الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 قالمة

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية
قسم علم النفس
مخبر العلوم الإجتماعية

أطروحة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطور الثالث

الميدان: العلوم الإجتماعية الشعبة: علم النفس

الاختصاص: علم النفس العيادي

إعداد:

صلاح الدين عليوش

التكفل بالمرأة بعد الولادة من وجهة نظر المقاربة الإثنونفسو-مرضية

دراسة استكشافية بولاية قالمة

بتاريخ:23 أفريل 2026 أمام لجنة المناقشة المكونة من:

السيدة: إعمين نذيرة	أستاذة التعليم العالي	جامعة 8 ماي 1945– قالمة	رئيســــــــا
السيد: بَهتان عبد القادر	أستاذ التعليم العالي	جامعة الصديق بن يحي –جيجل	مشرفـــــــا
السيد: سناني عبد الناصر	أستاذ التعليم العالي	جامعة باجي مختار – عنابة	مشرفا مساعدا
السيدة: عروج فضيلة	أستاذة التعليم العالي	جامعةالعربي بن مهيدي – أم البواقي	ممتحنـــــــا
السيدة: بوتفنوشات حميدة	أستاذة التعليم العالي	جامعة 8 ماي 1945– قالمة	ممتحنـــــــا

السنة الجامعية: 2025 /2026

إهـــــداء

لكل فردمن عائلتي ... لكل جزء مني ...

لكن،

اليوم هو يوم خاص لأمي، هويوم نجاحـــها

رفيقة كل مسارحياتي ابتداءا من أول حرف، ثم اول كلمة، وصولا لهذه المحطة.

أدامك الله نعمة لي

شكـــــر

يقول الرسول ﷺ من لا يشكر الناس لا يشكر الله، أقدّم خالص الشكر والامتنان، مع العلم أن الشكر لن يفي بحقّكم أبدًا.

أخصّ بالشكر الجزيل أستاذي الفاضل الأستاذ الدكتور بَهتان عبد القادر، الذي كان نِعْمَ الأستاذ و المؤطر، فقد ر افقني منذ مرحلة الليسانس وحتى هذه المحطة المباركة، فجزاه الله خير الجزاء.

كما أتوجّه بشكر خاص إلى الأستاذ الدكتور سناني، المؤطّر المساعد، الذي شرّفنا بتعاونه وبحضوره .

شكري موصول إلى كل أساتذتنا الأفاضل بقسم علم النفس، وإلى جميع الأخصائيين النفسانيين في الصحة العمومية، وإطارات الصحة في الولاية كلّ باسمه، وإلى كل الأطباء الذين تفضّلوا بالتعاون معنا.

وأخيرًا، أتقدّم بالشكر الخالص إلى أعضاء اللجنة الموقّرة التي ستتكرّم بمناقشة هذا العمل.

جزى الله الجميع خيرًا، وجعله في ميزان حسناتهم.

و لا ننس شكر خاص لكل الأمهات ...

التكفل بالمرأة بعد الولادة من وجهة نظر المقاربة الإثنونفسو-مرضية: دراسة استكشافية بولاية قالمة

طالب دكتوراه: صلاح الدّين عليوش

المؤطر: أ. د بَهتان عبد القادر المؤطر المساعد: أ. د سناني عبد الناصر

ملخص : تشكل ولادة الطفل انتقالا نفسيا وإجتماعيا مهما في حياة الأم خصوصا، فقد تمر بتغييرات نفسية و رمزية تتراوح بين الكآبة النفسية واضطربات أشد تعقيدا. تهدف دراستنا الإستكشافية إلى كشف أبعاد و مظاهر التكفل بالنساء بعد الولادة، فضلا عن الممارسات الثقافية، وأنماط العلاقات الأسرية، والتمثلات الذاتية للأمهات حول تجربة الولادة. اعتمدنا على المنهج الوصفي مع مقاربة اثنونفسومرضية، حيث طبّقت استبانة على عيّنة نساء (ن=290) موّزعة على (12) بلدية في ولاية قالمة (الجزائر).

أفرزت النتائج أنّ التكفل بعد الولادة كان ذا طابع تقليدي بنسبة(53.1%)، وظهور أعراض مرتبطة بما يعرف بـ"*ذيبة النفاس*"(28.3%)، والتكفل النفسي بنسبة منخفضة (3.5%)، لاسيما دعم الزوج أهم من دعم الأسرة لها والزوجة لنفسها. هذا التكفل بصفة عامة، مكوّنه الأساسي الطقوس الثقافية السائدة.

كلمات مفتاحية: نفساء، *تكفّل ما بعد الولادة، ممارسات ثقافية، صحّة سيكولوجية*

Postpartum Care of Women from an Ethnopsychopathological Perspective:

An Exploratory Study in Guelma Province, Algeria

Abstract: The birth of a child represents a significant psychological and social transition, particularly for the mother, during which women may experience psychological and symbolic transformations ranging from postpartum blues to more complex disorders. This exploratory study aims to examine the dimensions and manifestations of postpartum care for women, as well as cultural practices, patterns of family relationships, and mothers' subjective representations of the childbirth experience. A descriptive research design was adopted within an ethnopsychopathological perspective. A questionnaire was administered to a sample of women (n = 290) distributed across 12 municipalities in Guelma Province, Algeria.

The findings revealed that postpartum care was predominantly traditional in nature (53.1%)—symptoms associated with a local cultural entity known as *Dhaybat Al-Nifâs* were reported by 28.3% of respondents. Access to professional psychological care was markedly low (3.5%). The results also indicated that spousal support was more prominent than support from the extended family or women's own self-care. Overall, postpartum care in the studied context is primarily grounded in culturally dominant ritual practices.

Keywords: *postpartum woman; postpartum care; cultural practices; mental health.*

Prise en charge des femmes en post-partum selon l'approche ethnopsychopathologique :
Étude exploratoire au sein de la wilaya de Guelma (Algérie)

Résumé : La naissance d'un enfant constitue une transition psychologique et sociale importante, particulièrement pour la mère, au cours de laquelle la femme peut traverser des transformations psychiques et symboliques allant de la déprime post-partum à des troubles plus complexes. Cette étude exploratoire vise à examiner les dimensions et les manifestations de la prise en charge des femmes en post-partum, ainsi qu'à identifier les pratiques culturelles, les modes de relations familiales et les représentations subjectives des mères concernant l'expérience de l'accouchement. L'étude a adopté un dispositif de recherche descriptif dans une perspective ethnopsychopathologique. Un questionnaire a été administré à un échantillon de femmes (n = 290) réparties dans 12 communes de la wilaya de Guelma (Algérie).

Les résultats ont révélé que la prise en charge post-partum était majoritairement de nature traditionnelle (53,1 %). Des symptômes associés à une entité culturelle locale désignée *Dhaybat Al-Nifâs* ont été rapportés par 28,3 % des répondantes. L'accès à une prise en charge psychologique professionnelle s'est avéré nettement faible (3,5 %). Les résultats ont également montré que le soutien du conjoint était plus marqué que celui de la famille élargie ou que la prise en charge personnelle de la femme. Dans l'ensemble, cette prise en charge repose principalement sur des pratiques rituelles culturellement dominantes dans le contexte étudié.

Mots clefs : *femme en post-partum ; prise en charge post-partum ; pratiques culturelles ; santé mentale*

فهرس المحتويات

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدّراسة

فهرس المحتويات 5
الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدّراسة 5
فهرس الجداول 10
فهرس الأشكال 11
فهرس دوائر نسبية 11
فهرس رسومات بيانية 11
فهرس رسومات توضيحية 11
مقدمة 12
الفصل الأوّل: الإطار المفاهيمي للبحث 17
I. إشكالية البحث 18
1) أسئلة البحث الفرعية 20
II. دوافع اختيار الموضوع 21
III. أهداف الدّراسة 21
IV. أهمية الدّراسة 22
1) الأهمية النظرية 22
2) الأهمية التطبيقية 22
V. الدّراسات السابقة 23
1) الدّراسات السابقة حول الإضطرابات النفسية بعد الولادة 23
1.1. الدّراسات الأجنبية 23
2) الدّراسات السابقة التي تناولت البعد الاثنوسيكولوجي 27
3) ملخص الدّراسات العربية 30
4) الدّراسات الجزائرية 31
5) الدّراسات السابقة التي تخص التكفل بالمرأة بعد الولادة من الناحية المؤسساتية والثقافية في الجزائر: 33
6) تعقيب على الدّراسات السابقة 34
VI. مفاهيم نظرية 36
(1 علم النفس الإثني 36
2) علم النفس الثقافي 36
3) علم النفس العابر للثقافات 36
4) مقارنة بين التخصصات 37
(5 الثقافة 38
6) التثاقف Acculturation 38
(7 المثاقفة Enculturation 38

(8 الكفاءة الثقافية :Competence cultural 38
(9 العرق..... 39
10) متلازمة الإرتباط بالثقافة Culture-bound syndromes 39
11) النُفَسَاءُ..... 39
VII. مفاهيم إجرائية 40
1) المرأة بعد الولادة..... 40
2) المرأة النُفَسَاء..... 40
3) إكتئاب ما بعد الولادة..... 40
(4 الكآبة ما بعد الولادة..... 40
5) التكفل بالمرأة بعد الولادة (الرّعاية بالمرأة بعد الولادة)..... 40
الفصل الثاني: علم النفس المرضي والمقاربة الإثنونفسومرضية 41
تمهيد 43
I. علم النفس الثقافي والطب النفس الثقافي 44
1) ماهية الثقافة 44
2) مفهوم البحث عبر الثقافات..... 44
3) أهداف علم النفس الثقافي، علم النفس العرقي، والطب النفسي ثقافي..... 44
(4 الاختلافات بين ميادين علم النفس والطب النفسي الثقافي..... 46
جدول 3: الاختلافات بين ميادين علم النفس والطب النفسي الثقافي..... 46
II. خلفية نظرية..... 46
1) مساهمات "فيغوتسكي" (Lev Vygotsky, 1934)..... 46
2) مساهمات "جيزا روهايم " (Géza Róheim,1943)..... 47
(3 مساهمات "جورج ديفرو"(George Devereux,1956)..... 48
4) مساهمات "ماري روز مورو"(Marie Rose Moro,2008)..... 49
5) مساهمات توبي ناتان(Tobie Nathan,2007) 50
III. مفاهيم في علم نفس الثقافي والإثني 51
1) التثقاف والمثاقفة..... 51
2) فقدان الهوية الثقافية أو "اقتلاعها من جذورها "..... 51
(3 تكوين الهوية العرقية..... 52
(4 الكفاءة الثقافية..... 52
IV. طرق مختلفة تساهم بها الثقافة في علم الأمراض..... 54
(1 التأثير المُسبِّب للأمراض..... 54
(2 **التأثير الإنتقائي للأمراض**..... 55
(3 التأثير المساهم في تشكيل الأمراض النفسية..... 56
4) التأثير المُعقِّدة للمرض..... 57
(5 التأثير المُسَهِّل للأمراض..... 58
6) تأثير التميّز للأمراض..... 59

(7 التأثير التفاعلي مع الأمراض..... 59
(8 جملة التأثيرات الثقافية..... 60
V. الثقافة وتصنيف الإضطرابات النفسية 61
(1 الوصمة المجتمعية والمرض النفسي..... 61
2) الدين والأمراض النفسية..... 62
3) الثقافة والإضطربات النفسية في الجزائر..... 64
الفصل الثالث: سيكولوجية المرأة الحامل..... 66
تمهيد..... 68
I. علم نفس المرأة..... 69
1. مفهوم المرأة..... 69
2. مفهوم الأمومة..... 69
4) مفهوم علم نفس المرأة " علم النفس النساء"..... 70
3. محاور الوالدية حسب " هوزل" (Houzel, 1999)..... 70
II. الحمل من الناحية البيولوجية والنفسية 72
1. وجهة النظر البيولوجية..... 72
2. وجهة النظر النفسية..... 78
III. الإضطرابات النفسية اثناء الحمل 81
1. اكتئاب ما بعد الولادة..... 81
2. ذهان ما بعد الولادة..... 83
3. اجهاد ما بعد الصدمة..... 84
4. صورة الجسم..... 85
IV. الإطار العلاجي للإضطرابات النفسية " ما حول الولادة" 85
خلاصة الفصل الثالث 87
الإطار الميداني للدّراسة 88
تمهيد..... 90
I. عينة الدّراسة الاستطلاعية..... 91
1. سيرالدراسة الاستطلاعية..... 91
I. نتائج الدّراسة الاستطلاعية..... 92
ملخص لأهم نتائج الاستبيان:..... 93
VI. الخصائص السيكومترية لأداة الدّراسة الاساسية..... 94
1. الصدق..... 94
استبيان البحث (أنظر الملحق)..... 95
2. الصدق البنائي..... 96
محور الجوانب النفسية والعاطفية 96
محور ديناميات العلاقات البين-شخصية..... 96

3. ثبات الأداة..... 96
خلاصة 97
الفصل الخامس: إجراءات الدّراسة الميدانية الأساسية..... 98
تمهيد..... 99
VII. منهج البحث..... 100
VIII.سياق الدّراسة..... 101
1) المجال المكاني..... 101
2) المجال الزماني..... 101
1. المجال البشري..... 101
2. متغيرات الدّراسة..... 101
IX. المجتمع الأصلي للدّراسة وعيّنة البحث 102
(1 العيّنة..... 102
2) توزيع العينة حسب متغيرات الدّراسة..... 103
1. توزيع العينة حسب السكن (التقسيم الإداري)..... 104
3) توزيع العينة حسب "طبيعة الولادة"..... 104
2. توزيع العينة حسب "ترتيب الولادة "..... 104
3. توزيع العينة حسب "عمل الأم"..... 105
4. توزيع العينة حسب طبيعة التكفل بعد الولادة..... 105
X. أدوات جمع البينات..... 106
XI. أساليب معالجة البيانات وتحليلها 106
1. التحليل الكمي..... 106
الإحصاء الإستدلالي..... 107
4) التحليل الكيفي..... 107
الفصل السادس : عرض ومناقشة النتائج..... 110
تمهيد..... 111
I. التحليل الكمي 112
(1 تحليل الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للمرأة بعد الولادة..... 112
1. دور الزوج في مرافقة ما حول الولادة..... 114
(2 تحليل أنماط التكفل بعد الولادة والتقرير الذاتي للإصابة باكتئاب ما بعد الولادة..... 116
2. تحليل الاستبيان..... 118
II. التحليل الإحصائي الاستدلالي..... 125
(1 تحليل الفروق في طبيعة الولادة بدلالة السن..... 125
(2 تحليل الفروق في طبيعة الولادة بدلالة ترتيب الولادة..... 125
1. تحليل الانحدار اللوجستي الثنائي حول تأثير "العمر"على احتمال ظهور اكتئاب ما بعد الولادة..... 126
I. التحليل الكيفي 127
1. تحليل استجابة المرأة بعد الولادة..... 127

2. تحليل استجابة المشاركات في السؤال المفتوح حول اضافات يردون الإدلاء بها حول تجربتهن.....133
3. تحليل استجابة المشاركات في السؤال المفتوح حول الممّارسات السلبية في تجربتهن.....138
4. تحليل استجابة المشاركات في السؤال المفتوح حول التجربة سلبية ام إيجابية.....141
III. مناقشة النتائج.....143
1. مناقشة التساؤل الأول.....143
2. مناقشة التساؤل الثاني.....144
3. مناقشة التساؤل الثالث.....145
IV. إضافة البحث بالنسبة للدراسات السابقة والتطلعات المستقبلية.....150
خاتمة.....151
توصيات.....152

فهرس الجداول

جدول 1: ملخص للدراسات عربية 30
جدول 2: أوجه بعض التخصصات 37
جدول 3: الاختلافات بين ميادين علم النفس والطب النفسي الثقافي 46
جدول 4: ملخص للتأثيرات الثقافية 60
جدول 5: فروق بين النموذج الإسلامي ونموذج علم النفس التقليدي 63
جدول 6: ملخص عن الثلاثي الأول 73
جدول 7: ملخص عن الثلاثي الثاني 74
جدول 8: ملخص عن الثلاثي الثاني 75
جدول 9: أعراض إكتئاب ما بعد الولادة 82
جدول 10: نتائج الدّراسة الاستطلاعية 92
جدول 11: التحليل الإحصائي للدّراسة الاستطلاعية 93
جدول 12: قائمة المحكمين 95
جدول13 : الاتساق الداخلي لأبعاد الاستبيان 96
جدول 14: تحليل مؤشرات الثبات 96
جدول 15: توزيع العينة العشوائية الطبقية 103
جدول 16: توزيع العينة حسب العمر 103
جدول 17: توزيع العينة حسب السكن 104
جدول 18: توزيع العينة حسب طبيعة الولادة 104
جدول 19 : توزيع العينة حسب ترتيب الولادة 104
جدول 20 : توزيع العينة عمل الأم 105
جدول 21 : توزيع العينة طبيعة التكفل بعد الولادة 105
جدول 22: الخصائص العامة للأمهات من حيث ترتيب الولادة، العمل، مكان السكن، والتخطيط للحمل 112
جدول 23: توزيع الاستجابات دعم الزوج أثناء وبعد الولادة 115
جدول 24: توزيع نوع التكفل ما بعد الولادة والتقرير الذاتي بوجود ذيبة النفاس لدى النساء 116
جدول 25 : تحليل إحصائي للوسيط والمتوسط 118
جدول 26: التحليل الإحصائي للوسيط والمتوسط والانحراف المعياري والدلالة 120
جدول 27: التحليل الإحصائي للوسيط والمتوسط والانحراف المعياري ودلالة المؤشرات 122
جدول 28: التحليل الإحصائي للوسيط والمتوسط والانحراف المعياري ودلالة المؤشرات 123
جدول 29: التحليل الإحصائي للوسيط والمتوسط والانحراف المعياري ودلالة المؤشرات 124
جدول 30: تحليل الانحدار الثنائي حول تأثير "العمر"على احتمال ظهور اكتئاب ما بعد الولادة 126
جدول 31: توزيع الرموز والتمراراتهم والنسب المئوية لتوزيع الاستجابات 127
جدول 32: توزيع الرموز والتمراراتهم والنسب المئوية لتوزيع الاستجابات 133
جدول 33: توزيع الرموز والتمراراتهم والنسب المئوية لتوزيع الاستجابات 138
جدول 34: توزيع الرموز والتمراراتهم والنسب المئوية لتوزيع الاستجابات 141

فهرس الأشكال

شكل 1: ملخص عن الدّراسات السابقة..... 35
شكل 2: مستويات البحث في علم وطب النفس الثقافي..... 45

فهرس دوائر نسبية

دائرة نسبية 1: توزيع الرموز بالنسب المئوية 129
دائرة نسبية 2: برنامج MAXQDA يمثل توزيع الرموز بالنسبة المئوية.....135
دائرة نسبية 3: توزيع الرموز بالنسب المئوية 137

فهرس رسومات بيانية

رسم بياني 1: تحليل وصفي للمعتقدات الثقافية والنفسية حول علاجات ما بعد الولادة لدى أفراد العيّنة 93
رسم بياني 2: بواسطة برنامج MAXQDA يمثل توزيع وحجم تكرارات استجابات المشاركات.....130
رسم بياني 3: بواسطة برنامج MAXQDA يمثل توزيع وحجم تكرارات استجابات المشاركات.....131
رسم بياني 4: بواسطة برنامج MAXQDA يمثل توزيع وحجم تكرارات استجابات المشاركات.....132
رسم بياني 5: بواسطة برنامج MAXQDA يمثل توزيع وحجم تكرارات استجابات المشاركات.....132
رسم بياني 6: بواسطة برنامج MAXQDA يمثل توزيع وحجم تكرارات استجابات المشاركات.....136
رسم بياني 7: بواسطة برنامج MAXQDA يمثل توزيع الرموز بالنسبة المئوية.....139
رسم بياني 8: بواسطة برنامج MAXQDA يمثل توزيع وحجم تكرارات استجابات المشاركات.....140
رسم بياني 9: بواسطة برنامج MAXQDA يمثل توزيع وحجم تكرارات استجابات المشاركات.....142

فهرس رسومات توضيحية

رسم توضيحي 1: سحابة الكلمات " بواسطة برنامج MAXQDA يمثل توزيع حجم تكرارات استجابات المشاركات.....129
رسم توضيحي 2: سحابة الكلمات "بواسطة برنامج MAXQDA يمثل توزيع وحجم تكرارات استجابات المشاركات.....135
رسم توضيحي 3: سحابة الكلمات "بواسطة برنامج MAXQDA يمثل توزيع وحجم تكرارات استجابات المشاركات.....140

مقدمة

من بين أهم الوضعيات النفسية التي قد تعيشها المرأة، وضعية الأمومة بوصفها تجربة إنسانية معقدةعلى الرغم انها حدث مفرح لمعظم الأمهات، غير أنّ بعض النساء تواجه صعوبات مرتبطة بهده المرحلة، فالحدث "أنّ تصبح أمّا" ليس مجرد حدثا جسديا وعاطفيا فحسب، بل هو وضعية جديدة تفرض تغييرات في نسق العائلة وفي التمثيل النفسي للمرأة، إذ تحتاج لإعادة تكييف عاطفي وديناميكي داخل الأسرة.

الولادة بمثابة حدث رمزي ينقل المرأة من وضعية المرأة إلى الأم. قد لا يكون التغيير في الدور أو في هذا التمثيل الرمزي تغييرا سلسا بين التمثلات، ممّا يحدث جملة من الإضطرابات النفسية التي تكون في مرحلة ماقبل الولادة أو بعدها[1]. تجربة الولادة قد تمر بإختلاف الحلات على مجموعة من المراحل التي تختلف، منها الولادة العسيرة او القيصرية او حتى وفاة الجنين و هذا ما يترتب عنه اثار نفسية صعبة قد لا تتخطاها المرأة بمفردها.

لا شك أنّ الصّحة النفسية للمرأة الحامل والرّعاية الصّحية الإنجابية تختلف حسب المعايير الثقافية والعوامل السوسيو-اقتصادية (دوس وبعيط، 2024)، في حين أنّ الولادة في حدّ ذاتها كحدث مفصلي في حياة الأم والأسرة بأكملها قد تمر بمراحل متجاذبة تتراوح بين الكآبة بعد الولادة، المسماة بـ "البيبي بلوز" (*Baby Blues*)، والتي تمتد من الولادة حتى أسبوعين ثم تتخطى الأم هذه الكآبة النسبية التي مردّها (فسيولوجي) التغييرات الهرمونية، في حين البعض الآخر قد يتطور الوضع إلى اكتئاب ما بعد الولادة عند عدم تخطي هذه التغييرات المزاجية لأكثر من أسبوعين، وهذا ما قد يؤثر على الصّحة النفسية للأم وعلى الطفل والأسرة بصفة عامة. (قوفي وبن موفق، 2021)

تشير الإحصائيات حول صّحة المرأة بعد الولادة إلى التأثير الذي يجدر اخذه بعين الإعتبار بحيث تشير تقارير منظمة الصّحة العالمية(WHO[2]) إلى أنّ الاكتئاب يمثل 10% من مشكلات الصّحة العقلية التي تواجهها الأمهات و13% من مشكلات الأمهات اللولاتي يخضن تجربة الولادة لأول مرة. أمّا في البلدان النامية، فإنّ المعدلات تصل إلى 15. 6% أثناء الحمل و19. 8% بعد الولادة .(2024) WHO

من جهة اخرى إنّ الأعراض الناتجة عن الولادة تتجاوز الألم الجسدي لتشمل إجهادًا واضطرابات في نوم و انخفاض في الأداء اليومي، وقد تتطور لدى نسبة معتبرة إلى واضطرابات القلق أو اضطراب ما بعد الصدمة، مع اثار طويلة المدى على العلاقة أم-طفل ، ونموّ الطفل (O'Hara & McCabe, 2013).

---

[1] *Prénatale et postnatale* (ما قبل الولادة وما بعد الولادة)
Prenatal and postnatal (eng)

[2] WHO: the world health organization (OMS: *organisation mondiale de la santé*) (*Maternal Mental Health*, 2024)

لذلك، تحتاج المرأة إلى مزيج من الدعم الطبيّ والدعم النفسي الإجتماعي(Howard & Khalifeh, 2020).

العديد من الإضطرابات النفسية قد تظهر على سبيل المثال: اكتئاب ما بعد الولادة، اضطراب ما بعد الصدمة، اضطراب الهلع، تختلف الإستجابة حسب الخلفية الفردية لكل حالة ممّا قد يجعل للثقافة والمعاش النفسي في خضم هذه الأخيرة محدد من محددات الباثولوجيا النفسية.

عبر الثقافات تطورت أنظمة رعاية ما بعد الولادة تقليدية (*postpartum confinement*) ،الجلوس للشهر في الدول العربية و حتى غير العربية، على سبيل المثال يُطلق على شهر ما بعد الولادة في الصين اسم "زو يوزي"(Zuo yuezi)، وهو مرتبط بمجموعة متنوعة من المعتقدات والممارسات التقليدية. وشمل هذا الشهر: احتياطات غذائية، مثل تناول المزيد من الطعام وتجنب الأطعمة الباردة؛ واحتياطات سلوكية، مثل البقاء داخل المنزل وتجنب الأعمال المنزلية والحد من الزيارات؛ واحتياطات صحية، مثل الحد من الاستحمام وتنظيف الأسنان، وممارسات مرتبطة بتغذية الرضع، وإعطاء الرضيع عشبة زهر العسل[1]. (Raven et al., 2007)

من جهة اخرى في نيجيريا والعديد من دول أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حيث يعاني معظم السكان من الفقر وعدم القدرة على تحمل تكاليف الرعاية الصحية بعد الولادة، تعتمد الأمهات المرضعات بشكل أساسي على أمهاتهن أو قريباتهن الأكبر سنًا في رعاية ما بعد الولادة، والتي تُعرف باسم "أوموغوي" (Ọmụgwọ).(Iwuagwu, 2023)

هذه الممارسات قد تؤمّن لشهور ما بعد الولادة دعمًا عمليًا ومساندة عاطفية تقلّل من التعب النفسي، لكنها قد تكون أيضًا مصدرًا للضغط أو حاجزًا للوصول إلى رعاية طبية معاصرة متى احتاجت الأم لذلك، بعبارة أخرى، الممارسة الشعبية يمكن أن تكون ميسرة أو معقّدة لمسارات الشفاء، وذلك حسب نوع الممارسة و شدت الإلتزام بها.من منظورٍ تاريخي ونظري، انطلق الاهتمام بالاضطرابات النفسية المرتبطة بالحمل والولادة بفضل التوصيف المبكر لهذه الحالات إلى أعمال "لويس-فيكتور مارسيه " Louis-Victor Marcé[2] التي وثّقت ملاحظات سريرية على الذهانات النفسية المرتبطة بفترة الحمل والنفاس.(Trede et al., 2009)

كما يعود له الفضل في تأسيس مجال حديث في الطب النفسي: "ما قبل الولادة "[3]. في منتصف القرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر، وبدأت نظريات وتوصيفات للتشوهات النفسية في مرحلة النُفاس[4] في

---

[1] يعد مستخلص زهرة زهر العسل *أحد أكثر الأعشاب استخدامًا في الطب الصيني التقليدي*. يمكن استخدام هذا المستخلص ايضا في علاج أمراض الرئة والمعدة والأمعاء والكبد والقلب.

[2] طبيب نفسي فرنسي ، أحد طلاب إسكيرول، هو من كتب أول عمل - والذي ظلّ لفترة طويلة العمل الوحيد - حول هذا موضوع ذهان ما بعد الولادة عام 1858 .

[3] *Prenatal psychiatry* (الطبّ النفسي ما قبلَ الولادة)

[4] *Puerperal* (ما بعد الولادة)

الانتشار. ومع ذلك، نظرًا للعدد الكبير من النساء اللاتي يلدن في المنزل، فقد تم استبعاد تقديرات دقيقة لانتشار الأمراض النفسية، فيما بعد بجامعة باريس (1856)، حيث تمّ نشر مقالات عن الأمراض العقلية لدى النساء الحوامل قبل وبعد الولادة. (Cox, 2021)

توسعت بعد ذلك الدّراسات في علم النفس عموما، وفي علم نفس المرأة خاصة، ما فتئ الباحثون في دراسة علاقة المرأة بمختلف أدوارها -بنت، أخت، زوجة، أم- مع محيطها سواءا الأسري المقرب أو الأبعد

بدأت الدّراسة في هذا المجال سنة (1924) من خلال نشر كتابين في سياق التحليل النفسي: كتاب "التناقض بين الأطفال[1]"لـ"غوستاف هانز جرابر" (Gustav Hans Graber)وكتاب "صدمة الولادة[2]" لـ"أوتو رانك" (1924) Otto Rank ، وللمرة الأولى، انعكست الأصول قبل الولادة وبعدها للمكونات الأساسية لتفردنا[3].

حيث يلخص "رانك" نظريته حول "صدمة الولادة"، والتي تنص على أنّ دخولنا إلى العالم مرتبط بتجارب أساسية من التهديد والبقاء وكذلك الخسارة والانفصال. ومع ذلك، فإنّ الولادة تمثل عالمًا مكتسبًا وعالمًا مفقودًا - عالم الحياة قبل الولادة. في حين أولى "جرابر" اهتمامًا خاصًا لهذه المسألة، حيث أعطى الأولوية لهذا العنصر، نستنتج من هذا وجهات نظره المتضاربة تجاه العالم الخارجي.

إننا نبحث دائمًا عن بديل لأننا عاجزون وغير مستعدين عندما نولد. في البداية، نجد هذا البديل في رعاية والدينا، الذين يوفرون الحمل والدفء والرّعاية. يضمن هذا التعويض بقاءنا في العالم. لاحقًا، وترتبط هذه الحاجة الوقائية بآبائنا فضلا عن البيئة الثقافية التي ولدنا فيها.

إنّ الحديث عن الولادة يجرنا إلى المرحلة الجنينية كحاجة وقائية، وقد مثّلها البعض في أساطيرنا. [4] كتولي الأب دور الأب السماوي والكوني[5]. بغرض تعويض العالم المفقودأي " رحم الأم". ويرى المجتمع والثقافة الموطن الروحي للفرد[6]، ولهذا السبب يكرّس الإنسان جسده وحياته لهما.

وهنا يتضح أنّ علم النفس ما قبل الولادة لا يتعامل فقط مع علم النفس الفردي، بل يتعامل دائمًا مع علم النفس الثقافي. (Sáenz-Herrero, 2019a) بدايات الإهتمام بهذه العلاقة [7]كانت سببا في ظهور "علم النفس الإثني".

---

[1] The Ambivalence of the Child - Die Ambivalenz des Kindes (1924)

[2] Trauma of Birth - *Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse*

[3] Basal elements of our individuality (اي مجموعة الخصائص التي تميزنا عن الأخر)

[4]منقول عن جرابر " حسب معتقداته"

[5] The heavenly and cosmic Father

[6] Mystical home

[7] الإنسان، البيئة، الثقافة والمجتمع

وبالمقابل تعد الورقة البحثية التي قدّمها ديفرو(1965) Devereux[1] بعنوان : "*أصول الفصام أو الفصام دون دموع*" حيث ينتقد فيها النموذج الطبي الحيوي والتمادي في التفسير البيولوجي للفصام، ويرى أنّ المرض بناءا اجتماعيا، متأثرا بضغوط وتوترات المجتمع الغربي المعاصر، بدلاً من الاعتماد على أسباب بيولوجية أو وراثية. ويشير إلى "*الفصام الجماعي*[2]" (1965) الذي يتمثل في الأعراض المتكررة والشائعة في المجتمع، على انها انعكاس لمشاكل مجتمعية أكبر.

لقد تأثر الطب النفسي بشكل كبير بعمل"ديفرو"، الذي أثار مناقشات حول الدور الذي تلعبه التأثيرات الاجتماعية في المرض العقلي، على الرغم من أنّ نظرياته كانت تُنظر إليها في البداية بريبة، إلا أنّها ساعدت في تشكيل نماذج بيولوجية نفسية-اجتماعية، والتي تسلط الضوء على تفاعل المتغيرات الاجتماعية والنفسية والبيولوجية مع الصّحة العقلية. فيما يتعلق بالثقافة، يمكن اعتبارها بمثابة نظام برمجي يؤثر على الحياة النفسية للأفراد. وفقًا لهوفستد، (Hofstede, 2001) الثقافة تُعد نوعًا من "البرمجة العقلية الجماعية" التي تميز مجموعة معينة عن غيرها. يتم تبادل هذه البرمجة وتعليمها من خلال التفاعل في بيئة اجتماعية محددة، وتعتبر جزءًا من عملية التنشئة الاجتماعي.

يشير "تريانديس[3]" (Triandis, 1973) إلى أنّ الثقافة لا تنتقل بالوراثة، بل تُكتسب من خلال التعرّض لبيئة جسدية ونفسية واجتماعية معينة، ممّا يساهم في تشكيل تصورات الأفراد وسلوكياتهم.

فالعوامل البيئية والتاريخية والجغرافية والاقتصادية يمكن أنّ تؤثر على هذا التنوع، ممّا يؤدي إلى تباين وجهات النظر عبر مختلف المجموعات الثقافية. (Salzman, 2018a, p. 4) على غرار تحديثات البرامج في تكنولوجيا الكمبيوتر، تعد التعديلات الثقافية ضرورية لتلبية المتطلبات الخارجية.

فما يميز الإنسان هو الدور المحوري للثقافة في تشكيل هويته وسلوكه، بما في ذلك العادات والتقاليد، تعد عوامل أساسية تؤثر بشكل مباشر على تجربة الفرد النفسية.

العديد من النتائج في مختلف العلوم الإجتماعية والإنسانية التي تناولت موضوع علاقة الإنسان بمحيطه ثم العلاقة بين-الشخصية، على غرار الأنثربولوجيا العامة والثقافية، علم النفس التحليلي وعلم النفس التحليلي الإثني، علم نفس الثقافي والعابر للثقافات، وتخصصات أخرى عديدة لاتزال لليوم تبحث في موضوع الإنسان-الثقافة-البيئة، اكدت من جهة، على العلاقة المباشرة للإنسان مع محيطه وتأثره على مستويات مختلفة نفسية وعضوية.

---

[1] Origins of Schizophrénia or Schizophrénia without tears

[2] Mass Schizophrenia

[3] هاري سي. تريانديس(Harry C. Triandis, 1926–2019) يُعتبر من الروّاد الكبار في مجال علم النفس العابر للثقافات عمل أستاذًا في جامعة إلينوي بالولايات المتحدة. من بين اهم مفاهيمه : الفردية مقابل الجماعية individualism vs. Collectivism

من هذا المنطلق تتضح الحاجة إلى دراسة أسباب وطرائق التكفّل بالمرأة النفساء لإكتشاف أي ممارسات تدعم الشفاء، و تعزز الصحة النفسية للمرأة، و أيها تعيق الكشف المبكر عن الأعراض ، وكيف يمكن تكييف الرعاية النفسية والطبية لتكون أكثر قبولًا وفعالية داخل خصوصية كل ثقافة وسياق .

في الجزائر، تلعب الثقافة والعادات والتقاليد دورا هاما في تحديد الإستجابة للإضطرابات النفسية سواءا من ناحية الإعتراف بالمرض النفسي إلى كيفية التعامل مع الأعراض النفسية المختلفة. (فطاس وبن احمد، 2018) في ما يخص التمثلات الشعبية للمرض النفسي يوجد بعض الدّراسات على غرار (Ennahar TV, 2019; *الطقوس والممارسات المرافقة للمولود الجديد بقصبة الجزائر*, 2023; براهم, 2018; بن احمد, 2011; بن مبارك & مقلاتي, 2020; بوحفص & جهيدة, 2023; دبوشة, 2020; فطاس & بن احمد, 2018مقلا ;btي & بشقه, 2020(التي تناولت الموضوع على قلتها، تنوعت الدّراسات نفسية واجتماعية وانثربولوجية، لكن تكاد تنعدم (حتى لا نقول منعدمة) دراسات نفسية اثنية وثقافية تناولت خصوصية الثقافة وتأثيرها على الإستجابة للمرض النفسي للمرأة بعد الولادة، وبهذا سنحاول من خلال دراستنا الإستكشافية، البحث تحديدا في كيفية التكفل بالمرأة بعد الولادة وفق المقاربة الإثنو-نفسومرضية.

في هذا الصدد، سوف نخصص في دراستنا جانبا نظريا يحتوي فصلا للإطار المفاهيمي للدّراسة وفصلين، آخرين حول علم النفس الإثني والثقافي وسيكولوجية المرأة والإضطرابات النفسية ما بعد الحمل على الترتيب. الجانب الميداني بثلاثة فصول، الأوّل للدّراسة الإستطلاعية، الثاني يختص بإجراءات الدّراسة، و الأخير يتناول النتائج و مناقشتها، ثم نختم بالتوصيات.

الفصل الأوّل: الإطار المفاهيمي للبحث

I. إشكالية البحث

تُشكّل صحة المرأة ركيزة أساسية في صحة الأسرة و المجتمع، لاسيما خلال سنوات الإنجاب حيث تتقاطع تغييرات جسدية، هرمونية، فسيولوجية. و موازاة لذلك تطرأ تغييرات على المستوى النفسي و الرمزي ابتداءا من تجربة المرأة و دورها الإجتماعي. تراكمت خلال ثلاث عقود الماضية معرفة علمية حول الصحة النفسية للمرأة، ثم تخصصت اكثر للوصول الى المرأة كجنس (sex)او جندر [1](gender) سعيا لفهم الفوارق الظاهرة و البينية في التعبير عن الاضطرابات و التكفل بها.

في الحقيقة الاضطرابات النفسية تؤثر على الرجال والنساء على حد سواء، غير أن بعض الإختلافات بين الجنسين بارزة في أعراض هذه الاضطرابات النفسية ومسارها حيث تتداخل آليات مثل التنشئة الاجتماعية، والإجهاد المحيط بالولادة، والتغييرات الهرمونية، و العوامل الجينية، والضغوط النفسية والاجتماعية مع نشاط الدماغ ومحور الاستجابة للإجهاد. (Rennó et al., 2020a)

وتُشكل البيئة الهرمونية[2] خلال سنوات الإنجاب، وخاصةً خلال فترات الانتقال مثل فترة ما قبل الحيض، وفترة ما حول الولادة، وسن اليأس، تحديات للنساء الأكثر عرضة للخطر، و تؤثر سلبا في المزاج والسلوك وآليات التكيف و تزيد من الهشاشة النفسية.

بالنسبة لعدد كبير من النساء، قد تكون تجربة الولادة لحظة من المعاناة و الخجل، وذلك بسبب الأعراض العاطفية و الاكتئابية، بالنظر الى المعتقدات الذاتية والثقافية و ايضا حسب تجربة الحمل و الولادة و ما حولها من افكار. في حين تتزايد المعرفة الطبية بفسيولوجيا الحمل والولادة و الأمراض المصاحبة لها، و في توسع دائم نرى ان الجانب النفسي لا يزال غير متعمق و شامل، خاصة في البيئة العربية و الجزائرية.

كما ان المقاربات النفسية غالبا عند التعامل مع الصحة النفسية للمرأة بعد الولادة تكون ذات منحى فردي او بيولوجي [3] فحسب .

[1] حسب الأدبيات الغربية الجنس يشير الى الجانب البيولوجي و الجندر الى الدور الإجتماعي للفرد اي جندر المرأة مكتسب من المجتمع و الثقافة. (أنظر نظرية النوع في بَهتان (2021)

[2] ارتبط اختلال محور الغدة النخامية والغدة الكظرية Hypothalamic–Pituitary–Adrenal axis (HPA) بتطور اضطرابات المزاج، حيث تعزز الهرمونات الجنسية مجموعة واسعة من الاستجابات والتأثيرات تنتشر مستقبلات هرمون الإستروجين على نطاق واسع في جميع أنحاء الدماغ .

[3] نقصد هنا ان جل الدراسات السابقة في حدود بحثنا وجدنا انها ذات توجه سيكاتري اكثر اي تعتمد مقاربة ايتيولوجية طبية " اي اختلال في النواقل العصبية "

فالاكتئاب يعد مشكلة صحية عامة مهمة تؤثر بشكل عميق على النساء أثناء الحمل و بعده،بحيث يؤثر اكتئاب ما بعد الولادة على ما يقرب من 10-20٪ من النساء بعد الولادة عبر العالم، ويتأثر معدل انتشاره بالعوامل الوراثية والهرمونية والنفسية والاجتماعية والبيئية(Khamidullina et al., 2025[1]) .

يظهر الاكتئاب قبل الولادة[2] كمرحلة مبكرة تشكل مخاطر مباشرة على صحة كل من الأم والجنين، مثل انخفاض الرعاية الذاتية و الولادة المبكرة، و قد يتطور الأمر الى إكتئاب ما بعد الولادة[3].

عند مناقشة التكفل النفسي عموما و إكتئاب ما بعد الولادة خاصة ، ننساق الى شرح الإضطراب بمقاربة سببية عضوية و ممكن غربية اكثر ، دون مراعات السياق الثقافي و الإجتماعي الذي يخص كل مجتمع او عرق او فرد، خاصة في السياق الجزائري حيث لا يمكن فصل تجربة النفاس عن سياقها الثقافي ، فالممارسات الشعبية والتمثّلات الإجتماعية و الثقافية تلعب دورا في تشكيل كيفية فهم الأعراض، طرق المواجهة، ومسارات البحث عن العلاج. الطقوس الغذائية، وطقوس الرعاية تمنح معاني متباينة قد تكون داعمة في بعض الحالات و مقيدة ومسببة لضغط في حالات أخرى.

في نطاق الأدبيات الجزائرية المتاحة، لا توجد دراسة وبائية تناولت الصّحة النفسية للمرأة بعد الولادة، في الأدبيات النفسية أو الإحصائيات الرسمية، اقتصرت أغلب الدّراسات على اكتئاب ما بعد الولادة،

على غرار (اسحيري, 2021; بلبكاي و فراحتته, 2023; بوزار و جعلاب, 2018; حمر العين, a2021 ;سحيري, a2011 ;قوفي و بن موفق, 2021) اقتصرت على دراسة حالة لإكتئاب ما بعد الولادة مع متغيرات أخرى. أفضت دراسة (حمر العين، 2021[4]) إلى أنّ الحمل غير المرغوب فيه سبب من أسباب ظهور اكتئاب ما بعد الولادة، فضلا عن الظروف المهنية والشعور بعدم القدرة على رعاية الأولاد. فالحمل يؤثّر في ظهور الإكتئاب ، كما أشارت إليه الدّراسات السابقة.

يبدو لنا أن السياسات الصّحية لوزارة الصّحة تفتقد للتطبيق المحكم بالنسبة لمنهجية التشخيص والتكفل باكتئاب ما بعد الولادة (سحيري، 2011)، والإضطرابات النفسية بعد الولادة عموما، كما أنّ العوامل الثقافية من بين المنسيات في التعامل مع المرأة الحامل التي تعاني من أعراض نفسية.

[1] Department of Obstetrics and Gynecology, NJSC "Astana Medical University"

[2] *Prenatal depression* (الاكتئاب ما قبل الولادة)

[3] *Postpartum depression* (الإكتئاب ما بعد الولادة)

[4] حمر العين نور الدين استاذ في علم النفس جامعة محمد خيضر بسكرة الجزائر .

يكمن الإشكال في نظرنا في الوقت الحالي[1] إلى عدم الأخذ بعين الإعتبار الجانب الثقافي والإثني في التعامل مع المرض النفسي تحديدا،

من جهة أخرى، في حدود بحثنا وجدنا فجوة واضحة في الدراسات النوعية المحلية التي تكشف البُنى الرمزية والتمثّلات الثقافية المرتبطة بفترة النفاس (طقوس، ممارسات غذائية، مفاهيم الوصم الإجتماعي او اثر التدين) وبهذا اردنا البحث في كل الجانب الاثنونفسو مرضي الذي يخص المرأة بعد الولادة في بيئة جزائرية .

من خلال الدّراسة في محيط البيئة الجزائرية عموما والمحلية لولاية قالمة خصوصا، نريد الكشف عن العوامل الثقافية المرافقة لمرحلة ما بعد الولادة. لا سيما سبل **التكفل بالمرأة بعد الولادة الأولى من وجهة نظر المقاربة الإثنونفسو-مرضية. أي المعتقدات والممارسات التقليدية، وديناميات الأسرة، ومدى تأثيراتها في التكفل بالمرأة ما بعد الولادة الأولى لتتجنب أو لتعفى من حالة الكآبة (تأثيراتها على صحّتها السيكولوجية).**

1) أسئلة البحث الفرعية

الدّراسة استكشافية تفرض محاولة الكشف عن المواضيع قيد الدّراسة الموضّحة في الأسئلة التالية:

1.1 ما هي العادات والمعتقدات الثقافية المحلية السائدة في قالمة، وكيف تؤثر في التكفل بالمرأة ما بعد الولادة والخروج من حالة الكآبة؟

2.1 ما هي أنماط العلاقات الاسرية المؤثرة في التكفل النفسي للمرأة ما بعد الولادة ؟

3.1 ما هي التمثلات النفسية للمرأة ما بعد الولادة حول التكفل المعاش؟

[1] ما بعد الدليل الإحصائي والتشخيصي للإضطرابات النفسية الخامس، 2013

II. دو افع اختيار الموضوع

يؤكّـد بعـض البـاحثين (Hendrick,2006) أنّ النسـاء بـين سـن 18 و45 سـنة أكثـر عرضـة للإصـابة بالاضـطرابات النفسـية. تُعتبر هـذه الفترة الزمنيـة أهـم مرحلـة في حيـاة المـرأة مـن الناحيـة النفسـية، نظـراً لأنهـا مرحلة الخصوبة. لـذا، فإنّ الاهتمام بصّحة المرأة النفسية بصفة عامة، وخاصة الأم، يعد استثمار في العائلة بأكملها، لما لها من دور محوري في المجتمع (إنجاب وتربية، وتعليم النشء،...الخ).

