلاحظ من الجدول السابق الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس، أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (2.05) وانحراف معياري (0.71) وهذا يدل على أن مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس جاءت بدرجة منخفضة.

كما وتشير النتائج في الجدول رقم (3.4) أن (11) فقرة جاءت بدرجة منخفضة، وفقرتين جاءت بدرجة متوسطة. وحصلت الفقرة "أعراض المسالك البولية والتناسلية:زيادة عدد مرات التبول، ضغط البول في المثانة، انقطاع العادة الشهرية، البرودة الجنسية، فقدان الرغبة الجنسية، العنة." على أعلى متوسط حسابي (2.40) وبدرجة متوسطة، يليها فقرة "الأعراض الجسمية" العضلية":الأم وأوجاع، التواء العضلات أو تيبسها، انتفاخ العضلات، صرير الأسنان، حشجة الصوت، ازدياد الشد العضلي."بمتوسط حسابي (2.34) وبدرجة متوسطة أيضاً. وحصلت الفقرة "أعراض القلب والأوعية الدموية: اختلال ضربات القلب،الأم الصدر، خفقان القلب، انتفاض العروق، مشاعر الدوار "على أقل متوسط حسابي (1.77) وكانت بدرجة منخفضة، يليها الفقرة "أعراض الجهاز العصبي المستقل: جفاف الفم، احمرار الوجه، شحوب اللون، العرق، الدوار، صداع التوتر، وقوف الشعر "والفقرة "الأعراض المعوية المعدية: صعوبة البلع، آرياح،الأم في البطن،حرقان المعدة، لين لبراز،الشعور بامتلاء المعدة،الغثيان،القيء،نقص الوزن، الإمساك، أصوات البطن و الأمعاء." والفقرة "أعراض تنفسية:ضيق الصدر أو اختناقه، مشاعر بالاختناق، التثهد، عسر التنفس " بمتوسط حسابي (1.84) وبدرجة منخفضة أيضاً.

3.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير مكان السكن، عمل المرأة، الحالة الاجتماعية، عدد الأبناء، المؤهل العلمي، الوضع الاقتصادي، عدد سنوات الزواج ؟ وللإجابة عن هذا السؤال تم تحويله إلى الفرضيات التالية:

نتائج الفرضية الأولى:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير مكان السكن"

ولفحص الفرضية الصفرية الأولى تم حساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير مكان السكن.

جدول (3.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة لمستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير مكان السكن

مكان السكن	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
العيزرية	80	15.65	9.813	1.042	0.299
ابوديس	74	17.52	12.467		

يتبين من خلال الجدول السابق أن قيمة "ت" للدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب (1.042)، ومستوى الدلالة (0.299)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير مكان السكن. أي تم قبول الفرضية الأولى.

نتائج الفرضية الثانية:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عمل المرأة" ولفحص الفرضية الصفرية الثانية تم حساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عمل المرأة.

جدول (4.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة لمستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عمل المرأة

عمل المرأة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
أعمل	56	14.3750	11.15602	1.842	0.067
لا أعمل	98	17.7959	11.04252		

يتبين من خلال الجدول السابق أن قيمة "ت" للدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب (1.842)، ومستوى الدلالة (0.067)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عمل المرأة. أي تم قبول الفرضية الثانية.

نتائج الفرضية الثالثة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية" وفحص الفرضية الصفرية الثالثة تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

جدول (5.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الاجتماعية
11.10984	16.0000	15	عزباء
10.12934	15.1339	112	متزوجة
14.45779	30.5556	9	مطلقة
11.40820	18.8333	18	أرملة

يلاحظ من الجدول رقم (6.4) وجود فروق ظاهره في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول (6.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	2088.371	3	696.124	6.142	0.001*
داخل المجموعات	17001.713	150	113.345		
المجموع	19090.084*	153			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب (6.142) وكانت مستوى الدلالة (0.001)، وهي أقل من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية. والجدول التالي يبين دلالة الفروق:

الجدول (7.4): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية

مستوى الدلالة	الفروق في المتوسطات	المتغيرات	
0.768	0.86607	متزوجة	عزباء
0.001	-14.55556*	مطلقة	
0.448	-2.83333	أرملة	
0.768	-0.86607	عزباء	متزوجة
0.000	-15.42163*	مطلقة	
0.173	-3.69940	أرملة	
0.001	14.55556*	عزباء	مطلقة
0.000	15.42163*	متزوجة	
0.008	11.72222*	أرملة	
0.448	2.83333	عزباء	أرملة
0.173	3.69940	متزوجة	
0.008	-11.72222*	مطلقة	

تبين من خلال الجدول السابق أن الفروق كانت لصالح المطلقات. وبذلك تم رفض الفرضية الصفرية الثالثة.

نتائج الفرضية الرابعة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء " ولفحص الفرضية الصفرية الرابعة تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء.

جدول (8.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء

عدد الأبناء	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
لا يوجد أبناء	22	16.2273	10.78770
3-1	32	14.7813	10.70645
7-4	79	17.0633	10.57615
8 فأكثر	21	17.6667	14.52354

يلاحظ من الجدول رقم (9.4) عدم وجود فروق ظاهره في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول (9.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	149.402	3	49.801	0.394	0.757
داخل المجموعات	18940.683	150	126.271		
المجموع	19090.084	153			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب (0.394) ومستوى الدلالة (0.757)، وهي أكبر من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء. وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية الرابعة.

نتائج الفرضية الخامسة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي" ولفحص الفرضية الصفرية الخامسة تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي.

جدول (10.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
أمي	26	22.6923	13.25675
ثانوية فأقل	73	16.2603	9.99865
دبلوم	28	16.2143	9.70054
بكالوريوس فأعلى	27	11.7778	11.35556

يلاحظ من الجدول رقم (11.4) وجود فروق ظاهره في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول(11.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي

مستوى الدلالة	قيمة "ف" المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.004*	4.590	535.037	3	1605.110	بين المجموعات
		116.566	150	17484.974	داخل المجموعات
			153	19090.084*	المجموع

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب (4.590) ومستوى الدلالة (0.004) وهي أقل من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي. والجدول التالي يبين دلالة الفروق.

الجدول (12.4): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير المؤهل العلمي

مستوى الدلالة	الفروق في المتوسطات	المتغيرات	
0.010	6.43203*	ثانوية فأقل	أمي
0.029	6.47802*	دبلوم	
0.000	10.91453*	بكالوريوس فأعلى	
0.010	-6.43203*	أمي	ثانوية فأقل
0.985	0.04599	دبلوم	
0.067	4.48250	بكالوريوس فأعلى	
0.029	-6.47802*	أمي	دبلوم

0.985	-0.04599	ثانوية فأقل	بكالوريوس فأعلى
0.130	4.43651	بكالوريوس فأعلى	
0.000	-10.91453*	أمي	
0.067	-4.48250	ثانوية فأقل	
0.130	-4.43651	دبلوم	

وتبين من خلال الجدول السابق أن الفروق كانت لصالح النساء من مستوى (أمي).

نتائج الفرضية السادسة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي " وفحص الفرضية الصفرية السادسة تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي.

جدول (13.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الوضع الاقتصادي
10.98847	17.2295	61	1600 فأقل
10.32182	15.3276	58	3200-1601
10.54891	14.8235	17	4400-3201
14.61768	19.8333	18	4401 فأكثر

يلاحظ من الجدول رقم (14.4) عدم وجود فروق ظاهره في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول(14.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	359.551	3	119.850	0.960	0.413
داخل المجموعات	18730.533	150	124.870		
المجموع	19090.084	153			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب(0.960) ومستوى الدلالة (0.413) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي. وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية السادسة.

نتائج الفرضية السابعة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج " ولفحص الفرضية الصفرية السابعة تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج.

جدول (15.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج

عدد سنوات الزواج	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
10 سنوات	20	12.6000	9.85901
11-16	32	16.4688	11.06282
17-22	24	15.7917	11.04921
23 فأكثر	78	17.8333	11.50202

يلاحظ من الجدول رقم (16.4) عدم وجود فروق ظاهره في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول (16.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج

مستوى الدلالة	قيمة "ف" المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.305	1.220	151.508	3	454.524	بين المجموعات
		124.237	150	18635.560	داخل المجموعات
			153	19090.084	المجموع

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب (1.220) ومستوى الدلالة (0.305)، وهي أكبر من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج. وبذلك تم قبول الفرضية السابعة.

4.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير مكان السكن، عمل المرأة، الحالة الاجتماعية، عدد الأبناء، المؤهل العلمي، الوضع الاقتصادي، عدد سنوات الزواج؟ وللإجابة عن هذا السؤال تم تحويله إلى الفرضيات التالية:

نتائج الفرضية الأولى:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير مكان السكن" ولفحص الفرضية الصفرية الأولى تم حساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير مكان السكن.

جدول (17.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة لمستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير مكان السكن

مكان السكن	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
العيزرية	80	2.0712	0.72293	0.246	0.806
ابوديس	74	2.0426	0.71564		

يتبين من خلال الجدول السابق أن قيمة "ت" للدرجة الكلية لمستوى القلق (0.246) ومستوى الدلالة (0.806)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير مكان السكن. أي تم قبول الفرضية الأولى.

نتائج الفرضية الثانية:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عمل المرأة" ولفحص الفرضية الصفرية الثانية تم حساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عمل المرأة.