تُظهر الأدبيات النفسية أنّ النمو الجسدي والعاطفي والاجتماعي للطفل يعتمد على الصّحة العاطفية لكلا الوالدين. (Westall & Liamputtong, 2011) وتأثير اكتئاب ما بعد الولادة على الأم يمكن أنّ يؤثر على الطفل والزوج معًا. فركّزنا اهتمامنا على دراسة هذه الفئة أو العينة (التكفل ما بعد الولادة الأولى) من زاوية العوامل الثقافية والإثنية على الصّحة النفسية للأم ولمحيطها. أو ما يُعرف بالجانب ***الإثنوسيكولوجي***. في هذا الصدد، تُظهر الأدبيات في علم النفس الثقافي أنّ الثقافة لها تأثير عميق على تصور ومعالجة الأمراض النفسية.

على سبيل المثال لا الحصر، يوضح "سينج" (2001)Tseng أنّ الثقافة تشكل الطريقة التي يُفهم بها المرض النفسي ويُعالج. نتفق مع بن سماعيل (1990) الذي يرى أنّ الثقافة في الجزائر تلعب دورًا هامًا في تفسير الأسباب المرضية. إذ توجد منظومتان في تصور المرض في الثقافة الجزائرية: **الأولى** تتعلق بتصورات العائلة والعادات والتقاليد، **والثانية** تتعلق بالتفسير العلمي للطبيب. كما أوضح البعض (Kagitibasi, 2014) أنّ الفروق الثقافية تؤثر على الطريقة التي يتفاعل بها الأفراد مع الأمراض النفسية وطلبهم للمساعدة. لذا، يجد المريض النفسي في الجزائر نفسه أمام تفسيرات مزدوجة في نفس الثقافة، ممّا يعقد عملية الفهم والعلاج. (بن مبارك ومقلاتي، 2020)

هذا ما دفع بنا للبحث مرة أخرى في الجانب الثقافي-الإثني في الجزائر ومحاولة للكشف عن المنظومة الثقافية وعلاقتها بالصّحة النفسية للمرأة بعد الولادة.

III. أهداف الدّراسة

تهدف هذه الدّراسة إلى :

- دراسة استكشافية (للجوانب التي لم يتم معالجتها) للممّارسات وللمعتقدات وتجارب التكفل بالنساء ما بعد الولادة في ولاية قالمة (الجزائر).
- الكشف عن أهم العوامل الثقافية المحدّدة التي تؤثر على هذه الممّارسات، بما في ذلك دور الأسرة، المعالجة التقليدية ونظام الرّعاية الصّحية العمومي.

- استكشاف العادات والمعتقدات الثقافية المحلية السائدة في ولاية قالمة(الجزائر) فيما يتعلق بالتكفل بالمرأة بعد الولادة. لأجل فهم أعمق للسياق الثقافي المحيط بالتكفل والرّعاية بعد الولادة.
- استكشاف مدى أهمية المعتقدات والتقاليد الثقافية على ممّارسات التكفل بعد الولادة.
- استكشاف مدى أهمية العلاقات الأسرية في رعاية المرأة ما بعد الولادة.
- استكشاف طبيعة تصورات الأمهات حول احتياجاتهن ومدى رضاهن عن التكفل ما بعد الولادة.

IV. أهمية الدّراسة

1) الأهمية النظرية

تكمن الأهمية النظرية لدراستنا في اعطاء دفعة أخرى ومتجددة في الإهتمام بعلم النفس الإثني، الثقافي، العابر للثقافات، التي بدأت بوادرها في الجزائر من بدايات الطب النفسي للمستعمرات[1] بريادة "فرانز فانون" *Fanon F* ثم بعد الاستقلال بن اسماعيل وآخرون، فضلا عن الدراسات الثقافية والتثاقفية لِـ"طوالبي".

ممّا لا شك فيه أنّ للثقافة والعادات والتقاليد دور أكبر بكثير من التصورات الذهنية النمطية السائدة. ردًّا على الاعتقاد السائد بأنّ الثقافة جزء بسيط من الأنشطة الفرعية في حياة الإنسان.

للثقافة تأثيرات عميقة تتجاوز حدود الحياة اليومية، إذ يمكن أنّ تؤثر حتّى على نمط الأمراض العضوية التي تصيب المجتمعات، وكذلك على المجموعات الإثنية المختلفة داخل نفس البلد، وصولاً إلى الأقليات العرقية. (Dinesh & Kamaldeep, 2007, p. 73)، وقد تتدخل الثقافة والإثنيات في تبيان الجانب النفسي الذي من خلاله يمكن تحديد طبيعة الإضطراب وكل التمظهرات الممكنة. وبهذا فأهمية دراستنا (*في إطار استكشاف أهم العوامل السببية أو العلاجية المحدّدة لطبيعة الإضطرابات المصاحبة للولادة الأولى تباعا لخصائص المجتمع الجزائري الثقافية والإثنية في التكفل*) تكمن في وضع استراتيجيات وبرامج ثقافية صحّية للنفساء.

2) الأهمية التطبيقية

- تطبيقات علم النفس الإثني، الثقافي، عبر الثقافي، تفيد في فهم الجوانب الثقافية للإضطرابات النفسية.
- تعتبر الدّراسة بداية ومقدمة لدراسات أخرى لاحقة تهتم بصّحة المرأة وطريقة التكفل المثلى بعد الولادة.
- ستساعد هذه الدّراسة في تصميم برامج تعليمية "ومناهج في التربية العلاجية" للنفساء.
- الحد من وصمة العار في المجتمع بسبب طلب المساعدة والعلاج النفسي.
- تعزز الدّراسة من سلوكيات طلب المساعدة.

[1] الطب النفسي للمستعمرات *Colonial Psychiatry* أثناء الاستعمار الفرنسي بدءًا من القرنين التاسع عشر والعشرين. حيث ارتكز على تطوير المعتقدات المتعلقة بالمرض العقلي الذي يقتصر على السكان المستعمَرين، إلى جانب الصحة العقلية لهؤلاء السكان.

V. الدّراسات السابقة

اعتمدنا في الدّراسات السابقة على تقسيمها إلى مجالات: الأول الدّراسات التي تخص الإضطرابات النفسية ما بعد الولادة بالترتيب التالي الدّراسات الأجنبية ثم العربية ثم الجزائرية. المجال الثاني الدّراسات السابقة التي تناولت الجانب الأثنوسيكولوجي ثم المجال الثالث التي تخص التكفل بالمرأة بعد الولادة من الناحية المؤسساتية[1] والثقافية في الجزائر ، من الجدير بالذكر الى اننا لم نجد دراسة تناولت المتغيرين معا .

1) الدّراسات السابقة حول الإضطربات النفسية بعد الولادة

1. 1. الدّراسات الأجنبية

- **دراسة " تحليل المشكلات النفسية المرتبطة بالكآبة ما بعد الولادة: مراجعة أدبية**[2]" Safaringga et al. , 2023)

هدفت إلى فهم المشكلات النفسية المرتبطة بالكآبة[3] أو الحزن بعد الولادة، تحديد العوامل المساهمة فيه، وتأثيره على صّحة الأم، والطفل، والبيئة المحيطة.

اعتدمت الدّراسة على المراجعة الادبية في قواعد البيانات،[4] وأخرى تم انتقاء سبع مقالات علمية. افضت نتائج الدّراسة إلى :

- توصيف الكآبة ما بعد الولادة على أنّها مجموعة من التقلبات المزاجية
- عوامل الخطر للإصابة بالكآبة ما بعد الولادة، النساء اللواتي لديهم تاريخ مرضي عسر ما بعد الطمث والاضطربات المحيطة به، أو تاريخ من مرضي من اضطرابات المزاج في العائلة.
- تظهر هذه الأعراض خلال الاسبوعين الأولين بعد الولادة وفي حالة عدم التكفل الجيد أو غياب الدعم الاسري قد تطور إلى اكتئاب ما بعد الولادة
- من بين عوامل المساعدة ايضا في ظهور الاضطراب عوامل نفسو-اجتماعية تتمثل في : ضعف في الرّعاية الامومية في الطفولة، الدعم الاجتماعي، والوضعية الاقتصادية.

[1] Institutionnelle (fr)

[2] (Analysis of Psychological Problems of Postpartum Blues: Literature Review)

[3] Postpartum Blues

[4] PubMed ،Scimago ،Medline

- **دراسة "الاكتئاب في الفترة المحيطة بالولادة: المساروالنتائج[1]" (Zikic et al. , 2024)**

هدفت الدّراسة إلى تحليل والتتبع الطولي[2] (الزمني) لأعراض الاكتئاب أثناء الفترة المحيطة بالولادة (قبل وبعد الولادة لعينة من النساء (188 امرأة) مع تحديد العوامل المتصلة باستمرارها أو انحسارها.

هدفت إلى تحديد المتغيرات الاجتماعية والطبية المؤثرة في حدة وشدة الأعراض النفسية لدى الأمهات. تم استخدام مقايس بيك للإكتئاب، وادنبرغ للإكتئاب ما بعد الولادة واخرى، اسفرت الدّراسة ما يلي :

- خلال الدّراسة عانت (48. 9%) من المشاركات من إكتئاب ما بعد الولادة.
- أمّا في مرحلة ماحول الولادة فقد عانت لنساء في الثلث الثالث من الحمل بنسبة (10. 6%) من الإكتئاب في حين اعلى نسبة من الإكتئاب سجلت (25%) في الشهر الأول بعد الولادة.
- اختفت معظم حالات اكتئاب ما بعد الولادة من الشهر الأول إلى الشهر السادس بعد الولادة (20. 7 %)
- اشارت الدّراسة إلى وجود علاقة بين الاكتئاب أثناء الحمل والاكتئاب بعد الولادة، حيث تصل نسبة انتشار الاكتئاب قبل الولادة (28. 5%) والاكتئاب بعد الولادة (27. 6%)
- انتشار أعلى للاكتئاب في الفترة المحيطة بالولادة بين أولئك الذين يعانون من اضطرابات نفسية سابقة، وخاصة الاكتئاب، والنساء ذوات الوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض.

[1] Depression in the Perinatal Period: Course and Outcome

[2] Longitudinal Study

دراسة " العلاقة بين التعاطف مع الذات وصورة الجسم والاكتئاب بعد الولادة لدى النساء المترددات على المراكز الصّحية في إيران[1] " (Bakhteh et al. , 2023)

هدفت الدّراسة إلى دراسة العلاقة بين التعاطف مع الذات وصورة الجسد واكتئاب ما بعد الولادة، لـِ 150 امرأة حامل في الثلث الثالث من الحمل وستة اسابيع بعد الولادة. اعتمدت الدّراسة على الإحصاء الوصفي. طبّق كل من مقياس "ادنبرغ"(1987) لاكتئاب ما بعد الولادة (EPDS)، مقياس التعاطف مع الذات–نسخة مختصرة (SCS-SF) استبيان العلاقات المتعددة الأبعاد بين الجسد والذات (MBSRQ) لتقييم صورة الجسد. خلصت

الدّراسة إلى النتائج التالية :

- لم تكن العلاقة بين التعاطف مع الذات واكتئاب ما بعد الولادة ذات دلالة إحصائية
- في حين في ابعاد التعاطف مع الذات كانت هنلك علاقة مع ابعاد محدودة :
  - اللطف مع الذات: علاقة عكسية دالة مع الاكتئاب (زيادة اللطف مع الذات ارتبطت بانخفاض الاكتئاب)
  - إصدار الأحكام على الذات: علاقة طردية دالة مع الاكتئاب (زيادة إصدار الأحكام على الذات ارتبطت بارتفاع الاكتئاب)
- صورة الجسم: لوحظت علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسم ودرجات إكتئاب ما بعد الولادة في الثلث الأخير وبعد ستة اسابيع من الولادة

في الاخير ادرج الباحثون أنّ اللطف مع الذات خفف من احتمال الإصابة، في حين أنّ زيادة إصدار الأحكام على الذات عززت من عوامل الخطر، كما أنّ صورة الجسد السلبية كانت مؤشر قوي على الإصابة في ما بعد.

[1] Investigating the Relationship between Self-Compassion and Body Image with Postpartum Depression in Women Referring to Health Centres in Iran

- **دراسة العلاقة بين خوف الولادة، الارتباط بين الأم والرضيع، واكتئاب ما بعد الولادة[1]** " (Zenhari & Vaziri, 2024):

هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين ثلاثة عوامل رئيسية في فترة ما بعد الولادة، وهي الخوف من الولادة، التعلق ام-رضيع، وأعراض اكتئاب ما بعد الولادة ما بعد الولادة لعينة من النساء بعد الولادة بلغت(153) بمدينة همدان بإيران.

اعتمد الباحثون في الدّراسة على المنهج الارتباطي الوصفي[2] ومجموعة من المقايس متمثلة في : مقياس الخوف من الولادة (Wijma, 2001)، مقياس الارتباط بين الام والرضيع[3] (Condon & Corkindale, 1991) ومقياس "ادنبرغ" (1987) للإكتئاب ما بعد الولادة. أسفرت النتائج على أنّ :

- العلاقة بين الخوف من الولادة واكتئاب ما بعد الولادة دالة احصائيا
- تؤثر مشاعر الخوف أثناء الحمل سلبا على الروابط العاطفية بين الأم والطفل، ممّا يؤدي إلى ضعف التفاعل والاتصال الجسدي والنفسي بعد الولادة.
- فيما يتعلق بتعلق الأم بالرضيع، تظهر متغيرات مثل الخوف العا(B = -0. 262) ، (Beta = -0. 148 والخوف على صّحة الرضيع(B = -0. 529) ، (Beta = -0. 257)ارتباطات سلبية، ممّا يشير إلى أنّ زيادة الخوف في هذه المجالات تُقلل من مستويات التعلق.
- يؤثر اكتئاب ما بعد الولادة سلبا على استمرارية رعاية الأم ومحيطها، حيث يُعدّ عدم استمرارية رعاية الأم أحد عوامل زيادة خوف الولادة.

[1] Examining the Relationship between Fear of Childbirth, Maternal-Infant Attachment, and Postpartum Depression

[2] Descriptive correlational study

[3] Maternal-Infant Attachment Questionnaire

2) الدّراسات السابقة التي تناولت البعد الاثنوسيكولوجي

- **دراسة "الممّارسات والطقوس التقليدية بعد الولادة: مراجعة منهجية نوعية**[1] " (Cindy & Kenneth, 2007)

هدفت الدّراسة إلى فهم الاختلافات والممّارسات الثقافية بين المجتمع الغربي والمجتمع الشرق اوسطي والاسيوي، واستكشاف الآثار الإيجابية والسلبية المحتملة لهذه الممّارسات الممتدة بعد الولادة على الصّحة البدنية والنفسية للأمهات. سيما فهم الممّارسات التقليدية بعد الولادة وفهم الطرائق التي قد تؤثر بها على تقديم الرّعاية الصّحية في فترة ما حول الولادة. يمكن أنّ يساهم هذا في توفير الرّعاية ما حول الولادة ذات كفاءة ثقافية. ولتحقيق ذلك بحثت الدّراسة في (51) دراسة نوعية عبر ثقافات مختلفة بالاعتماد على البحث في قواعد بيانات[2] في الفترة من جوان 1966 إلى 2006.

خلصت الدّراسة إلى :

بخصوص تقديم الدعم يكون على شكل رعاية أفراد الأسرة للأم الجديدة ورضيعها لفترة زمنية محددة، في أغلب الأحيان في فترة ما بعد الولادة المبكرة من قِبل الأم، أوحماتها، أو قريبات أخريات أو الزوج وقد تُشارك أيضًا نساء من كبار السن.

غالبا ما يشمل الدعم مساعدة عملية (مثل الأعمال المنزلية أو الطبخ)، بالإضافة إلى تقديم نصائح للأم حول كيفية رعاية نفسها ورضيعها على سبيل المثال، في الثقافة اليابانية، تتضمن ممّارسة "ساتوجايري بونبن[3]" المتمثلة في سفر المرأة إلى منزل عائلتها في الأسبوع 32-35 من الحمل لتعتني بها والدتها حتى حوالي 8 أسابيع بعد الولادة

وفي نفس السياق في ثقافة الأميش في ولاية تينيسي[4] (الولايات المتحدة الأمريكية)، تقدم للأمهات الجدد دعم من افراد الاسرة الممتدة.

ومن الثقافات الأخرى التي تمارس فترة ممّاثلة نفس سياق الدعم:في بلدان مثل نيجيريا الاردن كوريا غواتيمالا الهندوس من شرق اسيا والصينيون وحسب الدّراسة تختلف مدة التكفل من ثقافة لأخرى.

طقوس ما بعد الولادة :من الممّارسات الشائعة في تايلاند وفيتنام وكمبوديا والمكسيك وغواتيمالا؛ ربط البطن لإعادته إلى حجمه الطبيعي كما يربط بطن الرضيع حول منطقة السرة لمنع المغص،بينما يربط بطن الأم لتسريع انكماش الرحم وتجميل شكل البطن.

[1] Traditional postpartum practices and rituals: a qualitative systematic review

[2] MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, EMBASE, Proquest

[3] Satogaeri bunben

[4] Amish of Tennessee (USA)

العديد من الثقافات لديها عادات خاصة تتعلق بالمشيمة في ماليزيا، توضع المشيمة التي تعتبر رفيقة الطفل في لفافة وقشرة جوز الهند ثم تُدفن.

في الثقافة الإسلامية تدفن المشيمة ايضا بينما تحرق المشيمة بين الكوريين الريفيين في اليوم الثالث بعد الولادة وينثر رمادها أو يدفن على الطريق في خط أسود طويل لتعزيز طول العمر. [1]

- **دراسة " اكتئاب ما بعد الولادة عبر البلدان والثقافات: دراسة نوعية**". (Oates et al. , 2004)

هدفت في البحث عن "التكافؤ الثقافي" لمفهوم الاكتئاب، خاصة في مرحلة تتأثر بشدة بالعوامل الثقافية. اعتمد الباحثون في الدّراسة على منهج نوعي عبر بالقيام بتنظيم مجموعات تركيز للأمهات ومقابلات فردية مع الأباء والجدات عبر (11) بلد (فرنسا، السويد، اليابان، أوغندا، المملكة المتحدة.....).

خلصت الدّراسة إلى النتائج التالية :

جميع المراكز وصفت حالة من "الكآبة المرضية" بعد الولادة تتطابق مع أعراض اكتئاب ما بعد الولادة (حسب المعايير الغربية).

أعراض ما بعد الولادة لم تعتبر جميع الثقافات "مرضا " يحتاج تدخل نفسي (خاصة في أوغندا، البرتغال، سويسرا، والمجموعات الآسيوية

من بين عوامل التعاسة قلة الدعم الاجتماعي والعاطفي، الصراعات الزوجية والأسرية، تدخل "الحماة"، الإرهاق وقلة النوم:

- في اليابان: عدم القدرة على العودة لبيت الأم بعد الولادة، ضغوط الزواج التقليدي.
- في أوغندا :نقص الغذاء، العمل البدني الشاق.
- في أوروبا/أمريكا :القلق بشأن زيادة الوزن، العودة للعمل.

مختصوا الرّعاية : اتفقوا على الأسباب النفسية وركزوا على الحلول الطبية (مثل العلاج النفسي، الأدوية في الولايات المتحدة).

ذكرت "الحماة" كمصدر رئيسي للتعاسة في 14 / 15 (مركز). أي بنسبة 93.33%، لم تُذكر الهرمونات كسبب إلا في المراكز الأوروبية (غيابها في اليابان، أوغندا، والمجموعات الآسيوية)

ظهرت الصعوبات المتعلقة بالجوانب العاطفية والعملية لرعاية الطفل في جميع المراكز (باستثناء المجموعة الآسيوية في المملكة المتحدة وأوغندا) كمصدر للتعاسة بعد الولادة، وتكرر ذكر بكاء الأطفال، وصعوبات

[1] لا يمكن سرد كل ما جاء في الدراسة الوصفية لأنها تطرقت للكثير من التفاصيل

الرضاعة، والقلق بشأن صحّة الطفل في جميع المراكز الصراع حول النشاط الجنسي بعد الولادة ذكر فقط في أوغندا كمصدر للتعاسة بعد الولادة.

ذكرت خيانة الزوج بالتحديد كسبب للتعاسة بعد الولادة من طرف النساء الآسيويات في المملكة المتحدة والأمهات الجدد في أوغندا.

توفير ما يكفي من الغذاء مصدر للسعادة في فرنسا والولايات المتحدة الأمريكية، كما كانت زيادة الوزن بعد الولادة سببًا للتعاسة بينما كان فقدان الوزن والعودة إلى وزن ما قبل الحمل سببًا للسعادة.

الدّراسات العربية

- **دراسة "انتشار وعوامل خطر اكتئاب ما بعد الولادة بين الأمهات في مدينة نجران، المملكة العربية السعودية[1]"** (Alshahrani et al. , 2024)

هدفت إلى تحديد مدى انتشار اكتئاب ما بعد الولادة وعوامل الخطر المرتبطة به بين الأمهات في مدينة نجران بالسعودية. لتحقيق ذلك اعتمد الباحثون على استبيان في الفترة من سبتمبر 2023 إلى جوان 2024، وشملت 420 ام تتراوح أعمارهن بين 16 و50 عام ولديهن أطفال حديثوالولادة (بعد الولادة بفترة تتراوح بين أسبوعين و10 أسابيع) تضمن الاستبيان معلومات ديموغرافية والنسخة العربية من مقياس ادنبرغ لاكتئاب ما بعد الولادة(EPDS) . خلصت النتائج إلى :

انتشار مقلق لاكتئاب ما بعد الولادة حيث 66. 7% من الأمهات اظهرت نتائج إيجابية لاحتمال إصابتهن بالاكتئاب حسب درجات مقياس الاكتئاب ما بعد الولادة.

تتمثل عوامل الخطر المرتبطة باكتئاب ما بعد الولادة سكري الحمل، والاكتئاب أثناء الحمل، وتاريخ الاكتئاب، وضعف الدعم الاجتماعي، وانخفاض الوضع الاقتصادي

كما لاحظ الباحثون ارتباطات مهمة بين ارتفاع درجات مقياس (EPDS) وعوامل مثل البطالة، وصغر السن، والولادة القيصرية، والمرض النفسي، ونقص الدعم الأسري الكافي، وارتفاع مستويات التوتر.

- **دراسة "الجودي" (Aljoudi et al. , 2025) :" انتشار الاكتئاب والعوامل المرتبطة به بين النساء الحوامل المصابات بأمراض خطيرة في فلسطين[2]"**

هدفت الدّراسة إلى الكشف عن مستويات انتشار ومدرى ارتباط الاكتئاب بالعوامل المرضية الأخرى، أجريت الدّراسة مقطعية على (304) نساء حوامل في حالات حرجة في ثمانية مستشفيات فلسطينية بين شهر جوان ومارس، جمعت البيانات من خلال مقياس نتائج الاكتئاب المفيد سريريا[3] (CUDOS[4]). خلصت الدّراسة إلى :

[1] The Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression among Mothers in Najran City, Saudi Arabia

[2] Prevalence of depression and associated factors among critically ill pregnant women in Palestine

بناءً على معايير تقييم CUDOS، أفاد (42. 4%) من المشاركات يعانين من اكتئاب حاد، بينما يعاني (41. 1%) منهم من اكتئاب متوسط.

أكثر أعراض الاكتئاب شيوعا البكاء المتكرر والتعب المستمر على وجه التحديد، أفاد 155 مشارك (51. 0%) بأنهم يبكون دون سبب.

أشارت 129 مشاركة (42. 4%) إلى أنهم شعروا بالتعب والإحباط "دائمًا".

وجود ارتباطات مهمة بين الاكتئاب قبل الولادة وبعض العوامل التوليدية، خاصة بين المشاركات اللاتي لديهن تاريخ من الإجهاض ($p < 0.001$) والحمل غير المقصود($p <0.001$) .

المشاركات ذوات مستويات الاكتئاب الأعلى هم من لديهن العوامل الاجتماعية والديموغرافية، خاصة في ما يخص عدم الاستقرار المالي وظروف المعيشة حيث أفاد 88 مشاركة (29. 0%) بمواجهتهن صعوبات مالية، وأظهرت هذه المجموعة درجات اكتئاب أعلى بكثير($p< 0.003$) .

3) ملخص الدّراسات العربية

جدول 1: ملخص الدراسات عربية

الدّراسة	**عوامل الانتشار والخطر لإكتئاب ما بعد الولادة بين النساء في مراكز الرّعاية الصّحية الأولية بدمشق. (Roumieh et al. , 2019)**
أهم النتائج	توصلت نتائج الدّراسة إلى تسجيل 28. 2 % من 1105 امرأة من المشاركات. تمثلت العوامل المرجحة حسب الانحدار اللوجستي : النزوح التعرّض الملحوظ لكثير من ضغوطات الحياة والمشكلة الصّحية المبلغ عنها أثناء الحمل السابق تاريخ من ارتفاع ضغط الدم مشكلة حديثي الولادة ندرة أو عدم وجود دعم للزوج
الدّراسة	**انتشار وتنبؤات اكتئاب ما بعد الولادة في صعيد مصر: دراسة الرّعاية الصحية الاولية بمراكز متعددة. (Ahmed et al. , 2021)**
أهم النتائج	شخص اكتئاب ما بعد الولادة بنسبة (33. 5 %) من عدد المشاركات تمثلت عوامل الخطر في الحالة الاجتماعية الصعبة والاقتصادية المنخفضة كما سجل استعداد اكثر من لديهم تاريخ من الاضطربات النفسية " الاكتئاب "

[3] ترجمة الباحث " ترجمة سياقية "

[4] The Clinically Useful Depression Outcome Scale (CUDOS)

واكتئاب ما بعد الولادة،
والحمل غير المتوقع من بين عوامل الاصابة ايضا.
كما سجلت الدّراسة اهمية الدعم الاسري في الوقاية من الاكتئاب ما بعد الولادة

الدّراسة	**اكتئاب ما بعد الولادة في المنطقة العربية: مراجعة منهجية للأدبيات. (Ayoub et al. , 2020)**
أهم النتائج	أهم عوامل الخطر لاكتئاب ما بعد الولادة هي: انخفاض الوضع الاجتماعي والاقتصادي والدخل، ومضاعفات الولادة أثناء الحمل والحمل غير المقصود، ومرض الرضّع، والرضاعة الغير طبيعية، ونقص الدعم الاجتماعي والزوجي، والخلافات الزوجية وخلافات مع العائلة الممتدة، وأحداث الحياة المجهدة أثناء الحمل، والتاريخ الشخصي أو العائلي للاكتئاب.

4) الدّراسات الجزائرية

فيما يخص الإضطرابات النفسية بعد الولادة في الجزائر لا توجد دراسة وبائية نفسية لمعدل إنتشار إكتئاب ما بعد الولادة(على سبيل المثال لا الحصر)، لا في الأدبيات النفسية ولا إحصائية من قبل المراكز الرسمية في الدولة تطرقنا لكل المقالات المنشورة حول إكتئاب ما بعد الولادة في البيئة الجزائرية والدّراسات (اسحيري، 2021; بلبكاي وفراحتته، 2023; بوزار وجعلاب، 2018; حمر العين، 2021; سحيري، 2011; قوفي وبن موفق، 2021)، حيث كانت أغلبية الدّراسات عبارة عن دراسة حالة مع ربط الإكتئاب ما بعد الولادة مع متغيرات أخرى. تمثلت الدّراسات في:

- **دراسة اسحيري (2021)، المعنونة بـ"اكتئاب ما بعد الولادة وعلاقته بالتو افق الزواجي"**

هدفت إلى دراسة العلاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة والتكيّف الزوجي لدى 143 امرأة من ولاية الأغواط، بإستعمال المنهج الوصفي، وجدت علاقة سلبية دالة إحصائيا بين اكتئاب ما بعد الولادة والتكيّف الزوجي، مع وجود فروق في الاكتئاب بناء على المشاكل الزوجية أثناء الحمل ودعم الزوج بعد الولادة، إلا أنّ الدّراسة لم تجد فروق في اكتئاب ما بعد الولادة بناء على رغبة الأم في الحمل.

2.3. دراسة بلبكاي و فراحتته (2023 b) بعنوان"إكتئاب ما بعد الولادة العوامل، الأعراض، العلاج"

من خلال المراجعة الأدبية كان هدف الباحثان تحديد اسباب وطرق الوقاية والعلاج لإكتئاب ما بعد الولادة، افضت نتائج المراجعة إلى وجود اربع انواع من العوامل في ظهور الإضطراب :

العوامل البيولوجية " مثل : التسمم بمادة كيميائية أو تعاطي بعض الأدوية ".

ضغوط عملية الولادة :اشارة للضغوط النفسية وقلق المرأة تجاه عملية الولادة في حد ذاتها

التغييرات الهرمونية السريعة"حيث يحدث انخفاظ سريع بعد الولادة في الهرمونات الجنسية" الأستروجين والبروجستيرون"

عوامل نفسية اجتماعية:اضطراب العلاقة مع الزوج، سوابق نفسية مرضية، رفض الأم للحمل ثم رفض الطفل، ضغوط العمل.

كما خلصة الدّراسة إلى الأعراض التالية التي تسجل على المريضة:

- الأرق، نوبات الذعر والقلق
- صعوبة التركيز والاستذكار
- فقدان الرغبة في معظم النشاطات المعتادة وفقدان الرغبة في العلاقة الحميمية مع الزوج.
- فقدان الشهية، أو نهام عصبي، نقص أو زيادة في الوزن

في حين سجلت الدّراسة بعض اساليب الوقاية منها :

- على المرأة النفساء الركون للراحة قدر الإمكان
- عدم الإهتمام بالتفاصيل الدقيقة للرضيع أو اشغال المنزل
- التعبير بصراحة عن مخاوف أو قلق المرأة [1]

- **دراسة وزار و جعلاب, (2018b)، بعنوان " نوعية الحياة واكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات العازبات"**

الهدف الأساسي هو دراسة جودة حياة الأمهات العازبات ومدى ارتباطها بظهور اكتئاب ما بعد الولادة. تم اتباع المنهج العيادي وتطبيق دراسة الحالة على أربع حالات تتراوح أعمارهن بين الثلاثين والأربعين ، وهذا في بيئات أسرية واجتماعية تابعة لمديرية النشاط الاجتماعي والتضامن لولاية الشلف باستخدام مقاييس اكتئاب ما بعد الولادة وجودة الحياة بالإضافة إلى المقابلات العيادية نصف الموجهة. أظهرت نتائج هذه الدّراسة:

أنّ جودة حياة الأمهات العازبات تختلف، وينعكس هذا الاختلاف في ظهور اكتئاب ما بعد الولادة.

بالإضافة إلى ذلك، فإنّ انخفاض جودة الحياة يزيد من احتمالية الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة.

ومن ناحية أخرى تنخفض درجة اكتئاب ما بعد الولادة مع تحسن نوعية الحياة.

[1] نتحفظ على بعض السطحية اوالمنهج الغير علمي في بعض الدراسات التي توجب علينا ذكرها وذكر مخرجاتها.

- **دراسة حمر العين(b2021)، "اكتئاب ما بعد الولادة الأسباب والعلاج - دراسة حالة أم حديثة الولادة"**

تمثل البحث في دراسة إكتئاب ما بعد الولادة عند حالة، في مستشفى جيجل، مع استخدام الملاحظة والمقابلة مع الأم[1] بهدف التوصل إلى أسباب الإكتئاب –توصلت الدّراسة إلى مجموعة من الأسباب قد تؤدي إلى الاكتئاب :

- عدم الاستعداد للولادة
- غياب الدعم النفسي والاجتماعي للأم الحامل،
- القلق من تحديات الحياة وعدم القدرة على رعاية الأطفال،
- عملية الولادة غير المنظمة، ممّا يرهق الأم ويثقل كاهلها ويمنعها من الولادة واستقبال طفل جديد.

- **دراسة قوفي و بن موفق(b2021) بعنوان" تأثير إكتئاب ما بعد الولادة على طبيعة التفاعل أم-طفل"**

هدفت هذه الدّراسة إلى معرفة كيفية تفاعل الأمهات المصابات بالاكتئاب بعد الولادة مع أطفالهن، حيث أنّ الحالة النفسية للأم عند تفاعلها مع طفلها هي التي أثارت الاهتمام بهذا المجال. اعتمدت الدّراسة المنهج العيادي، حيث طبقت مجموعة من الأدوات التي تضمنت شبكة تقييم التفاعلات الأولية بين الأم والطفل "بوبيني"(1989) ومقياس اكتئاب ما بعد الولادة "ادنبرغ (1987) خلصت الدّراسة إلى :

إلى أنّ اكتئاب ما بعد الولادة ينشأ نتيجة لضعف الموارد الداخلية للأم وهشاشة التوظيف النفسي، ممّا يؤثر بدوره على أسلوب التفاعل غير التكيّفي للأم.

5) الدّراسات السابقة التي تخص التكفل بالمرأة بعد الولادة من الناحية المؤسساتية[2] والثقافية في الجزائر:

في حدود بحثنا، لا يوجد دراسة جزائرية تناولت الموضوع بشكل كامل(نقصد هنا وجهة النظر الكلية لعلم النفس[3])، للإضطرابات النفسية بعد الولادة أو للتكفل بالمرأة بعد الولادة وتأثيرها على الصّحة النفسية.

توجد دراسات انثربولوجية في ما يخص طقوس الزواج، الحمل، الولادة، على غرار دراسة "براهم" (2018)، التي تناولت معتقدات وطقوس الولادة، التي تنوعت حسب كل منطقة منها الإحتفاء "باليوم الأول"[4].

---

[1] نتحفظ على تعميم النتائج، كما نتحفظ على ذكر الملاحظة والمقابلة العيادية التي هي متضمنة في المنهج العيادي ودراسة الحالة.

[2] Institutionnelle (fr)

[3] غالبًا ما يشير المصطلح "علم النفس الكلي"(macropsychology) إلى الظواهر واسعة النطاق، ويمكن إرجاع مصطلح "علم النفس الكلي" إلى كاتونا Katona (1979) الذي دعا إلى تطوير علم النفس الكلي وسط تخصص يركز في المقام الأول على السلوك الجزئي.

[4] عند قطع مشيمة الرضيع ودفنها في الأرض "خشية السحر" كما يحرص الأولياء على إسماع الرضيع الأذان في الأذن اليمنى والإقامة في اليسرى، اما في ما يخص طقس "السبوع" الذي يتم فيه تحميم المولود ودهنه بالزيت الزيتون حتى تتغذى بشرته وتشتد، ثم يقمط المولود بواسطة قطعة من القماش يلف بها كامل جسمه، غالبا ما نقوم بهذا الجدة. مرددت: "*اليوم في حجري والعام الجاي تجيني تجري*" كنوع من التفاؤل والتمني بالصّحة والعافية، تقوم العائلة في اليوم السابع بالإحتفاء

بالنسبة للمرأة تذهب إلى زيارة أهلها بعد "السبوع" والبقاء عندهم لتحاط برعاية خاصة بإعتبار المرأة النفساء في التصور الإجتماعي "النافس" قبرها مفتوح" باعتبارها عرضة لأي مرض قد يؤدي بحياتها للخطر كونها منهكة جسديا.

أمّا طقس الأربعون اخر يوم يغلق فيه طقس الولادة وتنهى "مرحلة النفاس" انطلاقا من استحمام الأم وانطلاقها لأشغالها الأمومية بصفة منفردة. (براهم، 2018، ص159)

كل هذا السياق يتفق مع ما جاءت به "ماري روز مورو" Moro, M. R (2002) أنّ الصّحة العقلية تتشكل من خلال الثقافة. بحيث ركزت أبحاثها على الطرائق التي تؤثر بها الخلفية الثقافية للشخص على كيفية إدراكه للانزعاج النفسي والتواصل معه.

في حين جيزا روهايم Géza Róheim (1950) ذهب إلى اكثر من ذلك حيث طرح النظرية الجينية للثقافة، ووفقا لهذا الرأي، فإنّ التجارب المبكرة لها تأثير كبير على كيفية تشكل الثقافات.

رأى روهايم أنّ الثقافات هي أنظمة دفاع ضد المخاوف اللاواعية، تمامًا مثل كيفية عمل علم النفس الفردي. يتم التعبير عن هذه المخاوف بشكل رمزي من خلال الطقوس الثقافية وغالبًا ما تكون مستمدة من التجارب المبكرة مثل عقدة أوديب، وهذا ما نراه في الأنساق الإجتماعية الثقافية في الجزائر في التفسيرات التقليدية للإضطرابات النفسية للمرأة بعد الحمل أو في طقوس التكفل بها.

6) تعقيب على الدّراسات السابقة

تعاني ملايين النساء في جميع أنحاء العالم من اكتئاب ما بعد الولادة، وهي حالة صحية نفسية شائعة. وقد أشارت الأبحاث إلى أنّ العناصر النفسية الاجتماعية، والحمل غير مرغوب، ونقص الدعم الاجتماعي هي أسباب مهمة لاكتئاب ما بعد الولادة، مع كون الضغوط المرتبطة بالصراع وعدم الاستقرار المجتمعي مشاكل خاصة في مناطق الاضطرابات السياسية.

تعد تجارب الحياة المجهدة، وعدم دعم الشريك، والفقر من العوامل الشائعة للتنبؤ. ونظرًا للارتباط بين متلازمة ما قبل الحيض وزيادة خطر الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة، فيجب على النساء اللاتي لديهن تاريخ من الاكتئاب الحصول على مراقبة مستمرة للصّحة العقلية.

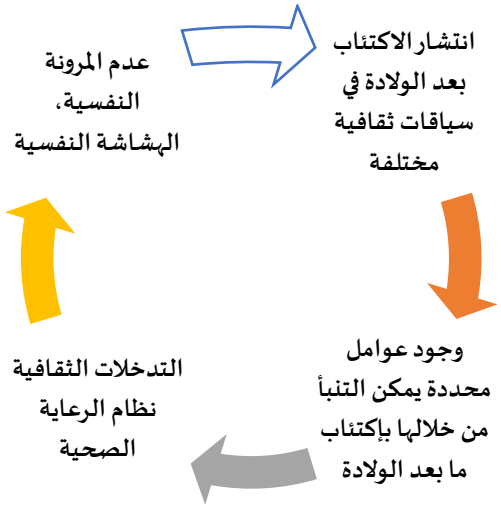
في التعامل مع الإضطرابات النفسية للمرأة والمتعلقة بكيفية التكفل بها بعد الولادة، نرى اننا نتعامل مع خطين متوازيين، جانب علمي بحث يخص الظواهر النفسية واخر تقليدي قد لا يقر بالإضطرابات النفسية عامة.

بالمولود وتنظيم مأدبة عشاء يدعى اليها الأهل والأقارب، اين تذبح العقيقة[4] التي حسب الدين الإسلامي تكون شاة بالنسبة للأنثى وشاتين بالناسبة للذكر ثم يقوم احد الوالدين بحلق شعر المولد والتصدق بوزنه لاحقا.

أمّا في ما يخص الإضطربات النفسية بعد الولادة نخلص إلى انه تتراوح نسبة الإصابة بالإكتئاب ما بعد الولادة (PPD)، بين (15-25٪) من النساء، والتي تعتبر نسبة معتبرة منهكّة ومكلفّة.

في حين أغلبية الدّراسات السابقة خلصت إلى إمكانية التنبأ به سواءا بالأخذ بعين الإعتبار المعاش النفسي والتاريخ النفسي للمرأة متلازمة ما قبل الحيض (PES) على سبيل المثال، أو عسر الوضعية الإجتماعية والإقتصادية للعائلة.

كما أنّ لمقياس ادنبرغ دور هام في تشخيص الإضطراب، حيث يعتبر الكشف المبكر يمكننا على تحسين الرّعاية في الوقت المناسب، كما تنوعت التوصيات الخاصة باعتماد الفحص الروتيني أثناء زيارات عيادات الأطفال الصّحية، كما تعد الكفاءة الثقافية في الرّعاية الصّحية ضرورية، حسب كل ثقافة ومع ذلك، لا تزال هناك أسئلة لم تتم الإجابة عليها فيما يتعلق بالاستعدادات البيولوجية، والتميز الثقافي، وتأثيرات الصراع على الصّحة النفسية، باختصار، على الرغم من أنّ الدّراسات ككل تساهم في فهمنا للاكتئاب بعد الولادة، إلا أنه لا تزال هناك فجوات بحثية ، وخاصة في مجالات السوابق البيولوجية، والجانب الثقافي، وتأثير الصراع على الصّحة النفسية. يمكن اجمال الدّراسات في المخطط التالي :



شكل 1: ملخص الدّراسات السابقة[1]

من خلال الشكل البياني (01) نحاول ان نلخص الدراسات السابقة في و محددات الإكتئاب اذا صح التعبير حيث سجلنا في كل سياق ثقافي يوجد بعض العوامل الضاغطة على المرأة ، كما يمكن ان تلعب الثقافة دور حامل الإضطراب او المخفف منه، و هذه المحددات بدورها تؤثر في مرونة الأم او تساهم في تشكل نوع من المرونة او عدمها.

[1] ملخص عن اهم مخرجات الدراسات السابقة "أسباب، عوامل، تنبأ "

دور الثقافة في كلى الحالتين لايمكن تحديده من خلال دراستنا فقط، و هو ما سنحاول الكشف عنه سواءا في الإتجاه الإيجابي او السلبي.

VI. مفاهيم نظرية

1) علم النفس الإثني

حسب قاموس الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) علم النفس الإثني:"***فرع من فروع علم النفس يدرس كيفية تأثير الثقافة واللغة والظواهر ذات الصلة للمجموعات العرقية المختلفة داخل الأمة أو المنطقة على مواقف وخبرات وسلوكيات أفراد المجموعة***."

متأثرًا بعلم الاجتماع، يركز هذا المجال على السمات الاجتماعية والثقافية الفريدة لأولئك الذين ينتمون إلى أعراق وأعراق مختلفة داخل كل مجتمع، لا سيما فيما يتعلق باختلافات الطبقة الاجتماعية. ويسمى أيضًا *علم النفس العرقي*؛ علم نفس الأقليات العرقية والإثنية"(VandenBos, 2015a, p. 386)

2) علم النفس الثقافي

يعد علم النفس الثقافي أو الطب النفسي الثقافي[1] أحد مجالات الطب النفسي (وعلم النفس) حيث يركز على علم الأمراض النفسية والصّحة العقلية والجوانب الثقافية للسلوك البشري والعلاج.

تشير الثقافة إلى طريقة معينة تعيش وتتصرف بها مجموعة من الناس. فهويشمل التقاليد والعادات والمعتقدات والقيم التي تشكل عواطفهم وسلوكهم وحتى تحكم أسلوب حياتهم. يهتم علم النفس الثقافي في الغالب بالعوامل الاجتماعية والثقافية في إطار الأساليب الاجتماعية الثقافية الحيوية. أمّا على المستوى السريري(العيادي)، فإنّ الغرض من الطب النفسي الثقافي أو علم النفس الثقافي هوتعزيز الرّعاية الصّحية العقلية ذات الكفاءة الثقافية للمرضى من خلفيات عرقية أو ثقافية متنوعة. (Wen, 2003)

ويشمل أيضًا تشخيص وعلاج الأمراض النفسية والقضايا النفسية بطريقة تتناسب مع الثقافة، وتوفير الرّعاية والعلاج المناسب ثقافيًا. أمّا في الجانب البحثي ، يهتم الطب النفسي الثقافي بالتأثيرات المحتملة للخصائص العرقية أو الثقافية على الإنسان .

3) علم النفس العابر للثقافات

كما يعرف قاموس الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) علم النفس العابر للثقافات:

[1] يجدر الإشارة الى ان الفرق بين الطب النفسي وعلم النفس يكمن في المقاربة البيولوجية والعضوية في شرح الإضطراب في حين تناول تأثير الثقافة على الفرد قد لا يختلف الى في بعض مستويات التحليل، لذا نرى ان المصطلح قابل للتبادل علم نفس ثقافي اوطب نفس ثقافي.