جدول (18.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة لمستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عمل المرأة

عمل المرأة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
أعمل	56	1.9272	0.65459	1.714	0.089
لا أعمل	98	2.1319	0.74367		

يتبين من خلال الجدول السابق أن قيمة "ت" للدرجة الكلية لمستوى القلق (1.714) ومستوى الدلالة (0.089)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عمل المرأة. أي تم قبول الفرضية الثانية.

نتائج الفرضية الثالثة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية" وفحص الفرضية الصفرية الثالثة تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

جدول (19.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الاجتماعية
0.66545	1.8051	15	عزباء
0.64670	1.9945	112	متزوجة
1.11811	2.8889	9	مطلقة
0.67898	2.2436	18	أرملة

يلاحظ من الجدول رقم (20.4) وجود فروق ظاهره في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول (20.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

مستوى الدلالة	قيمة "ف" المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.001*	5.850	2.748	3	8.244	بين المجموعات
		0.470	150	70.461	داخل المجموعات
			153	78.705*	المجموع

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية لمستوى القلق (5.850) وكانت مستوى الدلالة (0.001)، وهي أقل من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه توجد فروق دالة إحصائية في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية. والجدول التالي يبين دلالة الفروق:

الجدول (21.4): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية

مستوى الدلالة	الفروق في المتوسطات	المتغيرات	
0.317	-0.18938	متزوجة	عزباء
0.000	-1.08376*	مطلقة	
0.069	-0.43846	أرملة	
0.317	0.18938	عزباء	متزوجة
0.000	-0.89438*	مطلقة	
0.154	-0.24908	أرملة	
0.000	1.08376*	عزباء	مطلقة
0.000	0.89438*	متزوجة	
0.022	0.64530*	أرملة	
0.069	0.43846	عزباء	أرملة
0.154	0.24908	متزوجة	
0.022	-0.64530*	مطلقة	

وتبين من خلال الجدول السابق ان الفروق كانت لصالح المطلقات. وبذلك تم رفض الفرضية الصفرية الثالثة.

نتائج الفرضية الرابعة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء " ولفحص الفرضية الصفرية الرابعة تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء.

جدول (22.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء

عدد الأبناء	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
لا يوجد أبناء	22	2.0524	0.68736
3-1	32	2.0024	0.67810
7-4	79	2.0263	0.62309
8 فأكثر	21	2.2637	1.07653

يلاحظ من الجدول رقم (23.4) عدم وجود فروق ظاهره في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول (23.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	1.068	3	0.356	0.688	0.561
داخل المجموعات	77.637	150	0.518		
المجموع	78.705	153			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية لمتسوى القلق (0.688) ومستوى الدلالة (0.561) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء. وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية الرابعة.

نتائج الفرضية الخامسة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي" ولفحص الفرضية الصفرية الخامسة تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي.

جدول (24.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
أمي	26	2.1657	0.62405
ثانوية فأقل	73	2.0548	0.71191
دبلوم	28	2.1923	0.79515
بكالوريوس فأعلى	27	1.8205	0.70920

يلاحظ من الجدول رقم (25.4) عدم وجود فروق ظاهره في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول (25.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	2.330	3	0.777	1.525	0.210
داخل المجموعات	76.375	150	0.509		
المجموع	78.705	153			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية لمستوى القلق (1.525) ومستوى الدلالة (0.210) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي، وبذلك تم قبول الفرضية الخامسة.

نتائج الفرضية السادسة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي " ولفحص الفرضية الصفرية السادسة تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي.

جدول (26.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي

الوضع الاقتصادي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1600 فأقل	61	2.0694	0.65040
1601-3200	58	1.9231	0.65255
3201-4400	17	2.1312	0.73970
4401 فأكثر	18	2.3803	1.00796

يلاحظ من الجدول رقم (27.4) عدم وجود فروق ظاهره في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول(27.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	3.025	3	1.008	1.999	0.117
داخل المجموعات	75.680	150	0.505		
المجموع	78.705	153			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية لمستوى القلق (1.999) ومستوى الدلالة (0.117)، وهي أكبر من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي. وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية السادسة.

نتائج الفرضية السابعة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج " ولفحص الفرضية الصفرية السابعة تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج.

جدول (28.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج

عدد سنوات الزواج	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
10 سنوات	20	1.9154	0.69920
16-11	32	1.8894	0.59614
22-17	24	1.8526	0.60182
23 فأكثر	78	2.2258	0.76906

يلاحظ من الجدول رقم (29.4) وجود فروق ظاهره في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول (29.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	4.526	3	1.509	3.051	0.030*
داخل المجموعات	74.179	150	0.495		
المجموع	78.705*	153			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية لمستوى القلق (3.051) ومستوى الدلالة (0.030) وهي اقل من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج. والجدول التالي يبين دلالة الفروق.

الجدول (30.4): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير عدد سنوات الزواج

مستوى الدلالة	الفروق في المتوسطات	المتغيرات	
		10 سنوات	16-11
0.897	0.02596	16-11	10 سنوات
0.768	0.06282	22-17	10 سنوات
0.080	-0.31045	23 فأكثر	10 سنوات
0.897	-0.02596	10 سنوات	16-11
0.846	0.03686	22-17	16-11
0.024	-0.33642*	23 فأكثر	16-11
0.768	-0.06282	10 سنوات	22-17
0.846	-0.03686	16-11	22-17
0.024	-0.37327*	23 فأكثر	22-17
0.080	0.31045	10 سنوات	23 فأكثر
0.024	0.33642*	16-11	23 فأكثر
0.024	0.37327*	22-17	23 فأكثر

وتبين من خلال الجدول السابق أن الفروق كانت لصالح 23 سنة فأكثر.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

1.5 مقدمة

يتضمن هذا الفصل مناقشة نتائج الدراسة التي بحثت في اضطرابات القلق والاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزريه وابو ديس، وكذلك التعرف على أثر بعض المتغيرات التي تناولتها الدراسة، والتي اشتملت على مجموعة من الأسئلة والفرضيات. وقامت الباحثة في هذا الفصل بعرض نتائج تحليل البيانات المتعلقة بأسئلة الدراسة واختبار فرضياتها ومناقشة تلك النتائج وتفسيرها في ضوء الدراسات السابقة ذات العلاقة الموجودة في هذه الدراسة، ثم الوصول إلى نتائج الدراسة ووضع التوصيات.

2.5 مناقشة نتائج السؤال الاول

ما مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس؟ بينت النتائج في جدول (1.4) أن (57.2%) من عينة الدراسة لديهم اكتئاب طبيعي، ونسبة (38.3%) لديهم اكتئاب متوسط، ونسبة (4.5%) لديهم اكتئاب شديد. وكانت الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس (16.5) وهذه النتيجة تعني وجود اكتئاب طبيعي لدى عينة الدراسة مجتمعة، ويلاحظ من الجدول (2.4) أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب بلغ (0.87) والانحراف المعياري بلغ (0.96) وهذا يدل على أن مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس جاءت بدرجة طبيعية.

وترى الباحثة أن الاكتئاب يختلف اختلافاً كبيراً من امرأة لأخرى اعتماداً على طبيعة المرأة وعلى بنيتها وثقافتها، وشخصيتها، لأن شخصيتها تلعب دوراً في قدرتها على تحمل المواقف الضاغطة، والازمات، إضافة إلى معلوماتها السابقة عن مرحلة منتصف العمر، وما تتعرض له المرأة في هذه المرحلة، لأن هذا يؤثر على تقبلها للتغيرات المرافقة له، مثل عدم شعورها بالاكتفاء من نواحي معينه، كالشعور بالروح الشبابية والجمال والانثوية، إضافة إلى بعض المعتقدات اللاعقلانية التي

ترافق هذه المرحلة، كالإعتقاد بأن دورها في الحياة قد انتهى كأم وذلك بسبب ابتعاد الأبناء عنها، إضافة إلى توقف الدورة الشهرية والتي تشعر المرأة بأهميتها الجنسية بالنسبة للرجل. كذلك قلة العلاقات الاجتماعية، في حين أن الاكتئاب عند المرأة السوية جسمياً وعقلياً والمتقفة، يكون قليلاً جداً، أو شبه معدوم.

أما الشعور بالتعب والإرهاق، إضافة إلى حدوث الهم والحزن، فهي تعتبر علامة من علامات الاكتئاب الطبيعي في هذه المرحلة، ويمكن لها أن تلازم الكثير من النساء طبقاً للتغيرات التي تحدث للمرأة في هذه المرحلة. وهو ما بينه الأدب النظري في الدراسة. كالطويل (2011) وسرحان وآخرون (2001). والسيد (2002).

3.5 مناقشه نتائج السؤال الثاني

ما مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس ؟

يلاحظ من الجدول (3.4) الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس، أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (2.05) وانحراف معياري (0.71) وهذا يدل على أن مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس جاء بدرجة منخفضة.

وجاءت أعراض المسالك البولية، والأعراض الجسمية بدرجة متوسطة، أي أن هناك قلق خفيف عند حدوث عارض معين في المسالك البولية أو عند حدوث إرهاب وتعب وشد عضلي، وهي من الأعراض العادية في هذا السن، لهذا فهي تحدث قلقاً بسيطاً عند النساء، ويتوافق هذا مع ما ذكرته بقاعي (1996) ومع ما قاله سرحان (2010) وما عرفه غانم (2004).

وترى الباحثة أن القلق الطبيعي يحدث في جميع الأعمار، وليس في هذا العمر تحديداً، وأن حدوث قلق طبيعي لدى النساء في هذه المرحلة في منطقة العيزرية وأبوديس يدل على الاستقرار الجسدي والنفسي لدى هؤلاء النساء في هذه المنطقة. وأيضاً أن لديهن معرفة تامة بهذه المرحلة ومتطلباتها. وهذا يبرر أن القلق الطبيعي فيما يتعلق بالمشكلات التي تواجهها المرأة في هذا السن.

وعليه يتم تصنيف النساء إلى عدة أصناف في تعرضها للقلق في هذه الفترة ومنها الصنف الأول: وهو يضم النساء الآتي يتجاوبن بكيفية حسنة مع هذه الفترة، حيث تلعب الحياة العائلية، والانتماء الديني، والعلاقات الاجتماعية والمهنية، دوراً أساسياً في تخطي هذه المرحلة ومواجهه الصعوبات التي ترافقها. أما الصنف الثاني: فهن النساء اللواتي ينطوين على انفسهن ويستسلمن للقلق والخوف بكل بساطة وسلبية، ولا يسعين إلى التخلص من مسببات القلق، أما الصنف الثالث: فهن النساء

اللواتي ينتابهن نوبات من العصبية، وهن اللواتي يعطين أهمية بالغة لجمالهن ولحياتهن الجنسية ويؤدي هذا في بعض الاحيان الى قلق غير عادي يكون له أثر بالغ على حياتهن الاجتماعية والمهنية. أما الصنف الرابع: فهن النساء ذوات الشخصية القوية، واللواتي يلعبن دوراً هاماً في المجتمع ويدركن مدى الأهمية لمقاومه التغيرات المرافقة لهذه المرحلة، وبالتالي لا يكون لها تاثير سلبي عليهن ويكون القلق لديهن منخفض.

4.5 مناقشه نتائج السؤال الثالث

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير مكان السكن، عمل المرأة، الحالة الاجتماعية، عدد الأبناء، المؤهل العلمي، الوضع الاقتصادي، عدد سنوات الزواج ؟ ولإجابة عن هذا السؤال تم تحويله إلى الفرضيات التالية:

مناقشه نتائج الفرضية الأولى:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس تعزى لمتغير مكان السكن" يتبين من خلال جدول (4.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب (1.042)، ومستوى الدلالة (0.299)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى الإكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير مكان السكن. أي تم قبول الفرضية الأولى. ويمكن تفسير هذه النتيجة على أن منطقة العيزرية وابو ديس، تنتمي لنفس البيئة، وهي البيئة الريفية، التي يهتم فيها الابناء بالوالدين، وذلك من خلال ضمهم الى مساكنهم، فلا تشعر الأم بالفراغ، أو بالنقص الذي يمكن ان تشعر به لو كانت تعيش وحدها، أو في دور الرعاية الاسرية، ولهذا يكون الشعور بالقلق أو الاكتئاب بسيط.

نتائج الفرضية الثانية:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عمل المرأة" يتبين من خلال جدول 5.4 أن قيمة "ت" للدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب (1.842)، ومستوى الدلالة (0.067)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عمل المرأة. أي تم قبول الفرضية الثانية.

يمكن تفسير هذه النتيجة بأن النساء في منطقة الدراسة يتمتعن بالراحة والاستقرار، سواء العاملات منهم أو غير العاملات، ولهذا لا يوجد اكتئاب لدى هؤلاء النساء في مرحلة منتصف العمر، تبعاً لمتغير عمل المرأة، فمن يعملن تزداد لديهن فرصة توزيع الوقت بالطريقة التي تقلل من التفكير، والشعور بالملل والاحباط، وهناك من غير العاملات من يشغلن أوقاتهم بالعبادة وبالزيارات العائلية وبالعمل المنزلي، وهذا أيضاً يقلل من فرص حدوث الملل. وهذا يتفق مع ما ذكره عبد اللطيف (2002) من أن العلاج الاجتماعي يمكن أن يقلل من فرص حدوث اكتئاب.

نتائج الفرضية الثالثة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية"

يلاحظ من الجدول رقم (6.4) وجود فروق ظاهره في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، حيث يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب (6.142) وكانت مستوى الدلالة (0.001)، وهي أقل من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وكانت الفروق لصالح المطلقات. وبذلك تم رفض الفرضية الصفرية الثالثة.

تبين هذه النتيجة أن الاكتئاب يحدث في هذه المرحلة للنساء المطلقات أو الارامل أكثر من النساء المتزوجات وازواجهن على قيد الحياة، او برفقتهم، وتتفق هذه الدراسة مع دراسة تونسي (2002) وترى الباحثة أن النساء المطلقات أو الارامل في هذا السن، يتعرضن أكثر للاكتئاب، وذلك لفقدان الدعم الاجتماعي، والعيش المنفرد، وعدم قدرة المرأة عن التخلي عن الدور التقليدي لها المتمثل في كونها أم وزوجة، وبناء أدوار جديدة، إضافة الى عدم وجود شريك حياة يلبي لها احتياجاتها النفسية من الأمن والطمئنية، وكذلك عدم وجود أبناء يقومون بنفس المهمة، وعدم وجود جو اسري سليم أو تخلي الأبناء عنها، فإن هذا جميعه يؤدي الى التفكير بالهروب من الواقع الحالي من خلال التماس الموت على الحياة.

نتائج الفرضية الرابعة:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء"

يلاحظ من الجدول رقم (9.4) عدم وجود فروق ظاهره في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حيث بين أن قيمة F للدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب (0.394) ومستوى الدلالة (0.757)، وهي اكبر من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء. وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية الرابعة. يمكن تفسير هذه النتيجة بأن عدد الابناء لا يعد عنصراً هاماً في حدوث الاكتئاب، فوجود ابن بار يعمل على رعاية الام في هذا العمر، ويساعدها على القيام احتياجاتها، يمكن أن يقلل من حدوث اكتئاب لديها، وقد يكون هناك مجموعة من الابناء، لا يتواجدون في البيت، ولا يهتمون بالام في هذا العمر، سيؤدي ذلك الى حدوث اكتئاب كبير لفقدان هذه الام للحماية والرعاية من قبل ابنائها. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة تونسي (2002)

نتائج الفرضية الخامسة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي" يلاحظ من الجدول رقم (11.4) وجود فروق ظاهره في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي، ويلاحظ أن قيمة F للدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب (4.590) ومستوى الدلالة (0.004) وهي اقل من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي، وكانت الفروق لصالح النساء من مستوى (أمي).

تعزو الباحثة السبب في ذلك الى أن عدم التعليم يزيد من فرص الفراغ لدى المرأة، ويؤدي بالتالي الى حدوث الاكتئاب، لأن التعليم يقلل من أوقات الفراغ ويزيد من أوقات العمل، فتشغل المرأة المتعلمة نفسها بالقراءة والكتابة إذا وصلت الى مرحلة منتصف العمر، ويمكن لها ايضاً ان تشغل وقتها بالعبادة وقراءة القرآن، وهذا ما لا تستطيع القيام به المرأة الامية، التي يحتل الفراغ مساحة كبيرة من حياتها، ولا تعرف كيف تقضي على هذا الفراغ، كذلك يمكن للمرأة المتعلمة ان تعمل وهذا يساعدها في القيام باحتياجاتها بنفسها، ويمكن ان تتكفل بمصاريف النفقة على نفسها دون احتياج الاخرين، في حين ان المرأة غير المتعلمة لا تستطيع القيام بذلك، وتبقى نفقتها على من يعيلها، وقد يسبب لها هذا الاكتئاب والغضب والتوتر والانزعاج. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة تونسي (2002).

نتائج الفرضية السادسة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي "

يلاحظ من الجدول رقم (14.4) عدم وجود فروق ظاهره في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي، حيث ان قيمة ف للدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب (0.960) ومستوى الدلالة (0.413) وهي اكبر من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي. وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية السادسة.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة الى أن المنطقة الريفية تحافظ على دور الام كمسؤول أول عن البيت، ويتم توفير احتياجاتها من قبل الأبناء أو الزوج، باعتبارها المرأة المسؤولة عنه، وعن كل متطلباته، وهي الأكبر من بين النساء في البيت، لذلك لا تتعرض المرأة الى أوضاع اقتصادية سيئة، ويتم رعايتها بما يضمن لها الامن والسلامة، وتلبيه طلباتها حسب الامكانيات العامة للأسرة التي تعيش بكنفها. كما أن وجود المرأة كفرد مسؤول في الأسرة، له دور كبير في التقليل من الاكتئاب لديها، لأن الأسرة توفر جواً هادئاً، وتوفر فرصه الحفاظ على التوازن العائلي، وان كانت الظروف الاقتصادية صعبة، لا تشكل دافعا للاكتئاب عند المرأة التي تعيش في كنف الأسرة، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة احمد (2009).

نتائج الفرضية السابعة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج "

يلاحظ من الجدول رقم (16.4) عدم وجود فروق ظاهره في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج، ويلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب (1.220) ومستوى الدلالة (0.305)، وهي اكبر من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج. وبذلك تم قبول الفرضية السابعة.

يمكن تفسير هذه النتيجة بأن وجود الزوج بحد ذاته في هذه المرحلة العمرية، يؤدي الى التقليل من الاكتئاب، سواء كانت سنوات الزواج كبيرة أو قليلة، لأن التركيز بالدرجة الأولى على وجود شريك يساعد المرأة في إدارة حياتها، ويساهم في التقليل من أوقات الفراغ لديها ويحدثها، ويلبي كافة احتياجاتها وطلباتها، ويكون لها الانيس والرفيق، وإذا تواجد هذا الزوج، تكون المرأة سعيدة ويقلل ذلك من الاكتئاب لديها. بغض النظر عن عدد سنوات الزواج، مع اعتقادي بان سنوات الزواج الكبيرة تزيد من استقرار العلاقة بين الزوجين وتقلل حدوث الاكتئاب وعسرة المزاج.