فرع من فروع علم النفس يدرس أوجه التشابه والاختلاف في السلوك البشري عبر الثقافات المختلفة ويحدد البنيات النفسية المختلفة والنماذج التفسيرية المستخدمة من قبل هذه الثقافات. لقد تأثر بالأنثروبولوجيا ويؤكد التحليل النفسي الاجتماعي للاختلافات العالمية. (VandenBos, 2015a, p. 286)

4) مقارنة بين التخصصات

جدول 2: أوجه بعض التخصصات

علم النفس الثقافي	علم النفس عبر الثقافات	علم النفس العرقي	-
كيف تؤثر الثقافة على العمليات النفسية الفردية.	تحليل مقارن للعمليات النفسية عبر الثقافات المختلفة.	فهم الأساس الثقافي للظواهر النفسية ضمن مجموعة ثقافية محددة.	مجال الإهتمام والتركيز (Focus)
يدرس الترابط بين الثقافة والعمليات العقلية الفردية.	يقارن الظواهر النفسية عبر الثقافات لتحديد الجوانب العالمية والخاصة بالثقافة.	يبحث في التجارب النفسية ضمن سياق ثقافي محدد.	نطاق ومجال البحث (Scope)
يستخدم أساليب البحث المختلفة، بما في ذلك التجارب والمسوحات والدّراسات الرصدية.	غالبًا ما يستخدم الدّراسات المقارنة، حيث يجمع البيانات من مجموعات ثقافية مختلفة لتحليلها.	يستخدم عادةً الأساليب النوعية مثل ملاحظة المشاركين والمقابلات ودراسات الحالة.	المنهجية (Methodology)
فهم كيف تشكل الثقافة علم النفس الفردي والعكس صحيح.	تحديد الجوانب العالمية والخاصة بالثقافة للسلوك البشري والإدراك.	اكتساب فهم عميق للظواهر النفسية ضمن مجموعة ثقافية معينة.	الأهداف (Goal)
دراسة كيفية تأثير القيم الثقافية على الإدراك أو العاطفة.	مقارنة العمليات المعرفية عبر المجتمعات المختلفة.	استشكاف الاختلافات الثقافية في معتقدات الصّحة العقلية داخل مجتمع معين.	امثلة عن الدّراسات
ينطبق بشكل عام عبر الثقافات، مع التركيز على فهم التأثيرات الثقافية.	يسعى إلى تحديد مدى تطبيق النظريات النفسية عالميًا أو خاصة بالثقافة.	غالبًا ما تكون النتائج خاصة بالمجموعة الثقافية التي تمت دراستها، مع إمكانية تعميمها بشكل محدود.	تطبيقات التخصص

5) الثقافة

حسب "ماتسومورو" و "جونج" (Matsumoto & Juang, 2013) تشير مصطلح "ثقافة" أساليب التكيّف والعيش، لا يمكن تحديدها تماما بالمعنى المجرّد، فقط ملاحظتها؛ يتم الاستدلال على الثقافة كمفهوم للمساعدة في شرح ووصف تلك الطرائق. لا يمكن ملاحظة الثقافة في حد ذاتها.

ودور الثقافة، يتمثل في تمكين الشخص من البقاء على قيد الحياة. حيث لدى الأفراد مجموعة أدوات نفسية مشتركة يجلبونها معهم إلى العالم، ممّا يمكنهم من تلبية تلك المتطلبات. ومع ذلك، فهم يعيشون أيضًا في مجموعات، وتسكن هذه المجموعات في العديد من البيئات ذات الموارد المتفاوتة.

ولذلك، من أجل تلبية مطالبهم، يجب على مجموعات من الناس تعديل سلوكياتهم لتناسب بيئاتهم؛ فالقدرات والمهارات الموجودة في مجموعة أدواتهم النفسية تزودهم بالوسائل اللازمة للتكيف. تؤدي هذه التعديلات إلى إجراءات جديدة، واختيارات نمط الحياة، وأنماط التفكير، وأنماط الوجود. تصبح هذه الممّارسات هي المعايير الثقافية داخل المجموعة.

في نفس السياق عرف هيرسكوفيتسHerskovits (1955) في (Salzman, 2018a) الثقافة بأنها الجزء الذي يصنعه الإنسان من البيئة، يتكون الجزء الذي صنعه الإنسان من البيئة من مواد مادية (مثل الأدوات والجسور النظم التعليمية والمؤسسات الدينية) بالإضافة إلى العناصر الذاتية (على سبيل المثال، المعتقدات، المواقف، الأعراف، القيم).

6) التثاقف Acculturation

حسب (Dinesh & Kamaldeep, 2007) يشير مصطلح "التثاقف" الذي يستخدم أحيانًا بشكل مترادف لمصطلح "الصدمة الثقافية"، إلى عملية التغيير الثقافي التي تحدث نتيجة للتفاعل بين أشخاص من خلفيتين ثقافيتين متميزتين أو أكثر. وقد يحدث مثل هذا التغيير في إحدى الثقافتين أو كلتيهما.

7) المثاقفة Enculturation

هي عملية التنشئة التي يتلقاها الطفل من الثقافة الإثنية من حوله أو من الوسط الذي هو فيه ، و اول من قدم المصطلح عالمة الأنثربولوجيا مارغيريت ميد (**Margaret Mead**) (1901-1978) (سنتعرض للمفهومين في عنصر لاحق)

8) الكفاءة الثقافية :Competence cultural

بالنسبة لـ "بيك" وآخرون (Beck et al. , 2024)، هي مفهوم متعدد الأوجه يمكن تعلمه وتنميته ويشمل الوعي والمهارات والمعرفة. تعتبر الكفاءة عبر الثقافات بمثابة عملية إدراك الفرد المستمر للتحيزات الثقافية الخاصة به.

توجد ثلاث أبعاد للكفاءة الثقافية المبني على المستويات الوجدانية والسلوكية والمعرفية لوصف الوعي والمعرفة والقدرات.

المرحلة الأولى على المستوى العاطفي هي التعرف على التحيزات الاجتماعية الخاصة بالفرد، على المستوى العاطفي، تتمثل الخطوة الأولى في إدراك التحيزات والأحكام المسبقة الاجتماعية والثقافية الخاصة بالفرد. على المستوى المعرفي، يتم توسيع المعرفة الثقافية. ثالثا: تنمية المهارات الثقافية على المستوى السلوكي.

9) العرق

"هي تصنيف اجتماعي يعتمد على عضوية الفرد أو هويته في مجموعة ثقافية أو عرقية معينة." (VandenBos, 2015a, p. 386)

ونقصد بها هنا في دراستنا الإنتماء لمجموعة عرقية معينة من النواحي المعنوية على عكس "الجنس" الذي يكون الإنتماء فيه في النواحي البيلوجية.

10) متلازمة الإرتباط بالثقافة Culture-bound syndromes

" أنماط السلوك الشاذ التي لا تتناسب بسهولة مع التصنيفات القياسية للاضطرابات العقلية وتقتصر كليًا أو رئيسيًا على مجموعات ثقافية معينة، عادةً (متمركزة عرقيًا)

باستثناء الاضطرابات مثل فقدان الشهية العصبي التي تقتصر على الثقافات الصناعية الغربية. وتسمى أيضًا الاضطرابات أو المتلازمة الخاصة بالثقافة." (Colman, 2015, p. 877)

11) النُفَسَاءُ

هي وضعية المرأة بعد الولادة مباشرة ، يختلف المفهوم حسب الثقافة وهي في المجال الطبي، الفترة التي تلي الولادة، يُعرف عادةً بالأسابيع الستة الأولى بعد الولادة. يخضع جسم المرأة لتغيرات جسدية وهرمونية كبيرة في هذه المرحلة حيث يتعافى من الحمل والولادة.

في ما يخص المصطلحات التي اخترنا ادراجها في البحث، هي عبارة عن محددات التعامل مع الإضطرابات النفسية التي تمس المرأة الحمل و بعد الولادة، فالثقافة هي نواة و معجم المعاني لأي فرد داخل نسق ثقافي ، ما الثقاقف و المثاقفة هي عبارة عن سيرورة العملية التثاقفية سواءا داخل او خارج الثقافة الواحدة.

سوف نتحقق في مابعد هل تتغير التمثلات الثقافية بعد عملية التقاء الثقافة المحلية بثقافات اخرى، و هل اثرت في عملية التكفل و الرعاية، كل ما سبق يؤثر في العملية العلاجية في هذال السياق نشير لها بالكفاءة او الكفاية الثقافية و هي المهاراة التي يحوزها المعالج او الباحث في التعامل مع اي سلوك ضمن نسق ثقافي محدد .

VII. مفاهيم إجرائية

1) المرأة بعد الولادة

تمثّل عيّنة الدّراسة؛ المرأة ما بعد الولادة الأولى (بعد أنّ عايشت معاناة نفسية بعد الولادة الأولى)، جميع الفئات العمرية معنية، ويشترط أن تكون من ساكنة إقليم ولاية قالمة، الجزائر.

2) المرأة النُفَسَاء

نعني بها في دراستنا المرأة التي أنجبت لأوّل مرة في حياتها. وتمر بتحولات جسمية ونفسية وعاطفية نتيجة للتعافي من المخاض والولادة وكذلك احتياجات رعاية الرضيع. قد تتأثر صحتها العاطفية والجسدية بالتقلبات الهرمونية الكبيرة، فضلا عن الأدوار والالتزامات الاجتماعية المتغيرة، ودرجات الدعم المختلفة التي قد تواجهها خلال فترة النفاس. وتعتبر فترة ما بعد الولادة أمرًا بالغ الأهمية لمراقبة صّحة كل من الأم وطفلها، مع إيلاء اهتمام خاص لأي مشكلات صحّية نفسية محتملة.

3) إكتئاب ما بعد الولادة

اكتئاب ما بعد الولادة قيد الدّراسة هواضطراب مزاجي يتميز بالحزن المستمر والقلق والإرهاق خلال العام الأول بعد الولادة، ويتأثر بعوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية. ويمكن أنّ تتراوح الأعراض من نوبات اكتئاب خفيفة إلى حالات شديدة، ممّا يتطلب الكشف المبكر والتدخلات حساسة ثقافيًا. يتم الكشف عنه بواسطةمقياس "ادنبرغ" (1987) **Edinburgh** للإكتئاب ما بعد الولادة المكيف على البيئة الجزائرية بواسطة "سحيري زينب" **(Sehairi, 2020)**. بحيث الدرجات المرتفعة (> 12) تظهر وجود اكتئاب ما بعد الولادة، والدرجات المنخفضة (< 10) تشير لغياب الأعراض الإكتئابية .

4) الكآبة ما بعد الولادة[1]

الكآبة بعد الولادة، هي استجابة نفسية للتغيرات الهرمونية بعد الولادة بحيث تحدث بعد أسبوعين من الولادة، ثم تختفي تدرجيا. يمكن كشف علاماتها بواسطة نفس مقياس الإكتئاب ما بعد الولادة مع غياب الأعراض الذهانية، و الإختلاف في شدة ومدة الكآبة بحيث تختفي بعد أسبوعين بعد الولادة.

5) التكفل بالمرأة بعد الولادة (الرّعاية بالمرأة بعد الولادة)

هي مجمل الخدمات و الممارسات المقدمة للمرأة بعد الولادة في الثقافة و البئية المحلية موضوع الدراسة السيكولوجية: النفسية والإجتماعية والطبية. التي يقدمها كل من يحيط بالمرأة (فرضا الأقربون)

[1] Postpartum Blues "eng"

الفصل الثاني: علم النفس المرضي والمقاربة الإثنونفسومرضية[1]

[1] Psychopathology and ethnopsychopathology

الفصل الثاني : علم النفس المرضي والمقاربة الإثنونفسومرضية

تمهيد..... 37
I. علم النفس الثقافي والطب النفس الثقافي 44
1) ما هية الثقافة 44
2) مفهوم البحث عبر الثقافات 44
3) اهداف علم النفس الثقافي، علم النفس العرقي، والطب النفسي ثقافي 44
4) الاختلافات بين ميادين علم النفس والطب النفسي الثقافي 46
II. خلفية نظرية 46
1) مساهمات ليف فيغوتسكي (Lev Vygotsky) 46
2) مساهمات جيزا روهايم (Géza Róheim) 47
(3 مساهمات جورج ديفرو(George Devereux) 48
4) مساهمات ماري روز مورو(Marie Rose Moro) 49
5) مساهمات توبي ناتان(Tobie Nathan) 50
III. مفاهيم في علم نفس الثقافي والإثني 51
1) التثقاف والمثاقفة 51
2) فقدان الهوية الثقافية أو "اقتلاعها من جذورها" 51
(3 تكوين الهوية العرقية 52
(4 الكفاءة الثقافية 52
IV. طرق مختلفة تساهم بها الثقافة في علم الأمراض 54
(1 التأثير المُسبِّب للأمراض 54
(2 التأثير الإنتقائي للأمراض 55
(3 التأثير المساهم في تشكيل الأمراض النفسية 56
4) التأثير المُعقِّدة للمرض 57
(5 التأثير المُسَهِّل للأمراض 58
6) تأثير التميّز للأمراض 59
(7 التأثير التفاعلي مع الأمراض 59
8) جدول استخلاصي عن التأثيرات الثقافية 60
V. الثقافة وتصنيف الإضطرابات النفسية 61
(1 الوصمة المجتمعية والمرض النفسي 61
2) الدين والأمراض النفسية 62
3) الثقافة والإضطربات النفسية في الجزائر 64

تمهيد

من خلال هذا الفصل سنحاول استكشاف العوامل الثقافية التي تؤثر على الصّحة النفسية في إطار علم النفس الثقافي والاثني والطب النفسي الثقافي.

سنعرض وجهة النظر" الأثنوسيكولوجية" وتقاطعها مع علم النفس الثقافي وعبر ثقافي الذي سبق وأنّ شرحناه في عنصر تحديد المفاهيم، كما نتطرق إلى تأثير كل ما سبق على التنبأ، التشخيص، التقييم وعلاج الأمراض النفسية[1] بإختلاف أنواعها.

يبدأ الفصل ببيان ماهية الثقافة، وهي تندرج اليوم تحت عنوان علم النفس الثقافي: وهوسرد لكيفية اختلافها عن البحث عبر الثقافات، وبالتالي ما هومتوقع منها على وجه التحديد. ويتبع ذلك دعم نظري كبير من قبل شخصيات بارزة مثل ليف فيجوتسكي، وجيزا روهايم، وماري روز مورو، الذين يحددون مساهماتهم الكبيرة في فهم العوامل التي تشكل الهوية الثقافية والإثنية وكيف تؤثر هذه العوامل على الصّحة العقلية.

ثم نتجه نحواستكشاف مفاهيمي للتثاقف، وتكوين الهوية الثقافية، والكفاءة الثقافية في محاولة لتعميق فهم كيف يمكن للتأثيرات الثقافية أنّ تؤثر على العمليات النفسية ونشوء الهوية. ويخصص القسم الأخير منه لدور الثقافة في تصنيف الاضطرابات النفسية: الوصمة الاجتماعية للأمراض العقلية، ودور الدين والثقافة والصّحة العقلية في الجزائر.

كما نهدف في الفصل إلى تقديم تفاصيل حول الدور المهم الذي تلعبه الثقافة في الصّحة النفسية، مع تحليل الطرائق التي يمكن من خلالها للعوامل الثقافية أنّ تساهم في تطوير مسار والتعبير عن الأمراض النفسية.

[1] تعمل هذه الأهداف الثلاثة معًا على توجيه البحث العلمي والممارسة العيادية في علم النفس.

I. علم النفس الثقافي والطب النفس الثقافي

1) ماهية الثقافة

حسب قاموس اوكسفورد لعلم النفس " هي المجموع الكلي للأفكار والمعتقدات والعادات والقيم والمعرفة والتحف الفنية المادية[1] التي تنتقل من جيل إلى جيل في المجتمع"(Colman, 2015, p. 877)

وبالتالي، قد نعتبر الثقافة نظامًا من المعاني المشتركة المكتسبة من قبل المجتمع والتي تنتقل من جيل إلى جيل، ومع تكيف الثقافات مع تجارب وبيئات متعددة، فإنّ مخرجات الثقافة التي نجحت في معالجة وتلبية الاحتياجات الإنسانية الأساسية "أي البقاء الفسيولوجي والتوازن النفسي" تميل إلى الانتقال عبر الأجيال من خلال عملية التنشئة الاجتماعية(Salzman, 2018b).

وبهذا المعنى، نعرفها ايضا على أنها ادراكنا لما نجح في التجارب الماضية، واسقاط هذه التجارب على الحياة الحالية، والذي قد نجده في دراساتنا لاحقا في تبني مفاهيم ثقافية تشرح غموض الأعراض النفسية.

2) مفهوم البحث عبر الثقافات

حسب قاموس الجمعية الأمريكية للطب النفسي، البحث عبر الثقافات عبارة عن:

> ***الدّراسة المنهجية للعمليات النفسية البشرية والسلوك عبرثقافات متعددة، والتي تنطوي على ملاحظة أوجه التشابه والاختلاف في القيم والممّارسات وما إلى ذلك بين المجتمعات المختلفة. يقدم البحث عبر الثقافات العديد من المزايا المحتملة، ممّا يوفرنظريات تستوعب كل من المصادرالفردية والاجتماعية للتباين، ولكنه ينطوي أيضًا على مخاطرعديدة، من أبرزها إنتاج معرفة ثقافية غيرصحيحة بسبب منهجية معيبة. في الواقع، هناك مجموعة من المخاوف المنهجية التي تتجاوزالدّراسات الأحادية الثقافة، بما في ذلك القضايا المتعلقة بالترجمة والقياس والتكافؤوالعينات وتقنيات تحليل البيانات وإعداد التقاريرعن البيانات. ، تسمى أيضًا المنهج عبرالثقافات؛ الدّراسة عبرالثقافات*** **[. . .](VandenBos, 2015b)**

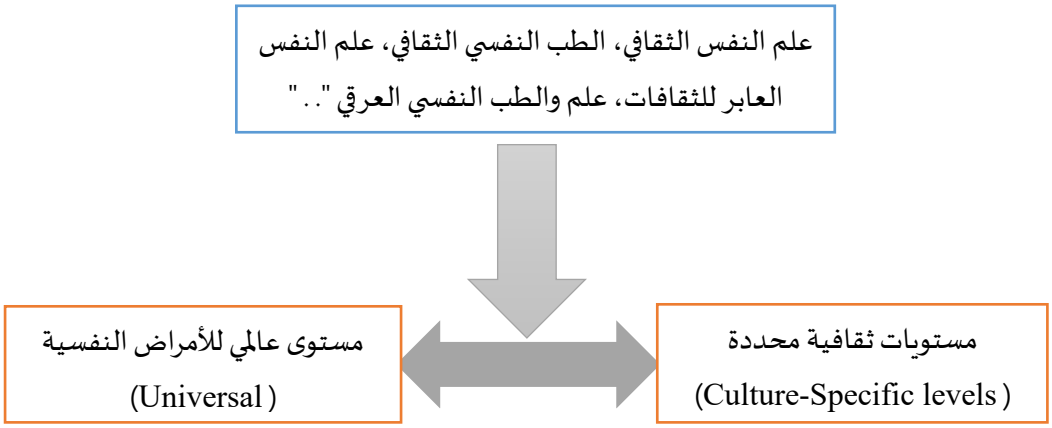
3) أهداف علم النفس الثقافي، علم النفس العرقي، والطب النفسي ثقافي

الهدف النظري للطب النفسي الثقافي هوزيادة فهمنا لمواضيع الصّحة النفسية والسلوك الإنساني عبر الحدود الثقافية من أجل إنشاء نظريات أكثر قابلية للتطبيق على نطاق أوسع وصالحة للتطبيق عبر الثقافات.

[1] Material artefacts

أمّا على "المستوى العيادي"، فالهدف الرئيسي لطب النفسي الثقافي تعزيز الرّعاية الصّحية النفسية "الكفاية ثقافيًا[1]"للمرضى من خلفيات عرقية أوثقافية متنوعة. فضلاً عن الرّعاية والعلاج المتوافق ثقافيًا. في حين من "الناحية البحثية"، يهتم الطب النفسي الثقافي بكيفية تأثير العناصر العرقية أوالثقافية على السلوك الإنساني، وعلم النفس المرضي، ومراحل العلاج. (Wen, 2003, p. 21)

شكل 2: مستويات البحث في علم وطب النفس الثقافي



المصدر: إعداد الطالب الباحث

مُوَازَاةً من ذلك مجال البحث في علم النفس العرقي والثقافي حول الطرائق التي تحدد بها العوامل الثقافية والإثنية الإدراك والسلوك البشري، وتشمل مواضيعه أبحاثًا مثل العلاقات بين الثقافة والتنشئة الاجتماعية، والزواج، والأسرة، وتكوين الشخصية، وأنماط السلوك.

علاوة على ذلك، يتعامل علم النفس العرقي والثقافي مع الظواهر الاجتماعية الناجمة عن الثقافة، مثل الأبعاد النفسية للهجرة، وتجارب الأقليات العرقية، والعلاقات بين الأعراق، والتغيير الثقافي، والدين.

ومن خلال دراسة مثل هذه الجوانب، يطور الممّارسون فهمًا عميقًا للبيئة الاجتماعية والثقافية وتأثيراتها على الإنسان، وبالتالي تطوير استراتيجيات علاجية وتدخلات نفسية تأخذ في الاعتبار البيئة الثقافية والإثنية للفرد. (Wen, 2003)

[1] الكفاية الثقافية، اوالكفاءة الثقافية سنشرحها في عنصر قادم

4) الاختلافات بين ميادين علم النفس والطب النفسي الثقافي

جدول 3: الاختلافات بين ميادين علم النفس والطب النفسي الثقافي

التخصص	مستوى التحليل	المنهجية
علم النفس الثقافي" بفروعه"	يركز علم النفس الثقافي وعلم النفس عبر الثقافات بشكل أوسع على العمليات النفسية. يتخذ الأنثروبولوجيا الثقافية	يعتمد علم النفس الثقافي وعلم النفس عبر الثقافات بشكل كبير على البحث التجريبي والارتباطي. يستخدم الأنثروبولوجيا الثقافية الأساليب الإثنوغرافية، مثل الملاحظة بالمشاركة والمقابلات.
الطب النفسي "الثقافي، العرقي"	يركز الطب النفسي الثقافي والطب النفسي العرقي بشكل أساسي على دراسة تأثير العوامل الثقافية والعرقية على الصّحة النفسية، بما في ذلك تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية في سياقات ثقافية مختلفة .	يعتمد الطب النفسي الثقافي والطب النفسي العرقي على العمل العيادي ودراسات الحالة، مع الأخذ في الاعتبار السياقات الثقافية والعرقية. كما يتم استخدام البحث النوعي والتحليل العيادي لفهم الفروق الثقافية والعرقية في الاضطرابات النفسية واستجابات العلاج .

نخلص إلى أنّ جميع الإختصاصات ذات مدخلات مشتركة " عوامل ثقافية عرقية" ومخرجات ايضا مشتركة " سلوك، استجابة مرض نفسي، تعافي" لذا ففي دراستنا قد نضطر للإستخدام المتبادل للمفاهيم حسب المراجع وحسب المنظرين.

II. خلفية نظرية

1) مساهمات "فيغوتسكي" (Lev Vygotsky, 1934)

حسب "ميلر" (Miller, 2014) يعد فجوتسكي من اهم رواد ومنظري علم النفس الثقافي التاريخي[1]، حيث دمج علم النفس العام من والثقافة والنموالنفسي، حيث يقول فيغوتسكي أنّ مفتاح النمو[2] النفسي لدى الطفل والعملية التي يصبح بها الكلام الاجتماعي كلامًا داخليًا خاصًا، هواللغة والرموز ممّا يتيح التنظيم الذاتي والتفكير المركب، يُنظر إلى عمله أنّ له تأثير ملحوظ في علم النفس المعاصر، وخاصة في كيفية تأثير الثقافة على تشكيل العمليات المعرفية.

فيما يتعلق بالعلاقة المتبادلة بين اللغة والفكر يسلط الضوء على مفهوم "المشاركة الموجهة "[3] المتمثلة في كيفية تأثر النمو المعرفي بالتفاعلات الاجتماعية داخل السياقات الثقافية. كما يستكشف فيغوتسكي عبر هذا المفهوم دور اللعب في تطوير التفكير المجرّد لدى الأطفال. (Podolskiy, 2012)

[1] Cultural-historical psychology

[2] Development

[3] Guided participation

من هذا المنطلق يعد فيغوتسكي مرجع نظري مهم في فهم كيفية تشكل الخبرة النفسية ضمن السياق الثقافي .

2) مساهمات "جيزا روهايم " (Géza Róheim,1943)

تمثلت مساهامات "روهايم" في "النظريةالجينية للثقافة[1]"، التي تنص أنّ الثقافة ليست سياقًا تجري فيه العمليات النفسية فحسب، بل باعتبارها في حد ذاتها مكونة من هذه العمليات، وأبدى اهتمامًا خاصًا بالطريقة التي تلعب فيها تجارب الطفولة المبكرة دورًا حاسمًا في تكوين الشخصية من خلال الممّارسات الثقافية. (Stitou, 2007)

قدمت دراساته الإثنوغرافية لمجتمعات السكان الأصليين في أستراليا وغيرها من المجتمعات غير الغربية أدلة تجريبية على نظرياته، ووجد أنّ الطقوس الثقافية والأساطير والرموز كانت جزءًا من الطبقة العميقة من التطور النفسي بين البشر، وبالتالي تؤثر على الأنماط المعرفية والعاطفية حتى نهاية الحياة.

من مسلمات نظرية روهيم ايضا مفهومه "الطفولة الممتدة"[2]، الذي يؤكد أنّ فترة الطفولة الممتدة للإنسان تمكن من استيعاب عميق للمعايير والممّارسات الثقافية داخلهم، وبالتالي تشكيل هياكل المجتمع، يؤمن ايضا بدور الرموز الثقافية في تشكيل الهوية الفردية والجماعية وفي العمل كوسيلة يتم من خلالها إتقان كل من القلق والرغبات الإنسانية، تحدى افتراضات نظرية التحليل النفسي (التأثيرات المبكرة)من خلال إظهار أنّ الثقافة لعبت دورًا مهمًا في التطور النفسي، وقد أبرز عمله الميداني أدلة حقيقية على الممّارسات الثقافية.

على سبيل المثال، النظام الأمومي لشعب التروبرياندي[3](Trobriand)، التي لا يمكن تفسيرها من خلال النظرية الفرويدية وحدها. (Fermi, 2008)

ثانيًا، تقدم نظرية روهيم فهم لكيفية تفاعل الثقافة والنفس، وبالتركيز على التطور النفسي في سياقات ثقافية محددة، أكد روهيم أنّ تجارب الطفولة المبكرة تلعب دورًا حاسمًا في تشكيل الهويات الفردية والجماعية. وكان المنظور الذي قدمه مؤثرًا في الأبحاث اللاحقة في علم النفس الثقافي وعلم الإنسان.

---

[1] Ontogenetic theory of culture قدم جيزا روهايم مفهوم "الطفولة الممتدة" كجزء من نظريته الأوسع حول أصول الثقافة ووظائفها. ترجع جذور هذه الفكرة إلى ملاحظة مفادها أن البشر، مقارنة بالأنواع الأخرى، لديهم فترة طويلة بشكل غير عادي من التبعية في مرحلة الطفولة. تعد هذه المرحلة الطويلة من عدم النضج أمرًا بالغ الأهمية لتطور النفس البشرية واستيعاب الأعراف والقيم الثقافية.

[2] Prolonged childhood

[3] المقيمون في جزر التروبرياند قبالة ساحل بابوا غينيا الجديدة، هم مجموعة من الناس تتميز بثقافة غنية ومعقدة، اشتهروا بدراسات الأنثروبولوجيا التي أجراها برونيسلاف مالينوفسكي، الذي قضى سنوات عديدة يعيش معهم ويدرس عاداتهم وتقاليدهم.

وأخيرًا، ومن أكثر أفكاره تأثيرًا أنّ الثقافة تعمل كآلية دفاع عن القلق، وخاصة القلق الناجم عن عقدة أوديب كما يشير أنّ الممّارسات الثقافية، بما في ذلك الطقوس والأساطير، تعمل على تخفيف الصراعات اللاواعية الناشئة أثناء النموالمبكر. (Stitou, 2007)

بناءا على ما سبق نرى ان مساهامات مساهمات "جيزا روهايم " سلطت الضوء على الارتباط الهيكلي بين النفس والثقافة.

و اعتبر الثقافة مُكوّن جوهري للعمليات النفسية، وليست مجرد سياق ثانوي لها . كما فسر مفهوم "الطفولة المُمتدة" و كيف تُؤثّر التجارب المُبكرة على الأنظمة الثقافية والهوية طوال الحياة، وخاصةً لدى النساء بعد الولادة، يمكن ان تعتبر الطقوس الثقافية المُصاحبة للولادة آلياتٍ لإدارة القلق واستعادة التوازن، مما يعكس فكرة روهايم عن الأساطير كدفاعات ثقافية.

يساعدنا تركيز روهايم على البُنى الرمزية والأسطورية في فهم الجوانب الإثنو-نفسية لتجارب ما بعد الولادة، و بهذا توفر أفكاره إطارًا لاستكشاف كيف تشكل الثقافة التجارب النفسية للنساء بعد الولادة،

3) مساهمات "جورج ديفرو"(George Devereux,1956)

كان جورج ديفروأحد رواد ومنظري التحليل النفسي العرقي، وهوالاتجاه الذي نشأ عند تقاطع التحليل النفسي مع نتائج الأنثروبولوجيا الثقافية. وقد توصل إلى كيفية تأثير العامل الثقافي على الصّحة النفسية على وجه التحديد، وكيف يمكن تطبيق المفاهيم التحليلية النفسية في سياقات ثقافية مختلفة.

من بين اهم مفاهيمه، نذكر: التكاملية[1] أو "التكامل" يرى من خلاله أنّ التفسيرات النفسية والثقافية للسلوك تكمل بعضها البعض، بدلاً من استبعاد بعضها البعض، وقد زعم أنّ المستويين النفسي والاجتماعي الثقافي يجب أنّ يؤخذا في الاعتبار محاولات فهم سلوك الشخص.

حسب ديفرو التحليل النفسي الكلاسيكي له تطبيقات محدودة على الثقافات غير الغربية، وأنه إذا كان من المقرر تطبيقه على نطاق أوسع، فيجب دمج الأفكار الأنثروبولوجية في دراسة النفس.

في الواقع، ذهب إلى حد القول، "*أنّ كل نظرية نفسية مشروطة ثقافيًا، وبالتالي، فإنّ التحليل النفسي العرقي الذي يأخذ في الاعتبار ثقافة المريض فقط هوالقادر على فهم معنى أعراضه بشكل كامل*" (Jilek, 1981)

[1] Complementarism

حسب (Cerea, 2018) لاحظ، "أنّ أعراض الذهان ليست عالمية، فهي تظل مرتبطة بالبيئة العرقية التي يعيش فيها المريض" ، لم يوافق على أنّ التأثيرات الثقافية تتجاوز العقل اللاواعي. وبحسب رأيه، فإنّ المعايير والقيم الثقافية تؤثر بشكل عميق على اللاوعي، وبالتالي فإنّ أي علاج نفسي تحليلي لابد وأن يأخذ في الاعتبار الخلفية الثقافية للمريض. و هو ما سنحاول الكشف عنه من خلال دراستنا ، اي كيفية تأثير المعتقدات الثقافية على التكفل النفسي بالمرأة بعد الولادة .

4) مساهمات "ماري روز مورو"(Marie Rose Moro,2008)

اختصت موروفي مجال العلاج عبر الثقافات والمهاجرين، تعمل على تعزيز تنمية الكفاءة الثقافية لدى المتخصصين في الصّحة اللنفسية وتوعيتهم بالسرد الثقافي[1] وأنظمة المعتقدات التي تؤثر على تجربة المريض مع المرض النفسي. (Moro, 2008)

تعتمد الاستشارة الإثنية(العرقية) بالنسبة لها إلى البناء المشترك لعملية علاجية مع المريض وأسرته. تقر البحث بتعقيد الديناميكيات الثقافية داخل الأسر المهاجرة وسياقاتها. كما تدمج العناصر الثقافية في العملية العلاجية. نجحت في تحديد الاحتياجات النفسية للمرضى من خلفيات ثقافية متنوعة. (Abbal et al.,2014)

من جهة أخرى تدرس موروالعلاقة بين النظرية الديناميكية النفسية والتنوع الثقافي، (Moro, 2015) وتقر أنّ العوامل الثقافية تشكل تأثيرات رئيسية في بناء العقل اللاواعي ويجب أخذها في الاعتبار أثناء الممّارسة التحليلية. وتكتسب وجهة النظر هذه أهمية خاصة فيما يتعلق بالعمل مع المرضى من خلفيات مهاجرة حيث قد تظهر الصراعات الثقافية داخل الأعراض النفسية.

وتبحث في التأثيرات النفسية للهجرة وصعوبات المثاقفة، وتصف كيف تؤدي الضغوط لدى المهاجرين إلى فقدان شبكات الدعم الاجتماعي للتعرض للتمييز، والذي يمكن أنّ يؤدي إلى مشاكل الصّحة النفسية إذا لم تتم إدارته بشكل صحيح.

كما اشارت مورو إلى جانب انتقال الصدمات عبر الأجيال، وبالتالي لا تؤثر فقط على الأشخاص الذين مروا بالصدمة ولكن أيضًا على الأحفاد والأبناء مباشرة، وخاصة عندما يحاول المرء أنّ يتصالح مع الصّحة العقلية للمهاجرين من الجيل الثاني، الذين قد يرثون العبء النفسي من والديهم بشأن تجارب الهجرة. (Moro, 2015)

[1] Cultural Narratives تشير السرديات الثقافية إلى القصص والمعتقدات والممارسات والقيم التي تنتقل عبر الأجيال داخل مجموعة ثقافية والتي تشكل هوية ونظرة الأفراد للعالم داخل تلك الثقافة. هذه السرديات ضرورية لفهم كيفية إدراك الأفراد من خلفيات ثقافية مختلفة لأنفسهم وعلاقاتهم وتجاربهم، بما في ذلك صحتهم العقلية.

5) مساهمات توبي ناتان(Tobie Nathan,2007)

يمكن أنّ نختصر أفكار توبي ناتان في قوله:(Nathan,2001): "*لكل ثقافة طرقها الخاصة في فهم ومعالجة المعاناة، وغالبًا ما تكون هذه الأساليب صالحة مثل طرق الطب الغربي*". [1]

من اهم افكار ناتان التي ساهم بها في علم النفس العرقي أو الثقافي هي أنّ نجاح العلاج يعتمد على ملاءمة التقنيات العلاجية للخلفية الثقافية للمريض. وبالتالي يعتمد في الشفاء على الثقافة.

ثم يركز على أهمية المعالج في المجتمعات التقليدية، وأنّ مكانة المعالج كانت مرتبطة منذ زمن بعيد بعملية الشفاء فيما يتعلق بالمريض، وخاصة في المجتمعات التقليدية. ووفقًا له،

أنّ المعالج لابد وأن يتحول إلى مترجم، أي إلى وسيط بين عالم المريض وعالم الطب، إذا كان للرعاية أنّ تكون ذات صلة وفعّالة، ومن بين المساهمات المهمة التي قدمها ناثان في هذا المجال فهم الأطر الثقافية والرمزية التي يدرك المريض من خلالها مرضه. (De Meyer, 2014)

[1] Chacune des cultures a ses propres façons de comprendre et de traiter la souffrance, et souvent ils sont aussi valables que les manières de la médecine occidentale.

III. مفاهيم في علم نفس الثقافي والإثني

1) التثقاف والمثاقفة

يعد **التثاقف" (Enculturation)** من اهم العمليات في علم النفس الثقافي أو الإثني، وهي كيفية انتقال الثقافة من جيل إلى جيل من خلال البيئة الاجتماعية والوحدات العائلية من خلال عملية ويحدث التثاقف ويتم فرضه من خلال التعليم المؤسسي، والهياكل الاجتماعية في المجتمع، وأنماط التربية الفردية.

في حين تعتبر **"المثاقفة" (Acculturation)** عندما يتفاعل شخص ما مع نظام ثقافي مختلف، ونتيجة لهذا التفاعل، يلتقط بعض جوانب تلك الثقافة الجديدة أو الأجنبية، وقد يستدخل الشخص أحيانًا الثقافة الجديدة أو السائدة إلى الحد الذي يجعله يشبه أفرادها. وقد تحدث ظاهرة "الاستيعاب"**(Assimilation)** هذه طوعًا أو كرهًا. (Wen, 2003, p. 06)

2) فقدان الهوية الثقافية أو"اقتلاعها من جذورها "[1]

مصطلح فقدان الهوية الثقافية هوالمصطلح المستخدم لوصف الحالة التي يتخلى فيها فرد أو مجموعة من الأفراد، عن السمات البارزة لنظامهم الثقافي الأصلي، سواء طوعًا أو كرهًا، ويشبهون بالشجرة التي فقدت جذورها. ونتيجة لذلك، يُعرف أيضًا باسم "الاقتلاع".

كما تُفقد الثقافة الأصلية أو تُدمر دون استبدالها بشكل صحيح بالثقافة البديلة، على النقيض من ظروف التثاقف أو الاستيعاب، ممّا يؤدي إلى فقدان الهدف والاتجاه في الحياة[2]. (Wen, 2003, p. 10)

---

[1] Deculturation or Cultural Uprooting

[2] فيما يلي بعض الأمثلة على إزالة الإرث الثقافي. تاريخيًا، عندما وصل المستوطنون الإسبان إلى دول أمريكا الجنوبية أوأمريكا الوسطى، مثل المكسيك، قاموا عمدًا بهدم معابد السكان المحليين وإقامة الكنائس في نفس المواقع باستخدام المواد المتبقية من هدمهم. وقد تم ذلك من أجل القضاء على العقيدة الأصلية قبل تدمير الثقافة الأصلية.

لقد أطيح بمملكة هواي (Hawaiian monarchy)بالقوة العسكرية عندما وصل الأميركيون إلى هاواي كمبشرين أوصائدي حيتان. وقد تأثر سكان هاواي الأصليون بالغربيين، ونتيجة لذلك فقدوا المحرمات والآداب الاجتماعية. على سبيل المثال، لم يعد من المتوقع أن يتناول الرجال والنساء الطعام معًا، الأمر الذي أدى إلى تغيير وضع الرجال والنساء.

لقد أدى الانخفاض المذهل في عدد السكان الذي حدث عندما أصيبوا بأمراض (مثل الزهري والحصبة) التي جلبها الغربيون والتي يفتقرون إلى المناعة ضدها إلى تعجيل انقراض الثقافة الأصلية. وبهذا قد كان سبب زوال الحضارة التقليدية لسكان هاواي الأصليين هوالتقاء أسباب بيولوجية وسياسية وثقافية. (wen, 2003)

**على النقيض من ذلك تعد التجربة الجزائرية فارق في الإستجابة لإزالة الثقافة يعود ذلك للعقيدة التي يؤمن بها الشعب الجزائري والمفهوم المرتبط بالجهاد في سبيل الله في تحرير ارض الوطن، وهوالذي افتقدنته شعوب اخرى غير مسلمة.

3) تكوين الهوية العرقية [1]

يصف مصطلح "الهوية العرقية" الكيفية التي يدرك بها الشخص خلفيته العرقية وشعوره اتجاهها، الهوية العرقية هي أحد أشكال تحديد الهوية الجماعية، على النقيض من الهوية الشخصية أو الفردية.

وقد عرَّف عالما الأنثروبولوجيا الأمريكيان دي فوس De Vos وورومانوتشي روسRomanucciRoss (1975) في (Wen, 2003, p. 33) الهوية العرقية على النحوالتالي: "*إنها في الأساس ذاتية، وهي شعور بالانتماء الاجتماعي والولاء المطلق؛ وهي شكل من أشكال إسناد الأدوار، سواء الداخلية أو الخارجية*".

وعلاوة على ذلك، فقد لاحظا أنّ "الهوية العرقية هي في الأساس شكل من أشكال الهوية الموجهة نحوالماضي، والمضمنة في التراث الثقافي للفرد أو المجموعة".

ومن الناحية النفسية، من المهم أنّ نلاحظ أنّ التحيز هوعامل رئيسي في كيفية تحديد الأشخاص لعرقهم، وكذلك عرقهم، وجنسيتهم، ووضعهم الاجتماعي والاقتصادي، ودينهم.

وفقًا لديفرو(Devereux,1965)، "لا تتطور هوية عرقية لأي مجموعة عرقية حتى تعترف بوجود آخرين لا ينتمون إلى المجموعة". فعندما تتنافس مجموعة من الأصدقاء مع مدارس أخرى في الألعاب الرياضية أوغيرها من الأنشطة اللامنهجية، على سبيل المثال، فإنّهم يطورون شعورًا بـ"هوية مدرستهم".

"سيشجع ذلك عملية الشعور بالولاء والتماهي مع مدرسته. فعندما تنخرط أمة في مواجهة مفتوحة (مثل الحرب) مع أمة أخرى، سيعزز المواطن شعوره بـ"الهوية الوطنية" ويُظهر الولاء لأمته.

وسوف يصبح التحفيز على تكوين الهوية أكثر استمرارية إذا كان التحفيز الخارجي طويل الأمد إلى حد ما، مثل التحيز تجاه مجموعة مهمشة.

4) الكفاءة الثقافية

حسب "بيرنل و بولناكا " (Purnell & Paulanka, 2008) إن الكفاءة الثقافية تشكل موضوع مهم في السعي إلى التعامل مع التنوع في المجتمعات المتعددة الثقافات. أنّ الكفاءة الثقافية تلعب دوراً بالغ الأهمية في الحد من الفوارق الصّحية. وأصبحت الرّعاية الكفؤة ثقافياً موضع اهتمام المستهلكين، وتشكل القوى العاملة المتنوعة أهمية بالغة لمقدمي الرّعاية الصّحية لتعكس بشكل أكثر دقة السكان الذين يتم تقديم الخدمات لهم.

[1] Ethnic Identity Formation

وبصرف النظر عن التخصص والخبرة الشخصية والظروف الخاصة، فإنّ جميع المتخصصين في الرّعاية الصّحية يشتركون في احتياجات معلوماتية ثقافية محددة ممّاثلة وتطوير المهارات للتواصل بشكل فعال مع السكان المتنوعين.

تشمل صفات الكفاءة الثقافية ما يلي:

- **الحساسية الثقافية**[1] هي القدرة على تقدير الاختلافات الثقافية دون فرض وجهة نظر ثقافية خاصة بالفرد. وبهذا فهي معرفة وفهم هذه الاختلافات.
- **المعرفة الثقافية**[2] هي مجموعة المعارف حول العادات الثقافية المختلفة والأيديولوجيات والقيم التي تؤثر على التواصل وعملية اتخاذ القرار لدى العميل. (Campinha-Bacote, 2002)
- **التعاطف الثقافي**[3] هوالقدرة على فهم أفكار وعواطف وتجارب الأشخاص من أصول ثقافية مختلفة والتواصل معها من أجل تحسين التواصل.
- **القدرة على بناء والحفاظ على الروابط التي تراعي الاختلافات الثقافية**[4] وهي مراعات، وتعزيز التواصل الفعال والعمل الجماعي، والتفاعلات ذات الصلة بالثقافة، المحلية.
- **القدرة على التوجيه الثقافي**[5]: القدرة على تقديم التدخلات والمساعدة والتوجيه المناسب للسياق الثقافي للأشخاص المعنيين. (Sue & Sue, 2012)

[1] Cultural sensitivity
[2] Cultural knowledge
[3] Cultural empathy
[4] Culture-relevant relations and interaction
[5] Ability for cultural guidance

IV. طرق مختلفة تساهم بها الثقافة في علم الأمراض

على الرغم من وجود العديد من الأسباب للأمراض النفسية، بما في ذلك الأسباب النفسية الداخلية والبيولوجية، فإنّنا سنركز بشكل أساسي على الأسباب الثقافية للأمراض النفسية.

من منظور مفاهيمي، يمكن للثقافة أنّ تؤثر على الأمراض النفسية بطرق متنوعة، اعتمادًا على الآلية المحددة التي تعمل بها. وتشمل هذه التأثيرات ما يلي :

1) التأثير المُسبِّب للأمراض[1]

تُعرف المواقف التي تساهم فيها الثقافة بشكل مباشر في تكوين أو "توليد" (Generation)الأمراض النفسية بالتأثيرات المسببة للأمراض(Dinesh & Kamaldeep, 2007).

يمكن للأفكار والمعتقدات الثقافية أنّ تسبب الإجهاد بعدة طرق، ممّا قد يؤدي إلى الأمراض النفسية. يمكن أنّ يؤدي القلق الثقافي، والمهام والواجبات المسندة ثقافيًا، والأداء المطلوب ثقافيًا إلى الإجهاد. في هذه المواقف، يُنظر إلى الثقافة كمكون سببي حيث تساهم المعتقدات أو الأفكار الثقافية الفريدة على نطاق واسع بشكل مباشر في تطوير إجهاد محدد يسبب نوعًا معينًا من الأمراض النفسية.