5.5 النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير مكان السكن، عمل المرأة، الحالة الاجتماعية، عدد الأبناء، المؤهل العلمي، الوضع الاقتصادي، عدد سنوات الزواج؟ وللإجابة عن هذا السؤال تم تحويله إلى الفرضيات التالية:

نتائج الفرضية الأولى:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير مكان السكن"

يتبين من خلال الجدول السابق أن قيمة "ت" للدرجة الكلية لمستوى القلق (0.246) ومستوى الدلالة (0.806)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير مكان السكن. أي تم قبول الفرضية الأولى. تعزو الباحثة هذه النتيجة الى ان القلق يحدث عادة باختلاف مكان السكن بين القرية والمدينة، او بين وجود المرأة في بيتها او في دور الرعاية، ولكن ان توجد المرأة في بيتها في منطقة ريفية واحدة فإن مكان السكن هنا، يكون فارقا في وجود قلق لدى المرأة، وقد بينت دراسة بلان (2009) ان هناك فروقا في مكان السكن بين وجود المرأة في بيتها ووجودها في دور الرعاية، كذلك بينت دراسة حنين (2009) ان هناك فروقا في مستوى القلق بين المرأة التي تسكن القرية والمرأة التي تسكن المدينة.

نتائج الفرضية الثانية:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عمل المرأة" يتبين من خلال الجدول (19.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية لمستوى القلق (1.714) ومستوى الدلالة (0.089)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عمل المرأة. أي تم قبول الفرضية الثانية. تعزو الباحثة هذه النتيجة أن القلق يمكن أن يحدث للمرأة إذا شعرت بأنها أصبحت وحيدة، أو إذا غادرها زوجها وأبنائها، أو إذا وصلت الى مرحلة منتصف العمر وزاد وقت الفراغ لديها، فإذا قضت المرأة وقت فراغها في العبادة، أو في اعمال المنزل، أو في الزيارات العائلية، فلن تشعر بالقلق، مثلها مثل المرأة العاملة التي يستهلك العمل الجزء الأكبر من وقتها، وبالتالي لا تشعر بالقلق، وعليه فإن عدم وجود فروق يمكن تفسيره بأن النساء في منطقة الدراسة يشغلن اوقات الفراغ لديهن بالكثير من الاعمال التي تقلل من الملل، وهذا يقلل من حدوث القلق عندهن.

نتائج الفرضية الثالثة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية" يلاحظ من الجدول رقم (20.4) وجود فروق ظاهره في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (ANOVA) ويلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية لمستوى القلق (5.850) وكانت مستوى الدلالة (0.001)، وهي أقل من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وكانت الفروق لصالح المطلقات. وبذلك تم رفض الفرضية الصفرية الثالثة. جاءت هذه النتيجة لتبين أن الضغوط المرتبطة بالطلاق وخاصة الضغوط الاجتماعية، كنظرة المجتمع للمطلقة، وتوجيه اللوم لها، والقيود الأسرية، التي تفرضها عليها تؤدي الى القلق.

نتائج الفرضية الرابعة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء "

يلاحظ من الجدول رقم (23.4) عدم وجود فروق ظاهره في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (ANOVA) ويلاحظ أن قيمة F للدرجة الكلية لمستوى القلق (0.688) ومستوى الدلالة (0.561) وهي اكبر من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء. وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية الرابعة.

كما اشرنا في نتيجة الاكتئاب سابقا فإن للقلق نفس النتيجة، حيث أن القلق والاكتئاب عادة ما يكونان متلازمان، لتشابه أعراضهما، لذلك فإن عدد الأبناء لا يؤثر كثيرا في زيادة القلق أو التقليل منه، وانفتقت هذه النتيجة مع دراسة تونسي(2002)

نتائج الفرضية الخامسة:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي"

يلاحظ من الجدول رقم (25.4) عدم وجود فروق ظاهره في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، وقد كانت قيمة F للدرجة الكلية لمستوى القلق (1.525) ومستوى الدلالة (0.210) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي، وبذلك تم قبول الفرضية الخامسة.

يمكن تفسير هذه النتيجة بأن اغلب النساء في مرحلة منتصف العمر اليوم، لم يكن لديهن القدرة على التعليم خلال المراحل الأولى من حياتهن، وذلك بسبب عدم وجود مدارس، ولأن التعليم لم يكن بأهمية كبيرة في تلك السنوات، لذلك فإن الشعور بالقلق لديهن لم يكن بدرجة عالية، وجاء متقاربا مع نوي المؤهلات العلمية، فالشعور بالقلق لعدم التعليم يكون عندما تتعرض المرأة لظروف اقتصادية صعبة، وتكون بلا معيل، هنا يصبح القلق لعدم التعليم كبيرا، لكن عينة الدراسة لم يكن لديهم أي قلق نتيجة لعدم التعليم لوجود البيئة الأسرية التي تعطيها الرعاية الكاملة.

نتائج الفرضية السادسة:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي"

يلاحظ من الجدول رقم (28.4) عدم وجود فروق ظاهره في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي ويلاحظ أن قيمة F للدرجة الكلية لمستوى القلق (1.999) ومستوى الدلالة (0.117)، وهي اكبر من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي. وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية السادسة. يمكن تفسير هذه النتيجة، بأن الوضع الاقتصادي المستقر يؤدي إلى التقليل من عوامل حدوث القلق، تحديداً إذا كانت المرأة من بيئة أسرية تهتم بها، ولأن القلق يحدث إذا مس المرأة بشكل مباشر ظروف أدت إلى سوء وضعها الاجتماعي والنفسي والجسدي، ولم يكن بالإمكان الذهاب إلى الطبيب بسبب الوضع الاقتصادي السيئ، حينها يكون القلق بدرجة كبيرة، وفي الدراسة الحالية، تبين أن الوضع الاقتصادي لا يؤدي إلى قلق عالي، نتيجة لاستقرار الوضع الاقتصادي للنساء في منطقة الدراسة، وتوافق هذه النتيجة مع دراسة احمد (2009).

نتائج الفرضية السابعة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج "

يلاحظ من الجدول رقم (30.4) وجود فروق ظاهره في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي ويلاحظ أن قيمة F للدرجة الكلية لمستوى القلق (3.051) ومستوى الدلالة (0.030) وهي اقل من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج، وكانت الفروق لصالح 23 سنة فأكثر.

يمكن تفسير هذه النتيجة بأن القلق في هذه المرحلة، يكون قلق الخوف من الموت، أو قلق التعب والإرهاق، وذلك لأن المدة الطويلة من الزواج تكون قد أنهكت بعض قواها، نتيجة لآلام التي تعاني منها بعض النساء والناجمة عن أمراض جسدية أو نفسية، طبقاً لطبيعة الظروف التي تعيشها المرأة. وسنوات الزواج الطويلة ليست إلا عملية توقع وخوف من المستقبل كما يرى ذلك (Monte, 1987)

6.5 التوصيات

من خلال نتائج تحليل اسئلة وفرضيات الدراسة، يمكن ان توصي الدراسة بمجموعة من التوصيات والمقترحات كما يلي:

- إيلاء المزيد من الاهتمام بالاضطرابات النفسية لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر من خلال تثقيف وتوعية المرأة في هذه المرحلة ومساعدتها على التخلص من القلق والاكتئاب وذلك من خلال عمل دورات وندوات ورشات عمل تزيد من الاهتمام بالمرأة في هذه المرحلة لما له من أثر ايجابي على الصحة النفسية للمرأة في هذا العمر، وهذا يساعد أيضا على تخفيف الشعور بالقلق والاكتئاب.
- ضرورة عمل برامج إرشادية لزيادة اهتمام النساء بمعرفة التغيرات التي تحدث لهن في هذه المرحلة، وتقبل التغيرات النفسية والفسولوجية والجسمية التي تحدث لديهن، لما لها من أهمية في الاستقرار النفسي للمرأة.
- ضرورة البحث في اهتمامات المرأة في هذه المرحلة وتوفيرها، وإشغال أوقات الفراغ لديها خصوصا إذا كانت امرأة غير عاملة، لما له من أهمية في تقليل التفكير والوساوس التي تعاني منها النساء في هذه المرحلة نتيجة للفراغ عندهن.
- توفير البيئة الأسرية المناسبة، وإشراكها بالقرارات الأسرية، والزيارات العائلية، لأن ذلك يزيد من ثقتها بنفسها وبالتالي تقليل الاضطرابات النفسية لديها، سواء القلق أو الاكتئاب.
- التركيز على مرحلة منتصف العمر في البرامج الإعلامية المختلفة، من خلال طرح المفاهيم ذات العلاقة، وذكر احتياجات المرأة في هذه المرحلة، سواء الشعور بالأمان، أو توفير احتياجاتها بما يضمن عدم حدوث اضطرابات نفسية لديها.
- القيام بدراسات أخرى عن مرحلة منتصف العمر من خلال دراسة اضطرابات أخرى كالغضب والتوتر والخوف وغيرها من الاضطرابات، كذلك القيام بدراسات أهمية دور الأسرة في هذه المرحلة للمرأة.

المصادر والمراجع

- ابراهيم، عبد الستار (1998) **الاكتئاب مرض العصر الحديث**، عالم المعرفة، كتاب رقم 239 منشورات المجلس الوطني للثقافة والفنون، الكويت.
- أبو الحلاوة، هدى موسى (2003) **المفاهيم والاحتياجات والمشاكل الصحية للنساء الفلسطينيات في محافظة رام الله والبيرة**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس، فلسطين.
- ابو لبدة، جميلة (1999) **معرفة وموقف وإدراك مجموعة من السيدات الاردنيات لسن اليأس**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاردنية.
- احمد، إيمان (2009) **إدارة موارد الأسرة العاملة عند سن اليأس وعلاقته بالمساندة الاجتماعية**، جامعهه بنها، مصر، كلية التربية النوعية بالمنصورة.
- اسعد، أبو احمد، عربيات، احمد (2008) **نظريات الارشاد التربوي والنفسي**، دار المسيرة للنشر والطباعة والتوزيع، الاردن.
- باتل، فيكرام (2008) **الصحة النفسية للجميع حيث لا يوجد طبيب نفسي**، ترجمة فريق عمل "هالة اسبانيولي، حمدي اسحق، وآخرون، ورشة الموارد العربية، ط1.
- بقاعي، إيمان (1996) **أسرار الحيوية عند المرأة**، دار الفكر اللبناني، بيروت.
- تونسي، عديلة (2002) **القلق والاكتئاب لدى عينه من المطلقات والغير مطلقات في مدينه مكة المكرمة**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، السعودية، كلية التربية.
- جعفر، غسان (2007) **سن اليأس عند المرأة والرجل**، رشاد برس للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت.
- حافظ، احمد خيرى (1993) **أزمة منتصف العمر**، دار أخبار اليوم للطباعة والنشر، مصر.
- الحرباوي، نائلة (2008) **الاضطرابات النفسية لدى المرضى مراجعي عيادات الرعاية الصحية الأولية في مدينه الخليل للفئة العمرية من 18-59عاما**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعهه القدس، فلسطين.

- حسن، ناصر بوكلي (2003)، الصحة والاضطرابات النفسية والسلوكية، ج2، دار ابن النفيس.
- حطاب، جمانه طلال (2008) حدة الأعراض، المعرفة، اتجاهات النساء والعادات للنساء الأردنيات في سن اليأس في مدينة اربد، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاردنية، الاردن.
- حقي، الفت (1995) الاضطراب النفسي، الإسكندرية، مركز الإسكندرية للتدريب.
- جامعة القدس المفتوحة (2011) مبادئ علم النفس، برنامج التنمية الاجتماعية والأسرية، جامعة القدس المفتوحة، فلسطين.
- حنفي، عبد المنعم (2002) الموسوعة النفسية الجنسية، مكتبة مدبولي، القاهرة.
- حنين، رشدي عبده (2009) دراسة استطلاعية لآثار سن اليأس على المرأة الجزائرية، كلية التربية، جامعة سوهاج، مصر.
- الخطيب، موسى (2003) موسوعة المرأة الصحية، دار الآفاق العربية، القاهرة.
- ربيع، محمد شحاته (2004) تاريخ علم النفس ومدارسه. دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة
- رضوان، سامر (1996) الصحة النفسية بين السواء والاضطراب، المؤسسة العربية للنشر والتوزيع، بيروت.
- رضوان، سامر (2002) الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن.
- رمضان، ايمن (2000) دراسة وبائية لسن اليأس وتظاهراته السريرية في الساحل السوري، رسالة ماجستير غير منشورة، مستشفى الاسد الجامعي، جامعة تشرين، دمشق.
- زهران، حامد عبد السلام (1997) الصحة النفسية والعلاج النفسي. الطبعة الثالثة. عالم الكتب، القاهرة
- سرحان، وليد يوسف (2011) الصحة النفسية، برنامج التنمية الاجتماعية والأسرية، جامعة القدس المفتوحة، فلسطين.
- سرحان، وليد يوسف، الحباشنة، محمد، الخطيب، جمال (2001) الاكتئاب، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، الاردن.

سليمان، سناء محمد (2006) أزمة منتصف العمر لدى المرأة والرجل بين اليأس والأمل، عالم الكتب للنشر والتوزيع، القاهرة.

السيد، عزيزة (2002) منتصف العمر لدى المرأة والعلاقات الأسرية، مركز الإرشاد النفسي، المؤتمر الثامن، جامعة بنها، مصر.

سيرز الان (2002) حياة المرأة في سن اليأس، جامعة وندسور، كندا، Dissertation.com

شربل، وريس (1995) التربية الجنسية، كيف نساعد اولادنا على تخطي فتره المراهقه، دار المناهل بيروت.

الشريبي، لطفي (2001) الاكتئاب- المرض والعلاج، منشأة المعارف، القاهرة.

الصاحب، منتهى مطشر (2011) الشعور بالذنب وعلاقته بالاكتئاب، دار صفاء للنشر والتوزيع، ط1، عمان.

الصوّاف منى، الحلبي، قتيبة (2001) الصحة النفسية للمرأة العربية، اتحاد الأطباء النفسانيين العرب، القاهرة.

الطويل، نورا (2011) اكتاب سن اليأس، مجلة العربي، عدد 727، 172-177، فبراير 2011.

عبد الرحمن، رانيا يوسف، (2009) العلاقة بين الهدف في الحياة، والضغط النفسي لدى النساء الأردنيات في سن اليأس، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.

عبد اللطيف، آزار عباس (2002) الاكتئاب مرض العصر، دراسات نفسية (1)، دمشق.

العبد الله، انس (2008) تأثير الداء السكري النمط الثاني على الكثافة العظمية عند النساء بعد سن الضهبي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الطب، جامعة دمشق.

عبكة، حسنين صادق (2012) الاكتئاب وعلاقته بصنف الدم، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.

العبيدي، محمد جاسم (2009)، علم النفس الاكلينيكي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن.

عكاشة، احمد (1998) الطب النفسي المعاصر، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

العناتي، حنان عبد الحميد (2000) الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن.

غانم، محمد حسن (2004) **الأمراض النفسية للشخصية**، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية.

غانم، محمد حسن (2005) **الأمراض النفسية والعلاج الإسلامي**، المكتبة المصرية للطباعة والنشر، الإسكندرية.

غانم، محمد حسن (2006) **مقدمة لعلم النفس المرضي**، المكتبة المصرية للطباعة والنشر، الإسكندرية.

غريب، غريب (2007) **الاضطرابات الاكتئابية التشخيص، عوامل الخطر، النظريات والقياس**، **المجلة المصرية للدراسات النفسية**، العدد 56، المجلد 17، يوليو، ص ص 39-97

فاخوري، سيرو (1998) **موسوعة المرأة الطبية**، دار العلم للملايين، بيروت.

فايد، حسين علي (2001) **العدوان والاكتئاب في العصر الحديث**، كلية الاداب، جامعة حلوان، القاهرة.

فطوم، حسين محمد (1991) **المرأة: دراسة نفسية جنسية اجتماعية**، دار الجليل للنشر والتوزيع، دمشق.

فلا، فاطمة الزهراء (2003) **المرأة بين اليأس والرجاء**، مكتبة جزيرة الورد، مصر.

فهمي، مصطفى (1997) **الصحة النفسية**، دراسات في سيكولوجية التكيف. الطبعة الثانية، مكتبة الخانجي، القاهرة.

لوشان، ايدا (1997) **أزمة منتصف العمر الرائعة**، ترجمة: سهير صبري، الطبعة الأولى، دار شوقيات للنشر والتوزيع، القاهرة.

محمد، تماضر طه عبد الرحمن (2006) **القلق والاكتئاب لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم ويرتادون نوادي المسنين وكذلك الذين يعيشون في دور المسنين**، دراسة ميدانية، جامعة عين شمس، القاهرة.

مياسا، محمد (1997) **الصحة النفسية والأمراض النفسية والعقلية**، دار الجيل، ط1، بيروت.

الهمص، صالح (2010) **قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية بقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

American Psychiatric Association (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorder**,. 4th ed (DSM-IV) Author: Washington, DC

Anita.H, et al, (2009) **depression or menopause? Presentation and management of major depressive disorder in perimenopausal and postmenopausal women**, university of Virginia.

Ayelet Ziv-Gal, Flaws, Jodi A.,(2001) **Factors That May Influence the Experience of Hot Flushes by Healthy Middle-Aged Women**, University of Illinois, Urbana.

Chedraui.P, et al, (2010) **Beliefs regarding menopausal hot flushes among climacteric women as assessed with the Hot Flush Beliefs Scale**, Department of Obstetrics and Gynaecology, Universidad de Zaragoza Facultad de Medicina, Hospital Clínico de Zaragoza, Zaragoza, Spain

Halgin, R.P. & Whitbourne,S.K. (2003).**Abnormal Psychology: Clinical Perspectives on Psychological Disorders** (4th Ed.). New York: McGraw-Hill

Julie, D. paul N,(2008)**estrogen treatment impairs cognitive performance following psychosocial stress and monoamine depletion in postmenopausal women**, clinical neuroscience research unit, department of psycgiatry, university of Vermont college of medicine

Lai,J.-N, et al, (2006)**Quality of life and climacteric complaints amongst women seeking medical advice in Taiwan: assessment using the WHOQOL-BREF questionnaire**, Department of Internal Medicine, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan

Monte, C. F. (1987). **Beneath the mask: An introduction to theories of personality**. New York: Holt, Rinehart and winson, Inc

Palacios.S,et.al, (2010) **Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region**, Department of Endocrinology, Faculty of Medicine, Pontificia Universidad Cato ´lica de Chile, Santiago, Chile

Prodbest, S. & Marktgon, K.(2003),**Informal guide to women's health, Jarir Bookstore**,1st edition, Saudi Arabia

Wrightsmen,L.(1981).Personal documents as data in conceptualizing adult personality development.**personality and social Bulletin**, 7,3, pp 367-385.