فحسب "كلاينمان " Kleinman (1988) قد تكون الثقافة عاملاً مباشرًا في تحديد المرض النفسي، وفي بعض الأحيان، يرجع هذا إلى خلق ضغوط فريدة من نوعها تجعل الفرد أكثر عرضة للضائقة النفسية. على سبيل المثال، ارتبطت وتيرة العولمة السريعة والاضطراب الثقافي المرتبط بها بارتفاع مستويات القلق والاكتئاب في المجتمعات التي تشهد التحديث السريع. ينعكس هذا الشعور في الأبحاث بين المجتمعات الأصلية حيث ارتبط فقدان طرق الحياة التقليدية والهوية الثقافية بسبب آثار التأثيرات الثقافية الخارجية بزيادة معدلات الإصابة بالأمراض العقلية. (Davis, 1996)

في غياب فكرة أو اعتقاد رسمي راسخ، لن تتجسد الأمراض النفسية، وبهذا فالأمراض النفسية الناجمة عن الثقافة تقتصر عادة على المجتمعات التي تتبنى المعتقدات الثقافية التي تؤدي إليها،

لأن هذه المعتقدات غالباً ما تكون خاصة بالثقافة. بعبارة أخرى، تلعب الثقافة دوراً في ظهور أمراض نفسية مميزة خاصة بسياقات ثقافية معينة ولا يمكن إسنادها ظاهرياً إلى أي فئة تشخيصية تشكل جزءاً من التصنيفات (الغربية) الحالية.

[1] pathogenic

على سبيل المثال نذكر متلازمة "كورو"(koro)اضطراب القلق الناتج عن انكماش الأعضاء التناسلية[1]، ومتلازمة داهت(daht) اضطراب القلق الناتج عن فقدان السائل المنوي[2]، ورهاب البرد (الخوف المفرط من المرض)[3]، والخوف من الموت الناجم عن السحر(voodoo)، متلازمات نفسية محددة مرتبطة بالثقافة بسبب السياقات الثقافية التي نمت فيها. هذه مجموعة صغيرة جدًا من المتلازمات النفسية المعترف بها في مجال الطب النفسي، لكنها تقدم ادلة وبداية مهمة في دراسة التأثيرات المرضية للثقافة.

2) **التأثير الإنتقائي للأمراض**[4]

حسب (Keel & Klump, 2003) تؤثر المتغيرات الثقافية بشكل كبير على أنواع الأمراض النفسية الأكثر شيوعًا في ثقافة معينة. على سبيل المثال، لا يوجد فقدان الشهية العصبي والشره المرضي إلا في الثقافات الغربية حيث تشكل المثل العليا للنحافة جوهر معايير الجمال المجتمعية، وهذا ما يغيب نسبيا في الجزائر حيث قد تكون بعض الصفات المطلوبة في المجتمع عكس تلك الغربية[5].

يوضح هذا التأثير الانتقائي المرضي على الكيفية التي قد تدفع بها القيم الثقافية علم الأوبئة لبعض الاضطرابات وتجعلها أكثر انتشارًا في سياقات ثقافية معينة.

كما على المستوى الفردي، يمكننا أنّ نفحص كيف "يختار"[6] الشخص أنماطًا معينة من الاستجابة للتوتر، واختيار نوع معين من الأعراض ومنه الأمراض النفسية، تحت تأثير الخصائص الداخلية مثل الشخصية وغيرها من الظروف النفسية. ومن منظور ثقافي، قد يقال أنّ مجموعة فرعية من المجتمع تميل إلى اختيار أنماط استجابة معينة نتيجة للتأثيرات الثقافية، ممّا يؤدي إلى تطور أمراض نفسية محددة.

أنّ الثقافة تؤثر، دون وعي من مرتاديها، على نوع من الأمراض النفسية التي تنشأ عن قرارات الأفراد حول كيفية الاستجابة للأحداث الصعبة ولها تأثير كبير على القرارات التي يتخذها الناس. وتشمل بعض الحالات السريرية الانتحار الأسري (انتحار الوالدين وقتل الأطفال) أو الفرار (هجمات القتل الجماعي العشوائية) كآلية للتكيف مع الظروف المروعة. (Wen, 2003)

---

[1] Genital-retraction anxiety disorder

[2] Semen-loss anxiety disorder

[3] Excessive fear of getting sick

[4] pathoselective

[5] اشارة الى الأفكار الشعبية حول المرأة البدينة، وقد كانت البدانة دائما من أهم مقاييس الجمال العربي فقد كانت المرأة العبلاء هي المرأة الجميلة في نظر العرب، والعبلاء هي من كان أعلاها خفيفا وأسفلها كثيبا (مثل كثبان الرمل)، وكانوا يتعوذون بالله من الزّلاء أي خفيفة الشحم. وقد قال الشاعر:"أعوذ بالله من زلاءَ ضاوية". كأن ثوبها عُلّقا علي عود.

[6] Selects

من الطبيعي أنّ هذا لا ينطبق على الأمراض النفسية الخطيرة؛ بل إنه يتعلق فقط بالمشاكل النفسية البسيطة، وخاصة تلك المتلازمات المحددة المرتبطة بالثقافة. ولكن الحالات المتطرفة تجعل من الواضح تمامًا أنّ الثقافة مهمة للغاية في تشكيل أنماط ردود أفعالنا والأعراض الخارجية للأمراض النفسية.

3) التأثير المساهم في تشكيل الأمراض النفسية[1]

بصرف النظر عن الاختيار، فإنّ الثقافة تتوسع أيضًا في التأثير على الأمراض النفسية، بحيث تؤثر على التعبير عن الأعراض، أنّ التجسيد هوالعملية التي يتم من خلالها التعبير عن الضائقة النفسية كأعراض جسدية في معظم الثقافات غير الغربية.

على سبيل المثال، لاحظ "كيرماير ويونج" أنّ الشكاوى الجسدية مثل الصداع والتعب أكثر شيوعًا في معظم الثقافات الآسيوية مقارنة بالشكاوى النفسية مثل الاكتئاب أو القلق(Gureje & Simon, 1997).

أنّ التأثير المساهم في تشكيل المرض (تجسيده بشكل معين) هومثال على الجانب المتعلق بتأثير المعايير والمعتقدات الثقافية على التعبير عن المرض النفسي. تشير التأثيرات النفسية التشكيلية[2] إلى الطرائق التي تساهم بها الثقافة في تشكيل أو تعديل مظاهر الأمراض النفسية. يمكن أنّ يحدث هذا التأثير على مستويين: تشكيل محتوى الأعراض أو تعديل النمط العيادي العام للاضطراب.

بناءً على شدة هذا التأثير التشكيلي ودرجة التعديل في الأعراض، يمكن أنّ تؤثر الثقافة على الأمراض النفسية بحيث تصنف هذه الاضطرابات أمّا كـ"غير نمطية"، أوكـ"أنواع فرعية"، أوكـ"تنوعات" للاضطرابات المعترف بها رسمياً في النظام التصنيفي الحالي[3] وفي بعض الحالات، قد تصنف هذه الاضطرابات كمتلازمات ثقافية محددة إذا كان للثقافة دور بارز في تشكيل هذه الأعراض. قد يستحوذ الخوف من عدة أشياء على المريض الذي يعاني من ميول رهابية. واعتمادًا على الموضوعات التي يعتبرها الناس في مجتمعه "قذرة" أو "خطيرة" في وقت معين، فقد يشعر بالرعب من التلوث بالجراثيم أو الفيروسات أو سائل المشيمة أو الدورة الشهرية أو الأشخاص المسحورين أو السموم النووية.

إذا شعر الشخص أنّ "إخراج الغازات" أو "الكشف عن رائحة الجسم" أو " الاحمرار" في الأماكن العامة أمر محرج في المواقف الاجتماعية، فقد تتطور هذه المخاوف إلى رهاب اجتماعي شديد وقهري.

---

[1] Pathoplastic Effects

[2] psychopathoplastic effects

[3] نقصد هنا الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (الطبعة الخامسة)

أنّ درجة ظهور أعراض معينة أو تضخيمها أو غيابها، والتي تعدل إلى حد ما المظهر العام للصورة العيادية، هي إحدى الطرائق لمراقبة التأثيرات الثقافية على الأمراض النفسية.

كما أنّ العوامل الاجتماعية والثقافية تؤثر بشكل متكرر على الأمراض النفسية، وهذا يعني أنّ الصورة العيادية قد لا تظهر نفسها دائمًا بشكل متسق أو بطريقة قابلة للمقارنة مع تلك الموجودة في الدول الغربية.

نذكر ايضافي هذا السياق ما يلاحظ في الدول الأسيوية : متلازمة الدماغ الفارغ(brain fag syndrome[1])، التي تتميز بشكاوى من ضعف عقلي وشكاوى جسدية من آلام في الرأس أو الرقبة، كما لوحظ في اليابان كشكل خاص من "الرهاب الاجتماعي"، أو تايجين-كوفو-شو(Taijin-kuofu-sho[2]) (اضطراب الخوف من العلاقات الشخصية)، والتي تتميز بالقلق المرضي بشأن عدم القدرة على التواصل مع الأصدقاء المقربين أو زملاء الدّراسة أو الزملاء، ولكن ليس مع الغرباء. (Wen, 2003)

4) التأثير المُعقِّدة للمرض[3]

رغم أنّ بعض ردود الفعل السلوكية سواء كانت مرضية أو طبيعية، قد تكون عالمية، فإنّ التعزيز الثقافي قد يتسبب في تضخيمها إلى أقصى حد في بعض الثقافات، وتلبي بعض الأمراض النفسية متطلبات فردية ومجتمعية على حد سواء، ولا تكون مرضية دائماً، في حين أنّ أعراض أخرى تكون مرضية بشكل واضح وتتأثر بشدة بالثقافة، أنّ الظاهرة النفسية التي تُعرف باسم "لاتاه"(latah[4])، والتي تُلاحظ في المقام الأول في ماليزيا، تشكل مثالاً ممتازاً لمفهوم التأثيرات المرضية المعقدة من طرف الثقافة. وتتمثل هذه الظاهرة في البداية المفاجئة لنوبة انفصالية[5] قصيرة ناجمة عن الصدمة.

[1] هومصطلح يستخدم بطريقة غير رسمية للإعلان عن حالة من التعب العقلي الشديد والمستمر. لا يوجد نموذج طبي تشخيصي، بل مجرد تعبير يستخدم لإثارة إحساس بالإرهاق العقلي الشديد، يرتبط بصعوبات التركيز ومشاكل الذاكرة وانخفاض الإنتاجية.

[2] هونوع محدد من اضطراب القلق الاجتماعي وهوشائع بشكل خاص في الثقافة اليابانية. ويترجم إلى "الخوف من العلاقات الشخصية" ويتميز بخوف شديد من الإساءة إلى الآخرين أوإحراجهم.

[3] يشير إلى عملية تؤدي إلى تعقيد علم الأمراضPathoelaborating Effects

[4] اللاتاه هومتلازمة مرتبطة بالثقافة وتوجد بشكل أساسي في ماليزيا وإندونيسيا. وتتميز باستجابة مبالغ فيها للخوف المفاجئ أوالمفاجأة. غالبًا ما يدخل الأفراد الذين يعانون من اللاتاه في حالة تشبه الغيبوبة، وتُعتبر أحيانًا شكلاً من أشكال الاضطراب الانفصالي أوالعصبي. غالبًا ما يُنظر إلى اللاتاه على أنها مبنية على أساس اجتماعي، حيث تتشكل أعراضها وردود أفعالها وفقًا للتوقعات والمعايير الثقافية.

[5] Dissociative

5) التأثير المُسَهِّل للأمراض[1]

حسب (CORRIGAN & WATSON, 2002) تشير نظرية (pathofacilitative theory[2])إلى أنّ المجال البيئي والاجتماعي والثقافي يمكن أنّ يساعد أو يزيد من سوء الاضطرابات النفسية، ومن مسلمات هذه النظرية أنّ العوامل الفردية البيولوجية والنفسية تشكل محورًا مركزيًا، إلا أنّ هناك دائمًا فرصة لأن تؤدي البيئة نفسها إلى تفاقم هذه الظروف أو تخفيفها. على سبيل المثال، من المرجح أنّ تؤدي البيئات غير الآمنة والمجهدة، التي تتسم بالفقر وعدم المساواة أو حتى الحرب، إلى تسهيل تطور اضطرابات الصّحة النفسية مثل القلق أو الاكتئاب أو اضطراب ما بعد الصدمة.

إذا وصمت ثقافة ما المرض العقلي أو ثبطت طلب المساعدة، فإنّ شدة اضطرابات الصّحة العقلية ستزداد. تسلط نظرية التسهيل المرضي الضوء على ما يفهمه الناس على أنه يؤدي إلى تطور الاضطرابات العقلية بناءً على البنية المجتمعية والمعايير الثقافية والظروف البيئية؛ وبالتالي، فهي تتماشى مع النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي.

وفقًا للنظرية تؤدي العوامل الثقافية إلى تغيير كبير في مظاهر الأمراض النفسية، أي أنه لا يزال من السهل التعرف على الصورة العيادية وتصنيفها ضمن نظام التصنيف الحالي .ولكنها تساهم في تكرار حدوث اضطرابات نفسية معينة في مجتمع ما. وبعبارة أخرى، قد توجد الحالة ويتم الاعتراف بها على نطاق عالمي، ولكن بسبب المتغيرات الثقافية، فإنّها أكثر شيوعًا في بعض المجتمعات في أوقات مختلفة. وبالتالي، فإنّها "تسهل" التأثيرات، وتغير وتيرة حدوث بعض الأمراض النفسية وتسهل تطورها.

أنّ انتشار العديد من الأمراض النفسية يميل إلى التباين على نطاق أوسع عندما ترتبط ارتباطًا وثيقًا بعوامل نفسية واجتماعية ثقافية أثناء تطورها.

(إدمان الكحول والمخدرات، والسلوك الانتحاري) هي أمثلة قليلة على الأمراض التي يختلف انتشارها بين المجتمعات المختلفة والتي يتأثر حدوثها بشكل كبير بالبيئة الاجتماعية.

[1] Pathofacilitative Effects يشير إلى عامل يسهل أوييسر من تطور المرض

[2] هذه نظرية متوافقة مع تلك المستخدمة لدعم نموذج جورج إنجل(George L. Engel) البيولوجي النفسي الاجتماعي لعام 1977، والذي ينص على وجود "تفاعل معقد بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في تشكيل الحالة العقلية" كما لم نتمكن من تحديد اول استخدام للمفهوم في الأدبيات النفسية

6) تأثير التميّز للأمراض[1]

وفقا" لثورنيكروفت" (Thornicroft, 2003)، هناك مجموعة متنوعة من الأشكال التي يتجلى فيها التمييز الثقافي، مثل الإقصاء الاجتماعي، أو إنكار الحقوق الأساسية، أو الخدمات.

وفي العديد من الثقافات، هناك تصور مستمر للمرض النفسي باعتباره فشلاً أخلاقياً أو ضعفاً روحياً، مرتبطاً بممّارسات تعمل على عزل المصابين بمثل هذا المرض بدلاً من دعمهم. ويؤكد هذا التأثير التمييزي المرضي على الحاجة إلى اتباع مناهج حساسة ثقافياً في مجال الرّعاية الصّحية العقلية.

قد لا تؤثر المتغيرات الاجتماعية الثقافية على تطور أو التعبير عن الأمراض النفسية، ولكنها قد تؤثر على ما إذا كان المرض العقلي أو السلوك يُنظر إليه على أنه "غير طبيعي" أو "مرضي" من قبل المجتمع والخبراء. توجد طرق مختلفة للتمييز بين الطبيعي وغير الطبيعي.

لا شك أنّ العناصر الاجتماعية الثقافية من بين العوامل المختلفة التي تؤثر على عمليات صنع القرار، مثل الحكم المهني والتعريف والوسائل والوظيفة.

يمكن تصنيف بعض الأمراض والسلوكيات النفسية، مثل الانحراف الجنسي، واضطرابات الشخصية، وإساءة استخدام المواد (مثل الشرب أو التدخين)، على أنها حالات مرضية أو سلوكيات طبيعية مقبولة اجتماعيًا بناءً على اعتبارات ثقافية. (Wen, 2003)

7) التأثير التفاعلي مع الأمراض[2]

نختم اخيرا مع جانب التفاعلي،حيث تؤثر الثقافة على كيفية استجابة المجتمعات للمرض العقلي، ممّا يؤدي إلى استجابات فردية وجماعية. وفي بعض الثقافات، يتم تفسير المرض العقلي باعتباره مشكلة روحية أو خارقة للطبيعة،

وغالباً ما يكون التدخل أكثر توجهاً نحوالممّارسات الدينية أو الطقوسية بدلاً من العلاج الطبي أو النفسي. (Fernando, 2010)وقد تساعد هذه التأثيرات المرضية التفاعلية الأفراد أمّا في إيجاد المعنى واستراتيجيات التأقلم أو من ناحية أخرى تأخير العلاج الفعال. وفي هذا الصدد يعمل السياق الثقافي كمحدد حاسم لكيفية ظهور نتائج الصّحة العقلية في النهاية.

[1] Pathodiscriminating Effects

[2] Pathoreactive Effects

تظهر هذه النتائج أنه في حين أنّ التأثيرات الثقافية قد لا تؤثر بشكل مباشر على حدوث أو التعبير عن الاضطرابات النفسية، إلا أنها تؤثر على تصورات الناس للاضطرابات وكيفية "رد فعلهم" تجاهها.

تؤثر الاستجابات العاطفية للأفراد للاضطرابات والوصمات التي يطلقونها عليهم على كيفية تحديد الأفراد لهذه الاضطرابات، ممّا يؤثر بدوره على كيفية تعبيرهم عن الامهم.

ونتيجة لذلك، وبقدر ما يختلف المسار العام للمرض، تؤثر الاستجابة الثقافية على الصورة السريرية للاضطراب العقلي على مستوى ثانوي.

تشير الأبحاث إلى أنّ تشخيص مرض الفصام قد يختلف باختلاف المجتمع. ففي الثقافات الحضرية الصناعية المتقدمة، يكون مآل سيئًا عادةً، بينما تكون النتائج أفضل عادةً في المجتمعات الريفية الزراعية الأقل تقدمًا. ويُعتقد أنّ البيئة الاجتماعية ـ خاصة وجهات نظر الأسرة والمجتمع تجاه المريض ـ لها تأثير على تشخيص مرض الفصام من خلال التأثير على مدى فعالية إعادة تأهيل الفرد المصاب بهذه الحالة في الحياة الاجتماعية والأسرية. (Wen, 2003)

8) جملة التأثيرات الثقافية

جدول 4: ملخص للتأثيرات الثقافية

العامل الثقافي	التأثير المُسبِّب للأمراض	التأثير الإنتقائي للأمراض	التأثير المساهم في تشكيل الأمراض النفسية	التأثير المُعقِّدة للمرض	تأثير التميّز للأمراض	التأثير التفاعلي مع الأمراض
الثقافات الغربية	ضغط الإنجاز العالي = قلق	انتشار فقدان الشهية	الاكتئاب معبر عنه بالحزن	وصمة العار حول الصّحة النفسية التجنب	التمييز ضد المرضى النفسيين في مكان العمل	الأمراض النفسية ذات منحى طبي
الثقافات الشرق أوسطية	عدم الاستقرار السياسي =اضطراب ما بعد الصدمة	الاعتراف الأقل بالاكتئاب	الاكتئاب معبر عنه من خلال الأعراض الجسدية	الوصمة تمنع السعي للعلاج (Dardas & Simmons, 2015)	تهميش الأفراد المصابين بأمراض نفسية	اعتبار المرض النفسي اختباراً إيمانياً
الثقافات الأفريقية	الفقر والنزاعات = الاكتئاب (MURTHY & LAKSHMINARAYANA, 2006)	الأعراض الجسدية أكثر شيوعاً (Patel & Kleinman, 2003)	الذهان معبر عنه كتجارب روحية	المعتقدات التقليدية تحد من الوصول إلى العلاج (Burns & Tomita, 2015)	تهميش الأفراد المصابين بأمراض نفسية	غالباً ما يُنظر إلى المرض النفسي على أنه مس روحاني (Burns & Tomita, 2015)
الثقافات الآسيوية	توقعات عالية من العائلة = قلق	انتشار أقل للتعبير عن الحزن بشكل صريح	الاكتئاب معبر عنه بالتعب	وصمة العار العالية = تأخير العلاج	نقص الدعم المؤسسي للصّحة النفسية	تُفسر الأعراض على أنها فقدان الانسجام مع الطبيعة

V. الثقافة وتصنيف الإضطرابات النفسية

يناقش (Gureje et al. , 2020) موضوع الثقافة والتصنيف في مقال بعنوان " الاعتبارات الثقافية في تصنيف الاضطرابات العقلية: لماذا وكيف في ICD-11 "[1] الدور الذي تلعبه الثقافة في تطور الاضطرابات العقلية وظهورها وعلاجها. وبعبارة أخرى، لا يمكن للمرء أنّ يفهم الصّحة النفسية بنجاح من منظور بيولوجي بحت؛ فالبيئة الثقافية تحدد إلى حد كبير السلوك المقبول أو غير المقبول وكيف يتعامل الأشخاص مع المرض النفسي من خلال طلب المساعدة، كما عرضت المقالة التوجه التاريخي في الطب النفسي عامة نحوالاهتمام المفرط بالتفسيرات البيولوجية على حساب السياقات الثقافية.

ويضرب مثالاً من خمسينيات القرن العشرين لكيفية فشل الطبيب النفسي البريطاني في التعرف على أعراض معينة لدى مرضى أفارقة بسبب تتجاهل العوامل الثقافية.

أنّ العوامل الثقافية تتطلب دراسة عميقة للوصول إلى نظام تشخيصي عالمي يكون مفيداً وعملياً في المجال الممّارسة العيادية. لتحقيق هذا الهدف، يجب تطوير "لغة مشتركة" تساعد على التواصل الفعال بين الثقافات المختلفة وتدعم الأطباء والممّارسين في اتخاذ قرارات سليمة مع الحفاظ على الوعي والحساسية الثقافية.

1) الوصمة المجتمعية والمرض النفسي

في دراسة (CORRIGAN & WATSON, 2002) بعنوان "فهم تأثير الوصمة على الأشخاص المصابين بأمراض عقلية"[2] قام الباحثون بدراسة التحديات التي يواجهها الأشخاص المصابون بأمراض نفسية، بما في ذلك التصورات النمطية المجتمعية والتحيز الذي يؤدي إلى الوصمة العامة والذاتية[3].

تشير الوصمة العامة إلى الاستجابة السلبية لعامة الناس، في حين أنّ الوصمة الذاتية هي ما يحدث عندما يستدخل المريض هذه المعتقدات السلبية، ممّا يؤدي إلى انخفاض تقدير الذات والكفاءة الذاتية. تعمل الوصمة من خلال ثلاثة مكونات: الصور النمطية والتحيز والتمييز[4].

من جهة أخرى سجلة الدّراسة أنّ وسائل الإعلام تعمل بشكل شائع على إدامة الوصمة من خلال تصوير المصابين بأمراض نفسية على أنهم خطرون أو عاجزون، ممّا يؤدي إلى ترسيخ الخوف العام والاستبعاد. هذه التأثيرات خطيرة للغاية في شكل تجنب اجتماعي، وسحب المساعدة، والتمييز، وأبرزها في مجالات العمل

[1] Cultural considerations in the classification of mental disorders: why and how in ICD-11

[2] Understanding the impact of stigma on people with mental illness

[3] Public stigma and self-stigma

[4] Stereotypes, prejudice, and discrimination.

والإسكان. تشمل الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الوصمة العامة الاحتجاج والتعليم والاتصال. في هذا الصدد، قد يؤدي الوصم الذاتي إلى تقليل تقدير الذات أو زيادة الغضب (المبرر)،

من جهة أخرى أنّ الوصمة التي تلحق بالمصابين بالأمراض النفسية تعني أكثر من مجرد مشكلة اجتماعية، لأنها ستخلف تأثيراً عملياً على الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الصّحة النفسية. و

من بين العواقب الرئيسية لذلك نشوء حلقة مفرغة من التهميش حيث يصبح المصابون مستبعدين من مجالات رئيسية من الحياة، مثل العمل والعلاقات الاجتماعية .

بل وحتى التضامن الأسري. على سبيل المثال، في غانا، يتحمل المصابون بالأمراض العقلية قدراً كبيراً من الوصمة. وهذا قد يعني أنهم قد لا يتمكنون من العثور على عمل، أو إقامة علاقات مستقرة، أو حتى الحصول على الرّعاية الصّحية الأساسية .وكل هذا بسبب الوصمة التي تلحق بالصّحة النفسية (Mfoafo-M'Carthy & Sossou, 2017).

حسب (Subu et al. , 2021) المشكلة أنّ الوصمة لا تقتصر على المواقف الشخصية؛ بل إنها محفورة في هياكل المجتمع ذاتها. وفي أغلب الأحيان، يتم تعزيزها بشكل واضح بالقوانين، والمعايير الاجتماعية، والممّارسات المؤسسية، وهذا يزيد من ارتباط المصابين بالأمراض النفسية بهذه الحلقة من التهميش. وهذا من شأنه أنّ يولد شعوراً عميقاً بالعزلة حيث يظل الفرد منعزلاً عن المجتمع والأشخاص الذين يشترك معهم في أقرب الروابط أسرته وأصدقائه.

في سياق دراستنا نرى أنّ الوصمة تؤثر على المرأة بعد الولادة وقد تمنعها من طلب المساعدة من قبل المختصين

وهذا ما سنتوسع فيه في الفصول القادمة.

2) الدين والأمراض النفسية

عند مناقشة العوامل الاجتماعية والثقافية، لا بد من التطرق إلى تأثير التدين أو الدين بشكل عام على نفسية الإنسان، سواء كان سليمًا أو مريضًا.

من الضروري أنّ نتناول النموذج الإسلامي في تفسير الاضطرابات النفسية، وقبل الشروع في ذلك، يجب الإشارة إلى مجموعة من المبادئ الأساسية التي يجب أنّ يقتنع بها من يتبع المنهج الإسلامي. تشمل هذه المبادئ:

- الإيمان بالتوحيد؛
- الإيمان بالله وحده الخالق والرازق لكل شيء، بما في ذلك الإنسان، والوحيد الذي يستحق العبادة؛
- الإيمان بأركان الإيمان الستة،

استخدم العلماء المسلمون الكلاسيكيون مصطلحات مختلفة لوصف مفهوم علم النفس الإسلامي والعلاج النفسي، بما في ذلك طب النفوس، وعلاج النفس، والطب الروحاني، وتهذيب النفوس، وتطهير النفوس، وتزكية النفس، وتصفية النفوس، ومداواة النفوس(. .)(Rassool, 2023)

جدول 5: فروق بين النموذج الإسلامي ونموذج علم النفس التقليدي

العوامل	علم النفس التقليدي	علم النفس الإسلامي
التوجه	يهودي-مسيحي	إسلامي
العلاقة بالدين	معارضة علماني	متكاملة
مصادر المعرفة	نظريات من صنع الإنسان تجريبي محلي	الوحي الإلهي: القرآن والسنة
ما الذي يسبب المرض؟	عوامل بيولوجية-نفسية-اجتماعية	عوامل بيولوجية-نفسية-اجتماعية + عوامل روحية
الصّحة النفسية السليمة	بدون تدخل الاهي	الخضوع لله دمج الحياة المادية والروحية
القيم	مادية هيكل القيم الاجتماعية والأخلاقية محملة بالقيم تعتمد على القيم	الوعي بالله الإرادة الروحية-الإلهية القيم والأخلاق الإسلامية
النموالتطور	تطور نفسي-اجتماعي	تطور روحي ونفسي-اجتماعي
التركيز	تركيز محدود على العالم المادي تجاهل الجوانب الروحية للإنسان	العالم المادي والميتافيزيقي مراعاة الجوانب الروحية للإنسان العالم المرئي وغير المرئي
الهدف	تعزيز النموالشخصي / الفهم الذاتي	تعزيز الهدف الواضح ومعنى الحياة
العملية	قائمة على الفردانية	مركزة على الفرد المسؤولية المتبادلة الالتزام الاجتماعي الإيثار الصحي تماسك المجتمع

الاستجابة للمرض	استجابة نفسية	استجابة روحية: الصبر والصلاة، الصدقة، وقراءة القرآن
العلاقة بين العقل والجسد	تفاعل العقل والجسد	تفاعل العقل والجسد والروح
التطور الشخصي	حرية غير محدودة	حرية مقيدة

المصدر (Rassool, 2023)[1]

3) الثقافة والإضطربات النفسية في الجزائر

ترتبط العلاجات الشعبية التقليدية بالتراث الثقافي والاجتماعي الجزائري، كما يرتبط ايضا تحديد مفهوم المرض، ودوافع الإقبال على العلاج على نفس الأفكار والتصورات النمطية للمرض النفسي، (دبوشة, 2020)

يتوجب علينا فهم الأعراض والإضطرابات بالسياق الثقافي وليس من خلال التصنيفات "الغربية"، على سبيل المثال: العلاجات التقليدية تحظى بطلب كبير داخل المناطق الغير حضرية، وخاصة في الأحياء الشعبية في وهران، لأنها تحمل قيمة ثقافية وقوة في نظر الناس(Hadj Benallou, 2018)

عادة ما يبدأ التشخيص من الأسرة حسب معتقداتها ثم التدرج في البحث عن الناحية السببية حسب الخلفية المرضية للمريض أو العائلة.

اغلبية أسباب الإستشارات النفسية أو الذهاب للراقي أو الطالب حسب المنطقة، مرتبطة بمجموعة واسعة من الشكاوى، الجوانب الجسدية، الصداع النصفي، ومشاكل الجهاز الهضمي - والجوانب النفسية والاجتماعية مثل اضطرابات النوم، والبطالة، أو الصراعات الأسرية. غالبًا ما يتم إعادة تفسيرها وفقًا للتفسيرات الثقافية، مثل عزوحالة العزوبة المطولة إلى التأثيرات السحر(Hadj Benallou, 2018)

[1] ترجمة الباحث

خلاصة الفصل

في الأخير نخلص الى ان النساء عامة و في "قالمة" بالخصوص، قد تستخدم الثقافة كنظام لتكوين المعنى خلال فترة ما بعد الولادة، مما يؤثر على كيفية إدراكهن للضيق و طريقة الرعاية .

من جهة اخرى تعد المظاهر الجسدية للضيق النفسي سبب في اعطاء الممارسات التقليدية الأولوية . كما نخلص ان لديناميكيات الأسرة تأثيرٌ كبير على الصحة النفسية، ففي حين أن التوترات مع العائلة الممتدة قد تُفاقم الضعف، يُمكن أن يكون الدعم العائلي مفيدا .

من خلال هذا الفصل نرى ان رعاية ما بعد الولادة يجب ان تكون مراعية للثقافات، و تدمج المعرفة العيادية والثقافية .

الفصل الثالث: سيكولوجية المرأة الحامل

الفصل الثالث: سيكولوجية المرأة الحامل

تمهيد 68

I. علم نفس المرأة 69

1. مفهوم المرأة 69

2. مفهوم الأمومة 69

3. مفهوم علم نفس المرأة 70

4. مراحل الأمومة حسب (Houzel, 1999) 70

II. الحمل من الناحية البيولوجية والنفسية 72

1. وجهة النظر البيولوجية 72

2. وجهة النظر النفسية 78

III. الإضطرابات النفسية اثناء الحمل 81

1. اكتئاب ما بعد الولادة 81

2. ذهان ما بعد الولادة 83

3. اجهاد ما بعد الصدمة 84

4. صورة الجسم 85

خلاصة الفصل 87

تمهيد

في هذا الفصل، سنتناول التجربة النفسية للمرأة عبر جملة من المراحل ما حول الولادة، و كيفية تأثير العمليات البيولوجية، وديناميكيات الأسرة، في احداث تأثيرات على الصحة النفسية.

يبدأ هذا الفصل ببعض المفاهيم الأساسية في علم نفس الأنوثة والأمومة، ثم ينتقل إلى فهم الأمومة كعلائقية، ونمائية، وليست مجرد حالة بيولوجية. وباستخدام أطر نمائية (على سبيل المثال، مراحل الأمومة التي وصفها هوزل، 1999)، يُصوّر تجربة الأم كعملية على طول سلسلة ديناميكية.

ثم نستعرض المتلازمات النفسية الرئيسية في فترة ما حول الولادة (اكتئاب ما بعد الولادة، وذهان ما بعد الولادة، واستجابات الإجهاد المرتبطة بالصدمات)، والسمات الرئيسية المتعلقة بالصحة النفسية (صورة الجسم، والترابط بين الأم والطفل)، والتي تقدم جميعها أمثلة على كيفية تأثير العوامل البيولوجية والنفسية والعلائقية على التجربة، بما في ذلك التجربة الذاتية وديناميكيات الأسرة، باختصار، يهدف هذا الفصل إلى تقديم فهم سيكولوجية المرأة قبل و بعد الولادة.

I. علم نفس المرأة

بادئ الأمر في هذا الفصل، لابد لنا من أنّ نضع تعريف محدد للمرأة كجنس، من الناحية العلمية والمفاهيمية ثم الإنتقال إلى سيكولوجية المرأة.

1. مفهوم المرأة

يمكن تعريف أنّ المرأة "أنثى بالغة من الناحية البيولوجية"، كما يشير الجنس إلى مجموعة من المميزات والفروق البيولوجية والتشريحية والوظيفية، من الولادة حتى البلوغ حيث تتوسع الفروقات بنموالوظائف الجنسية وبشكل عام، يتم التمييز بين النساء والرجال بسبب سمات مثل الكروموسومات، عادةً XX؛ والتشريح التناسلي، مثل المبايض والرحم؛ والخصائص الجنسية الثانوية مثل الثديين.

لكن هوية الجنس في القرن الواجد والعشرين عرفت سجال واسع بين العلماء[1]، الذي اعيد طرحه لمناقشة وضعيات المرأة في المجتمع والأدوار المنوطة بها بمنذ انتشار النسوية كحركة مناهضة للمجتمعات الذكورية، اريد للمرأة أنّ تقتحم كل المجلات واكثر من ذلك بل اريد لها أنّ تتقمص كل الأدوار الرجالية.

أنّ الجنس حسب (Lips, 2017) بناء اجتماعي يخضع للاختلاف الثقافي، فكل ثقافة تفرض على افرادها مظاهر وأفعالاً مناسبة لكونهم إناثاً أو ذكوراً، ويبدي افراد كل ثقافة دورا حسب التوقعات الاجتماعية المرتبطة بكون المرء انثى أو ذكر، من ناحيةاخرى تستطيع المرأة أنّ تصبح حاملاً، في حين لا يستطيع الرجل أنّ يفعل ذلك. وتسود وصفة "الأنوثة" التي تشمل الميل إلى الأمومة والرّعاية.

اذن يمكن الإجمال أنّ المرأة هي انثى من الناحية البيولوجية التشريحية، وحتى من ناحية الدور الإجتماعي المتوقع والمفترض أو الطبيعي.

2. مفهوم الأمومة

حسب(Martine Lamour وMarthe Barraco[2])في (Bayle, 2020) أنّ الأبوة والأمومة[3] هي مجموعة من عمليات إعادة الترتيب النفسي والعاطفي التي تسمح للبالغين بأن يصبحوا آباءً، أي تلبية الاحتياجات لأولادهم

[1] نرى ان السجال غير علمي مثار بخلفية سياسة اودينية في بعض الأحيان وان الموضوع لا يستدعي كل تلك البحوث لإعادة تسمية البديهيات.

[2] مارث باراكو(Marthe Barraco) اخصائية نفسية إكلينيكية، ومحاضرة سابقة في جامعة باريس 5، ومعالجة للأطفال الصغار وأسرهم، . عملت لمدة ثلاثين عامًا تقريبًا في مركز رعاية نفسية متخصص للأطفال الصغار وأولياء أمورهم (مركز ميريام ديفيد، مؤسسة روتشيلد، باريس 13°).

مارتين لامور (Martine Lamour) طبيبة نفسية، أجرت بحثًا حول التفاعلات المبكرة والوقاية من سوء المعاملة ضمن فريق البروفيسور سارج ليبوفيتشي (جامعة باريس 13) ودرَّست في الجامعة (أستاذة مشارك، باريس 5). عملت لمدة ثلاثين عامًا تقريبًا في مركز رعاية نفسية متخصص للأطفال الصغار وأولياء أمورهم (مركز ميريام ديفيد، مؤسسة روتشيلد، باريس 13°). (Pinto & LAMOUR, 2021)

[3] Parentalité يمكن ان تترجم سياقيا ايضا 'الوالدية'

على ثلاثة مستويات: الجسدية (التربية)، الحياة العاطفية، والحياة النفسية، اجمالا يعرفها بأنها "عملية نضج[1]".

4) **مفهوم علم نفس المرأة " علم النفس النساء"[2]**

يركز مجال "علم النفس الأنثوي" بصفة عامة على المواضيع والتحديات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية التي تؤثر على النساء في الحياة اليومية. (Leung, 2019)

يمكن تحديد ثلاث مجالات لدراسة سيكولوجية المرأة :

- **علم النفس النسوي(Feminist Psychology):** يعنى باستكشاف هوية المرأة الجندرية ضمن بيئة صناعية-اجتماعية وغيرها من الهياكل الاجتماعية الهرمية.
- **علم النفس الأنثوي(Feminine Psychology):** يهتم بالبحث في التحديات والقضايا التي تواجهها الهوية الجندرية الأنثوية.
- **علم النفس النسائي"المرأة"(Female Psychology):** مجال اوسع من السابقين وهي دراسة السرد الحياتي للنساء[3]، واستكشاف صحتهن النفسية وكيفية تكيفهن مع التحديات خلال مراحل الحياة المختلفة. (Sergio A, 2015)

3. محاور الوالدية حسب " هوزل" (Houzel, 1999)

- **ممّارسة الوالدية**[4]: يتوافق مع المستوى الرمزي للأبوة والأمومة، اي كيف يستوعب الآباء ويفسرون دورهم، وهي تحدد "الأطر الضرورية لتنمية مجموعة بشرية وأسرة وفرد"، فضلاً عن ذلك، فإنّ ممّارسة الأبوة والأمومة ترتبط بالحقوق والالتزامات المرتبطة عادةً بالوظائف والأدوار الأبوية التي يُمنحها كل أب وأم في هيكلة المجموعة الاجتماعية بطريقة ناضجة.
- **تجربة الوالدية** [5]: أنّ "التجربة الأبوة اوالأمومة" هي التجربة الذاتية للأفراد الذين يؤدون واجبات الأبوة والأمومة، ويتعلق هذا المستوى من التحليل بالتجارب العاطفية والخيالية التي يعيشها كل شخص أثناء عملية تربية الأبناء، والعواقب المترتبة على هذه التجربة، فهي تتجسد في الآليات النفسية الشعورية وغير شعورية.

[1] Processus maturatif

[2] Female psychology

[3]" السرد الحياتي للمرأة"(Life narrative of women) يشير إلى الطريقة التي تعيد بها النساء سرد أوتفسير تجاربهن الحياتية، بما في ذلك الأحداث الرئيسية والعلاقات والصعوبات. وهوايضا دراسة كيفية بناء النساء وفهمهن لهوياتهن في سياق الحياة؛ وكيف يمكنهن التفاعل مع التغييرات ومواجهة التحديات؛ وكيف يروين قصصًا مدمجة في سياق اجتماعي وثقافي وتاريخي واسع.

[4] L’exercice de la parentalité

[5] L’expérience de la parentalité

- كما تتمثل ايضا في العلاقة العاطفية والخيالية "الهوامية "بين كل من الأبوين مع رضيعهم، والتي تنطوي على مواجهات معقدة[1] بينهما على عدة مستويات من التمثيل، الطفل الهوامي، الطفل الخيالي والطفل الحقيقي.
- **القيام بمسؤوليات اليومية للوالدية**[2]: " هي المهام اليومية "الفعّالة" التي يمكن ملاحظتها موضوعياً والتي يجب على كل والد أنّ يؤديها: من تغذية ورعاية، والتفاعلات السلوكية، والممّارسات التعليمية، وما إلى ذلك، كما يجب علينا النظر إلى خدمات الرّعاية التي يقدمها الوالدان، في جميع أبعادها الجسدية والنفسية، المتمثلة على سبيل المثال في" المهام المنزلية مثل التنظيف، وصيانة المنزل، والمهام الفنية مثل إصلاح الأجهزة، وإعداد المساحات،

ومهام يقظة والمتابعة مثل المراقبة، والتواجد مع الطفل، ومهام رعاية مثل التنظيف، والعناية، والتعزية، وما إلى ذلك، ومهام تعليمية واجتماعية مثل تعلم سلوكيات اجتماعية جديدة، وتحفيز فرص التعلم الجديدة، وما إلى ذلك". (Houzel, 1999)

في السياق الجزائري نرى ان تجربة الوالدية او " ان تكون ام او اب " غير متكافئة من حيث الدور و الرمزية،فالأدوار المنوطة بالأم و علاقتها بالإبن لاتزال تتأثر بالثقافة و ما اعتادى الناس عليه. و بهذا فالأم تواجه جملة من الضغوط التي تثقل كاهلها،

من جهة الأخرى تمارس الأم او تحضى بنوع من القداسة في المجتمع راجع احيانا للخلفية الدينية، لكن ف ينفس الوقت قد يكون عامل ضغط لكثرة التوقعات المنتظرة منها على غرار " الصبر " القوة " .. الخ.

[1] Confrontations complexes

[2] La pratique de la parentalité intéresse OU La pratique de la parentalité

II. الحمل من الناحية البيولوجية والنفسية

1. وجهة النظر البيولوجية

يبدأ الحمل فعليا في اليوم الأول من آخر دورة شهرية، هذا هوالعمر الحملي للجنين، ويكون عادةً قبل حوالي أسبوعين من حدوث الإخصاب فعليًا.

كل شهر، يمر جسم المرأة بدورة تناسلية يمكن أنّ تنتهي أمّا بفترة حيض أو بحمل، تحدث هذه الدورة باستمرار خلال "سنوات الإنجاب" من بداية الدورة الشهرية وحتى سن اليأس[1] حوالي سن الخمسين.

أمّا في ما يخص دورة تنتهي بالحمل، هناك عدة خطوات: أولاً، تستعد مجموعة من البويضات (تسمى البويضات الأولية[2]) لمغادرة المبيض للإباضة (إطلاق البويضة).

تتطور البويضات في أكياس صغيرة مملوءة بالسوائل تسمى الجريبات. هذه الجريبات عبارة عن حاويات صغيرة لكل بويضة غير ناضجة. من بين هذه المجموعة من البويضات، ستنضج واحدة وتستمر في الدورة.

يفتح الجريب الناضج ويطلق البويضة من المبيض. هذه هي عملية الإباضة[3]، بعد الإباضة، يتطور الجريب المفتوح إلى هيكل يسمى الجسم الأصفر[4]. يفرز هذا الهيكل هرموني البروجيسترون والإستروجين.

كما يساعد البروجيسترون في تحضير بطانة الرحم للحمل، إذا لم تصبح المرأة حاملًا خلال الدورة، فإنّ هذه البطانة هي ما يتخلص منه الجسم خلال الدورة الشهرية.

إذا قام الحيوان المنوي بتخصيب البويضة، يحدث الإخصاب وتبدأ البويضة المخصبة رحلتها إلى الرحم، حيث ستنغرس(Fetal Development, 2024)

يستمر الحمل لمدة تسعة أشهر، "في المتوسط" ومع ذلك، ليس هذا هوالحال دائمًا، فالحمل الكامل يستمر لمدة 40 أسبوعًا، أو (280) يومًا.

مراحل النمو شهريًا خلال الحمل يتغير الجنين كثيرًا خلال فترة الحمل المعتادة. ينقسم هذا الوقت إلى ثلاث مراحل، تسمى الثلاثيات. كل ثلاثية تتكون من حوالي ثلاثة أشهر. ربما يتحدث مقدم الرّعاية الصّحية معك عن تطور الجنين من حيث الأسابيع. لذا، إذا كنتِ حاملاً لمدة ثلاثة أشهر، فإنّتِ تقريبًا في الأسبوع 12.

- **الثلث الأول من الحمل**

يمتد الثلث الأول من الحمل من لحظة الحمل وحتى مرور 12 أسبوعًا. وعادةً ما يكون هذا هوالأشهر الثلاثة الأولى من الحمل. وخلال هذا الثلث، تتحول البويضة المخصبة من مجموعة صغيرة من الخلايا إلى جنين يبدأ في

[1] انقطاع الطمث (Menopause) هونقطة زمنية تمر بها المرأة دون دورة شهرية لمدة 12 شهرًا متتاليًا. ويحدث ذلك في المتوسط عند سن 52 عامًا.

[2] Oocytes

[3] Ovulation

[4] Corpus luteum

اكتساب سمات بشرية. والثلث الأول من الحمل مثير، ولكنه أيضًا الفترة التي يصاب فيها معظم الناس بأعراض غير سارة مثل الغثيان الصباحي والتعب.