ملحق 1: أسماء المحكمين

الرقم	اسم المحكم	مكان العمل
1.	د. اسراء ابو عياش	جامعة القدس المفتوحة
2.	د. بسام ماضي	جامعة القدس
3.	د. بيهان القيمري	جامعة بيرزيت
4.	أ.د. تيسير عبد الله	جامعة الاستقلال
5.	د. سعيد عياد	جامعة بيت لحم
6.	د. سهير الصباح	جامعة القدس
7.	د. عمر الريموي	جامعة القدس
8.	د. محمد شاهين	جامعة القدس المفتوحة رام الله
9.	د. ناهدة العرجا	جامعة بيت لحم
10.	أ.د. يوسف ذياب عواد	جامعة النجاح

ملحق 2: مقياس الدراسة قبل التحكيم

بسم الله الرحمن الرحيم

حضرة المحترم

الموضوع : تحكيم الاستبانه

نرجو من حضرتكم التكرم بالموافقة على تحكيم هذه الاستبانه، حيث تقوم الباحثة بعمل دراسة بعنوان "الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب) لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس "

وهي مكونة من مقياسين هما، مقياس الاكتئاب والمعروف باسم (مقياس بك للاكتئاب من ترجمة الدكتور احمد عبد الخالق وتعديل أسماء عبد العزيز، واختبار القلق والمسمى (مقياس هاملتون للقلق من تعريب الدكتور لطفي فطيم). ولأنكم تمتلكون الخبرة العلمية الكافية للقيام بهذه المهمة، أرجو من حضرتكم التفضل بقراءة هذه الفقرات وإبداء الرأي بمدى مناسبة هذه الفقرات لموضوع الدراسة، ومدى انتمائها للبعد الذي أدرجت فيه، ومدى وضوحها لغوياً.

مع فائق الشكر والتقدير لحسن تعاونكم ومساعدتكم.

الباحثة

نيرة كجه

إشراف

أ.د. احمد فهميم جبر

أولاً: المعلومات العامة

ضعي دائرة حول الصفة التي تنطبق على حالتك :

مكان السكن:	1. العيزرية	2. ابوديس		
عمل المرأة:	1. أعمل	2. لا اعمل		
الحالة الاجتماعية	1. عزباء	2. متزوجه.	3. مطلقة	4. أرملة
عدد الأبناء:	1. لا يوجد أبناء	2. (3-1)	3. (7-4)	4. (8 فأكثر)
المؤهل العلمي	1. أمي	2. ثانوي فأقل.	3. دبلوم.	4. بكالوريوس فأعلى.
الوضع الاقتصادي	1. سيء	2. جيد	3. جيد جدا	4. ممتاز
عدد سنوات الزواج	1. (10-5)	2. (16-11)	3. (22-17)	4. (23 فأكثر)

المقياس الأول: مقياس (بيك) للاكتئاب

أختي الكريمة: يشتمل هذا الاختبار على مجموعة من العبارات، أرجو منك قراءة هذه الفقرات بتمعن والإجابة على الخيار الذي يصف حالتك من خلال وضع دائرة حول الرقم الموافق لإجابتك.

العبارات

1.

- 1- لا اشعر بالهم والحزن
- 2- اشعر بشيء من الهم والحزن
- 3- اشعر بالهم والحزن معظم الوقت ومن الصعب على الخروج من هذه الحالة
- 4- اشعر بالهم والحزن طوال الوقت ولا اشعر بالفرح أو السعادة على الإطلاق

2.

- 1- أنا لست متشائمة بخصوص المستقبل
- 2- اشعر بان المستقبل غير مشجع
- 3- اشعر بأنه لا يوجد شيء أتطلع إليه في المستقبل أو يستحق الاهتمام
- 4- اشعر باليأس التام من المستقبل. ولن يحدث تقدم في أي شيء في حياتي.

3.

- 1- لا أشعل بالفشل
- 2- اشعر بأنني فشلت أكثر من أي شخص عادي
- 3- كلما تطلعت إلى حياتي الماضية أجد فيها الكثير من العثرات والفشل
- 4- اشعر بأنني فاشلة تماما في القيام بأي مهمة أو دور

4.

- 1- أنا قانعة وراضية عن الأشياء التي تعود القيام بها.
- 2- لا أجد متعة كالسابق في الأشياء التي تعودت القيام بها.
- 3- لا اشعر بالرضا التام او المتعة الحقيقية في حياتي الحاضرة.
- 4- اشعر بعد الرضا والملل من كل شيء حولي.

5.

- 1- لا اشعر بالذنب وتأنيب نفسي عادة
- 2- لدي شعور بالذنب بعض الوقت

- 3- ينتابني الشعور بالذنب وتأنيب النفس، معظم الوقت.
- 4- اشعر بالذنب وتأنيب النفس طوال الوقت.

.6

- 1- لا اشعر بأنني استحق العقاب
- 2- اشعر وكأن عقابا قد يحل بي
- 3- أتوقع أن أعاقب
- 4- اشعر أنني بالفعل أعاقب.

.7

- 1- لا اشعر بأن أملني قد خاب في نفسي
- 2- اشعر بأن أملني قد خاب في نفسي
- 3- اشعر بالاشمئزاز من نفسي
- 4- اكره نفسي

.8

- 1- لا اشعر بأنني أسوأ من أي شخص عادي.
- 2- انتقد نفسي لضعفي وأخطائي.
- 3- ألوم نفسي نعظم الوقت على أخطائي.
- 4- لوم نفسي باستمرار على كل شيء حدث لي.

.9

- 1- لا تراودني رغبات أو أفكار للخلاص من حياتي
- 2- أدعو الله أحيانا أن يعجل بنهايتي أن كان في ذلك خيرا لي
- 3- أدعو الله كثيرا أن يعجل بنهايتي
- 4- ألح على الله بالدعاء في كل حين للخلاص من هذه الحياة.

.10

- 1- لا ابكي أكثر من المعتاد
- 2- ابكي الآن أكثر مما تعودت
- 3- ابكي الآن طوال الوقت
- 4- كانت لي قدرة على البكاء، أما الآن فلا أستطيع حتى لو أردت.

.11

- 1- لا اشعر أنني اغضب أكثر من المعتاد
- 2- انزعج واغضب بسهولة أكثر مما تعودت
- 3- اشعر بالغضب في الوقت الحالي باستمرار
- 4- لا اشعر بالغضب إطلاقاً من الأشياء التي كانت تثير غضبي.

.12

- 1- لم افقد الاهتمام بالآخرين
- 2- اشعر بانني قليلة الاهتمام بالآخرين بالمقارنة بما كنت في حياتي
- 3- فقدت معظم اهتماماتي بالآخرين
- 4- فقدت اهتمامي بالآخرين. ولم يعد يهمني احد.

.13

- 1- اتخذت القرارات بنفس الكفاءة التي اعتدت عليها.
- 2- أقوم بتأجيل القرارات أكثر مما تعودت
- 3- أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات
- 4- لم يعد لدي القدرة على اتخاذ القرارات.

.14

- 1- لا اشعر أن شكلي أصبح مهملاً أو غير جذاب
- 2- لدي شعور أحيانا بانني أبدو اكبر سنا و اقل جاذبية
- 3- اشعر غالبا أن هناك تغير في مظهري يجعلني اقل جاذبية
- 4- اعتقد أن شكلي بالفعل مهمل وغير جذاب.

.15

- 1- استطيع أن اعمل بنفس الكفاءة التي عملت بها من قبل
- 2- اشعر أن البدء في عمل أي شيء يتطلب كثيرا من الجهد
- 3- اضطر للضغط على نفسي بشدة كي اعمل أي شيء
- 4- لا استطيع القيام بأي عمل على وجه الإطلاق

.16

- 1- استطيع النوم بشكل جيد كما تعودت
- 2- لا أنام جيدا كما كنت أنام من قبل
- 3- استيقظ مبكرا ساعة أو ساعتين عن المعتاد، ثم أجد صعوبة في العودة إلى النوم
- 4- استيقظ قبل الفجر ولا استطيع العودة إلى النوم مرة أخرى

.17

- 1- لا اشعر بالتعب أكثر من المعتاد
- 2- اشعر بالتعب بسرعة أكثر مما تعودت
- 3- اتعب بسرعة أكثر مما تعودت
- 4- اشعر بالإرهاق حتى أنني لا استطيع القيام بأي عمل

.18

- 1- لم تقل شهيتي للطعام عما كانت عليه في السابق
- 2- شهيتي للطعام اقل من السابق
- 3- الآن شهيتي ضعيفة بشكل كبير
- 4- شهيتي الآن معدومة تماما

.19

- 1- لم ينقص وزني مؤخرا بصورة ملحوظة
- 2- نقص وزني أكثر من 2 كيلو جرام
- 3- نقص وزني أكثر من 5 كيلو جرام
- 4- نقص وزني للمحافظة على رشاقتي

.20

- 1- ليس هناك أي تغير في رغبتني الجنسية
- 2- رغبتني في الجنس قلت عن السابق
- 3- رغبتني في الجنس قلت بكثير عن السابق
- 4- افتقد الاهتمام بالجنس تماما في الوقت الحاضر.