جدول 6: ملخص عن الثلاثي الأول

الشهر	الأسابيع	*وصف تطور الجنين*	*الطول والوزن التقريبي للجنين*
الأول	1-4	- الأسبوعين الأولين من الحمل يعتبران فترة "الاستعداد". - يحدث الإخصاب خلال الأسبوع الثالث. - تتحول الحزمة الصغيرة من الخلايا إلى الكيسة الأريمية وتزرع في بطانة الرحم.	حوالي 2 مليمتر (مم) "بحجم بذرة نبتة صغيرة "
الثاني	5-8	-يدرك معظم الناس أنهم حاملون في الشهر الثاني. -يتكون الأنبوب العصبي والدماغ والحبل الشوكي. -تتطور براعم صغيرة تصبح أذرعًا وساقين. - تتطور جميع الأعضاء الرئيسية وأنظمة الجسم.	حوالي 7 .12 إلى 4 .25ملم. "بحجم حبة الفاصوليا"
الثالث	9-12	-يصبح الجنين جنينًا. -يطور ملامح وجه مميزة وأطرافًا وأعضاء. - تتشكل الأعضاء التناسلية الخارجية.	حوالي 5 .63 إلى 2 .76 ملم. "بحجم فاكهة البرقوق"

المصدر: (*Fetal Development*, 2024)

- **الثلث الثاني من الحمل**

غالبًا ما يُنظر إلى الثلث الثاني من الحمل على أنه أفضل جزء من التجربة. بحلول هذا الوقت، ربما يختفي أي غثيان صباحي ويتلاشى عدم الراحة في بداية الحمل. تبدأ الأم في الشعور بالحركة مع تقلب الجنين داخل الرحم.

جدول 7: ملخص عن الثلاثي الثاني

الشهر	الأسابيع	وصف تطور الجنين	الطول والوزن التقريبي للجنين
الرابع	13-16	- تبدأ علامات الحمل في الظهور. - يمكن سماع دقات قلب الجنين. - يبدأ الجنين في مص إبهامه، التثاؤب، التمدد، وصنع الوجوه. - يتشكل الجلد ويبدأ الشعر في النمو. - تتطور الأعضاء التناسلية الخارجية وتتكون بصمات الأصابع.	حوالي 5 127 مليمترًا. حوالي 4 .113 جرام.
الخامس	17-20	- يبدأ الجنين في حركات أكثر تحديدًا مثل مص إبهامه أوالابتسام. - يبدأ معظم الناس في الشعور بحركة الجنين. - يغطي الجنين زغب ناعم يسمى الزغب. - تتطور الأعضاء والدماغ، ويمكن للجنين سماع الأصوات من حوله.	حوالي 254مليمترًا. حوالي 1 رطل
السادس	21-24	- يصبح الجلد محمرًا ومتجعدًا، والأوردة مرئية من خلال الجلد الشفاف. - يبدأ الجنين في الاستجابة للأصوات بالحركة أو زيادة نبضه. - تبدأ الرئتان في التطور بشكل كامل. - يستمر الجنين في النضوج وتطوير احتياطيات الدهون.	8 .304مليمترًا. حوالي 2 رطل
السابع	25-28	- يغير الجنين وضعه بشكل متكرر ويستجيب للمثيرات مثل الصوت والضوء. - يبدأ السائل الأمنيوسي في التضاؤل.	حوالي381 مليمترًا. حوالي 2-3 أرطال

المصدر: (*Fetal Development*, 2024)

- **الثلث الثالث من الحمل**

هذا هوالجزء الأخير من الحمل، كل أسبوع من هذه المرحلة النهائية من النمويساعد الجنين على الاستعداد للولادة. طوال الثلث الثالث من الحمل، يكتسب الجنين وزنًا سريعًا، ممّا يزيد من الدهون في الجسم والتي ستساعد بعد الولادة، تقوم الطبيبة المختصة في متابعة الحمل بمراقبة المرأة عن كثب مع اقتراب موعد الولادة.

جدول 8: ملخص عن الثلاثي الثاني

الشهر	الأسابيع	وصف تطور الجنين	الطول والوزن التقريبي للجنين
الثامن	29-32	– يستمر الجنين في النضج وتكوين احتياطيات من الدهون في الجسم. – يتطور الدماغ بشكل أسرع. – يمكن للجنين رؤية وسماع معظم المحفزات. – معظم الأنظمة الداخلية متطورة بشكل جيد، ولكن الرئتين قد لا تزال غير ناضجة.	حوالي 17 إلى 18 بوصة يصل إلى 5 أرطال
التاسع	33-36	– يستمر الجنين في النموالنضج. – تقترب الرئتان من التطور الكامل. – يتعلق الشهر التاسع بوضع اللمسات الأخيرة على النموتطور الدماغ.	حوالي 17 إلى 19 بوصة من 6 إلى 7 أرطال
العاشر	37-40	– قد تدخل المرأة المخاض في أي وقت. – يتغير وضع الجنين استعدادًا للولادة. – ينزل الجنين إلى الحوض ويستعد للولادة.	حوالي 18 إلى 20 بوصة حوالي 7 إلى 9 أرطال

ملخص عن الثلاثي الثالث (*Fetal Development,* 2024)

- **التغييرات الهرمونية والحيوية خلال الحمل**

الحمل هوالعملية الأكثر تعقيدًا في حياة المرأة، قد تظهر العديد من التغييرات، والتي قد تسبب أعراضًا مثل: الصداع المستمر أو غير المعتاد، والغثيان والقيء، والدوار، ورؤية بقع أو أمام أعين "الذباب"، والألم أوالتقلصات في أسفل البطن، وأي تقلصات، وأي نزيف مهبلي، وتسرب السائل الأمنيوسي، وذمة اليدين والقدمين، وانخفاض إنتاج البول.

تشمل الأعراض العامة أثناء الحمل أيضًا الشعور بالتعب، وهي مشكلة تواجهها العديد من حالات الحمل في الأسابيع الاثني عشر الأولى والمرحلة الأخيرة من الحمل.

يتضخم الرحم طوال فترة الحمل، ونتيجة لذلك، يبدوبطن المرأة منتفخًا قليلاً إلى الأمام. غالبًا ما تزداد كمية الإفرازات المهبلية الطبيعية، والتي تكون شفافة أو بيضاء اللون، ولكن يجب على المرأة استشارة طبيبها إذا بدا أنّ هذا الإفراز له لون أكثر شيوعًا أو رائحة مختلفة عن المعتاد، أو إذا كانت تعاني من حكة وحرقان في المهبل مع ذلك. يمكن علاج بعض الالتهابات المهبلية، مثل داء المشعرات، وهوعدوى من الأوليات، وداء المبيضات، وهوعدوى الخميرة، بسهولة أثناء الحمل.

يكبر حجم الثديين بسبب الهرمونات، وخاصة هرمون الاستروجين، الذي يهيئ الثديين لإنتاج الحليب. تبدأ الغدد التي ستنتج الحليب في النهاية في الزيادة تدريجيًا في العدد وتكون قادرة على بدء إنتاج الحليب. يمكن أنّ يصبح الثديان صلبين وحساسين، وربما، في الأسابيع الأخيرة من الحمل، قد يتسرب إفراز رقيق مصفر أو حليبي، يسمى اللبأ، من الثديين. يتم إفراز اللبأ ايضا طوال الأيام القليلة الأولى بعد الولادة، قبل إفراز حليب الثدي. السائل الغني بالمعادن والأجسام المضادة هو أول طعام للطفل أثناء الرضاعة الطبيعية.

يؤثر الرحم المتضخم بشكل مباشر على القلب وتدفق الدم خلال هذه الفترة. ويعني هذا في الأساس أنّ القلب يجب أنّ يضخ المزيد من الدم عما كان يضخه سابقًا، بهدف الوصول إلى الرحم. وبحلول نهاية الحمل، يغذي الرحم خُمس دم المرأة قبل الحمل. ومع زيادة الناتج القلبي، يبدأ معدل ضربات القلب في حالة الراحة في الارتفاع من معدل طبيعي قبل الحمل يبلغ حوالي 70 نبضة في الدقيقة إلى ما يصل إلى 90 نبضة في الدقيقة. أثناء ممّارسة الرياضة، يزداد الناتج القلبي ومعدل ضربات القلب بشكل أكثر ضررًا لدى النساء الحوامل مقارنة بالنساء غير الحوامل. (Raul Artal, 2022)

ومن هذا الجهد، قد تظهر بعض نفخات القلب وعدم انتظام في إيقاع القلب. في بعض الأحيان أنّ المرأة الحامل قد تكون واعية لشعورها بهذه التغييرات، ولكن بعض أصوات وايقاع القلب غير طبيعي، على سبيل المثال، نفخات الانبساط ومعدل ضربات القلب غير المنتظم السريع، تتطلب العلاج.

ينخفض ضغط الدم بشكل عام في الثلث الثاني من الحمل، ولكن قد يعود إلى مستواه الطبيعي قبل الحمل في الثلث الثالث.

يزيد حجم دم المرأة بنسبة 50% تقريبا أثناء الحمل أي أنّ حجم الدم المتزايد يكون أعلى بنسبة 50% تقريبا ويتم تصفية حجم الدم المتزايد بواسطة الكلى التي تعمل بجهد أكبر أيضًا. يضغط الرحم على المثانة ثم يقل حجمها بحيث تمتلئ بالبول بشكل أسرع بكثير ممّا قد يكون عليه الحال في الظروف العادية. كما أنّ هذا الضغط يعطي المرأة الحامل الرغبة في التبول بشكل متكرر وعاجل.

يؤدي الضغط المتزايد على الجهاز التنفسي بسبب تضخم الرحم إلى زيادة معدلات التنفس، وبالتالي تضييق مجاري الهواء. هذه الأعراض مميزة للمرأة الحامل وعادة ما تكون شائعة. (Raul Artal, 2022)

ومن بين أعراض التغييرات الهرمونية والجسمية ايضا الغثيان الصباحي أحد الأعراض الشائعة المرتبطة بالحمل، وغالبًا ما يتم تفسيره بزيادة كمية الدم التي تمر عبر الكلى لتصفيتها. تقوم الكلى بتصفية المزيد أثناء

الحمل بسبب زيادة حجم الدم، مع ذروتها في حوالي 16 إلى 24 اسبوعا من الحمل يقلل الرحم المتضخم من إمداد الدم إلى الكلى ولكن بشكل طفيف فقط؛ وهذا هوالسبب في أنّ المرأة الحامل تجد نفسها تستيقظ في الليل للذهاب إلى الحمام. يكون الوضع الجانبي الأيسر أكثر فائدة للدورة الدموية الكلوية من وضع الاستلقاء. ويرجع ذلك إلى انخفاض الضغط على الوريد الرئيسي الذي يصرف الدم من الأطراف السفلية أثناء الوضع الجانبي الأيسر.

يؤثر البروجسترون، عند إنتاجه بشكل زائد طوال فترة الحمل، أيضًا على الجهاز التنفسي. يحفز الجسم على التنفس بشكل أسرع وأعمق، ممّا يخلص الدم من ثاني أكسيد الكربون، ممّا يحافظ على مستوياته منخفضة. لن يحد الرحم من كمية سعة رئتيها عندما تكون هناك حاجة إلى استنشاق المزيد من الأكسجين؛ وبالتالي، فإنّها سوف تحتاج إلى تنفس أسرع وبعض الانقباض في مجاري الهواء.

الغثيان والقيء من الدفاعات التي تأتي مع الأداء الطبيعي للجهاز الهضمي ويمكن توقعها في الصباح، يمكن تغيير هذه السلوكيات الغذائية أو الأكل لمحاولة تخفيف الأعراض عن طريق الشرب وتناول أجزاء صغيرة بشكل متكرر، وتناول الطعام قبل الشعور بالجوع، وتناول الأطعمة الخفيفة.

الحموضة المعوية والتجشؤ ظاهرتان شائعتان جدًا وكما يتضح من معدل حدوثهما الواسع، يمكن أنّ يُعزى ذلك إلى الحفاظ على الطعام لفترة طويلة في المعدة واسترخاء العضلة الدائرية (العضلة العاصرة) في الطرف السفلي من المريء، ممّا يسمح لمحتويات المعدة بالتدفق مرة أخرى إلى المريء. لمنع الحموضة المعوية الليلية، يجب على المرأة تجنب تناول الطعام لمدة ثلاث ساعات قبل الذهاب إلى النوم أو ببساطة رفع رأس السرير أو استخدام الوسائد لرفع الرأس والكتفين.

على الرغم من أنّ القرحة الهضمية نادرًا ما تحدث أثناء الحمل، إلا أنها تميل إلى الشفاء عندما تكون موجودة مسبقًا. قد يكون الضغط المتزايد من الرحم المتضخم على المستقيم والجزء السفلي من الأمعاء سببًا للإمساك.

ومن جهة أخرى قد تنشأ البواسير نتيجة لضغط الرحم المتضخم أو الإمساك، قد تكون مشكلة البواسير شائعة. في بعض الأحيان، قد تعاني النساء الحوامل من زيادة في اللعاب، وهوما قد يكون مزعجًا ولكنه غير ضار.

قد تتطور الرغبة الشديدة في تناول أطعمة غريبة أو غير غذائية. كما أنّ حصوات المرارة أكثر شيوعًا أثناء الحمل. (Raul Artal, 2022)

2. وجهة النظر النفسية

رحلة الحمل من البداية حتى الولادة تعتبر رحلة رمزية بدأ من مرحلة "التحضير" النفسي، (Riazuelo, 2017) حتى الولادة. فالانتقال إلى الأمومة يشكل تحدي خاص بالتعلق حيث يفكر الآباء والأم خاصة في العلاقة مع الطفل أثناء الحمل وبعده. (D. N. Stern, 1991)

أنّ التحول إلى أم يحول شعور المرأة بهويتها من كونها طفلة تعتمد على والديها إلى شعورها بأنها معيلة ومسؤولة عن أطفالها. ويتأثر هذا التغيير بتقمصها السابق مع والدتها أو أي شخصية أم أو أبوية أخرى، وقد تنتقل تجارب الخسارة أو الصدمة غير المحلولة من الأم إلى الرضيع من خلال أنماط التفاعل. (Power et al. , 2023)

أنّ الانتقال إلى مرحلة الأبوة والأمومة يتأثر بمجموعة معقدة من العوامل، بما في ذلك ظروف حياة الوالدين، والبيئة الاجتماعية، وظروف الحمل.

كما يتأثر أيضًا بتوفر الدعم من شريك المرأة وأقاربها، فضلاً عن الصّحة البدنية للأم وجنينها. وقد يتأثر الانتقال بتجارب الأم داخل أسرتها الأصلية، فضلاً عن أي تحديات صحية نفسية حالية أو تاريخية، بالإضافة إلى الصراعات أو الخسائر أو الصدمات القائمة أوغير المحلولة. (Power et al. , 2023)

تنذر فترة ما قبل الولادة بفترة من التغيير والوعود، حيث تكون النساء أكثر عرضة لضعف الصّحة العقلية. لا يزال توفير خدمات الصّحة العقلية قبل الولادة راسخًا في علماء النفس، وتعود فوائد هذه الخدمات على الأم وشريكها وكذلك على الطفل. لن تعاني كل النساء المصابات بالصّحة العقلية من مشكلة أثناء الحمل، ولكن من المحتم أنّ تتكيف كل امرأة حامل مع الوجود النامي للجنين داخلها.

خلال فترة الحمل التي تستمر تسعة أشهر، تبدأ الأم الحامل في الحلم بالطفل الذي تحمله. كما أنها فترة للتحضير والتوقع. وفي الوقت نفسه، يتعين عليها التكيّف مع التغيرات في هويتها وشكل جسمها وعلاقاتها الشخصية ومسيرتها المهنية والتخطيط للولادة وقبول التضحيات المرتبطة بالأمومة. وتتغير علاقتها بزوجها بشكل كبير، ورغم أنّ جميع النساء الحوامل لا يعانين من أزمات الصّحة العقلية، إلا أنّ هناك تكيفًا للجنين النامي داخل كل واحدة منهن.

يمكن تعديل التكيّفات النفسية الاجتماعية للحمل من خلال تجربة فقدان الحمل السابق، والتي قد تختلف في طبيعتها وتتراوح بين الإجهاض والولادة المبكرة، وولادة الأطفال المعوقين، والعقم لفترات طويلة، والتبني، أو

اسقاط الطفل. في مثل هذه المواقف، قد تلجأ المرأة وشريكها إلى مساعدة طبيب نفسي للتعامل مع حزن الخسائر الماضية ومساعدتهما في الاستعداد للطفل الجديد.

خلال الثلث الثاني من الحمل، يشعر الجنين بأنه منفصل عن الأم، التي تخفف الأعراض الجسدية لديها غالبًا، ولكنها لا تزال لديها رؤى وأفكار جديدة حول طفلها.

لذلك، يطرح الثلث الثالث الكثير من التوتر المتوقع بالنسبة للمرأة. قد تنشغل بالجوانب العملية للولادة وتفكر في الحاجة إلى تخفيف الألم، ولكن في نفس الوقت، قد تطفوعلى السطح المخاوف بشأن الولادة و/أوالمخاوف بشأن الطفل. تؤثر السمات والخبرات الأبوية أثناء المخاض والولادة على علاقة الطفل من حيث أنها يمكن أنّ تشكل المعنى الذي يفترضه الطفل لعائلته.

أنّ الولادة الصعبة أو المؤلمة قد تؤدي إلى إرهاق الأم عاطفياً وجسدياً، تليها صعوبات في التغذية والراحة وغيرها من الجوانب الرئيسية للعلاقة بين الأم والطفل. تكشف الأبحاث أنّ ما يقرب من 2 إلى 9 في المائة من النساء يستوفين المعايير الكاملة لاضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) الثانوي للولادة.

في ملء الفجوة الناتجة عن إنجاب طفل خديج يشعر الآباء بإحساس بالخسارة، وهوما يقترن بمشاعر عدم الاكتمال وانعدام الأمن فيما يتعلق بالظروف الصّحية للطفل. يمكن أنّ تمتد مشاعر الذنب لعدم حمل الطفل حتى نهايته والقلق بشأن صّحة الطفل إلى العلاقات المبكرة بين الوالدين والطفل. يمكن لعلماء النفس مساعدة الأسر على قبول التجربة وفهم الإشارات والتواصل مع الطفل حتى يظلوا على اتصال نفسي بأطفالهم.

ترتبط صعوبات التعلق ارتباطا وثيق بالانتقال إلى الأمومة، حيث يفكر الآباء في ارتباطهم بالطفل أثناء الحمل وبعد ذلك بالمولود الجديد. وقد تنشأ مضاعفات في العلاقات نتيجة لتجارب التعلق التي تعيشها الأم داخل أسرتها الأصلية، والتي يمكن أنّ تؤثر على قدرتها على التعامل مع طفلها والحفاظ على ارتباط عاطفي. (D. N. Stern, 1991)

- **الاهتمام الأمومي الأولي حسب فينيكوت (1956)**[1]

من خلال هذا المصطلح يصف فينيكوت بشكل عيادي الأسابيع القليلة التي تسبق الولادة وتليها مباشرة والتي تظهر خلالها الأم بشكل خاص "قادرة على التكيّف مع الاحتياجات الأولى للمولود الجديد، برقة وحساسية"

[1] La préoccupation maternelle primaire selon D. W. Winnicott

بحيث ستلتقط الإشارات التي ستكون قادرة على فك تشفيرها وتفسيرها بكفاءة عالية تستمر هذه الحالة للأسابيع التالية للولادة، ويشبهها المؤلف بالانسحاب أو الانفصال أو حتى بالحالة الفصامية وهي "مرض عقل طبيعي" تتعافى منه الأم "بعض النساء ينجحن مع طفل ويفشلن مع آخر، وأخريات غير قادرات على التخلي عنه ومن خلال هذه التعليقات يشير فينيكوت إلى وجود اختلافات فردية ,

تتمثل هذه الحالة بمثابة تقمص نكوصي (regressive identification)للأم حديثة العهد بطفلها يتحدث F. Tu s t i n في (Bydlowski & Golse, 2001) عن "حَمْلٍ نفسي" كاستمرار للحمل التشريحي، وهذا يفسر وضعية المولود بوصفه «موضوعًا خارجيا لا يزال متحدا بالداخل.

ينتهي هذا النظام الوظيفي - الذي يتوافق جزئيًّا مع مرحلة «الاعتماد المطلق" للرضيع على محيطه "برقابة العاشق أو المحب [1]"، حيث تعيد الأم إضفاء الطابع الجنسي على موضوعات أخرى غير الطفل (كالشريك أو العمل. . .)، ممّا يرافقه سحب نسبي للاستثمار النفسي من الطفل قد يكون هذا السحب الجزئي مؤلما لكنه بناء للطفل، إذ يدفعه لابتكار بدائل تمهد لمرحلة اعتماد نسبي.

- **الشفافية النفسية حسب بيدولسكي (2001)**[2] [3] :

يمكن ترجمتها ايضا إلى" النفاذية النفسية " وهي وظيفة نفسية أمومية تتميز بانخفاض مقاومة المرأة المعتادة للاوعي المكبوت وتتميز بالإفراط في الاستثمار في تاريخها الشخصي وتجارب طفولتها مع مرونة كبيرة حول التمثيلات الخاصة بالاستقطاب النرجسي.

حسبها أنّ الحمل يطلق تجربة مواجهة حميمية مع الذات وتظهر تباينات واسعة بين النساء من الحامل التي كونت "موضوعا داخليا جيدا" حين كانت رضيعة فتمر حملها بسلام، إلى تلك التي عانت مبكرا من رعاية غير امنة أو فيها نوع من التقصير فتعيد تجربة ومعايشة أثناء حملها لمخاوفها البدائية.

وبهذا يصبح الجنين مجازا للموضوع الداخلي وهذا الجذب نحوالموضوع الداخلي الذي تعيشه معظم الحوامل إلى أنّ الحمل يفتتح تجربة اللقاء الحميم مع الذات. (Bydlowski & Golse, 2001)

[1] Censure de l'amante

[2] مونيك بيدلوسكي هي طبيبة نفسية ومحللة نفسية ومديرة أبحاث فخرية في المعهد الوطني للصحة والأبحاث الطبية الفرنسية وهي مؤلفة العديد من الأعمال بما في ذلك كتاب دين الحياة. المسار التحليلي النفسي للأمومة أحلم بطفل. الحياة الداخلية للحمل، Les enfants du désir. (Odile Jacob, 2008)

[3] La transparence psychique de la femme enceinte selon M. Bydlowski

III. الإضطرابات النفسية اثناء الحمل

1. اكتئاب ما بعد الولادة [1]

المشاكل النفسية خلال فترة ما حول الولادة معرضة بشكل خاص للتطور أو التكرار طوال فترة الحمل والولادة وما بعدها يعد "كآبة الأمومة" (Maternity Blues) والمعروفة أحيانًا باسم "كآبة ما بعد الولادة"baby blues" اضطراب مزاجي مؤقت تعاني منه العديد من النساء بسبب التغيرات الهرمونية التي تلي الولادة.

ومع ذلك، قد تعاني نساء أخريات من اضطراب مزاجي أشد وأطول امدا ممّا يؤدي إلى الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة (PPD).

على الرغم من أنّ الأسباب الدقيقة لاكتئاب ما بعد الولادة غير معروفة، إلى أنّ مجموعة من نقاط الضعف، التي تُشكل جزء من نموذج التعرّض للإجهاد العام[2]، يمكن أنّ تسببه. وفقا لهذا النموذج، تعتبر الأمومة عامل ضغط نفسي اجتماعي، بينما تعتبر الولادة عامل ضغط عصبي هرموني ومناعي ولتلبية احتياجات الأمومة، يتطلب كلا المتغيرين جهد للتكيف. (Percudani et al. , 2022, p. 23)

- **الاستعداد الوراثي :** يؤدي الانخفاض المفاجئ في هرمون الإستروجين أثناء الولادة وفترة ما بعد الولادة مباشرة إلى انخفاض حاد في النواقل العصبية في الدماغ ممّا يساهم في ظهور أعراض الاكتئاب

وقد وجدت دراسة أنّ 63% من النساء اللاتي لديهن تاريخ من اكتئاب ما بعد الولادة لديهن حساسية متفاوتة لتأثيرات الستيرويدات التناسلية[3] المُزعزعة للمزاج.

تعمل هذه الستيرويدات كمعدلات عصبية رئيسية، حيث تغير نشاط أنظمة النواقل العصبية في الجهاز العصبي المركزي المشارك في تنظيم المزاج واضطراباته.

[1] لا يقدم الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية (DSM-5) والتصنيف الدولي للأمراض (ICD-11) معايير أعراض محددة لاضطراب ما بعد الاكتئاب (PPD)ما يميز اضطراب ما بعد الاكتئاب مزاج أقل حزنًا، ولكنه يتميز بقلق وتهيج وأفكار وسواسية وأعراض نفسية حركية وضعف في التركيز واتخاذ القرارات، وشعور محدد بالذنب لعدم كونها أمًا جيدة.

[2] General stress vulnerability paradigm

[3] الهرمونات الستيرويدية التناسلية (Gonadal Steroids) هي هرمونات ستيرويدية تنتجها الغدد التناسلية (الخصيتان عند الذكور والمبيضان عند الإناث)

- **الهشاشة المعرفية :** تختلف آثار أحداث ما قبل الولادة باختلاف صفات الشخصية، والنمط الادراكي، وآليات التكيّف، والدعم والاجتماعي والعائلي علاوة على ذلك، فإنّ إحدى سمات الشخصية المرتبطة باكتئاب ما بعد الولادة الشديد هي السعي المفرط للمثالية، وتحديدا القلق الشديد من الأخطاء
- **الهشاشة النفسو-اجتماعية :** إلى جانب مشاكل نفسية أخرى، مثل التغيرات الجسدية وصورة الذات، وفقدان المكانة المهنية، وضغوط الحياة المهنية أو العملية، والشعور بالوحدة أو العزلة الاجتماعية، وضيق الوقت، قد تؤثر هذه التغيرات الانتقالية والتغييرات المرتبطة بدمج الأدوار على المزاج خلال هذه الفترة. (Percudani et al. , 2022)

جدول 9: أعراض إكتئاب ما بعد الولادة

الأعراض	الوصف
هُبوط المزاج (منخفض) طول اليوم	"عندما أنظر لطفلي لا أستطيع التوقف عن البكاء" "أرى مستقبل مظلم " "أشعر أنني في نفق لا نهاية له" "لن أكون ابدا كما كنت قبل الولادة. "
انخفاظ في الاهتمام **(بالمهام اليومية) أو المتعة**	قد يشمل صعوبة الاستمتاع بالمولود الجديد "لا أشعر بالرغبة في التواجد مع طفلي أولا أستطيع البقاء وحيدة معه"، أو بالمقابل: "التواجد بمفردي مع طفلي هي الشيء الوحيد الذي يهدئني "
تغيرات في الشهية والوزن	فقدان الشهية والوزن، أو بالمقابل زيادة في الشهية مصحوبة بقلق مرتبط بالأكل، وزيادة في الوزن.
تغيرات في نمط النوم	أرق غير مرتب باستيقاظ الطفل وقد يحدث ايضا نوم مفرط خلال النهار) فرط النوم hypersomnia
الشعور بالإرهاق وفقدان الطاقة	---
القلق والشعور المستمر بالخوف والضيق	"أنا أعاني باستمرار " "لا أتوقف عن التفكير بأن طفلي مريض أو لديه مرض خطير ".
مشاعر الذنب و/أوعدم القيمة	"أنا لست أمّا جيدة " "لا أعرف كيف احممه أو أغير حفاضه " "لا أستطيع تهدئته عندما يبكي" "أفضل أنّ يعتني به شخص آخر"
انخفاض القدرة على التركيز	قد تظهر صعوبات في اتخاذ قرارات تتعلق بتغذية الطفل والعناية الأساسية به" احيانا أتركه دون ملابس لأنني لا أعرف ما إذا كان يجب أنّ ألبسه ملابس بأكمام قصيرة أو طويلة. "
أفكار بإيذاء الطفل	---
صعوبات في التواصل العاطفي مع المولود الجديد (Bonding)	"أنظر إليه وأشعر أنه ليس طفلي، أفضل أنّ يعتني به شخص آخر. "

ترجمة الطالب الباحث، مصدر(Percudani et al. , 2022)

2. ذهان ما بعد الولادة[1]

بخصوص ذهان ما بعد الولادة اول من وصف اعراضه طبيب التوليد اوساياندر ([2] Osiander) في 1797 حيث وصف حالتين من ذهان ما بعد الولادة إحداهما معدية والأخرى غير عضوية على الأرجح، وهما وصفإنّ من بين كلاسيكيات التاريخ الطبي[3] (Rennó et al. , 2020)

تفسر العديد من خصائص الفصام لدى النساء بتأثير هرمون الإستروجين ويعتقد أنّ له دورا وقائيا في جوانب مختلفة من الاضطراب، ربما لتأثيره المضاد للدوبامين (الضعيف)

يمكن أنّ يحدث الذهان (حتى لدى الأشخاص الأصحاء) عند انخفاض مستويات الإستروجين لأي سبب، على سبيل المثال، قبل الحيض، وبعد الإجهاض، والتوقف عن استخدام موانع الحمل، وانقطاع الطمث، وتناول عقار تاموكسيفين[4] وغيره من مضادات مستقبلات الإستروجين. (Rennó et al. , 2020, p. 51)

في ما يخص الاعراض فخي تحدث عادة خلال الاربع اسابيع الاولى من الولادة تشمل عوامل الخطر الولادة المبكرة، وعمر الأم المتقدم، وظهور الأعراض الإكتئابية أو الذهانية أثناء الحمل.

قد يشمل ذهان ما بعد الولادة الأرق، وتقلب المزاج، والتهيج، يليه الهوس، والاكتئاب، أو حالة مختلطة قد يحدث سلوك غير منظم وغريب، وخاصة فيما يتعلق بالطفل (انكاره أو رغبة في اذاءه) الهلوسة الشمية والبصرية أكثر شيوعا من الاضطرابات النفسية الأخرى،

في حين أنّ الأعراض الذهانية مثل اقحام الأفكار (في دماغ)، والأصوات الهلوسة التي تقدم تعليقات مستمرة أقل شيوعا من الاضطرابات الذهانية الأولية كما نشير إلى انه قد يكون لديهم أوهام إيثار (تضحية بالنفس) مع القتل تليها ارتكاب أو محاولة انتحار، وأفكار أنهم ينقذون أنفسهم والطفل. (Cox, 2021)

---

[1] Postpartum Psychosis (PPP)

[2] Friedrich Benjamin Osiander

[3] توصيف الطبيب مترجم " خلال هذه النوبات، غنت هذه السيدة (اغنية رائعة) بصوت صافٍ وأنيق وعذب، وبتعبير عن أقصى درجات الحماس. غنت أو ألقت مشاهد من فترة خطوبتها بأبيات من تأليفها، بحركات من أروع وأعمق المشاعر. كانت كل حركة من حركات عضلات وجهها وعينيها وذراعيها ويديها وأصابعها تصويرًا بليغًا لحبٍّ مُتقدٍ تحت ستارٍ من الحنين. كان مؤثرًا: كل من سمع أغانيها المؤثرة انفعل تأثرًا لا يُقاوم حتى البكاء. لم يكن بإمكان أي ممثلة في العالم، ولا حتى غاريك، أن تُحسّن من أدائها - في الفروق الدقيقة لحركاتها العضلية، وفي أصالتها التي لا تُوصف، وفي سموروحها. لكن مزاجها الهادئ كان يتحول فجأةً إلى رعب، وحنينها الرقيق إلى غضبٍ مُخيفٍ وغضبٍ كغضب ميدوسا. كانت تُضرب بأذرعٍ برونزية، وتُمسك بكل ما يُمكنها الإمساك به بقبضةٍ من حديد، وتُطلق صرخاتٍ مُفجعة، وتنبح، وتُزمجر. إنسانٌ بدا، من غنائها، مخلوقًا سماويًا، هبط إلى مستوى الوحش "(Rennó et al. , 2020)

[4] Tamoxifen

- **الفرق بين اكتئاب ما بعد الولادة وذهان ما بعد الولادة :**

لعل هنلك بعض الاعراض المتشابهة بين الاضطرابيان على غرار الظهور بعد الولادة أو قبلها في ما يخص بعض الأعراض، في حين اهم النقاط التي يمكن التفرقة بها هي غلبة الأعراض الذهانية فيPPP على عكس PPD التي تكون فيه اكثر أعراض متربطة بالمزاج " حزن، بكاء، خوف، قلق "

3. اجهاد ما بعد الصدمة

يحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الحالي للاضطرابات العقلية (DSM-5) الأحداث الصادمة (PTEs) بأنها الموت الفعلي أو التهديد به، أو الإصابة الخطيرة، أو العنف الجنسي.

ومع ذلك، فقد تطور هذا التعريف بمرور الوقت بسبب الانتقادات الموجهة إليه بسبب شموليته المفرطة وافتقاره إلى التحديد. ومن أمثلة الأحداث الصادمة الكوارث الطبيعية، والحوادث الخطيرة، والاعتداء الجسدي أو الجنسي، والإصابات الخطيرة، والقتال، والموت المفاجئ والعنيف لشخص آخر. تقع العديد من الأحداث شديدة الضغط خارج نطاق هذا التعريف، ولكنها تسبب ضائقة نفسية كبيرة أو اعاقة في ي إطار الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية(DSM-5) ، تُعتبر هذه الأعراض عوامل ضغط، وليست احداثا صادمة. (Cox, 2021)

يُعتبر التعرّض لصدمات ما قبل الولادة (PTEs) خلال الحمل والولادة وما بعد الولادة مسألة أساسية في تقييم تاريخ الصدمات ، تعد فترات الحمل والولادة وما بعد الولادة فترات حساسة لوقوع صدمات متعلقة بالولادة، مثل الحالات الطارئة التوليدية والأحداث المتصلة بالرضيع وفقدان الحمل، كذلك تزداد نسب انتشار الصدمات غير المحددة(PTEs) ، مثل عنف الزوج، خلال الحمل وما بعد الولادة، ويمكن أنّ يكون لها تأثيرات ضارة على الأم والطفل

يمكن للصدمات التي تتعرض لها المرأة قبل الحمل، مثل الاعتداء الجنسي أو سوء معاملة الأطفال، أنّ تتفاعل مع المتطلبات الفريدة للحمل والولادة وما بعد الولادة لإثارة أو تفاقم ضائقة سريرية كبيرة تشير الأبحاث إلى أنّ الصدمات المتشابهة وغير المتشابهة يمكن أنّ تؤدي إلى ظهور حالات نفسية مرتبطة بالصدمة وتؤثر سلبا على صّحة الأم والطفل يتفشى سوء المعاملة أثناء الولادة أو الرّعاية التوليدية[1]، حيث يعاني الأفراد ذووالتوجهات العرقية والإثنية والجنسانية للأقليات من هذه الرّعاية[2] بشكل غير متناسب. وعليه ، فإنّ مقدمي الرّعاية

[1] خاصة ما سجلناه من قبل المشاركات في الدراسة الاستطلاعية من بعض التجاوزات " اهانة وتعنيف من قبل بعض ممارسي الصحة اثناء الولادة او في انتظارها "
[2] لم نسجلها في دراستنا " يمكن تخص مجتمعات اخرى "

الذين يدركون الصدمات أمر حيوي للحد من حدوث الصدمات التي يمكن تفاديها أثناء فترة ما حول الولادة في فئات ما حول الولادة. (Cox, 2021, p. 193)

4. صورة الجسم

قدم شيلدر (Schilder)مفهوم مخطط الجسد عام 1935 بأنه صورة الجسم وتصورات الفرد ومواقفه المتعلقة بسماته الجسدية متضمنة الأفكار والقناعات والمشاعر والسلوكات.

كما اقر أنّ صورة الجسد هذه تمثل تجربة عاطفية، لأن المشاعر هي حالات للذات، والذات، قبل كل شيء، ذات جسدية. (Sáenz-Herrero, 2019b)

من جهة أخرى طرح هنري (Henri Wallon) أصول وعي الجسد في الطفولة، مشيرا إلى أنّ نشأة وعي الجسد هي وظيفة المرآة حيث يتعرف الأطفال في بداية الامر على أعضاء الآخرين على نحوأفضل من أعضاء أجسادهم.

تتطور حساسية الوَضْعيّة[1] من حركات الأم معهم، ويحتاج الأطفال إلى تحريك وتغيير أوضاعهم لأن أجسادهم لا يمكن فهمها إلا على أنها" جسد ذوعلاقة". (Sáenz-Herrero, 2019b, p. 288)

وبهذا فتجربة المرور من رمزية الشابة إلى رمزية الأم، جسد الشابة إلى جسد الأم يعتبر مرحلة هامة قد لا تكون بسلاسلة في كل الوضعيات، حسب التاريخ النفسي لكل حالة.

IV. الإطار العلاجي للإضطرابات النفسية " ما حول الولادة"

العلاج النفسي ما حول الولادة هو مجموعة من الإجراءات العلمية الموثقة[2]، تستند إلى الحوار، ومساعدة الوالدين خلال فترة الولادة على تطوير عادات أكثر فاعلية بتبسيط مفاهيم علم النفس، العلاج النفسي هوعملية تعاونية، أي أنه يقوم على المبادئ الأساسية للتقبل والصدق والتعاطف هذه المبادئ الأساسية ضرورية لإحداث تغيير علاجي بغض النظر عن الأسس النظرية أوالتقنيات المكونة للعلاج نفسه. (Cox, 2021)

التقبل يعني السعي لفهم المريضة والاعتراف بها كما هي تماما اليوم لا يعني أنّ المعالج يوافق على فعالية سلوكياتها الحالية، بل يعني إقراره بقيمتها الإنسانية ككائن بشري والتصديق على استجابتها العاطفية لظروفها.

[1] Postural sensitivity

[2] Validated

الصدق يعني أنّ المعالج يشارك في العلاقة العلاجية ليس بصفته "الخبير" الذي يمتلك إجابات لكل استفسارات المريضة، بل كإنسان يبحث عن الإجابات جنبًا إليها. لا يرادف الصدق الإفصاح الذاتي، بل الإفصاح أداةٌ قد تُستخدم فقط أنّ دعمت تطوير المريضة لعادات أكثر فاعلية.

التعاطف يعني فهم ظروف المريضة ومشاعرها واستجاباتها من منظورها الداخلي — من الداخل إلى الخارج، وليس من وجهة نظر المعالج. يتطلب هذا المفهوم أنّ يعمل المعالج على تجاوز تجاربه السابقة وتحيزاته، والسعي لفهم المريضة. ومن الأدوات الرئيسية لتعزيز التعاطف:

"التصديق" على مشاعر المريضة وصعوبة ظروفها

- طرح أسئلة مفتوحة
- استخدام عبارات عاكسة
- تلخيص رؤية المريضة
- التحقق من دقة فهم المعالج .

تعد هذه الأدوات غير النوعية مكونات أساسية في جميع الأساليب العلاجية الفعالة في تخفيف أعراض اضطرابات المزاج والقلق ما حول الولادة، كما تشكل أساس أي علاج نفسي ناجح. (Cox, 2021)

خلاصة الفصل الثالث

من خلال هذا الفصل حاولنا الجمع بين وجهات النظر النفسية و العيادية ، كما تناولنا شرح متكامل لفترة ما حول الولادة، واستعرضنا نموذج هوزل لمراحل الأمومة، لفهم مراحل الحمل والولادة والتكيف بعد الولادة، بعد أن قدمنا مفاهيم أساسية في علم نفس الأنوثة والأمومة.

لعل الإستفادة التي ستخدمنا لاحقا هي تحديد المفاهيم الأسيسية، و تحديد الإضطرابات النفسية التي قد تطرأ على المرأة في الفترة ما حول الولادة .

شمل ايضا العرض اكتئاب ما بعد الولادة، وذهان ما بعد الولادة، والأمراض النفسية المرتبطة بالصدمات، بالإضافة إلى مفاهيم ذات تركيز اجتماعي وسياقي أوسع، بما في ذلك صورة الجسم وتفاعلات الأم والرضيع في الأيام الأولى.

الإطار الميداني للدّراسة

الفصل الرابع: الدّراسة الإستطلاعية

تمهيد..... 90
هدف الدّراسة الاستطلاعية 91
عينة الدّراسة الاستطلاعية..... 91
أداة وسير الدّراسة الاستطلاعية 91
1. أداة الدّراسة الاستطلاعية..... 91
2. سيرالدراسة الاستطلاعية 91
نتائج الدّراسة الاستطلاعية 92
ملخص عن أهم النتائج حسب الاستبيان: 93
الخصائص السيكومترية لإستمارة الدّراسة الاساسية..... 94
1. الصدق..... 96
2. ثبات الأداة 96
ثبات التجزئة النصفية (Split-Half Reliability)..... 96
خلاصة..... 97

تمهيد

لعل من بين اهداف الدّراسة الاستطلاعية هوالتعرف على بيئة الدّراسة الميدانية والتقرب من الحالات المدروسة واقعيا، والتحقق من التوجه النظري والأسئلة البحثية التي سبق وأنّ طرحناها في ما سبق، سنشرح من خلال هذا الفصل كيف بدئنا في الجانب الميداني وكيف تحققنا من مدى صلاحية الاستبيان للدّراسة الاساسية لاحقا. وهذا هوالمطلوب من الدّراسة الاستطلاعية التي هي دراسة كاملة ولمن مصغرة فحسب.

هدف الدّراسة الاستطلاعية[1]

الجدير بالذكر اننا قبل أنّ نشرع في الدّراسة الاستطلاعية الحالية كنا بصدد دراسة استطلاعية عن موضوع مغاير(عنوان اول تسجيل في الدكتوراه) حيث كانت معنونة بالتكفل النفسي لإكتئاب ما بعد الولادة " السيكودينامي والمعرفي سلوكي "، لكن عند بداية عملنا الفعلي مع حالتين اتضحت الصورة انه من الصعب جدا جمع عدد كبير من الحالات بغرض الدّراسة المعمقة، وبهذا غيرنا الموضوع للعنوان الحالي للدّراسة بهدف استكشاف اكثر العوامل الثقافية المؤثرة على الصّحة النفسية للمرأة، بحيث لا نهدف للبحث عن الحالات المرضية فحسب بل نبحث في كل الجوانب الإثنية التي تخص التكفل بالمرأة بعد الولادة وتأثيرها على الصّحة النفسية للأم.

كان هدفنا من خلال الدّراسة استكشاف اهم المحاور التي سيبنى عليها الاستبيان ومدى ملاءمته للدّراسة.

I. عينة الدّراسة الاستطلاعية[2]

بعد اجراء بعض المقابلات المفتوحة قصد الالمام بالموضوع واقتراح استبيان، وبعد الإطلاع على الأدبيات النفسية، تم التقدم لكل من العيادة متعددة الخدمات، ومستشفى الأم والطفل بقالمة، كون هذا الاخير تتوفر فيه شروط دراستنا المتمثلة في توزيع العينة على ثلاث انماط من البلديات. تمثلت عينة الدّراسة في (30) امرأة بعد الولادة موزعة على الشكل التالي:

(20) مستشفى الأم والطفل، (10) العيادة متعددة الخدمات قالمة.

1. سيرالدراسة الاستطلاعية

تمثّل الدّراسة الاستطلاعية خطوة تمهيدية أساسية في البناء المنهجي للبحث الأساسي، لكن كون اننا في منحى استكشافي لم نركز كثيرا على النتائج، في حين يهمنا من خلال الدّراسة صلاحية الاستبيان.

[1] حسب "ستيبنس"[1] (Stebbins, 2001) الدراسة الاستطلاعية مرحلة أولى في عملية البحث العلمي، يتم فيها استكشاف الأبعاد المختلفة للمشكلة دون اختبار فروض محددة، وغالبًا ما تُستخدم لتحديد أسئلة البحث الرئيسية أولاختيار أدوات القياس المناسبة

الجدير بالذكر ان روبرت آلان ستيبينز(Stebbins) عالم اجتماع كندي وُلد في 22 جوان أستاذ فخري في جامعة كالجاري كان ستيبينز رئيسًا للجمعية الكندية لعلم الاجتماع والأنثروبولوجيا .

[2] حسب (Marshall, 1996) عينة الدراسة الاستطلاعية في البحوث الكمية تُستخدم لاختبار صلاحية أدوات القياس وموثوقيتها، وتُعد مرحلة حيوية لضبط الاستبيان واكتشاف الأخطاء قبل تعميمه على العينة الكبرى.

تم التقرب من مستشفى الأم والطفل بقالمة، قصد توزيع الإستبيان بالإستعانة بالإخصائي النفسي، في حين إجراء المقابلات كانت في العيادة متعدّدة الخدمات قالمة، عند قدوم الأم للمصلحة لتقديم التطعيم للرضيع (الشهر الأول، الثاني. الثالث، السادس).

I. نتائج الدّراسة الاستطلاعية

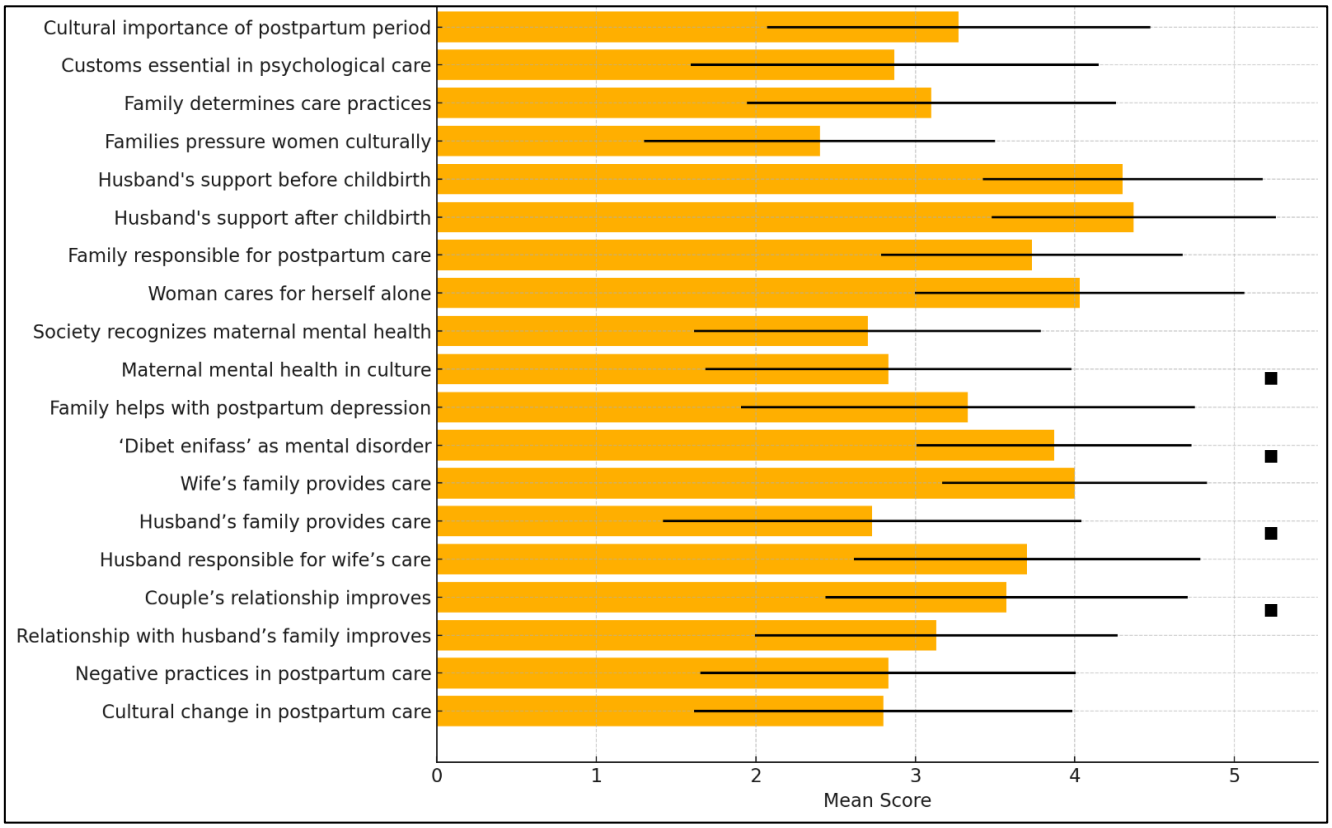
في ما يلي جدول يلخص نتائج الدّراسة الاستطلاعية:

جدول 10: نتائج الدّراسة الاستطلاعية

المتغير	الفئات	النسبة(%)
التصنيف السكني	حضري	**96. 7%**
العمر	بين 20–30 سنة	**50%**
الولادة الأولى	----------	**56. 7%**
العمل	لا تعمل	**63. 3%**
المنطقة (ريف/مدينة)	حضرية	**76. 7%**
تخطيط الولادة	مخططة	**66. 7%**
طبيعة الولادة	قيصرية	**60%**
وجود الزوج	فقط حاضر	**%7 .16**
إجازة الأب	أخذوا إجازة	**70%**
نوع الرّعاية بعد الولادة	تقليدية[1]	**70%**
تقرير ذاتي عن وجود **"ذيبة النفاس"**	نعم	**50%**

[1] نقصد بالتكفل التقليدي "الرعاية التقليدية" كل أنواع التكفل بالمرأة بعد الولادة الغير طبي وغير النفسي المؤسسي التي يعتمد على العادات والممارسات الثقافية المحلية، والتي تقدم في اغلب الوقت من قبل الأسرة أو المجتمع المحيط بالمرأة حديثة الولادة، بالأخص النساء الأكبر في السن.

رسم بياني 1: تحليل وصفي للمعتقدات الثقافية والنفسية حول علاجات ما بعد الولادة لدى أفراد العيّنة



- **ملخص لأهم نتائج الاستبيان:**

جدول 11: التحليل الإحصائي للدّراسة الاستطلاعية

البند	المتوسط (ع)	المستوى	تفسير
دور الزوج بعد الولادة	4. 37 (0. 89)	مرتفع	يعكس هذا رغبة وأهمية عاليين للدعم الزوجي النفسي بعد الولادة.
دور الزوج قبل الولادة	4. 30 (0. 88)		تشير إلى أنّ أهمية الرّعاية تتخطى التصور التقليدي بعد الولادة بل الجانب العلائقي مهم في الفترة ما حول الولادة كاملة.
عائلة الزوجة تهتم بها بعد الولادة	4. 00 (0. 83)		دور العائلة كمصدر دعم أساسي.
الاكتئاب بعد الولادة معترف به كاضطراب	3. 87 (0. 86)	متوسط	مستوى متوسط، يعد مؤشراً مهمًا على الاعتراف بالاضطرابات النفسية ثقافيًا، وخاصة" ذيبة النفاس ".
الأسرة مسؤولة عن رعاية المرأة	3. 73 (0. 94)		يشير إلى اهمية الرّعاية الاسرية بالنسبة للمرأة بعد الولادة.
الزوج مسؤول عن الرّعاية	3. 70 (1. 08)		يشير إلى توافق النساء حول وجوب رعاية المرأة من قبل الزوج.
الأسرة تمارس ضغطًا على المرأة	3. 60 (1. 01)		قد يُشير إلى اتفاق بين افراد العينة على الضغط الذي تمارسه العائلة.

العلاقة بين الزوجين تتحسن	3. 57 (1. 13)		يمكن تفسيره بدور الولادة في تقوية الرابط الأسري، أوبنوع من التوقع الاجتماعي الإيجابي.
العائلة تساعد على تجاوز اكتئاب ما بعد الولادة	3. 33 (1. 42)		عنصر وقائي مهم يجب دعمه إكلينيكيًا.
علاقة المرأة بعائلة الزوج تتحسن	3. 13 (1. 14)	**قريب من المتوسط**	يدل على احتمالية وجود توتر أوفجوة متغيرة بعد الولادة.
العادات والتقاليد ضرورية في الرّعاية النفسية	2. 87 (1. 28)	**منخفض نسبيا**	يشير إلى انخفاض في ربط التقاليد بالرّعاية النفسية، ممّا يسلط الضوء على الفجوة بين الممّارسة الشعبية والمفاهيم النفسية الحديثة.
التغيرات الثقافية في رعاية المرأة	2. 80 (1. 18)		يشير إلى مقاومة ثقافية للتغيير أوبُطء في تحولات التقاليد.
عائلة الزوج تعتني بالمرأة	2. 73 (1. 31)	**منخفض**	انخفاض الثقة أوالتجربة السلبية مع عائلة الزوج أمر جدير بالتحليل النفسي-الإثني.
المجتمع يعترف بأهمية الصّحة النفسية	2. 70 (1. 08)		يعكس قصورًا في الوعي المجتمعي العام بقضايا الصّحة النفسية للأمهات.
الزوجة تعتني بنفسها بعد الولادة	1. 97 (1. 03)		متوسط منخفض جدًا يظهر اجماع النساء على أنّ المرأة بعد الولادة تحتاج اكثر دعم من العائلة.

VI. الخصائص السيكومترية لأداة الدّراسة الاساسية

1. الصدق[1]

لضمان دقة أداة القياس المستعملة في هذه الدّراسة، اعتمدنا على صدق المحتوى كطريقة أساسية للتأكد من أنّ فقرات الاستبيان تجسد المفاهيم النظرية المراد قياسها لتحقيق هذا الغرض قدمنا النسخة الأولية من الاستبيان إلى لجنة مؤلفة من خمسة أساتذة متخصصين في مجالات علم النفس الإكلينيكي وتخصصات أخرى ومشاركتين[2]. راسلنا كل خبير وقدمنا نسخة من الاستبيان مع بطاقة تقييم ضمت قبول اوتعديل البند.

[1] يعرف الصدق كمفهوم عام هومدى دقة الأداة في قياس ما يُفترض أن تقيسه، في حين يوجد انواع من الصدق على سبيل المثال "صدق المحتوى" حيث يعرفه قاموس الجمعية الأمريكة بعلم النفس " مدى قدرة الاختبار على قياس عينة تمثيلية من الموضوع أو السلوك قيد البحث. على سبيل المثال، إذا صُمم الاختبار لقياس مهارات الحساب في الصف الثالث الابتدائي، فإن صلاحية المحتوى تشير إلى مدى تمثيله لمجموعة العمليات الحسابية الممكنة في ذلك المستوى. " (APA Dictionary of Psychology, 2024).

[2] تم تقديم الاستبيان على حالتين لنساء في فترة ما بعد الولادة كمحاولة أولية لفحص مدى وضوح البنود وسلاسة الإجابة. لم تُسجل صعوبات كبيرة، ما يعزز قابلية التطبيق الميداني. "

بعد تلقي الملاحظات، قمنا بدراسة الملاحظات ووجدنا اتفاق جزئي بين المحكمين بشأن بعض الفقرات، بينما اختلفت الآراء حول فقرات أخرى خاصة التي تخص مدى سهولة اللغة ، تم تعديل صياغة خمسة بنود لتحسين وضوحها اللغوي أوالمفهومي، حذف بندين اثنين بعد افتراض الأغلبية أنهما غير مناسبين أومكررين.

- **استبيان[1] البحث (أنظر الملحق)**

لغرض الإجابة عن الأسئلة البحثية السابق ذكرها (انظر فصل الإطار المفاهيمي) ارتئينا إلى بناء استبيان نجمع فيه مجموعة من المعطيات الكمية والنوعية ويكون التطبيق على شكل مقابلة مصغرة للحالات التي لا توجيد القراءة والكتابة في ما يلي نص الإستبيان قبل الدّراسة التحكيم:

جدول 12: قائمة المحكمين

الرقم	الإسم واللقب	الصفة	النسبة
.1	تواتي ابراهيم عيسى	أستاذ محاضر أ، جامعة 8 ماي 1945 قالمة	90
.2	هامل أميرة	أستاذ محاضر أ، جامعة 8 ماي 1945 قالمة	90
.3	بن شيخ رزقية	أستاذ محاضر أ، جامعة 8 ماي 1945 قالمة	90
.4	بوتفنوشات حميدة	أستاذ محاضر أ، جامعة 8 ماي 1945 قالمة	90
.5	ابرير سامية	أستاد محاضر أ، مركز أبحاث الأنثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية crasc	90
.6	هـ ع	أ تعليم الثانوي (مرت بتجربة الولادة)	90
.7	ب ح	أ ت ث (مرت بتجربة الولادة)	90

[1] مقابلة بحثية

2. الصدق البنائي

تم حساب الاتساق الداخلي للاستبيان من خلال معامل الارتباط الفا كرونباخ كما هوموضح في الشكل التالي:

جدول13 : الاتساق الداخلي لأبعاد الاستبيان

البُعد	عدد البنود	القيمة المقبولة في الدّراسات الاستكشافية	ألفا كرونباخ	الوصف
1	4	≥ 0. 6	0. 67	محور معتقدات وممّارسات ثقافية -إثنية-
2	4	≥ 0. 6	0. 71	محور التكفل بالمرأة قبل وبعد الولادة
3	4	≥ 0. 6	0. 75	محور الجوانب النفسية والعاطفية
4	4	≥ 0. 6	0. 62	محور ديناميات العلاقات البين-شخصية
5	3	≥ 0. 6	0. 66	محور التغييرات الثقافية بخصوص التكفل بالمرأة بعد الولادة

3. ثبات الأداة

في ما يخص ثبات المقياس قمنا باختباره عن طريق ثبات التجزئة النصفية، [1] بحساب معامل ارتباط بيرسون. بحيث قسمنا بنود الاستبيان إلى فردية وزوجية، ثم حسبنا المتوسط عن طريق برمجية SPSS بعدها قمنا بحساب معامل ارتباط بيرسون، النتيجة موضحة في الجدول التالي:

جدول 14: تحليل مؤشرات الثبات

المؤشر	القيمة	التحليل
معامل الارتباط بيرسون بين النصفين	r = 0. 73	علاقة قوية ودالة إحصائيًا بين نصفي المقياس
الدلالة الإحصائية	p < 0. 001	تشير إلى موثوقية الاختبار بدرجة كبيرة.
عدد المشاركين	N = 30	عدد كافٍ
معامل سبيرمان-براون المصحح	r_SB = 0. 85	ثبات مرتفع جدًا يشير إلى تجانس البنود

تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين المجموعتين، وبلغ r = 0. 73. بعد تصحيحه باستخدام معادلة سبيرمان-براون، بلغ معامل الثبات الكلي r_SB = 0. 85 ، ممّا يعكس ثباتًا عاليًا في الأداة. أي يمكن اعتماد الأداة في الدّراسة.

[1] *Split-Half Reliability*

خلاصة

من خلال هذه الدّراسة الاستطلاعية تمكنا من فحص البنية الأولية لأداة البحث، واختبار مدى صلاحية البنود لقياس الظواهر النفسية والاجتماعية المرتبطة بالتكفل بالمرأة بعد الولادة في السياق الثقافي في ولاية قالمة.

تم تطبيق الاستبيان على عينة مبدئية مكوّنة من (30) حالة من النساء بعد الولادة، وتم تحليل النتائج باستخدام برنامج SPSS للتحقق من خصائص الأداة السيكومترية، خاصة الاتساق الداخلي وثبات الإستبيان من خلال التجزئة النصفية. وهي صالحة للدّراسة.

الفصل الخامس: إجراءات الدّراسة الميدانية الأساسية

الفصل الخامس: إجراءات الدّراسة الميدانية الأساسية 98
تمهيد 99
VII. منهج البحث 100
VIII. سياق الدّراسة 101
1) المجال المكاني 101
2) المجال الزماني 101
1. المجال البشري 101
2. متغيرات الدّراسة 101
IX. المجتمع الأصلي للدّراسة وعيّنة البحث 102
(1 العيّنة 102
2) توزيع العينة حسب متغيرات الدّراسة 103
1. توزيع العينة حسب السكن (التقسيم الإداري) 104
3) توزيع العينة حسب "طبيعة الولادة" 104
2. توزيع العينة حسب "ترتيب الولادة " 104
3. توزيع العينة حسب "عمل الأم" 105
4. توزيع العينة حسب طبيعة التكفل بعد الولادة 105
X. أدوات جمع البينات 106
XI. أساليب معالجة البيانات وتحليلها 106
1. التحليل الكمي 107
الإحصاء الإستدلالي 107
4) التحليل الكيفي 107

تمهيد

ينحصر موضوع دراستنا حول التكفل بالمرأة بعد الولادة وبالتحديد طرق التكفل داخل النسق الثقافي وكيفية تأثير هذا النسق على الصّحة النفسية للمرأة، سواءا بوجود اضطراب نفسي " كإكتئاب ما بعد الولادة الذي يعرف محليا بذيبة النفاس" أو في غياب الإضطراب النفسي،

من خلال الفصل سنتعرف على طبيعة البحث، منهج البحث، حدود الدّراسة المكانية الزمانية والبشرية، توزيع العينة حسب المتغيرات، كما سنتعرف على طرق جمع البيانات التي اعتمدناها وطرق تحليل النتائج الكمية والكيفية.

طبيعة البحث

ندرج هذا البحث ضمن البحوث الوصفية الاستكشافية مع المقاربة العيادية الاثنية، حيث جُمع بين الدراستين الكمية والنوعية بهدف الوصول إلى فهم شامل لموضوع التكفل بالنساء بعد الولادة في السياق الثقافي الجزائري. يُعد هذا النوع من التصاميم مناسبًا للبحوث النفسية العيادية ذات البعد الثقافي، إذ يسمح بجمع معطيات كمية قابلة للقياس إلى جانب معطيات نوعية تُبرز التمثلات المحلية والسياقات الثقافية.

فيما يتعلق بالتحليل النوعي، تم استخدام أسلوب التحليل الموضوعي[1] الذي يُعد مناسبًا لأسئلة الدّراسة، لأنه يوفر بيانات وصفية تُسلط الضوء على السياق الثقافي، بما يتماشى مع توصيات الطب النفسي العابر للثقافات[2] التي تُراعي الجوانب العالمية والمحلية للصّحة النفسية. .

VII. منهج البحث

لدراسة الجوانب النفسية والاجتماعية لرعاية ما بعد الولادة للنساء في ولاية قالمة، اعتمدنا في هذه الدّراسة المنهج الوصفي من خلال الدراسة الكيفية والكيفية للمعطيات.[3]

ممّا سبق، يهدف بحثنا الاستكشافي الوصفي إلى دراسة التجارب ذات الخلفية الثقافية للتكفل بالنفساء، سيما اكتئاب ما بعد الولادةالمعروفة محليًا "بذيبة النفاس ".

اعتمدنا كذلك في الدّراسة على مقاربة اثنومرضية في تفسير الظاهرة المدروسة، كونها توفر فهما أوسع للثقافة المحلية، وسبل الصّحة العامة والنفسية بعد الولادة. كونه، كما يؤكده البعض (Laurence & Robert, 2015) ، تبرز العوامل الثقافية الصّحية النفسية من خلال دمج السياق الثقافي في فهم الظواهر النفسية.

[1] *Thematic Analysis* (التحليل الموضوعاتي)

[2] *Transcultural Psychiatry* (الطب النفسي عبر الثقافات)

[3] للعلم الدراسة لا تعتمد المنهج المختلط الذي يدمج المنهجين النوعي والكمّي. كونه منهجية بحثية متعدّدة الأساليب، تتضمن جمع البيانات الكمية والنوعية وتقييمها ودمجها. (Stroud et al. , 2020) بل إنّه بالنسبة لبعض الأساتذة الجزائريين، يعّد المنهج المختلط أكثر المناهج صعوبة، وبالرغم من ذلك أضحى من الميولات الجديدة في البحوث الانسانية والاجتماعية عموما، وعلم النفس خصوصاً. والصعوبة التي تميّزه تكمن في صعوبة تحليل نقاط التقاطع بين الكمي والكيفي. في حين الدراسة الوصفية تحلل كل من الجانب الكيفي والكمي على حده. (بَهتان، 2019)

VIII. سياق الدّراسة

إنطلقت المراحل المنهجية للدراسة خلال (2021)، حيث قمنا بالإطلاع على الأدبيات النفسية في ما يخص الموضوع، ثم شرعنا في جمع المعطيات التي تخدم بحثنا الحالي، و طلب الترخيصات اللازمة مع الشروع في الجانب النظري حتى نستطيع فهم الظاهرة المدروسة، ثم انتقالنا لبناء الإستبيان بعد ان قمنا بدراسة حالة لإمرأتان (المقال سينشر في ديسمبر 2025)، كل ما سبق سمح لنا ببناء استبيان و بعد قبول المحكمين و ادخال التعديلات قمنا بالدراسة الاستطلاعية ثم الاساسية .

1) المجال المكاني

طبقت الدّراسة الميدانية على عيّنة من النساء بعد الولادة من (خلال الستة اشهر الأولى) تمت مقابلتهن في (12) عيادة متعددة الخدمات ببعض بلديات إقليم ولاية قالمة.[1] تم الإستعانة ببعض القابلات والأخصائيين النفسانيين للتوصل لأفراد العينة.

2) المجال الزماني

امتدت مدة العمل على الأطروحة ابتدءا بأدبيات الدّراسة من سنة التسجيل الأولى (2022-2023) ابتدءنا مع بعض الحالات التي تعاملنا معها في إطار دراسة الحالة قصد التعرّف أكثر على المعاش النفسي والإضطرابات التي تحيط بمرحلة قبل وبعد الولادة[2].

فيما يخص الدّراسة الاستطلاعية والميدانية استعاننا بالإستبيان (شهر سبتمبر 2024 إلى غاية شهر ماي 2025)، بعدما تأكّدنا من وجود العيّنة وقبولها التعامل مع أفرادها بهذه الوسيلة.

1. المجال البشري

فيما يخص الحدود العمرية، لم نحدد مجالا معينا حيث تمتد من فئة الأقل من عشرين سنة إلى غاية الأربعين سنة فما فوق ما يهمنا هو كل امرأة انجبت ولم يمر على ولادتها أكثر من ستة أشهر، كما شملت الدّراسة الإنجاب الطبيعي، وغير الطبيعي (القيصرية).

2. متغيرات الدّراسة

في إطار المنهج المعتمد "الوصفي" مع المقاربة اثنومرضية المتبع في الدّراسة، نهدف إلى استكشاف العوامل المتعددة التي تؤثر على التكفل بالمرأة بعد الولادة. سبل التكفل بالمرأة بعد الولادة وتأثيراتها على معاش النُفساء

[1] قالمة، بوشقوف، وادي الزناتي، بن جراح، عين احساينية، النشماية، قلعة بوصبع، حمام النبائل، الركنية، عين العربي، برج صباط، بني مزلين.

[2] هنا كنا سنعتمد منهج دراسة الحالة مع الحالات المشخصة إكتئاب ما بعد الولادة فقط، لكن لتعذر الدراسة المعمقة غيرنا منهجية الدراسة للحالية.

قبل وبعد الفعل التكفلي. أي المتغير الرئيسي الذي نسعى لفهمه، دون افتراض وجود متغيرات مستقلة محددة مسبقًا، ممّا يتماشى مع طبيعة البحث الاستكشافي.

IX. المجتمع الأصلي للدّراسة وعيّنة البحث

استهدفت هذه الدّراسة النساء في ولاية قالمة اللواتي أنجبن خلال الأشهر الستة الماضية، تم تحديد معايير اختيار العينة لتشمل النساء اللواتي تمت ولادتهن في مرافق الرّعاية الصّحية بالولاية خلال سنة 2024، وفقًا لبيانات مديرية الصّحة والسكان لولاية قالمة، يُقدر العدد السنوي للمواليد بحوالي 4,594 مولود

1) العيّنة

اعتمدنا في دراستنا على *العينة العشوائية الطبقية*[1] [2] لضمان تمثيل المناطق الحضرية وشبه الحضرية والريفية. بحيث سجلنا تقسيم بلديات ولاية قالمة حسب معطيات وزارة الداخلية المتمثل في ثلاث فئات: (وزارة الداخلية الجزائرية، 2024)

- **بلديات حضرية:** (09)بلديات.[3]
- **بلديات شبه حضرية:** (11) بلدية.[4]
- **بلديات ريفية:** (14) بلدية.[5]

[1] المعاينة: تم توزيع العينة بشكل متناسب مع عدد البلديات في كل فئة: العينة لكل بلدية = (عدد سكان البلدية / إجمالي سكان قالمة) × إجمالي حجم العينة. توزيع العينة بشكل متناسب مع عدد البلديات في كل فئة.

[2] Stratified Random Sample. Link: https://www. random. org/lists/

[3] قالمة، بلخير، بومهرة أحمد، بوشقوف، وادي الزناتي، عين مخلوف، تاملوكة، حمام دباغ، هيليوبوليس

[4] بن جراح، قلعة بوصبع، النشماية، عين بن بيضاء، عين رقادة، عين احساينية، مجاز عمار، لخزارة، بوعاتي محمود، الفجوج، وادي الشحم

[5] بني مزلين، جبالة لخميسي، وادي فراغة، مجاز الصفاء، برج صباط، عين العربي، رأس العقبة، سلاوة عنونة، عين صندل، بوحشانة، بوهمدان، الركنية، حمام النبائل، الدهوارة.

جدول 15: توزيع العينة العشوائية الطبقية على بلديات الولاية[1]

طابع البلدية	البلديات	أفراد العينة	%	العينة العشوائية من البلديات
بلدية ذات طابع حضري	قالمة، بلخير، بومهرة أحمد، بوشقوف، وادي الزناتي، عين مخلوف، تاملوكة، حمام دباغ، هيليوبوليس	173	%59	قالمة، بوشقوف، وادي الزناتي.
بلدية ذات طابع شبه حضري	بن جراح، قلعة بوصبع، النشماية، عين بن بيضاء، عين رقادة، عين احساينية، مجاز عمار، لخزارة، بوعاتي محمود، الفجوج، وادي الشحم	59	%20	بن جراح، عين احساينية، النشماية، قلعة بوصبع.
بلدية ذات طابع ريفي	بني مزلين، جبالة لخميسي، وادي فراغة، مجاز الصفاء، برج صباط، عين العربي، رأس العقبة، سلاوة عنونة، عين صندل، بوحشانة، بوهمدان، الركنية، حمام النبائل، الدهوارة	58	%20	حمام النبائل، الركنية، عين العربي، برج صباط، بني مزلين.
الإجمالي	**34**	**290**	**%100**	**12بلدية**

2) توزيع العينة حسب متغيرات الدّراسة

1.2. توزيع العينة حسب "العمر"

جدول 16: توزيع العينة حسب العمر

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
الفئة العمرية (20 سنة فما دون)	21	7. 2%
الفئة العمرية (20 - 30 سنة)	151	52. 1%
الفئة العمرية (31 - 40 سنة)	91	31. 4%
الفئة العمرية (فوق 40 سنة)	27	9. 3%
الحالات	**290**	**100 %**

نلاحظ من خلال الجدول أنّ أكبر قدر من العينة موزع في الفئة العمرية من (20 - 30 سنة) والذي يعتبر سن الخصوبة البيولوجي والثقافي حتى[2]، كما نلاحظ نسبة (07) بالمئة في ما يخص الفئة (20 سنة فما دون) وأغلبها تتوزع في البلديات ذات نمط شبه حضري أو ريفي، في حين فئة أخرى اخذت توزيع كبير نسبيا وهي الفئة العمرية (31 - 40 سنة) كل ما سبق يعكس معدل السن، حيث أن أغلبية العينة في مراحل عمرية غير متقدمة.

[2] أو ما قد تؤكّده الثقافة المحلية، و الحكم العام بهذا الشكل مناف للعلوم الطبية.

1. **توزيع العينة حسب السكن (التقسيم الإداري)**

جدول 17: توزيع العينة حسب السكن

البلديات	التكرار	النسبة المئوية
بلدية ذات طابع حضري	173	59. 7%
بلدية ذات طابع شبه حضري	59	20. 3%
بلدية ذات طابع ريفي	58	20. 0%
اجمالي	**290**	**100. 0%**

نلاحظ من خلال الجدول أنّ توزع العينة يغطي حوالي ستون بالمئة من اجمالي العينة، وهذا راجع للتوزيع السكان في مجتمع البحث بحيث عاصمة الولاية فيها كثافة سكانية اكبر.

3) **توزيع العينة حسب "طبيعة الولادة"**

جدول 18: توزيع العينة حسب طبيعة الولادة

طبيعة الولادة	التكرار	النسبة المئوية
طبيعية	161	55. 5%
قيصرية	127	43. 8%
امتناع عن الإجابة	2	0. 7%
اجمالي	**290**	**99. 3%**

نلاحظ من خلال الجدول أنّ نسبة الولادات القيصرية تكاد تقارب النسبة الطبيعية، وهذا ما قد يكون له قراءات نفسية كون التكفل بالمرأة بعد العميلة يختلف عن الولادة الطبيعة وكون الأم قد تعاني من بعض الصعوبات في التقرب من الرضيع[1].

2. **توزيع العينة حسب "ترتيب الولادة "**

جدول 19 : توزيع العينة حسب ترتيب الولادة

ترتيب الولادة	التكرار	النسبة المئوية
الأولى	145	50. 0%
الثانية أو التالية	143	49. 3%
الإمتناع عن الإجابة	2	0. 7%
إجمالي	**290**	**99. 3%**

[1] حسب الحالة والعملية، لكن الأغلب اسبوع الى اسبوعين يتعاملن بحذر بخصوص احتضان او حمل الرضيع او الرعاية بصفة عامة.

نلاحظ من خلال الجدول تكافؤ بين تجربة الولادة الأولى والثانية فأكثر، وهذا ما قد يخدمنا في دراستنا بحيث التوزيع الإعتدالي قد يساعدنا في المقارنة في ما بعد.

3. **توزيع العينة حسب "عمل الأم"**

جدول 20 : توزيع العينة عمل الأم

عمل الأم	التكرار	النسبة المئوية
موظفة	141	48. 6%
ربة بيت	146	50. 3%
الإمتناع عن الإجابة	3	1. 0%
اجمالي (صالح)[1]	**290**	**99. 0%**

نلاحظ من خلال الجدول أنّ عدد النساء الموظفات، قاربة ربات البيوت وهذا ايضا يعتبر دلالة على التغير السوسيوثقافي في المجتمع الجزائري خاصة في الأدوار المسندة للمرأة.

4. **توزيع العينة حسب طبيعة التكفل بعد الولادة**

جدول 21 : توزيع العينة طبيعة التكفل بعد الولادة

طبيعة التكفل	التكرار	النسبة المئوية
طبي	**7**	**2. 4%**
نفسي	**10**	**3. 4%**
تقليدي	**152**	**52. 4%**
متنوع	**117**	**40. 3%**
الإمتناع عن الإجابة	**4**	**1. 4%**
اجمالي (صالح)	**290**	**98. 6%**

يوضح هذا الجدول اغلبية للتكفل التقليدي بالمرأة بعد الوضع حيث بلغت نسبة النساء اللواتي أخذن عناية تقليدية (52. 4%) من مجمل العينة تتبعها فئة العناية المتنوعة (الجمع بين أكثر من نوع رعاية) بنسبة كبيرة تبلغ (40. 3%) هذه النتائج تبرز تأثير العادات والتقاليد المجتمع المحلي، أمّا الرّعاية الطبية فلم تتجاوز2.4%، والرّعاية النفسية اقتصرت على 3. 4% فقط، وهوما يدل على نقص إقبال النساء على التكفل النفسي المؤسساتي، أوغياب التوعية حول أهمية الدعم النفسي والطبي، أوهيمنة التصورات الثقافية حول الأعراض النفسية بحيث تشرحها بطريقة خاصة بالثقافة.

[1] نقصد بمفهوم اجمالي " صالح" اي العدد الاجمالي للإستجابات بعد استبعاد الإجابات التي امتنع عنها المفحوص

X. أدوات جمع البينات

كما سبق وأنّ عرضنا في فصل الدّراسة الاستطلاعية، اعتمدنا في دراستنا على استبيان (أنظر الملحق) من إعدادنا. و تم تمريره على شكل مقابلات بحثية مع الحالات اللواتي لايجدن الكتابة أو وجدن صعوبة في فهم الاستبيان.

تُعتبر المقابلة البحثية (بَهتان، 2021)[1] أداة رئيسية في التشخيص النفسي، والبحث العلمي عامة حيث توفر معلومات دقيقة تساعد في تحديد الاضطرابات النفسية وتوجيه العلاج المناسب، كما تُستخدم في البحث العلمي لجمع بيانات نوعية تسهم في فهم الظاهرة المدروسة، في ما يخص بحثنا اعتمدنا على المقابلة البحثية[2]

بحيث تكون موجهة أكثر لغرض جمع البيانات حول المتغيرات محل الدّراسة.

XI. أساليب معالجة البيانات وتحليلها

1. التحليل الكمي

اعتمدنا في التحليل الكمي مجموعة من البيانات :

- **البيانات الديموغرافية**
  - عدد الولادات (الولادة الأولى)،
  - التوظيف،
  - الإقامة (ريفية/حضرية)،
  - نوع الولادة (قيصرية/طبيعية)،
  - تخطيط الحمل.
  - اكتئاب ما بعد الولادة (ذيبة النفاس) معدل انتشار (%) اكتئاب ما بعد الولادة المبلغ عنه ذاتيًا.
  - مصادر الرّعاية: بقياس مدى الاعتماد على الرّعاية الطبية أوالنفسية أوالتقليدية.
  - أدوار الزوج/الأسرة: تحليل التكرارات الخاصة بإجازة الزوج، ومشاركة الأسرة، ومدة الرّعاية.

[1] Entretien de recherche

[2] Research Interview

- **الإحصاء الإستدلالي**
  - التكرارات والنسب المئوية
  - اختبارات لابارامترية (مربع كاي)[1]: لإجراء الفروقات، سيما البحث في استخدام الرّعاية التقليدية مقابل الرّعاية الطبية.
  - مدى دلالة انتشار الاكتئاب بعد الولادة لدى النفساء اللواتي لديهن تجربة أولى مع الولادة.
  - مدى دلالة الالتزام بالطقوس الثقافية (مثل: "تضغط الأسر على النساء للالتزام بالممّارسات الثقافية").
  - الانحدار اللوجستي: قمنا بمحاولة لشرح العوامل المنبئة باكتئاب ما بعد الولادة (المبلّغ عنه ذاتيا). على سبيل المثال لا الحصر، في حالة غياب دعم من الزوج، والحمل غير المخطط له.

4) التحليل الكيفي

في ما يخص البيانات الكيفية التي استقيناها من الاستبيان قمنا بجمعا وتحليلها اعتمدنا في التحليل الكيفي على طريقة "**براون وكلارك**" [2] (Braun & and Clarke, 2019)، للتحليل الموضوعي[3] يوفر هذا النهج أسلوبا منهجيًا قابلًا للتكيف لتحليل النصوص والخطاب، ممّا يُمكّننا من تفسير جوانب مختلفة من الموضوع قيد البحث. اعتمدنا على إجراء من ست خطوات:

1. التعرّف على البيانات: متمثلة في استجابات المشاركات على الأسئلة المفتوحة في الاستبيان
2. إنشاء الرموز الأولية: الرموز مدرجة في كل عنصر (انظر فصل عرض ومناقشة النتائج) الجدير بالذكر اننا نرمز كل شعور أو عرض أو سرد تعبر عليه المشاركة إلى مجموعة من رموز مثال : بكاء، نبكي، منسكتش، ديما نبكي، نبكي من غير سبب = كلّها ترمز برمز = البكاء وبعد هذا الخطوة نجمع محموعة من رموز في موضوع واحد.
3. تجميع الرموز في موضوعات محتملة (themes) والحصول على جميع المعلومات ذات الصلة لكل موضوع. نجمع مثلا ترميز (البكاء) مع ترميز (الحزن) نجمعها في موضوع واحد وهومثلا الإكتئاب أو الإستجابة الإكتئابية.

---

[1] حالة تجانس العينة: بخيث يزيد تنظيم توزيع العينة وتجانس أفرادها كلما كبر الحجم..

[2] حيث يعرف على انه الطريقة التي من خلالها يمكن ايجاد الأنماط (الموضوعات) في البيانات النوعية وفحصها وتلخيصها. توفر هذه الاخيرة اسلوبا منهجيًا وقابلًا للتكيف لتحليل النصوص، مما يُمكّننا من تفسير جوانب مختلفة من الموضوع قيد البحث.
يعتمد هذا النهج على إجراء من ست خطوات (أنظر أعلى الصفحة)..

[3] *Thematic Analysis* "eng"

4. فحص الموضوعات: التحقق من أنّ الموضوعات منطقية في ضوء المقتطفات المُرمّزة ومجموعة البيانات الكمية أو من خلال المقابلة.
5. تعريف الموضوعات وتسميتها (*Defining and naming themes*): تم تحسين كل موضوع، ووضع شروحات لها.
6. إنشاء التقرير: عرض الانتائج في الفصل الخاص بها.

الجدير بالذكر أننا استخدمنا برمجية MAXQDA في تحليل النتائج الكيفية والخطابات.

خلاصة

لعل استخدامنا لبعض الأدوات في تحليل النتائج لن يكون ذو اهمية كبيرة في البحث الاستكشافي خاصة واننا لم نستعمل ادوات واختبارات مقننة لقياس اضطراب ما بعد الولادة، لكن كانت محاولة منا للكشف عن مدى تأثير بعض المتغيرات ولوأنّ القياس غير مثبت بكل الطرائق اللازمة.

الفصل السادس : عرض ومناقشة النتائج

تمهيد

تجربة الامومة تجربة فريدة وذاتية ورمزية تمر بها الامرأة، لكن ما يفرق في هذه التجربة هومجموعة من الممتغيرات سواءا " الدعم الاسري، دعم الزوج، والثقافة كحامل ومؤثر في كل ما سبق"، ثم تصوراتها الشخصية حول الرضيع والتجربة ككل.

من خلال هذا الفصل سنعرض نتائج الدّراسة الاساسية التي ستكون مقسمة إلى عرض وتحليل كمي وعرض وتحليل نوعي حسب الترتيب التسلسلي في الاستبيان كما نجيب عن اسئلة الدّراسة الاساسية، ثم نختم بمحموعة من محددات الدّراسة ثم خاتمة.

I. التحليل الكمي

1) تحليل الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للمرأة بعد الولادة

التكرارات، النسب، والمتوسطات الإحصائية

جدول 22: الخصائص العامة للأمهات من حيث ترتيب الولادة، العمل، مكان السكن، والتخطيط للحمل

المتغير	المتوسط الحسابي	التكرارات	(%)	تعليق على المتوسط	قراءة للمعطيات
ترتيب الولادة	1. 49 (0. 5)	عدد الولادة الاولى (145)	(50. 3%)	توزيع متوازن تقريبًا بين الولادات الأولى والولادة الثانية فما اكثر، تشتت ضعيف	لعل ما يهمنا اكثر في دراستنا هوحالات الولادة الاولى كونها تحدي نفسي وجسدي اوالولادة الثانية التي تعرضت لإضطرابات نفسية في الولادة الاولى[1]
		الولادة الثانية فما فوق (143)	(49. 7%)		
عمل المرأة	1. 50 (0. 5)	تعمل (141)	(49. 1%)	توازن شبه تام في العينة، والتشتت ضعيف	يعكس عدد النساء العاملات نسبة مقاربة للتطابق مع نسبة الغير عاملات وهذا يعكس التغير المستمر في الادوار المجتمعية المسندة للمرأة
		لا تعمل (146)	(50. 9%)		
السكن حسب تصريح المرأة[2]	1. 78 (0. 41)	ريف(63)	(21. 7%)	معظم النساء من البيئة الحضرية، والانحراف يعكس تجانس	يختلف مفهوم الريف والمدينة حسب ادراك الانسان وحسب المحك المقاس عليه لكن هنا نرى اننا نتعامل مع عينة مسندة اكثر للمدينة بمعنى وجود مرافق صحية وخدماتية اكبر
		مدينة(227)	(78. 3%)		
التخطيط للحمل	1. 37 (0. 48)	كانت مخططة (182)	(62. 8%)	تميل الأغلبية للتخطيط المسبق، التشتت معتدل	التخطيط للحمل قد يكون سبب في خفظ التوتر الخاص بالولادة وما بعدها، لكن قد يكون له دلالة نفسية أخرى في الجانب الهوامي " الطفل المُتخيّل"
		لا لم يكن الحمل مخطط (108)	(37. 2%)		

تظهر النتائج الواردة في الجدول ، أنّ عينة الدّراسة توزعت بشكل شبه متوازن فيما يخص ترتيب الولادة،حيث شكلت الولادة الأولى نسبة (50.3%) مقابل (49.7%) للولادات الثانية فما فوق،

[1] سنتحقق من هذه الخاصية في عناصر قادمة

[2] ادرجنا موضوع السكن في الاستبيان من البيانات الاولية وقسمناه الى ريف او مدينة كون التقسيم الاداري قد لا يمدنا بكل المعلومات الصحيحة على سبيل المثال مرأة من بلدية ريفية " حمام النبائل تضع مولودها في بلدية قالمة المستشفى المتخصص للأم والطفل "

مع متوسط حسابي (M = 1. 49) وانحراف معياري منخفض (SD = 0. 50) ، مما يشير الى تجانس العينة في هذه الخاصية. و رغم هذا التوازن، فإن التوزيع لا يسمح بالإعتماد حصريا على تجارب الولادة الأولى عند تفسير النتائج.

أما بخصوص متغير عمل المرأة، فقد أظهرت النتائج نسبا متقاربة بين النساء العاملات (49.1%) و غير العاملات (50.9%)، بلغ المتوسط الحسابي مشابه (M = 1. 50) وانحراف معياري ضعيف(SD = 0. 50) ، هذا التوازن يعكس تحولا إجتماعيا في الأدوا المسندة للمرأة، والذي يرجح ان تكون له إنعكاسات على مدى الضغط النفسي التي تتعرض له.

أمّا فيما يتعلق بـمكان السكن، فقد بينت النتائج إلى أنّ الأغلبية من العينة يقمن في المناطق الحضرية (78.3%) مقابل (21.7%) فقط في الريف مع متوسط مرتفع نسبيا (M = 1. 78) وانحراف معياري منخفض (SD = 0. 41) يعكس ذلك التوزيع الحضري لعينة الدّراسة رغما أنّ موضوع السكن وتوزيعه نسبي حسب المحك الذي حددنا به نوع الإقامة (سكن/ريف) ، لكن من الناحية الظاهرية دلالة التوزيع أنّ اغلبية افراد العينة لديهم امكانية في الوصول للمرافق الصّحية.

وفيما يخص التخطيط للحمل أفادت نسبة (62,8%) من النساء أن الحمل كان مخط له ، مقابل (37.2%)لم يكن مخططًا له، مع متوسط منخفض نسبيا (M = 1. 37) وانحراف معياري(SD = 0. 48) يشير هذا إلى ارادة الإنجاب لدى افراد العينة بحيث قد تكون سبب في التقليل من المشاكل الإجتماعية المرتبطة في الطفل الغير مرغوب فيه. (حمر العين، b2021)

غير أن التخطيط للحمل يرتبط أيضا بمفهوم "الطفل الخيالي "بحيث تعتبر صورة خيالية أوذهنية تكونها المرأة الحامل لجنينها، والتي قد يكون لها تأثير كبير على مشاعرها أثناء الحمل وبعده.

وهومرتبط بصراعات الأم ورغباتها ومخاوفها وتجارب طفولتها التي لم تحل، قد تنتج صعوبات عاطفية بعد الولادة عن عدم تطابق هذا التصور الداخلي مع الطفل الحقيقي، على سبيل المثال، قد يكون الاختلاف بين الطفل المتخيل والطفل الحقيقي عاملاً في اكتئاب ما بعد الولادة أو يشكل صعوبة في التعلق بين الأم و رضيعها. (Mayes, 2020)

1. دور الزوج في مرافقة ما حول الولادة

توزيع النسب وتحليل إحصائي[1]

جدول 23: متوسط مكانة اهتمام الزوج قبل وبعد ولادة الزوجة مقارنة بالأدوار الأخرى (الأم نفسها، العائلة)

/		دور الزوج مهم للدعم النفسي للزوجة قبل الولادة	دور الزوج مهم للدعم النفسي للزوجة بعد الولادة	أهمية المسؤولية العائلية بذيبة النفاس	ضرورة اهتمام المرأة بنفسها بعد الولادة
ن	المستجيبات	286	286	286	285
	دون اجابة	4	4	4	5
المتوسط الحسابي		**4. 45**	**4. 42**	**3. 65**	**2. 66**
الخطأ العشوائي		. 71	. 77	. 99	1. 38
التباين		. 508	. 596	. 980	1. 895

نلاحظ أهمية كبيرة لدور الزوج في الاهتمام بزوجته قبل وبعد الولادة، مقارنة بتدخل العائلة أو اهتمام المرأة بنفسها.

تعكس البيانات في الجدول مستوى اتفاق واضح بين النساء بعد الولادة حول أهمية دور الزوج للمرأة قبل الولادة وبعدها. وقد سجّل بند دعم الزوج متوسطات عالية، حيث بلغ متوسط التقديرات 4.45 قبل الولادة، و4.42 بعد الولادة، وبلغ متوسط كليهما 5. هذا يعني أن الغالبية من النساء متفقات تمامًا على أهمية دور الزوج الداعم خلال فترة ما حول الولادة. كما أن الانحرافات المعيارية المنخفضة نسبيا ≈ 0.7، تعكس درجة عالية من التجانس في مواقف المجيبات، أي أن هذه النظرة ليست فردية أو متفرقة، بل هي اتجاه جماعي راسخ.

يمكن تفسير هذه النتائج بأن الدعم الزوجي[2] يشكل عاملَ حماية نفسي مهم، يعزز شعور المرأة بالأمان العاطفي، يقلل من الضغط النفسي، ويساهم في تعزيز التكيف النفسي مع متغيرات مرحلة ما حول الولادة. كما يعكس هذا التركيز على الدور الزوجي الأبعاد الثقافية والاجتماعية للرعاية بعد الولادة في المجتمع المحلي للدراسة، حيث يعتبر الشريك اساسيا في شبكة الدعم النفسي للمرأة.