المقياس الثاني: مقياس هاملتون للقلق

الرجاء وضع إشارة (X) أمام الخيار الذي يبين الحالة التي تمتلك.

شديدة جدا	أعراض شديدة	أعراض متوسطة	أعراض طفيفة	لا توجد أعراض	الفقرة	
					التوجس والشك، توقع الأسوأ أو الأشياء لمخيفة، سهولة الاستثارة.	1. عسر المزاج
					مشاعر عدم الارتياح، سهولة الإجهاد، الفزع، سهولة البكاء، الارتجاف، لا يستقر على حال، لا يستطيع أن يترك نفسه على سجيبتها	التوتر
					من الظلام، والغرباء والوحدة والحيوانات وزحمة المرور والحشود.	2. الخوف
					صعوبة الاستسلام للنوم، النوم المتقطع، نوم غير مشبع والإحساس بالتعب عند الاستيقاظ، أحلام وكوابيس ومخاوف ليلية .	3. الأرق
					صعوبة التذكر وضعف الذاكرة.	4. الذاكرة
					اللامبالاة، لا يستمتع بالهوايات، الحزن، الاستيقاظ المبكر، انتقالات الانفعالات من النقيض إلى النقيض في اليوم الواحد.	5. المزاج الاكتئابي
					ألام وأوجاع، التواء العضلات أو تيبسها، انتفاخ العضلات، صرير الأسنان، حشرجة الصوت، ازدياد الشد العضلي.	6. الأعراض الجسمية"الع ضلية"
					طنين في الأذن، زغلة البصر، نوبات من السخونة والبرودة، إحساس بالضعف.	7. المشاعر الجسمية"الد سية"

					اختلال ضربات القلب،ألام الصدر، خفقان القلب، انتفاض العروق، مشاعر الدوار.	8. أعراض القلب والأوعية الدموية
					ضيق الصدر أو اختناقه، مشاعر بالاختناق، التنهد، عسر التنفس.	9. أعراض تنفسية
					صعوبة البلع، أرياح،ألام في البطن،حرقان المعدة، لين لبراز،الشعور بامتلاء المعدة،الغثيان،القيء،نقص الوزن، الإمساك، أصوات البطن و الأمعاء.	10. الأعراض المعوية المعدية
					زيادة عدد مرات التبول ، ضغط البول في المثانة، انقطاع العادة الشهرية، البرودة الجنسية، سرعة القذف، فقدان الرغبة الجنسية، العنة.	11. أعراض المسالك البولية والتناسلية
					جفاف الفم، احمرار الوجه، شحوب اللون، العرق، الدوار، صداع التوتر، وقوف الشعر.	12. أعراض الجهاز العصبي المستقل
					تململ، لا يستقر في مكانه،اهتزاز الأيدي، تقطيب الحاجبين، وجه مشدود، تهيدات أو تلاحق الأنفاس، اصفرار الوجه، ابتلاع الريق، التجشوء، حركات مفاجئة في المفاصل، اتساع حدقة العينين وجحوظ العينين.	13. السلوك خلال المقابلة

ملحق 3: مقياس الدراسة (المقياس بعد التحكيم)



جامعة القدس

عمادة الدراسات العليا

أختي الكريمة ،

تحية طيبة وبعد...

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان: الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب) لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدتي العيزرية وابوديس، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي. راجية منكم التكرم بالإجابة على الاختبارات المتعلقة بموضوع الرسالة، وهي مقياس الاكتئاب والمعروف باسم (مقياس بك للاكتئاب من ترجمة الدكتور احمد عبد الخالق وتعديل أسماء عبد العزيز، واختبار القلق والمسمى (مقياس هاملتون للقلق من تعريب الدكتور لطفي فطيم). حيث أن الإجابة على هذه الاختبارات تساعد الباحثة في انجاز الرسالة. علماً بأن إجاباتكم على هذه الاختبارات ستكون سرية، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

ولكم جزيل الشكر والتقدير والاحترام

الباحثة

نيرة "محمد مصباح" حسن كجه

إشراف

أ.د. أحمد فهيم جبر

أولاً: المعلومات العامة

ضعي دائرة حول الصفة التي تنطبق على حالتك :

مكان السكن:	1. العيزرية	2. ابوديس		
عمل المرأة:	1. أعمل	2. لا اعمل		
الحالة الاجتماعية	1. عزباء	2. متزوجه.	3. مطلقة	4. أرملة
عدد الأبناء:	1. لا يوجد أبناء	2. (3-1)	3. (7-4)	4. (8 فأكثر)
المؤهل العلمي	1. أمي	2. ثانوي فأقل.	3. دبلوم.	4. بكالوريوس فأعلى.
الوضع الاقتصادي	1. 1600-0	2. 3200-1601	3. 4400-3201	4. 4401 فأكثر
عدد سنوات الزواج	1. 10 سنوات فأقل	2. (16-11)	3. (22-17)	4. (23 فأكثر)

المقياس الأول: مقياس (بيك) للاكتئاب

أختي الكريمة: يشتمل هذا المقياس على مجموعة من العبارات، أرجو منك قراءة هذه الفقرات بتمعن والإجابة على الخيار الذي يصف حالتك من خلال وضع دائرة حول الرقم الموافق لإجابتك.

العبارات

1. الهم والحزن

- 1- لا أشعر بالهم والحزن أبدا
- 2- أشعر بشيء من الهم والحزن أحيانا
- 3- أشعر بالهم والحزن معظم الوقت ومن الصعب على الخروج من هذه الحالة
- 4- أشعر بالهم والحزن طوال الوقت ولا أشعر بالفرح أو السعادة على الإطلاق

2. التشاؤم

- 1- أنا لست متشائمة بخصوص المستقبل
- 2- أشعر بان المستقبل غير مشجع
- 3- أشعر بأنه لا يوجد شيء أتطلع إليه في المستقبل أو يستحق الاهتمام
- 4- أشعر باليأس التام من المستقبل، ولن يحدث تقدم في أي شيء في حياتي.

3. الشعور بالفشل

- 1- لا أشعر بالفشل
- 2- أشعر بأنني فشلت أكثر من أي شخص آخر
- 3- كلما تطلعت إلى حياتي الماضية أجد فيها الكثير من العثرات والفشل
- 4- أشعر بأنني فاشلة تماما في القيام بأي مهمة أو دور

4. القناعة

- 1- أنا قانعة وراضية عن الأشياء التي تعودت القيام بها.
- 2- لا أجد متعة كالسابق في الأشياء التي تعودت القيام بها.
- 3- لا أشعر بالرضا التام او المتعة الحقيقية في حياتي الحاضرة.
- 4- اشعر بعد الرضا والملل من كل شيء حولي.

5. الشعور بالذنب

- 1- لا اشعر بالذنب والحاجة لتأنيب الضمير
- 2- لدي شعور بالذنب بعض الوقت
- 3- ينتابني الشعور بالذنب وتأنيب الضمير، معظم الوقت.
- 4- اشعر بالذنب وتأنيب النفس طوال الوقت.

6. العقاب

- 1- لا اشعر بأنني استحق العقاب
- 2- اشعر وكأن عقابا قد يحل بي
- 3- أتوقع أن أعاقب
- 4- اشعر أنني بالفعل أعاقب.

7. الأمل

- 1- لا اشعر بأن أُملي قد خاب في نفسي
- 2- اشعر بأن أُملي قد خاب في نفسي
- 3- اشعر بالاشمئزاز من نفسي
- 4- اكره نفسي

8. نوم الذات

- 1- لا اشعر بأنني أسوأ من أي شخص عادي.
- 2- انتقد نفسي لضعفي وأخطائي.
- 3- ألوم نفسي معظم الوقت على أخطائي.
- 4- ألوم نفسي باستمرار على كل شيء حدث لي.

9. التفكير في الموت

- 1- لا تراودني رغبات أو أفكار للخلاص من حياتي
- 2- أدعو الله أحيانا أن يعجل بنهايتي أن كان في ذلك خيرا لي
- 3- أدعو الله كثيرا أن يعجل بنهايتي
- 4- ألح على الله بالدعاء في كل حين للخلاص من هذه الحياة.

10. البكاء

- 1- لا ابكي أكثر من المعتاد
- 2- ابكي الآن أكثر مما تعودت
- 3- ابكي الآن طوال الوقت
- 4- كانت لي قدرة على البكاء، أما الآن فلا استطيع حتى لو أردت.

11. الغضب

- 1- لا اشعر أنني اغضب أكثر من المعتاد
- 2- انزعج واغضب بسهولة أكثر مما تعودت
- 3- اشعر بالغضب في الوقت الحالي باستمرار
- 4- لا اشعر بالغضب إطلاقا من الأشياء التي كانت تثير غضبي.

12. الاهتمام

- 1- لم افقد الاهتمام بالآخرين
- 2- اشعر بانني قليلة الاهتمام بالآخرين بالمقارنة بما كنت في حياتي
- 3- فقدت معظم اهتماماتي بالآخرين
- 4- فقدت اهتمامي بالآخرين. ولم يعد يهمني احد.

13. اتخاذ القرار

- 1- اتخذ القرارات بنفس الكفاءة التي اعتدت عليها.
- 2- أقوم بتأجيل القرارات أكثر مما تعودت
- 3- أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات
- 4- لم يعد لدي القدرة على اتخاذ القرارات.

14. المظهر الجسمي

- 1- لا اشعر أن مظهري الخارجي أصبح مهملاً أو غير جذاب
- 2- لدي شعور أحياناً باني أبدو اكبر سناً و اقل جاذبية
- 3- اشعر غالباً أن هناك تغيراً في مظهري الجسمي يجعلني اقل جاذبية
- 4- اعتقد أن شكلي بالفعل مهمل وغير جذاب.