[1] ما حول الولادة (Perinatal) :الفترة الزمنية التي تشمل الحمل، الولادة، وما بعد الولادة مباشرة، والتي تكون فيها الأم معرضة لتغيرات نفسية وجسدية كبيرة، وقد تظهر خلالها اضطرابات مثل اكتئاب ما بعد الولادة أو القلق المرتبط بالولادة. (محمود السيد, 2021)

[2] نقصد هنا حسب مفهوم المستجيبات " أبعاد الدعم العطفية التي تتمثل في الكلام الطيب و الفرح بالمولود، ثم الدعم الأدائي او العملي اي المساعدة في رعاية الرضيع .

جدول 24: توزيع الاستجابات دعم الزوج أثناء وبعد الولادة

المتغير	المتوسط الحسابي	التكرارات	(%)	تعليق على المتوسط	قراءة للمعطيات
وجود الزوج أثناء الولادة	1.50 (.0 5)	نعم (144)	(50. 0%)	توزيع متساوي، تشتت منخفض[1]	حضور الزوج لحظة الولادة يُعد دعمًا عاطفيًا ومؤشراً لتماسك العلاقة.
		لا (144)	(50. 0%)		
أخذ الزوج إجازة من العمل	1.45 (.0 49)	نعم (155)	(54. 5%)	أقل من نصف الأزواج أخذوا عطلة، تشتت منخفض	الغياب بعد الولادة قد يزيد من العبء النفسي على المرأة.
		لا (132)	(45. 5%)		

تبرز نتائج الدراسة تباينا ثقافيا واضحا في دور الأب أثناء الولادة بحيث **(**50.0%) فقط من الأزواج حضروا ولادة أطفالهم بينما امتنع النصف الآخر، يشير إلى التفاوت في المجتمع بين تبني المفاهيم الحديثة للأبوة وبين التمسك بالأعراف التقليدية، نقصد هنا التصور الذي ينص على أنّ للزوج الدور في الاعالة المادية فحسب.

منذ القدم اعتبر حدث الولادة شأنا نسائيا في كثير من المجتمعات العربية، وكان تواجد الرجال في غرفة الولادة امرا غير مألوف وربما مرفوض اجتماعيا.

تتوافق هذه النتائج مع ما توصلت اليه دراسة (Alharbi et al. , 2018) التي اجريت بالسعودية أنّ بعض الأزواج يرون حضورهم ولادة زوجاتهم امر مُهينًا لرجولتهم ومتعارضا مع ثقافة مجتمعهم، ما يوضح استمرار تأثير المعايير الثقافية التي تعتبر الولادة مجالا خاص بالمرأة فقط، هذه المواقف ترتبط ايضا بالمستوى التعليمي والوعي إذ وجدت الدّراسة نفسها علاقة إيجابية بين تعليم الزوج وتقبله لفكرة الحضور، حيث يرى الأكثر تعليمًا أنّ وجوده يساهم في دعم زوجته

من جهة أخرى تلعب السياسات الصّحية دورا مهما في تشكيل هذه الممّارسات، فقد أشير إلى أنّ عدم مرونة أنظمة المستشفيات (مثل عدم توفير غرف خاصة للولادة) (Alharbi et al. , 2018)

[1] الجدير بالذكر ان المجموع هنا لا يمثل عدد افراد العينة (290) كون هنالك عدد من الاافراد امتنعو عن الاجابة.

أمّا في ما يخص الاجازة من العمل تظهر احصائيات الدّراسة (54. 5%) اخذو إجازة (نقصد هنا اجازة على الاقل ثلاث ايام) ، في المقابل (45. 5%) لم يتوقفو عن العمل هذا ما نراه انه قد يرجع للنمط الاقتصادي السائد كون بعض الأزواج يمتهنون مهن غير رسمية تمنعهم عن حق الغياب.

تتواقف هذه النتائج مع دراسة (Smith et al. , 2024) حيث تناولت الدّراسة الاعتبارات الثقافية التي لايزال الاباء يعتقدونها في ما يخص الحضور للولادة وليس فقط اخذ اجازة، في حين الدّراسة تعطي نتائج واعدة في مدى رضى الاباء المشاركين في تجربة الحضور للولادة.

لم نسجل من خلال اطلاعنا على الادبيات النفسية دراسات تخص موضوع اجازة الاب عند الولادة يبقى الموضوع في نظرنا مرتبط بنظام العمل والصّحة في البلد المعني.

2) تحليل أنماط التكفل بعد الولادة والتقرير الذاتي للإصابة باكتئاب ما بعد الولادة

توزيع النسب وتحليل إحصائي

جدول 25: توزيع نوع التكفل ما بعد الولادة والتقرير الذاتي بوجود ذيبة النفاس لدى النساء

المتغير	المتوسط الحسابي	التكرارات	(%)	تعليق على المتوسط	قراءة للمعطيات
نوع التكفل بعد الولادة	3. 32 (66 .0)	طبية (7)	(2. 4%)	الرّعاية المتعددة هي الأكثر شيوعًا، التشتت مرتفع	من الملاحظ العدد الكبير للتكفل التقليدي والمتعدد (تقليدي وطبي في اغلب الحالات) دلالة على نقص الوعي بأهمية التكفل النفسي
		نفسية (10)	(3. 5%)		
		تقليدية (152)	(53. 1%)		
		متعددة (117)	(40. 9%)		
التقرير الذاتي بالاصابة بـ" ذيبة النفاس "	(45 .0) 1. 71	نعم (82)	(28. 3%)	نسبة معتبرة أبلغن عن وجوده، تشتت متوسط	تباين في إدراك المرض يعكس التفاعل بين الثقافة والاضطرابات النفسية.
		لا (208)	(71. 7%)		

تشير نتائج الجدول إلى أنّ نمط التكفل بعد الولادة يغلب عليه الطابع التقليدي، حيث أفادت (53.1%) من النساء بأنهن تلقين رعاية تقليدية نقصد هنا بالتقليدي اي الطقوس والعادات المتعارف عليها محليا من نمط غذائي " الزريرة، زيت الزيتون (..) وطقوس اشعال الضوء والمرافقة العائلية بعدم ترك المرأة بعد الولادة بمفردها[1] في حين أنّ نسبة التكفل الطبي بلغت فقط(2. 4%) والتكفل النفسي (3.5%)، ممّا يعكس استمرارية

[1] سنشرح طقوس التكفل بشكل اكثر تفصيل في عنصر لاحق في التحليل الكيفي للاستبيان

التصورات الثقافية حول النفاس كحالة ثقافية أكثر من كونها حالة نفسية أوطبية. من المهم ايضا الاشارة الى محموع التكفل غير النفسي (طبي و تقليدي) بلغ 96,5 بالمئة و هي نسبة كبيرة رغما ان التكفل المتعدد قد يكون فيه بعض الأحيان تكفل نفسي لكن لا يمكن الاستدلال بها.

الملاحظ كذلك أنّ نسبة كبيرة من النساء تلقين أكثر من نوع واحد من الرّعاية(40. 9%) ما يشير إلى تداخل المقاربات التقليدية بالحديثة في بعض الحالات وهوما يدل على استمرار الجانب الثقافي في التأثير على كيفية التكفل بالمرأة اي عندما يكون لديها اي مضاعفات طبية وفي اقل الحالات نفسية يكون دائما التكفل التقليدي موازي ومرافق في التكفل.

أمّا فيما يخص التقرير الذاتي بالإصابة بـ"**ذيبة النفاس**"المصطلح الشعبي المستخدم لوصف الحالة النفسيةبعد الولادة فقد أظهرت النتائج أنّ (28. 3%) من النساء أبلغن عن أعراض ذات صلة بكأبة بعد الولادة اواضطراب اكتئاب ما بعد الولادة.

وهومؤشر مهم يدل على مدى انتشار الاضطرابات النفسية ما بعد الولادة في الوعي الجمعي، الا أنّ التشخيص النفسي هوالغائب، كما بلغ المتوسط الحسابي (1. 71)والانحراف المعياري(0. 45)ممّا يشير إلى تشتت منخفض نسبيا وتركيز الإجابات في الاتجاه الذي يشير إلى وجود معاناة نفسية.

ويمكن تفسير هذه المعطيات في إطار المقاربة الإثنو-نفسو مرضية، حيث نتعامل مع "**ذيبة النفاس**" كتعبير ثقافي عن ضائقة نفسية مرتبطة بمرحلة الإنتقال الأمومي، لاسيما في ظل محدودية الدعم النفسي اوالمؤسساتي.

يشير "**بوسبسي**" (Boucebci,1989) الى أن الأم ضعيفة نفسيا بسبب الضرورات الاجتماعية والثقافية التي تؤثر على تنظيم علاقة الأم بطفلها. سيما في فترة النفاس بحيث تعتبر تأكيدا على أنوثة المرأة، باعتبارها وسيط بين الجسد والمجتمع. إذ يعاد توزيع المواقع الرمزية داخل النسق العائلي .

ترتتبط هذه القراءة بما طرحه "**بوسبسي**" حول مفهوم "الأنا الجماعية[1]"او "الجسد الجماعي"[2] ففي السياق التقليدي المغاربي، تهيمن الروابط الاجتماعية على الفردانية، عادةً ما تُطغى "الذات الجماعية" (أو الجسد

[1] *Moi Collectif*

[2] *Corps Communautaire*

الجماعي) على الجسد الفردي، و هو ما يمكن إعتباره اختلال في التوازن بين رغبات نفسية داخلية و ضرورة إجتماعية ثقافية.

تؤكد هذه النتائج الحاجة للمزيد من البحث في أنماط تكفل مكيفة ثقافيا، و ضرورة تحسيسي الأمهات و العائلات بسيكولوجية هذه المرحلة.

2. **تحليل الاستبيان**

أ. المحور الأول معتقدات وممّارسات ثقافية -إثنية-

جدول 26 : تحليل إحصائي للمعتقدات والممّارسات الثقافية -الإثنية-

العبارة	الوسيط	م. الحسابي–	التعليق
تتمتع فترة ما بعد الولادة(فترة النفاس) بأهمية ثقافية كبيرة في مجتمعنا	4. 00	3. 38 (1.17)	ارتفاع المتوسط والوسيط يدل على اتفاق افراد عينة الدّراسة حول الاهمية الرمزية لفترة النفاس .
العادات والتقاليد الثقافية ضرورية في رعاية المرأة نفسيا خلال فترة ما بعد الولادة	4. 00	3.54 (1.18)	ارتفاع المتوسط مع تشتت منخفض يدل على إجماع نسبي حول الاهمية النفسية للعادات والتقاليد .
يحدّد أفراد الأسرة في المقام الأول طقوس وممّارسات التكفل ما بعد الولادة	4. 00	3,60 (2.49)	ارتفاع المتوسط مع ارتفاع الانحراف المعياري يشير إلى تباين حول دور الاسرة في التكفل بعد الولادة
تمارس الأسرة ضغوطًا على النساء للالتزام بالممّارسات الثقافية بعد الولادة	2. 00	2.82 (1.28)	انخفاض المتوسط والوسيط يشير إلى عدم الاتفاق على الضغط الممّارس من طرف الاسرة على الام للإلتزام بالطقوس الثقافية

تشير نتائج العبارة" تتمتع فترة ما بعد الولادة(فترة النفاس) بأهمية ثقافية كبيرة في مجتمعنا" إلى وجود اتفاق عام بأهمية هذه المرحلة، حيث بلغ المتوسط الحسابي(3. 38) والوسيط (4. 00)ممّا يدل على ميل المشاركات إلى الاجماع حول أهمية الثقافة.

أمّا العبارة" العادات والتقاليد الثقافية ضرورية في رعاية المرأة نفسيا خلال فترة ما بعد الولادة "، فقد سجلت متوسط أعلى بقليل (3. 54) مع وسيط مطابق (4. 00) وانحراف معياري منخفض(1. 18) يدل ذلك على تقارب وجهات النظر واتفاق نسبي على دور العادات كمصدر للأمان والاستمرارية الثقافية في التعامل مع الضغوط النفسية بعد الولادة وهذا ما يتوافق مع دراسة (Jahan & Islam, 2024)، حيث ترى انه من منظور التفاعل الرمزي، تعد الطقوس ما بعد الولادة ذات أهمية للأم فهي تمثل "نصوصًا ثقافية" تحدد الرّعاية المعيارية التي يجب أنّ تتلقاها الأم الجديدة وما يجب عليها فعله. وتظهر لوكا يعزز الشعور بالانتماء.

على سبيل المثال، في بنغلاديش، تبقى الأمهات الجدد في عزلة بعد الولادة لمنع الأرواح الشريرة من الدخول، عادة ما يستخدمن رموزا وقائية مثل التمائم بالقرب من الطفل، هذه الممّارسات، التي يعلمها كبار العائلة، تمرر في فترة ما بعد الولادة عبر هالة من القداسة، ممّا يعزز المعتقدات الثقافية المتعلقة بالأمومة والأسرة. (Jahan & Islam, 2024)

في حين العبارة" يحدّد أفراد الأسرة في المقام الأول طقوس وممّارسات التكفل ما بعد الولادة "حققت أعلى متوسط (3. 60)لكن مع انحراف معياري مرتفع نسبيا (2. 49)ما يشير إلى تباين أكبر في مواقف المشاركات رغم الاتفاق العام. يعكس ذلك الدور المركزي للأسرة، لكنه قد يبرز ايضا تباين في نوعية التدخل الأسري بين الإيجابي والداعم، والمتحكم والضاغط (وهذا ما سناراه لاحقا في التحليل النوعي)

أمّا فيما يخص العبارة" تمارس الأسرة ضغوطًا على النساء للالتزام بالممّارسات الثقافية بعد الولادة"، فقد أظهر التحليل متوسط منخفض نسبيا (2. 82)ووسيط يبلغ(2. 00)ما يشير إلى ميل المشاركات لرفض فكرة الإجبار،

ويعد ذلك مؤشرا على تحولات مجتمعية في العلاقة بين المرأة والتقاليد، حيث يظهر بعض الرفض والتفاوض في مدى الالتزام الثقافي.

تتفق نتائج الدّراسة حول الاهمية الثقافية لهذه المرحلة مع دراسة (Cindy & Kenneth, 2007)، أنّ جميع الثقافات تقريبا باستثناء بعض السياقات الغربية تحظى فيهم الأمهات الجدد بفترة نقاهة واتباع نظام غذائي خاص، ودعم أسري مخطط له ويتجلى هذا الاتساق في أنه حتى مع الاختلافات الثقافية هناك اعتراف عالمي بأن رعاية ما بعد الولادة مرحلة خاصة تتطلب اهتماما اضافيا ويحمل طقوس ثقافية خاصة.

ب. المحور الثاني التكفل بالمرأة قبل وبعد الولادة

جدول 27: التحليل الإحصائي التكفل بالمرأة قبل وبعد الولادة

العبارة	الوسيط	م. الحسابي–	التعليق
دور الزوج أساسي في التكفل النفسي بالمرأة قبل الولادة	**5. 00**	**4. 45 (0.71)**	ارتفاع قوي في المؤشرين يدل على أهمية دعمالزوج قبل الولادة بالنسبة للنساء عينة الدّراسة
دور الزوج أساسي في التكفل النفسي بالمرأة بعد الولادة	**5. 00**	**4. 42 (0.77)**	في نفسي السياق ارتفاع قوي في المؤشرين يدل على أهمية دعم الزوج قبل الولادة بالنسبة للنساء عينة الدّراسة
تقع المسؤولية الأساسية لرعاية المرأة بعد الولادة على عاتق العائلة	**4. 00**	**3. 64 (0.99)**	تأييد مع بعض التباين، يشير إلى استمرارية الأدوار الأسرية عند الافراد عينة الدّراسة
على المرأة أنّ ترعى نفسها بمفردها بعد الولادة	**2. 00**	**2.65 (1.38)**	تشير المؤشرات الاحصائية لرفض فكرة أنّ ترعى المرأة نفسها بمفردها.

تظهر العبارة" دور الزوج أساسي في التكفل النفسي بالمرأة قبل الولادة " متوسطا عالي (4. 45) ووسيط أقصى (5. 00)، ما يعكس اجماع شبه كامل بين المشاركات، تدعمه نسبة الموافقة القوية(54. 5%)[1] ، هذه النتيجة تؤكد أهمية الحضور والزوج للزوج خلال فترة الحمل، ليس فقط كدعم اجتماعي بل دعم نفسي.

أمّا العبارة" دور الزوج أساسي في التكفل النفسي بالمرأة بعد الولادة " فقد سجلت متوسط مقارب(4.42)ووسيط كذلك(5.00)، مع نسبة تأييد بلغت(55. 2%)، هذا يبرز استمرار الحاجة إلى دعم الزوج بعد الولادة، حيث تشكل هذه المرحلة حساسية عاطفية واجتماعية للأم تتطلب مشاركته.

في حين العبارة" تقع المسؤولية الأساسية لرعاية المرأة بعد الولادة على عاتق العائلة "حققت متوسطا معتدل

(3. 64) ووسيط(4. 00) ، مع تشتت أقل، يعكس هذا أنّ الكثير من المشاركات لايزلن يعتبرن الأسرة الطرف الرئيسي في الدعم والتكفل، ما يعكس استمرار النمط الجماعي في البنية الأسرية للثقافة المحلية.

أمّا العبارة" على المرأة أنّ ترعى نفسها بمفردها بعد الولادة "فقد أظهرت متوسطًا منخفضًا (2. 65) ووسيط (2. 00)، ما يعني رفضا نسبيا للفكرة. تشير النتائج إلى ميل نحوالتشاركية في المسؤولية وعدم تقبل فكرة العزلة الذاتية بعد الولادة.

[1] في الملحقات جدول مستخرج من برمجية SPSS يلخص النسب المئوية

ممّا يؤيد نتائج الدّراسة حول الطرح أنّ الزوج الذي يدعم المرأة بعد وقبل الولادة يشكل عامل حماية للصّحة النفسية للأم، دراسة (Antoniou et al. , 2021) التي تناولت الدعم الزوجي الإيجابي الذي له تأثير "وقائي نفسي" على النساء خلال فترة انتقالهن إلى الأمومة، بحيث من خلال المراجعة الادبية اوضح الباحث ارتباط ارتفاع مستويات الدعم المدرك من الزوج بانخفاض مستويات اكتئاب ما بعد الولادة والقلق لدى الأم.

ويشير كذلك (Antoniou et al. , 2021) إلى أنه عندما يكون الزوج داعما عاطفيا ويساعد في رعاية الأطفال أوالأعمال المنزلية، ويتواصل بشكل سليم، افدن النساء بأنهن يشعرن بتوتر أقل وأمان أكبر أثناء الولادة والأسابيع التي تلي الولادة.

ومن جهة أخرى في استطلاع حول مشاركة الاب وجودة العلاقة الاسرية وعلاقته بالإكتئاب للأسر منخفضة الدخل (Zhang & Razza, 2022) اوضحت أنّ مشاركة الآباء في مهام رعاية الأطفال، قللت من ضغوط الرّعاية لدى الأمهات وحسّنت من تكيفهن. وكان لدعم الأب في الرّعاية اليومية، مثل الرضاعة وتغيير الحفاضات وتهدئة الطفل اثر مباشرة على تخفيف ضغوط الأمهات. بالإضافة إلى ذلك، ارتبطت المستويات العالية من مشاركة الأب بارتفاع مستوى رضا الزوجين عن العلاقة.

في حين لايزال الاشكال قائم في طبيعة الدعم الذي يقدمه الزوج حيث معظم الأزواج يعانون من مشاكل في علاقاتهم مع ازواجهن(Battle et al. , 2021)، اظرهت الدّراسة ايضا مواقف الآباءاستعدادهم للمشاركة تجاه العلاج ما بعد الولادة.

ج. المحور الثالث الجوانب النفسية والعاطفية

جدول 28: التحليل للجوانب النفسية و العاطفية

العبارة	الوسيط	م. الحسابي–	التعليق
يعترف مجتمعنا بأهمية الصّحة النفسية للأم	3. 00	**3. 14 (1.17)**	متوسط معتدل نسبيًا يعكس تباينًا في الوعي المجتمعي حول الإعتراف بأهمية الصّحة النفسية للأم.
الصّحة النفسية للأم مهمة في ممّارساتنا الثقافية	4. 00	**3. 73 (1.09)**	ارتفاع متوسط مع تشتت معتدل يدل على اعتراف نسبي في ثقافتنا حول اهمية الصّحة النفسية للأم (راجع لمتغير الثقافة).
تساعد الأسرة في تخطي بعض المشكلات النفسية "كإكتئاب ما بعد الولادة".	4. 00	**3. 81 (1.14)**	يدل على الإجماع النسبي على اهمية الاسرة في تخطي المشكلات النفسية على غرار إكتئاب ما بعد الولادة.
اكتئاب ما بعد الولادة ("ذيبة النفاس") معترف به كاضطراب نفسي	4. 00	**3. 78 (1.08)**	تظهر النتائج اعتراف مرتفع نسبيا لإرتباط مفهوم ذيبة النفاس بالإضطراب النفسي.

العبارة" يعترف مجتمعنا بأهمية الصّحة النفسية للأم " سجلت متوسط معتدل (3. 14) ووسيط (3. 00) ما يشير إلى أنّ الوعي المجتمعي لا يزال في مرحلة متحفظة في ما يخص الإعتراف بالصّحة النفسية للأم، إذ أنّ نسبة الموافقة لم تتجاوز (37.8 %)، ما يعكس وجود رفض نسبي لهذه الأخيرة.

أمّا العبارة" الصّحة النفسية للأم مهمة في ممّارساتنا الثقافية "فقد حققت متوسطًا أعلى (3. 73) ووسيط بلغ (4. 00)، ما يدل على أنّ الصّحة النفسية لها بعد ثقافي اكثر منه علمي في المجتمع ولوبشكل غير مباشر(مقلاتي و بشقه, 2020).

في حين العبارة" تساعد الأسرة في تخطي بعض المشكلات النفسية "كإكتئاب ما بعد الولادة"، سجلت متوسط مرتفع (3. 81)وبلغ الوسيط (4. 00)، ممّا يعكس الدور الهام للأسرة في تخطي الضيق النفسي وهذا يرجع ايضا لعامل الثقافة (بوحفص و جهيدة, 2023)

من جهة أخرى أظهرت العبارة" اكتئاب ما بعد الولادة ("ذيبة النفاس") معترف به كاضطراب نفسي "متوسط مرتفع (3. 78) ووسيط (4. 00)، وهي دلالة على وعي نسبي وفي الارتفاع مستمر حول ربط المفهوم الشعبي " ذيبة النفاس " بالإضطراب النفسي.

د. المحور الرابع ديناميات العلاقات البين-شخصية

جدول 29: التحليل لديناميات العلاقات البين-شخصية

العبارة	الوسيط	م. الحسابي	التعليق
تتكفل أسرة الزوجة في رعايتها بعد الولادة	**4. 00**	**4. 06 (0.94)**	متوسط مرتفع يدل على استمرار دور العائلة الأصلية كفاعل رعاية مركزي وداعم عاطفي للأم.
تتكفل أسرة الزوج في رعاية المرأة بعد الولادة	**3. 00**	**3. 03 (1.31)**	متوسط معتدل مع تشتت مرتفع، يشير إلى تباين في التجارب مع عائلة الزوج من حيث الدعم أوالحياد.
يتكفل الزوج في رعاية زوجته ما بعد الولادة	**4. 00**	**3. 77 (1.17)**	متوسط مرتفع نسبيًا يدل على تزايد وعي الزوج بمسؤوليات الرّعاية العاطفية والمادية.
علاقة الزوجين تتحسن بعد الولادة	**4. 00**	**3. 70 (1.06)**	يدل على نظرة إيجابية لدى كثير من المشاركات نحوالعلاقة بعد الولادة، رغم بقاء بعض الحياد.

من خلال الجدول نلاحظ أنّ العبارة" تتكفل أسرة الزوجة في رعايتها بعد الولادة "سجلت متوسط مرتفع (4. 06) ووسيط (4. 00)، مع نسبة موافقة عالية(45. 8%) ، ما يدل على استمرار مركزية العائلة الممتدة في دعم المرأة بعد الولادة، وخاصة عائلة الأم في التكفل بها.

أمّا العبارة" تتكفل أسرة الزوج في رعاية المرأة بعد الولادة "فقد حققت متوسطا معتدل (3. 03)وبلغ الوسيط (3. 00)، ممّا يدل على تباين واضح في المواقف، حيث لم تتجاوز نسبة الموافقة الكلية (45.4%)، مايدل على الانقسام في ما يخص احقية التكفل بين اهل الزوجة اوالزوج كما قد يرجع هذا إلى طبيعة السسكن فردي اومع اهل الزوج حيث يؤثر هذا الاخير في مكان التكفل.

أمّا العبارة" يتكفل الزوج في رعاية زوجته ما بعد الولادة "سجلت متوسطا مرتفعا(3. 77) في حين بلغ الوسيط (4. 00)مع نسبة موافقة قوية (69. 6%) هذه النتيجة تعكس اهمية تكفل الزوج، والتغير الواضح في مهام الزوج من الإعالة المادية فحسب إلى نمط تشاركي في رعاية الام والرضيع.

ومن جهة أخرى العبارة" علاقة الزوجين تتحسن بعد الولادة "أظهرت متوسط بلغ (3. 70) ووسيط (4. 00) مع نسبة موافقة جيدة(66. 8%) ، ما يشير إلى تحسن ملحوظ في طبيعة العلاقة بين الزوجين

هـ. المحور الخامس التغييرات الثقافية بخصوص التكفل بالمرأة بعد الولادة

جدول 30: التحليل التغييرات الثقافية بخصوص التكفل بالمرأة بعد الولادة

العبارة	الوسيط	م. الحسابي–	التعليق
العلاقة مع أسرة الزوج تتحسن بعد الولادة	**3. 00**	**3. 26 (1.10)**	تشير إلى تباين في التجارب، إذ لا تظهر هذه العلاقة دائمًا كعامل إيجابي بعد الولادة.
توجد ممّارسات سلبية في التكفل بالمرأة بعد الولادة	**3. 00**	**3. 09 (1.07)**	يوجد وعي نسبي بالممّارسات السلبية، مع انقسام ثقافي بين من يرى فيها ضررًا ومن يراها تقليدًا.
يوجد تغييرات في ثقافتنا مع مرور الزمن في طريقة التكفل بعد الولادة.	**3. 00**	**3. 14 (1.04)**	وجود وعي بالتغيرات الثقافية، لكن بدرجة معتدلة، ما يعكس انتقالًا تدريجيًا في التصورات والرّعاية.

نلاحظ من خلال الجدول في ما يخص العبارة" العلاقة مع أسرة الزوج تتحسن بعد الولادة "سجلت متوسطا معتدل (3. 26) وبلغ الوسيط (3. 00)، ممّا يشير إلى تفاوت نسبي في التحسن، رغم أنّ (36. 6%) وافقوا على هذه العبارة إلا أنّ نسبة كبيرة بقيت محايدة (29. 6%) أوغير موافقة، ما يعكس اختلاف التأثير حسب طبيعة العلاقة مع اسرة الزوج اوطبيعة السكن (مع اوبعيد عن اهل الزوج) كما يؤثر طبيعة تدخل اهل الزوج في تربية المولود على حسن العلاقة اوتعقدها.

أمّا العبارة" توجد ممّارسات سلبية في التكفل بالمرأة بعد الولادة "فقد سجلت متوسط معتدل (3. 09)ووسيط (3.00)، ما يشير إلى وجود بعض الممّارسات السلبية لكن ليست غالبة على جميع افراد العينة وبهذا يوجد تفاوت في طبيعة ثقافة كل اسرة في التكفل.

العبارة" يوجد تغييرات في ثقافتنا مع مرور الزمن في طريقة التكفل بعد الولادة "سجلت متوسط ممّاثل (3. 14) ووسيط (3. 00)، وهي دلالة على اعتراف نسبي بوجود تحولات ثقافية، ولوأنها غير عامة بين جميع المشاركات.

II. التحليل الإحصائي الاستدلالي

1) تحليل الفروق في طبيعة الولادة بدلالة السن

لا توجد فروق دالة إحصائيا ($X^2_{(290, 289)} = 3.753$; $p<0.05$) في طبيعة الولادة بدلالة متغير السن.

كما سجلنا معامل كرامر Cramer's V = 0. 114[1] وهي قيمة ضعيفة، تشير إلى ضعف تأثير السن.

الجدير بالذكر أنّ الفئة العمرية [20-30] هي الأكثر تمثيلا (52.1%) وتظهر توازنا بين الولادة القيصرية (43.3%) والطبيعية(56.7%). أمّا فئة [31-40] سنة تسجل نسبة أعلى قليلا للولادة الطبيعية (58. 2%)، الفئة العمرية بعد الأربعين [40، ...[عددها 26 فقط تظهر تباين حيث سجلت نسبة أعلى من الولادة القيصرية (61.5%)، وهذا أمر متوقع من منظور طبي، إذ أنّ الولادات في هذا العمر غالبا ما تعتبر عالية الخطورة، أمّا في ما يخص الفئة الأقل من 20 سنة، رغم صغر حجمها (7.3 %) من أصل عينة الدّراسة تظهر ميلا أكبر نحوالولادة الطبيعية.

2) تحليل الفروق في طبيعة الولادة بدلالة ترتيب الولادة

لا توجد فروق دالة إحصائيا ($X^2_{(290, 289)} = 0.533$; $p<0.05$) في طبيعة الولادة بدلالة متغير ترتيب الولادة

ممّا يشير إلى أنّ العلاقة بين ترتيب الولادة (الأولى أم أكثر) وطبيعة الولادة (قيصرية أم طبيعية) ليست ذات دلالة إحصائية.

كما كان معامل كرامر (Cramer's V = 0. 043) وهي قيمة منخفضة، تدل على أنّ درجة الارتباط بين المتغيرين ضعيفة كما قمنا باختبار فيشر الذي أظهر قيمة احتمالية (Fisher's Exact Test = 0. 477)

تشير هذه النتائج إلى أنّ ترتيب الولادة لا يعد عاملا مؤثرا بشكل إحصائي في تحديد طبيعة الولادة في هذه العينة، ما قد يدل على تدخل عوامل أخرى غير ترتيب الولادة. (كالتمثلات الثقافية....)

جدول 31: تغير طبيعة الولادة بدلالة السن وترتيب الولادة

المتغير/طبيعة الولادة	ن	د.ح	ك^2	ق. المحسوبة	P<.05
السن	290	289	3.753	0.289	غ.د
تريتب الولادة			0.533	0.465	غ.د

**: p<.05; **: p<.01; ***: p<.001*

[1] هو مقياس إحصائي يستخدم لقياس قوة الارتباط بين متغيرين فئويين

1. تحليل الانحدار اللوجستي الثنائي حول تأثير"العمر"على احتمال ظهور اكتئاب ما بعد الولادة

(حسب التقرير الذاتي)

بالاعتماد على تحليل الانحدار اللوجستي يظهر أنّ عامل العمر يلعب دورا مهم في احتمال إصابة النساء بعد الولادة بما يسمى محليا "***ذبيبة النفاس***" (حسب التقرير الذاتي) فكلما زاد عمر المرأة زاد احتمال أنّ تمر بهذه الحالة بنسبة تقارب 91%، حيث بلغت قيمة معامل الأرجحية (AOR = 1. 905) ضمن فترة ثقة[CI = 95 %] غير محددة في النتائج الحالية، وكان هذا التأثير دالا احصائيا ($\beta^2_{(290, 289)} = 0.645; p<0.05$)

جدول 32: تحليل معامل الانحدار الثنائي حول تأثير"العمر"على احتمال ظهور اكتئاب ما بعد الولادة

المتغير	95% CI	نسبة الأرجحية المعدلة AOR Exp(β)	β	P
العمر	(1. 31، 2. 78)	1. 905	0. 645	***

**: p<.05; **: p<.01; ***: p<.001*

I. التحليل الكيفي

الجدير بالتذكير اننا استعملنا برنامج MAXQDA[1] في التحليل الكيفي وذلك في ما يخص جميع الاسئلة المفتوحة في الاستبيان، بحيث قسمنا الاستجابات إلى رموز (CODES) ثم جمع مجموعة من الرموز إلى مواضيع (THEMS)

1. تحليل استجابة المرأة بعد الولادة

جدول 33: تحليل إحصائي لاستجابة المرأة بعد الولادة

الترميز	التكرار	النسبة
اكتئاب	91	12. 94%
القلق	80	11. 38%
اضطرابات النوم	74	10. 53%
رضى عن التجربة	70	9. 96%
نوبات البكاء	69	9. 82%
التعب	62	8. 82%
تغير في حالة نفسية أو تقلبات	40	5. 69%
الآلام الجسدية	36	5. 12%
فرح بالامومة	29	4. 13%
الضيق النفسي	27	3. 84%
تخوف من عدم قدرة على رعاية رضيع	21	2. 99%
التدين	15	2. 13%
فرح بالرضيع	14	1. 99%
امراض عضوية أخرى	11	1. 56%
العزلة	10	1. 42%
سوء رعاية المستشفى	9	1. 28%
حزن	9	1. 28%
فقدان الهوية أو تفكك أو تدني تقدير الذات	5	0. 71%

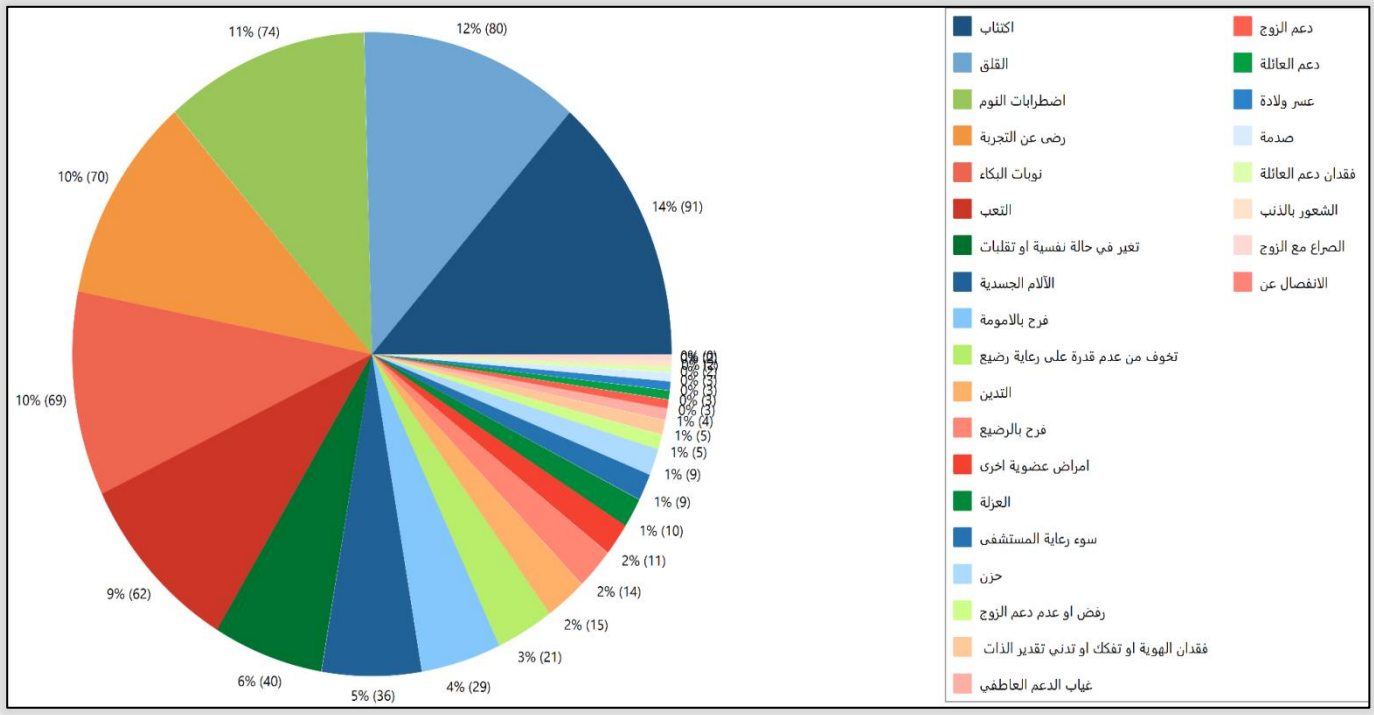
[1] MAXQDA هوبرنامج علمي مُطور من شركة (VERBI Software)الألمانية يستخدم في أكثر من 350 جامعة ومركز بحث، على سبيل المثال : هارفارد – اوكسفور

رفض أو عدم دعم الزوج	5	0. 71%
غياب الدعم العاطفي	4	0. 57%
صدمة	3	0. 43%
عسر ولادة	3	0. 43%
دعم الزوج	3	0. 43%
دعم العائلة	3	0. 43%
الصراع مع الزوج	2	0. 28%
الشعور بالذنب	2	0. 28%
العلاقة الزوجية	2	0. 28%
فقدان دعم العائلة	2	0. 28%
بعد المعتقدات الثقافية	1	0. 14%
الهوية والدور	1	0. 14%
إجمالي	**703**	**100. 00%**

تشير معطيات الجدول إلى أنّ أكثر الرموز تكرارا في استجابات المشاركات تمحورت حول أعراض نفسية حيث احتل رمز "الاكتئاب" المرتبة الأولى بنسبة(94.12%)، يليه "القلق" بنسبة 11. 38 %واضطرابات النوم" بنسبة 10. 53%ممّا يدل على حجم المعاناة الانفعالية التي تعيشها النساء في مرحلة ما بعد الولادة، ممّا يدعم الخلفية الدّراسات السابقة بأن هذه المرحلة تمثل فترة هشاشة نفسية للمرأة ، تتخللها بعض الأعراض الإكتئابية .

كما تظهر أنّ رموز التعب الجسدي والعاطفي مثل "نوبات البكاء" و"التعب" و"الآلام الجسدية" والضيق النفسي" مجتمعة حيث تشكل أكثر من ربع التكرارات، ممّا يعكس التداخل بين الأبعاد النفسية والجسدية في تجربة المرأة، ويبرز أهمية اعتماد قراءة شاملة للتعب الجسدي والأعراض النفسية نفسو-جسدية شاملة لفهم المعاناة في المقابل، نجد أنّ رموز الفرح مثل "رضى عن التجربة" (9. 96%) و"فرح بالأمومة" و"فرح بالرضيع "رغم وجودها، إلا أنها أقل تكرارا، ممّا قد يشير إلى وجود نوع من الايجابية لكن يوجد صعوبة في نفس الوقت في ظل الضغط النفسي والاجتماعي ومن المثير للاهتمام أنّ رموز مثل "فقدان الهوية" و"رفض الدعم الزوجي" و"العزلة" و"سوء الرّعاية الصّحية "تظهر بنسب منخفضة(1% >)، لكنها رغم ذلك تحمل دلالة نوعية مهمة، إذ تمثل مؤشرات على غياب الدعم الزوجي والإجتماعي في استجابات المشاركافي ما يلي مايلي دائرة نسبية.

دائرة نسبية 1: توزيع الرموز بالنسب المئوية



(ب) تجربة المرأة بعد الولادة، حيث توزع الكلمات حسب المكان

(في الوسط اكبر تكرار) والحجم بمحك تكرار الكلمة في استجابات المشاركات :

رسم توضيحي 1: "سحابة الكلمات " بواسطة برنامج MAXQDA يمثل توزيع حجم تكرارات استجابات المشاركات

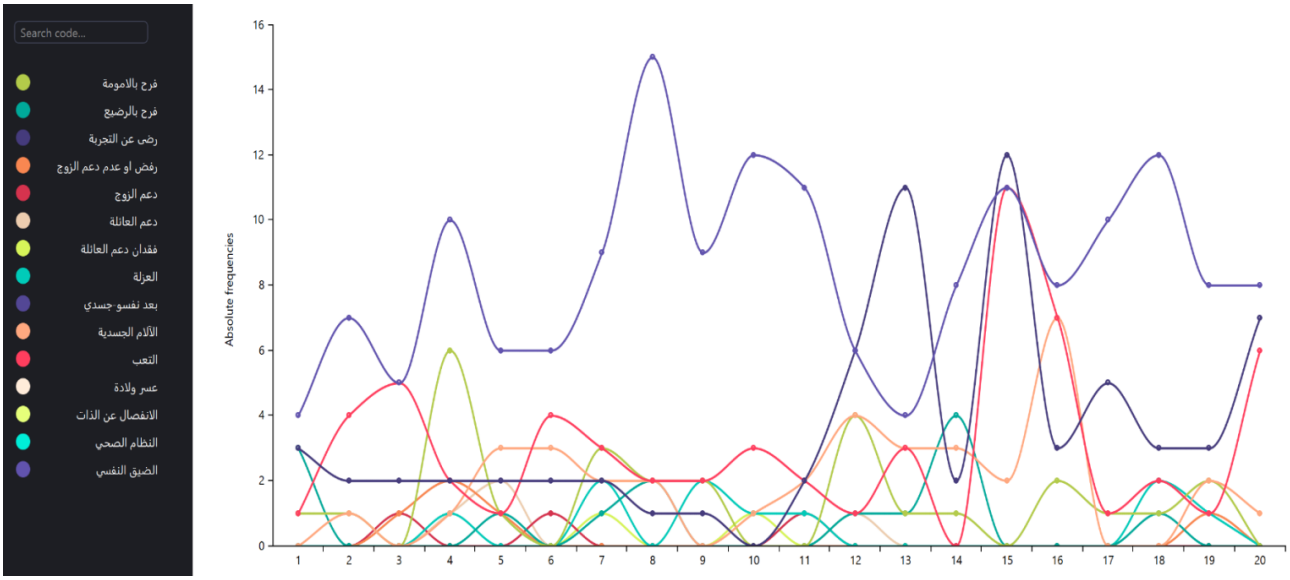
من خلال الرسم البياني نلاحظ حجم كلمات مثل "تعب"، "إرهاق"، "ألم"، "شعور"، "شديد" و"نفسية" بحجم كبير يعكس انها المفردات الأكثر تكرارا ممّا يكشف عن تمحور تجربة "بعد الولادة" حول المشقة والانهاك الجسدي والنفسي ، يظهر هذا التداعي للكلمات أنّ الغالبية من النساء ربطن ولادتهن بحالة من الإنهاك الجسدي، سواء على المستوى الجسدي (تعب، إرهاق، ألم، إضطرابات في النوم، آلام مرتبطة بالعملية القيصرية) أو ضيق نفسي (قلق، اكتئاب، خوف، صدمة).

الكلمات مثل "قلق"، "نوم"، "الليل"، "نبكي" تعكس الجانب الانفعالي وبعض التقلبات المزاجية، في حين تشير كلمات مثل "ابني"، "الرضيع"، "الفرح"، "الحمد لله"، "رغبة "إلى أنّ للتجربة جانب اخر ايجابي، كما يوجد رضى عن تجربة عامة نظرا للوضعية الأمومة الجديدة المنتظرة .

كذلك، فإنّ استجابات مثل "المسؤولية"، "الخوف"، "عدم"، "فقدان"، "وحدي "يدل على الإحساس بالعبء، وفي بعض الأحيان الوحدة، وصعوبة التكيّف مع الدور الجديد، وهوما يدعم فكرة أنّ بعض النساء قد يعيشون صعوبة في الانتقال للدور الجديد.