15. الكفاءة في العمل

- 1- استطيع أن اعمل بنفس الكفاءة التي عملت بها من قبل
- 2- اشعر أن البدء في عمل أي شيء يتطلب كثيراً من الجهد
- 3- اضطر للضغط على نفسي بشدة كي اعمل أي شيء
- 4- لا استطيع القيام بأي عمل على وجه الإطلاق

16. النوم

- 1- استطيع النوم بشكل جيد كما تعودت
- 2- لا أنام جيداً كما كنت أنام من قبل
- 3- استيقظ مبكراً ساعة أو ساعتين عن المعتاد، ثم أجد صعوبة في العودة إلى النوم
- 4- استيقظ قبل الفجر ولا استطيع العودة إلى النوم مرة أخرى

17. الشعور بالتعب

- 1- لا اشعر بالتعب أكثر من المعتاد
- 2- اشعر بالتعب بسرعة أكثر مما تعودت
- 3- اتعب بسرعة أكثر مما تعودت
- 4- اشعر بالإرهاق حتى أنني لا استطيع القيام بأي عمل

18. شهية الطعام

- 1- لم تقل شهيتي للطعام عما كانت عليه في السابق
- 2- شهيتي للطعام اقل من السابق
- 3- الآن شهيتي ضعيفة بشكل كبير
- 4- شهيتي الآن شبه معدومة

19. الرغبة الجنسية

- 1- ليس هناك أي تغير في رغبتني الجنسية
- 2- رغبتني في الجنس قلت عن السابق
- 3- رغبتني في الجنس قلت بكثير عن السابق
- 4- افتقد الاهتمام بالجنس في الوقت الحاضر.

المقياس الثاني: مقياس هاملتون للقلق

الرجاء وضع إشارة (X) أمام الخيار الذي يبين الحالة التي تمتلكك.

الفقرة	لا توجد أعراض	أعراض طفيفة	أعراض متوسطة	أعراض شديدة	شديدة جدا
1. المزاج: التوجس والشك، توقع الأسوأ أو الأشياء المخيفة، سهولة الاستثارة. سرعة الغضب.					
2. التوتر: مشاعر عدم الارتياح، سهولة الإجهاد، الفزع، سهولة البكاء، الارتجاف، لا يستطيع أن اترك نفسي على طبيعتها					
3. الخوف: من الظلام، والغربة والوحدة والحيوانات وزحمة المرور والحشود والارتفاعات.					
4. الأرق: صعوبة الاستسلام للنوم، النوم المتقطع، نوم غير مشبع والإحساس بالتعب عند الاستيقاظ، أحلام وكوابيس ومخاوف ليلية					
الذاكرة: صعوبة التذكر وضعف الذاكرة.					
5. المزاج الاكتئابي: اللامبالاة، لا يستمتع بالهوايات، الحزن، الاستيقاظ المبكر، انتقالات الانفعالات من النقيض إلى النقيض في اليوم الواحد.					
6. الأعراض الجسمية "العضلية": الألم وأوجاع، التواء العضلات أو تيبسها، انتفاخ العضلات، صرير الأسنان، حشجة الصوت، ازدياد الشد العضلي.					
7. المشاعر الجسمية "الحسية": طنين في الأذن، زغلة البصر، نوبات من السخونة والبرودة، إحساس بالضعف.					
8. أعراض القلب والأوعية الدموية: اختلال ضربات القلب، ألم الصدر، خفقان القلب، انتفاض العروق، مشاعر الدوار.					
9. أعراض تنفسية: ضيق الصدر أو اختناق، مشاعر بالاختناق، التنهد، عسر التنفس.					
10. الأعراض المعوية المعدية: صعوبة البلع، أرياح، ألم في البطن، حرقان المعدة، لين لبراز، الشعور بامتلاء المعدة، الغثيان، القيء، نقص الوزن، الإمساك، أصوات البطن و الأمعاء.					
11. أعراض المسالك البولية والتناسلية: زيادة عدد مرات التبول، ضغط البول في المثانة، انقطاع العادة الشهرية، البرودة الجنسية، فقدان الرغبة الجنسية، العنة.					
12. أعراض الجهاز العصبي المستقل: جفاف الفم، احمرار الوجه، شحوب اللون، العرق، الدوار، صداع التوتر، وقوف الشعر.					

فهرس الملاحق

الصفحة	اسم الملحق	الرقم
93	أسماء المحكمين	ملحق 1
94	مقاييس الدراسة قبل التحكيم	ملحق 2
102	استبانة الدراسة (المقاييس بعد التحكيم)	ملحق 3

فهرس الجداول

الرقم	اسم الجدول	الصفحة
1.3	توزيع أفراد العينة حسب متغيرات الدراسة	51
2.3	نتائج معامل ارتباط بيرسون لمصفوفة ارتباط فقرات مقياس الاكتئاب	52
3.3	نتائج معامل ارتباط بيرسون لمصفوفة ارتباط فقرات مقياس القلق	53
1.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدتي العيزرية وابوديس	56
2.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدتي العيزرية وابوديس	57
3.4	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة لمستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدتي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير مكان السكن	59
4.4	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة لمستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدتي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عمل المرأة	59
5.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدتي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	60
6.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدتي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	61
7.4	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية	61
8.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدتي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء	62
9.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدتي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء	63

63	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي	10.4
64	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي	11.4
64	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير المؤهل العلمي	12.4
65	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي	13.4
66	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي	14.4
66	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج	15.4
67	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج	16.4
68	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة لمستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير مكان السكن	17.4
68	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة لمستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عمل المرأة	18.4
69	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	19.4
70	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	20.4

70	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية	21.4
71	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء	22.4
71	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد الأبناء	23.4
72	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي	24.4
73	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير المؤهل العلمي	25.4
73	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي	26.4
74	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي	27.4
75	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج	28.4
75	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى القلق لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية وابوديس يعزى لمتغير عدد سنوات الزواج	29.4
76	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير عدد سنوات الزواج	30.4

فهرس المحتويات

أ	إقرار:
ب	الشكر والتقدير
ج	الملخص بالعربية.....
د	الملخص بالانجليزية.....
1	الفصل الأول : الإطار العام للدراسة
1	1.1 المقدمة.....
3	2.1 مشكلة الدراسة وأسئلتها
5	4.1 أهمية الدراسة.....
6	5.1 أهداف الدراسة.....
6	6.1 حدود الدراسة.....
7	7.1 مصطلحات الدراسة.....
9	الفصل الثاني :الإطار النظري والدراسات السابقة.....
13	2.2 مرحلة منتصف العمر:
13	1.2.2 تعريف مرحلة منتصف العمر:
14	2.2.2 العوامل التي تساعد على قرب موعد مرحلة منتصف العمر عند النساء:.....
14	3.2.2 أعراض مرحلة منتصف العمر:
17	4.2.2 خصائص مرحلة منتصف العمر:.....
18	5.2.2 أسباب أزمة منتصف العمر:
19	6.2.2 النظريات التي فسرت أزمة منتصف العمر
19	نظريات المراحل لنمو الراشد
20	3.2 الاضطرابات النفسية التي تصاحب مرحلة منتصف العمر
20	1.3.2 الاكتئاب في مرحلة منتصف العمر
23	3.3.2 تصنيفات الاكتئاب
24	4.3.2 أسباب الاكتئاب
25	5.3.2 أنواع الاكتئاب
26	6.3.2 النظريات المفسرة للاكتئاب
29	7.3.2 المرأة والاكتئاب
30	9.3.2 علاج الاكتئاب
31	4.2 القلق في مرحلة منتصف العمر.....
31	1.4.2 تعريف القلق.....
32	2.4.2 أنواع القلق

34.....	3.4.2 أسباب القلق.....
35.....	4.4.2 أعراض القلق.....
36.....	5.4.2 النظريات المفسرة للقلق.....
38.....	6.4.2 اضطرابات القلق عند المرأة.....
39.....	5.2 العلاقة بين الاكتئاب والقلق.....
40.....	الدراسات السابقة.....
48.....	التعليق على الدراسات السابقة.....

50..... الفصل الثالث : الطريقة والإجراءات

50.....	1.3 منهج الدراسة.....
50.....	2.3 مجتمع الدراسة.....
50.....	3.3 عينة الدراسة.....
51.....	4.3 وصف متغيرات أفراد عينة الدراسة.....
52.....	5.3 اداه الدراسة.....
52.....	6.3 صدق الأداة.....
53.....	6.3 ثبات الدراسة.....
54.....	7.3 إجراءات الدراسة.....
54.....	8.3 المعالجة الإحصائية.....

55..... الفصل الرابع :نتائج الدراسة.....

55.....	4.1 تمهيد.....
56.....	4.2 نتائج أسئلة الدراسة:.....
56.....	1.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:.....
56.....	2.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:.....
58.....	3.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:.....
67.....	4.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:.....

77..... الفصل الخامس : مناقشة النتائج والتوصيات.....

77.....	1.5 مقدمة.....
77.....	2.5 مناقشة نتائج السؤال الاول.....
78.....	3.5 مناقشه نتائج السؤال الثاني.....
79.....	4.5 مناقشه نتائج السؤال الثالث.....
83.....	5.5 النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:.....
87.....	6.5 التوصيات.....
88.....	المصادر والمراجع.....
93.....	الملاحق:.....

108	فهرس الملاحق
109	فهرس الجداول
112	فهرس المحتويات