(ج) تكرار جميع الرموز عند تقسيم الرموز إلى (20) جزء متساوي لحالة لتجربة المرأة بعد الولادة[1]

رسم بياني 2: بواسطة برنامج MAXQDA يمثل توزيع وحجم تكرارات استجابات المشاركات

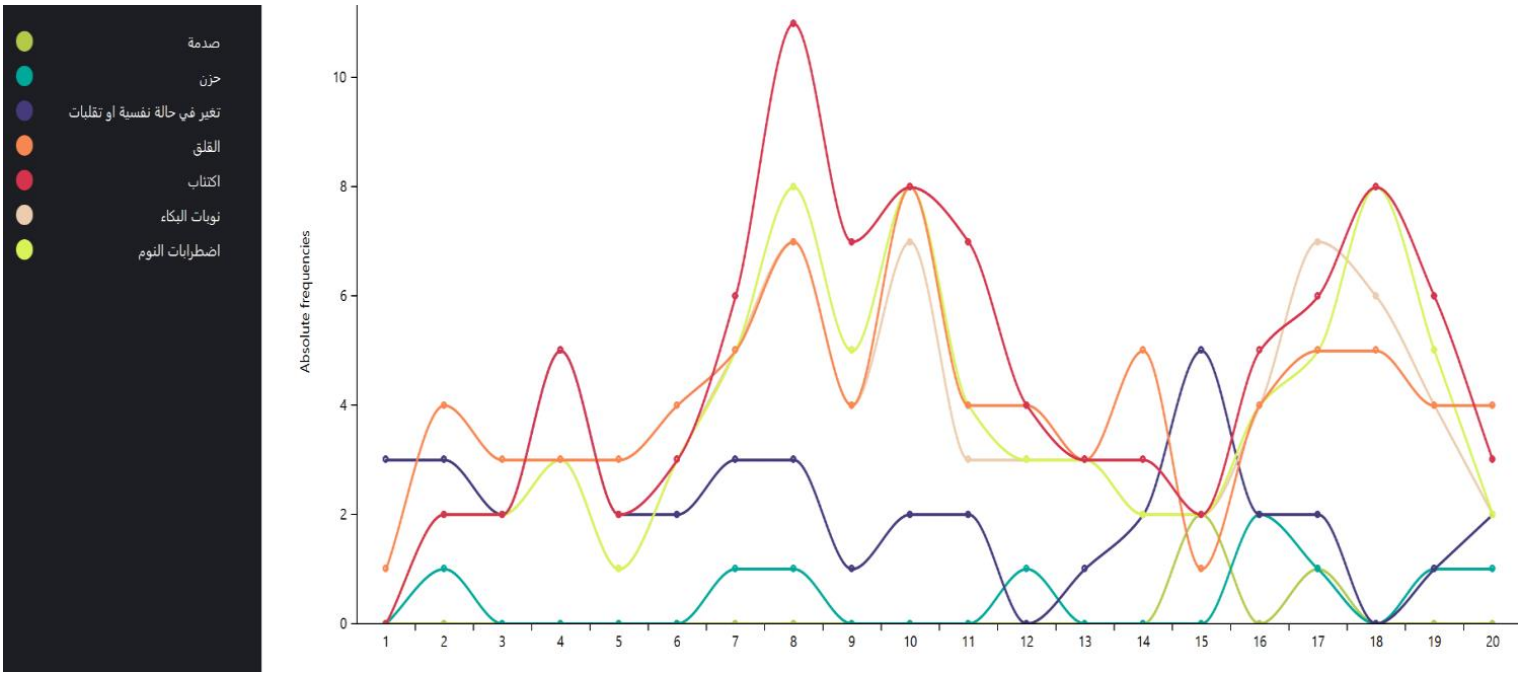


[1] عند استخدام أداة Code Trends أوWord Trends، يقوم برنامج MAXQDA بتقسيم المستند إلى 20 جزء متساوي من حيث الحجم (وليس المعنى أوالفقرات)، هذا التقسيم لا يعني 20 فقرة، بل 20شريحة زمنية أونصية متساوية الطول تقريبًا.

من خلال الرسم البياني (2) نلاحظ أنّ تجربة المرأة بعد الولادة فيها جانب من الرضى عن تجربة يعود للفرح بالمولود وبدور الامومة، كما نلاحظ بعض التصاعد في منحى استجابات الرموز الخاصة بالمعاناة الجسدية والنفسية بشكل تراكمي، يقابلها غياب شبه كامل للدعم الإجتماعي.

(د) تكرار الرموز لموضوع (الضيق النفسي) عند تقسيم الرموز إلى (20) جزء متساوي لتجربة المرأة بعد الولادة

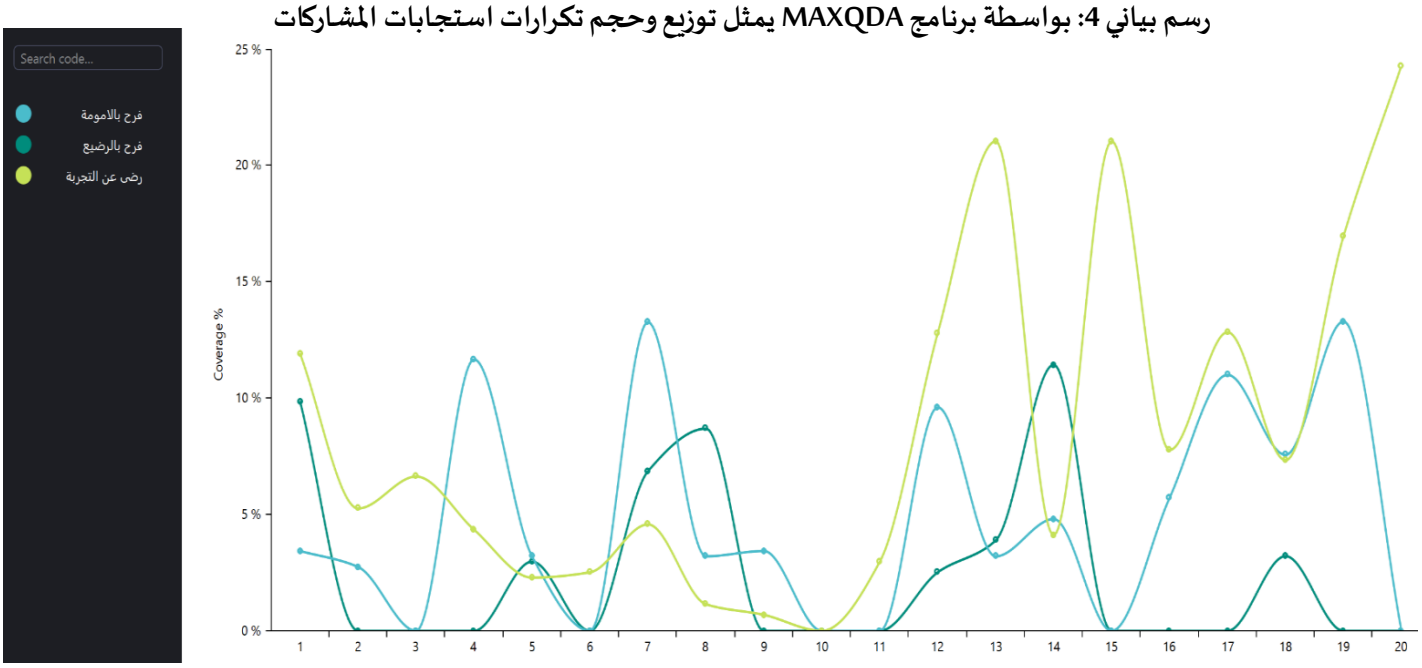
رسم بياني 3: بواسطة برنامج MAXQDA يمثل توزيع وحجم تكرارات استجابات المشاركات



من خلال الرسم البياني(3) نلاحظ أنّ في فترة ما بعد الولادة في ما يخص موضوع الضيق النفسي يغلب عليه أعراض الانفعالية بطريقة غير منتظمة، ولكنها مترابطة، حيث كلها تمثل دلالة على ضيق نفسي اي كآبة في اغلب الحالات، حيث تتكرر الرموز المرتبطة بالكآبة" القلق، والبكاء" ممّا يدل على أنّ تجربة الولادة ليست تجربة منتظمة للجميع، بل مسار معقد من التقلبات النفسية، حسب كل حالة وكل خلفية، ممّا يتطلب رعاية مستمرة لا تقتصر على الأيام الأولى فحسب.

(هـ) تكرار الرموز لموضوع (بعد الأمومة) عند تقسيم الرموز إلى (20) جزء متساوي لتجربة المرأة بعد الولادة

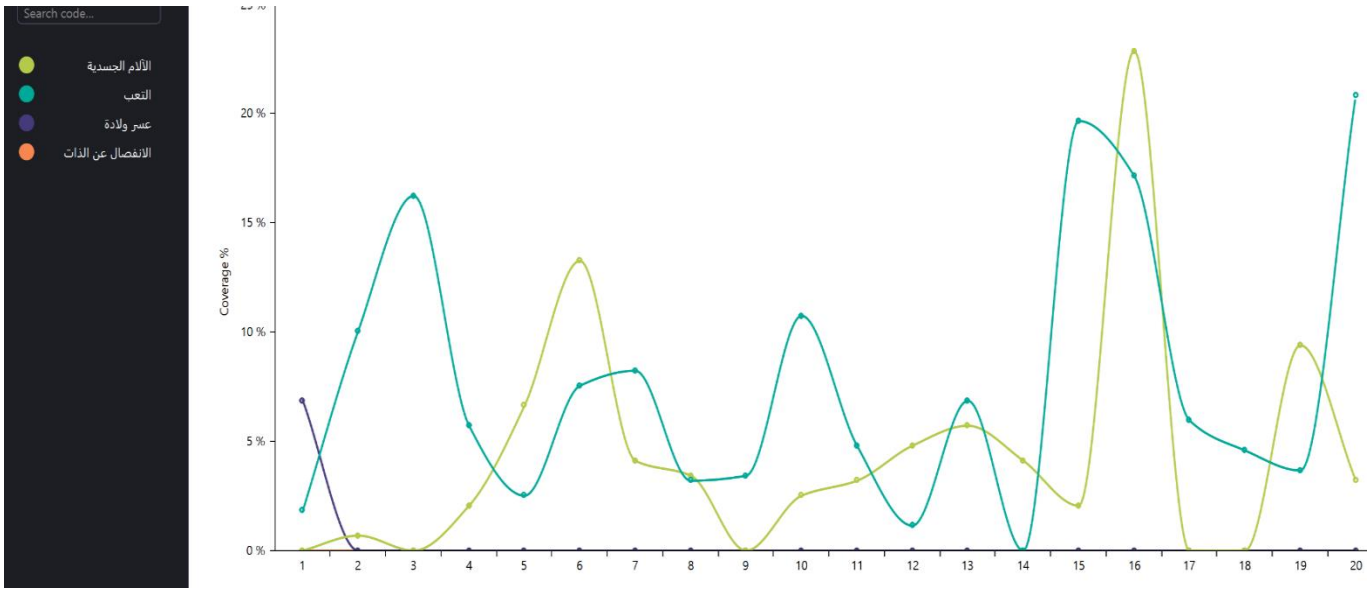
رسم بياني 4: بواسطة برنامج MAXQDA يمثل توزيع وحجم تكرارات استجابات المشاركات



يشير الرسم البياني إلى أنّ الرموز الإيجابية مثل **فرح بالأمومة"**، **"فرح بالرضيع"** و"رضى عن التجربة"تظهر بشكل متفاوت عند المشاركات، كما يلاحظ أنّ رمزي *فرح بالأمومة* و*فرح بالرضيع* لا يشكلان مشاعر دائمة، تعكس هذه النتائج تداخلا بين المشاعر المتضادة في سردية ما بعد الولادة، وتظهر كيف تسعى النساء لبناء توازن رمزي بين الألم والقبول.

(و) تكرار الرموز لموضوع (النفسوجسدي) عند تقسيم الرموز إلى (20) جزء متساوي لتجربة المرأة بعد الولادة

رسم بياني 5: بواسطة برنامج MAXQDA يمثل توزيع وحجم تكرارات استجابات المشاركات



يعكس الرسم البياني (5) توزيع الرموز الجسدية والنفسية في تجربة النساء بعد الولادة، حيث يتصدر رمز "التعب "الخط البياني بتكرارات عالية ومتواصلة، ممّا يدل على كونه العرض الأكثر استمرارية عبر مختلف مقاطع السرد.

نلاحظ ايضا " الألم الجسدي عرض ملحوض خاصة في الاستجابات لدى المشاركات الوسطى والمتأخرة (6، 13، 16 و19)، حيث يتداخل الجسدي مع النفسي بشكل عضوي، من الجدير بالإهتمام ان رمز "عسر الولادة" يظهر بشكل محدود، ممّا يشير إلى أنّ الولادة في جد ذاتها كحدث ليس هو محور الإشكال، ومن جهة أخرى فإنّ رمز "الانفصال عن الذات "منعدم كون المشاركات لا يعانين من اضطرابات تفككية (حسب استجاباتهم)

نخلص ان موضوع الألم الجسدي قد يتحول لضيق نفسي نظرا للعجز المرأة في رعاية ابنها، كما أنّ العجز والانهاك قد يخلف هشاشة نفسية .

2. **تحليل استجابة المشاركات في السؤال المفتوح حول اضافات يردون الإدلاء بها حول تجربتهن**

جدول 34: التحليل لإستجابات المرأة بعد الولادة حول تجربتهن

الترميز	التكرار	النسبة
توفير جلسات نفسية	31	20. 4%
ضرورة الاعتراف بالصّحة النفسية	27	17. 8%
طقوس ثقافية	20	13. 2%
احترام راحة وخصوصية الام	19	12. 5%
دعم العائلة	13	8. 6%
التقليل من الزيارات	8	5. 3%
الرّعاية الصّحية للأم	6	3. 9%
دعم الزوج	6	3. 9%
الخروج في نزهة	5	3. 3%
رعاية الرضيع	3	2. 0%
الدعم النفسي	3	2. 0%
تحضير الطعام التقليدي	3	2. 0%
التقاليد الثقافية	2	1. 3%
دعم نفسي من طرف العائلة أو الزوج	2	1. 3%

الدعم الاسري	1	0. 7%
الصّحة الجسدية	1	0. 7%
الاحتياجات الاجتماعية	1	0. 7%
التفهم من قبل العائلة	1	0. 7%
اجمالي	**215**	**%100**

من خلال الجدول (32) يتبين من خلال الترميز، أن الإحتياجات ذات الطابع النفسي و المعنوي تهيمن على إستجابات النساء لتجربتهن بعد الولادة، حيث بلغت استجابات حول " توفير جلسات نفسية " اعلى نسبة(20.4%)، تلتها "ضرورة الإعتراف بالصحة النفسية"بنسبة (17.8%)، ثم "الطقوس الثقافية"(13.2%)

و "احترام راحت الأم"(12.5%)، كل ما سبق يعكس معاناة نفسية للنساء بعد الولادة ووعيهم بها،كما انهم يردن المساعدة النفسية متخصصة ضمن مؤسسات الرعاية، و عدم اكتفاءهم بالنهج التقليدي " طقوس " علاج الكأبة تقليديا،

تؤكد هذه النتائج إتجاهين متوازيين سبق الإشارة لهما في الأدبيات، أولا ميل النساء الى إدراك المعاناة بعد الولادة،

و هو ما يتوافق مع الدراسات حول أهمية الدعم النفسي و الفحص المبكر (Zikic et al., 2024)، ثانيا إستمرار اطقوس ما بعد الولادة كآلية في الدعم و الرعاية. و هو ما يتوافق مع الدراسات التي ترى للطقوس دور مزدوج

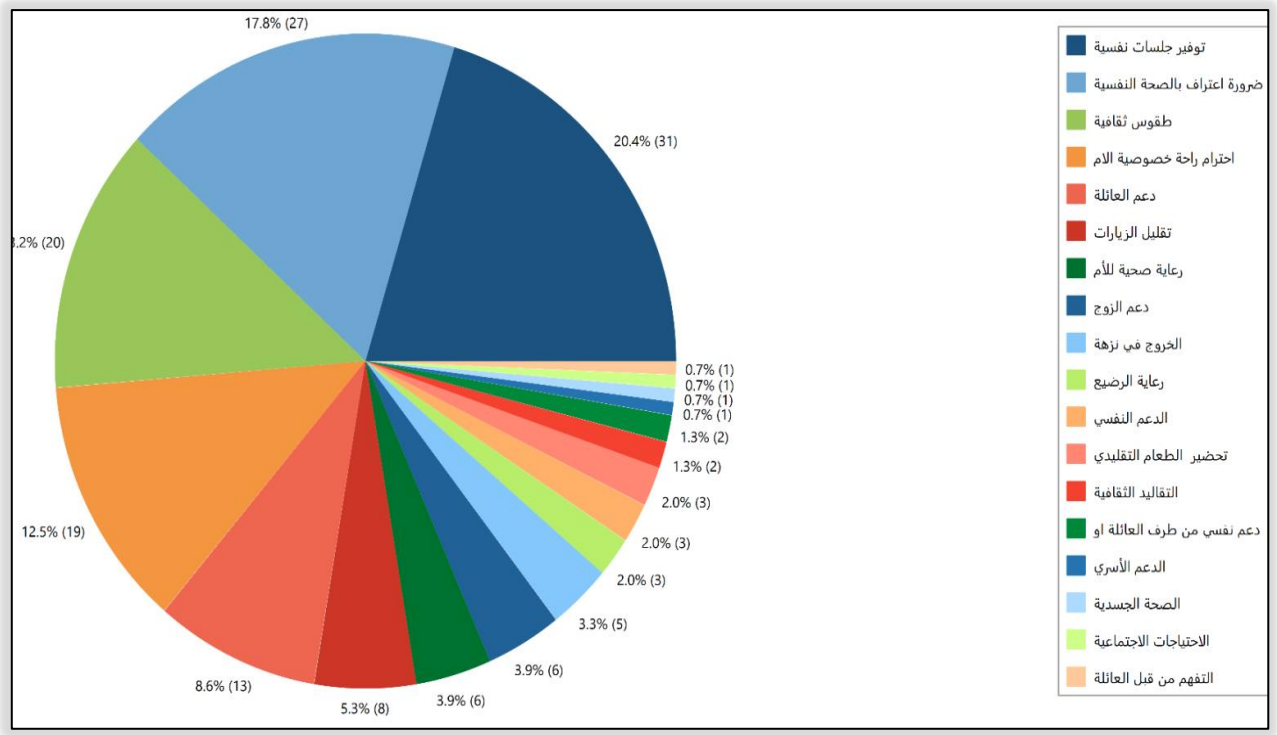
أو ضاغط في حالات أخرى(Cindy & Kenneth, 2007).

تحليل النسب الأصغر (مثل الرعاية الصحية 3.9%، ودعم الزوج 3.9%، والدعم الأسري العام 0.7%) يشير إلى فجوة واضحة بين الاحتياجات النفسية المعلنة ونوعية/كمِّية الدعم الذي تتلقاه النساء.

هذه الفجوة تتوافق مع ملاحظات الدراسات الجزائرية التي أشارت إلى نقص في التكفل النفسي المتخصص وغياب دراسات وبائية وطنية واضحة عن انتشار الاكتئاب ما بعد الولادة (اسحيري, 2021 ;aبلبكاي و فراحتته, 2023)

اما في ما يخص التمثلات المتعلقة بـ"خصوصية الأم" و"التقليل من الزيارات" تبيّن بعد عملي في التكفل حيث تحتاج المرأة إلى فضاء أمن في الحدود الاجتماعية خلال النفاس لتتمكن من الراحة والانخراط في استشفاء جسدي دون ضغطٍ إجتماعي زائد.

دائرة نسبية 2: برنامج MAXQDA يمثل توزيع الرموز بالنسبة المئوية



أ. استجابة المشاركات في السؤال المفتوح حول اضافات يردون الإدلاء بها حول تجربتهن

حيث توزع الكلمات حسب المكان (في وسط أكبر تكرار) والحجم بمحك تكرار الكلمة في استجابات المشاركات:

رسم توضيحي 2: سحابة الكلمات "بواسطة برنامج MAXQDA يمثل توزيع وحجم تكرارات استجابات المشاركات

تعكس سحابة الكلمات المستخرجة من إجابات المشاركات أنّ أبرز المفاهيم المتكررة في سرد النساء بعد الولادة كلمة "النفسية "هي الأكثر تكرار متبوعة بمفردات مثل "الصّحة"، "الزوج"، "الأم"و"التكفل".

هذا التكرار البارز لمصطلح "النفسية" يوضح مركزية الضيق النفسي وطلب المساعدة ة الإهتمام بهذا الجانب والإدراك الذاتي لحاجات الدعم النفسي في هذه المرحلة، وهوما يتماشى مع نتائج الجدول السابق الذي أظهر أهمية توفير جلسات واستشارات نفسية

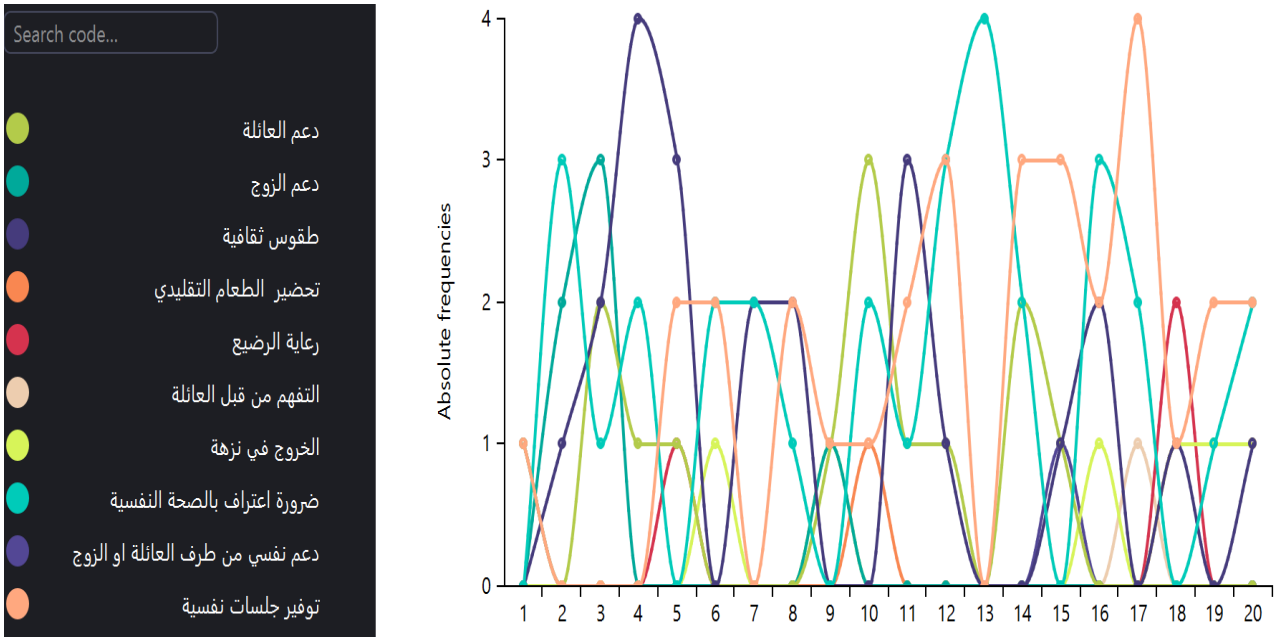
من جهة أخرى، نجد أنّ كلمات مثل "التكفل"، "مجتمعنا"، "الوعي"، "الإلغاء" "الزيارات" "الراحة "تشير إلى الخطاب الضمني بتغيير بعض الممرسات في الثقافة الاجتماعية المحيطة بالأم، أمّا بروز كلمة "الزوج "في حجم كبير نسبيا، يدل على أنه فاعل محوري في تجربة المرأة بعد الولادةسواء عبر حضوره أو غيابه، دعمه أو تقصيره.

كما أنّ وجود كلمات مثل "الزريرة"، "الأم" "راحة "يعكس تناوب بين العناصر الثقافية التقليدية والدعم النفسي المعاصر، ممّا يشير إلى أنّ النساء لا يفصلن بين الدعم العاطفي والاجتماعي من جهة، والعادات الثقافية من جهة أخرى.

وبهذا فإنّ سرد النساء يتمركز حول مطالب تتعلق بالاعتراف الصريح أو الرمزي بأهمية الصّحة النفسية للأم بعد الولادة، ضمن البنية اجتماعية وثقافية.

أ. تكرارجميع الرموزعند تقسيم الاستجابات إلى (20) جزء متساوي لتجربة المرأة بعد الولادة:

رسم بياني 6: بواسطة برنامج MAXQDA يمثل توزيع وحجم تكرارات استجابات المشاركات



ب. يعكس الرسم البياني (6) أعلاه ديناميكية تطوّر الرموز في إجابات المشاركات على السؤال المفتوح الثاني، حيث تم توزيع الرموز على 20 قسمًا زمنياً متساويًا، بما يسمح بملاحظة تغير وتواتر المواضيع ضمن السرد.

تبرز بشكل واضح الرموز المرتبطة بالدعم النفسي، مثل: ضرورة الاعتراف "بالصّحة النفسية"دعم نفسي من طرف "العائلة أو الزوج"، وضرورة تقديم الجلسات النفسية وذلك من القسم الأول حتى نهاية سرد المشاركات، هذا يتماشى مع النتائج السابقة التي أظهرت أنّ أكثر التكرارات تمثلت في مطالب تخص الدعم النفسي بنسبة تتجاوز 37%، ما يدل على اهمية الصّحة النفسية

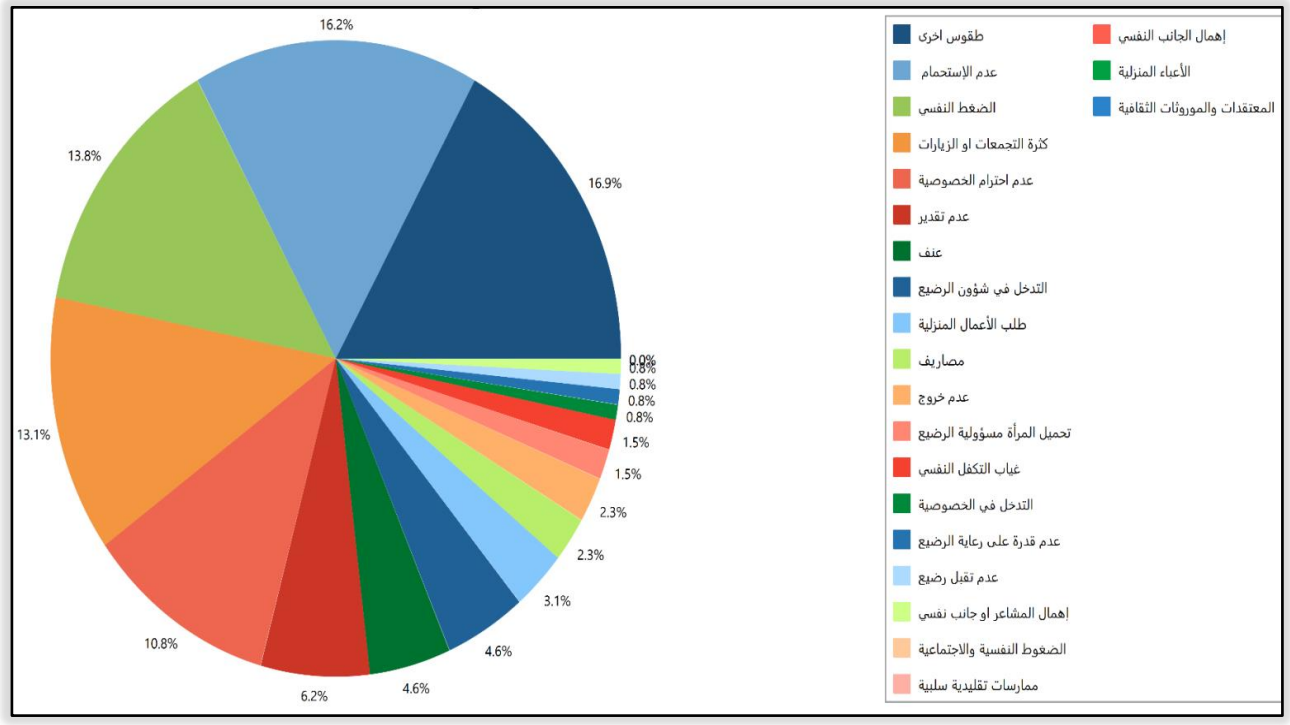
أمّا رمز "دعم الزوج" فقد كان مهم ايضا في طول المقاطع، ممّا يدل على ذاحتياج المشاركات للجانب العاطفي للزوج في التخفيف من الأعباء النفسية، وهوما يعزز ما ورد في "سحابة الكلمات" حيث تصدرت كلمة "الزوج" بحجم كبير

في المقابل برزت رموز الطقوس الثقافية وتحضير الطعام التقليدي في بداية ومنتصف السرد، ممّا يشير إلى أنّ المرأة لا تفصل تجربتها عن السياق الرمزي للنفاس، حيث تبقى الممّارسات الثقافية مثل "الزريرة" جزء من التعافي النفسي والاجتماعي.

من جهة أخرى، نلاحظ ظهور رمز "الخروج في نزهة" و"رعاية الرضيع" ، خاصة في الأقسام 15و18، ممّا قد يدل على بحث المشاركات عن ملجأ للخروج من السياق المرضي، في حين تبقى رعاية الرضيع محور التفكير لديهن.

تؤكد هذه الدينامية أنّ تجربة ما بعد الولادة كما اتضحت على المشاركات لا تقتصر على الألم والارهاق أو المعاناة النفسية بل تتضمن مراحل انتقالية في اعادة تشكيل العلاقة مع الذات (بخصوص الدور ايضا) والمجتمع.

دائرة نسبية 3: توزيع الرموزبالنسب المئوية



3. تحليل استجابة المشاركات في السؤال المفتوح حول الممّارسات السلبية في تجربتهن

جدول 35: التحليل لإستجابات النساء بعد الولادة حول الممّارسات السلبية في تجربتهن

الرموز	التكرار	النسبة
طقوس أخرى	22	16. 00%
عدم الإستحمام	21	%2 .16
الضغط النفسي	18	%8 .13
كثرة التجمعات اوالزيارات	17	%1 .13
عدم احترام الخصوصية	14	%8 .10
عدم تقدير	8	%2 .6
عنف	6	%6 .4
التدخل في شؤون الرضيع	6	%6 .4
طلب الأعمال المنزلية	4	%1 .3
مصاريف	3	%3 .2
عدم خروج	3	%3 .2
تحميل المرأة مسؤولية الرضيع	2	%5 .1
غياب التكفل النفسي	2	%5 .1
التدخل في الخصوصية	1	%8 .0
عدم قدرة على رعاية الرضيع	1	%8 .0
عدم تقبل رضيع	1	%8 .0
إهمال المشاعر أو جانب نفسي	1	%8 .0
الضغوط النفسية والاجتماعية	0	%0 .0
ممّارسات تقليدية سلبية	0	%0 .0
إهمال الجانب النفسي	0	%0 .0
الأعباء المنزلية	0	%0 .0
المعتقدات والموروثات الثقافية	0	%0 .0
المجموع	**130**	**%0 .100**

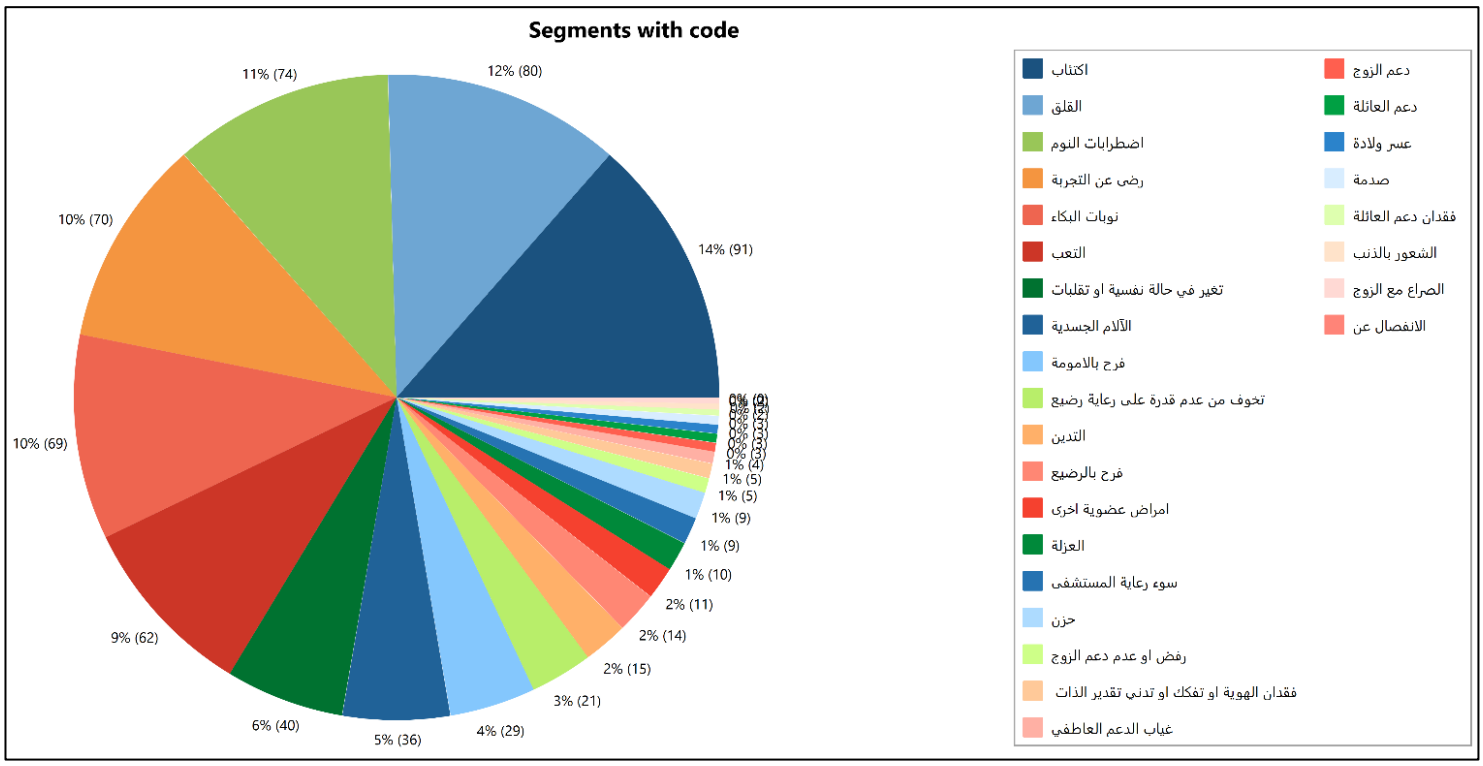
من خلال الجدول أعلاه يتضح أنّ الرموز الدالة على التجربة السبية للنساء بعد الولادة تتمثل اغلبها في حول طقوس ممّارسات ثقافية ضاغطة إذ تظهر "طقوس أخرى" بنسبة 16. 0% (التي تتمثل في كل الممّارسات الطقوسية سلوكات وبعض الاحيان تغذية الغير مبررة طبيا على الاقل) و"عدم الاستحمام" بنسبة 16. 2% حيث تكررت في الكثير من استجابات المشاركات، وهذا يدل على استمرار العادات والتقاليد السلبية احيانا التي تفرض على المرأة النفساءوعلى العائلة الصغيرة في بعض الاحيان وتمنع التصرف بحرية بحيث تشكل ضغط وهذا ما نلاحظه في تكرار الرمز "الضغط النفسي "بنسبة 13. 8% كما أنّ "كثرة التجمعات أو الزيارات"

(13. 1%) من بين اهم العوامل التي توعج النفساء في الأيام التي تلي الولادة مباشرة وهما عاملان يرتبطان بشعور المرأة بالارهاق خاصة عند عدم احترام رأيها الخاص كما يتضح في تكرار رمز "عدم احترام الخصوصية8% .10) "

من جهة أخرى نجد نفس الاشكال حول المرأة النُفساء مثل "عدم التقدير " اي عدم تقدير مشاعرها وتعبها تليها رمز "العنف"بكل انواعه الرمزية والمباشرة من كلام جارح وأحيانا ضرب ومن جهة أخرى نرى ايضا ترميز التدخل في شؤون الرضيع" من بين مصادر الضغط الإضافية خاصة من الاسرة الممتدة أو أسرة الزوج.

وفيمايلي رسم بياني لتوزيع الرموز نسبيا للتوضيح أكثر:

رسم بياني 7: بواسطة برنامج MAXQDA يمثل توزيع الرموز بالنسبة المئوية



أ. استجابة المشاركات في السؤال المفتوح حول الممّارسات السلبية في تجربتهن

حيث توزع الكلمات حسب المكان (في وسط اكبر تكرار) والحجم بمحك تكرار الكلمة في استجابات المشاركات :

رسم توضيحي 3: سحابة الكلمات "بواسطة برنامج MAXQDA يمثل توزيع وحجم تكرارات استجابات المشاركات

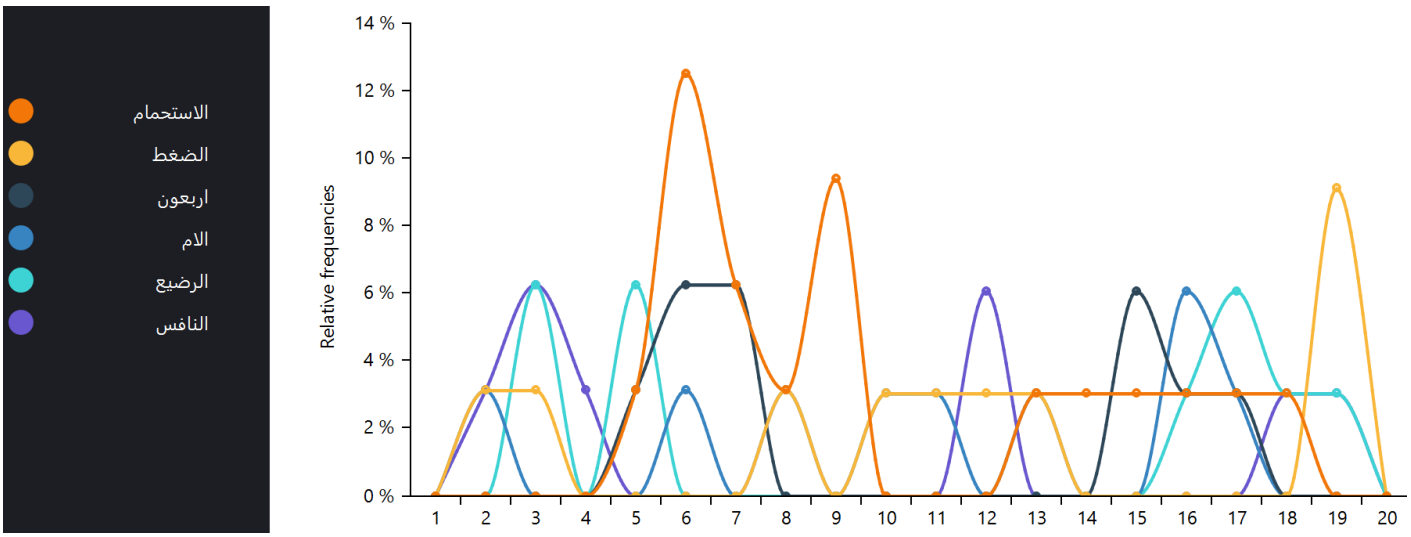
نلاحظ من خلال "سحابة الكلمات "أنّ معاناة المرأة النفساء تتمثل في بعض العادات السلبية حيث كانت أكبر كلمة متكررة هي " الاستحمام" اي عادة عدم الاستحمام لمدة اربعون يوم متتالي دون مبرر طبي، ويعكس ايضا رضوخ المراة إلى المعايير الثقافية في طقوس ما بعد الولادة،

كما نلاحظ تكرار كل مكن " الضغط، الزيارات العادات " كلها تدل على استمرار المعايير الثقافية التي تختم بعض الممّارسات على المرأة بحيث تكون هي مركز الاهتمام والضغط بالاضافة إلى الرضيع، وهذا ما لاحظناه في استجابات المشاركات الإمتعاض من هذه العادات الغير مبررة حسب نظرهم.

أ. تكرار جميع الرموز عند تقسيم الاستجابات إلى (20) جزء

استجابة المشاركات في السؤال المفتوح حول الممّارسات السلبية في تجربتهن:

رسم بياني 8: بواسطة برنامج MAXQDA يمثل توزيع وحجم تكرارات استجابات المشاركات



نلاحظ من خلال الرسم البياني أعلاه التوزيع النسبي لأهم الكلمات المرتبطة بالممّارسات السلبية في تجربة النساء بعد الولادة، بحيث يظهر بوضوح أنّ كلمة **"الاستحمام"** كانت الأكثر تكرارا، وهذا راجع لطقس أو الاعتقاد الشائع أنّ المرأة قد تمرض اذا استحمت قبل الاربعون يوم، نلاحظ من خلال استجابات المشاركات التذمر من هذه العادة خاصة انها غير مبررة طبيا،

في المقابل، تظهر كلمة **"الضغط "**بتوزيع شبه منتظم عبر أغلب أقسام سرد المشاركات ممّا يعكس أنّ الإحساس بالضغط سواء كان نفسيا بسبب توقعات الدور والخوف من عدم تلبية حاجيات الرضيع أو القدرة على رعايته أو ضغط اجتماعي بسبب العادات أو الطقوس وهو ضغط مستمر يرافق المرأة خلال كامل فترة النفاس، يتخذ اشكال متعددة تبدأ من التوقعات الأسرية ث م تنتهي عند التدخل في شؤونها الخاصة

كما نلاحظ ايضا كلمة **"الأم** "الحاضرة طول المقاطع في ما يعكس أنّ محور سرد الممّارسات السلبية كان دائما حول الام ومن جهة أخرى يعزز ذلك ظهور **"الرضيع"** في سياق القلق حول الرّعاية أو تدخل الآخرين، ممّا يضع الأم في موقع محاسبة اجتماعية أكثر من كونها مرأة نفساء في حاجة للتكفل.

4. **تحليل استجابة المشاركات في السؤال المفتوح حول التجربة سلبية ام ايجابية**

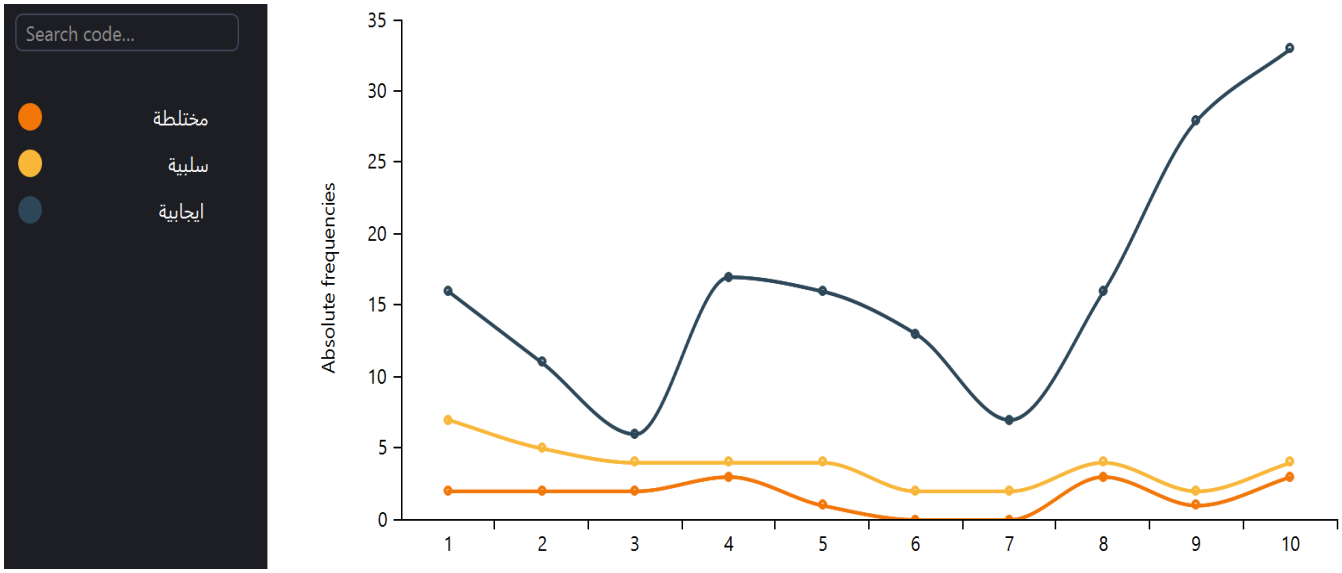
جدول 36: التحليل لإستجابات للنساء بعد الولادة حول تقييم التجربة

الرموز	التكرار	النسبة
ايجابية	163	73%
سلبية	39	17%
تجربة مختلطة	19	08%
اجمالي	**221**	**100%**

نلاحظ من خلال الجدول أنّ المشاركات عبرن بأكبر نسبة (73%) بالإجاب حول تجربتهن وهذا إلى أنّ الامومة والفرح بالرضيع اول عنصر مغير لإدراك المشاركات حول التجربة، ثم أنّ بعض المشاركات كانت ولادتهن مر عليها من ثلاث اشهر فأكثر وبهذا فأغلبهن قد تجاوز المرحلة خاصة النساء اللواتي لم تتعقد حالتهم النفسية كثيرا، فالشعور يؤول اكثر للتقبل خاصة كون عنصر التدين حاضر كثيرا في تعبيرات المشاركات.

أ. تكرار جميع الرموز عند تقسيم الاستجابات إلى (10) جزء متساوي

استجابة المشاركات في السؤال المفتوح حول توصيف التجربة ايجابية ام سلبية



رسم بياني 9: بواسطة برنامج MAXQDA يمثل توزيع وحجم تكرارات استجابات المشاركات

نلاحظ من خلال الرسم البياني (09) توزيع لتجربة النساء بعد الولادة موزعة على عشر مقاطع زمنية أو مقاطع نصية من إجاباتهن، وفقًا لثلاثة رموز تحليلية رئيسية: التجربة الإيجابية، التجربة السلبية، والتجربة المختلطة نلاحظ بوضوح أنّ المنحنى الخاص بالتجارب الإيجابية (باللون الأزرق الداكن) يسيطر طيلة المقاطع مع تذبذب ملحوظ هذا يشير إلى أنّ الخطاب العام للنساء في استجاباتهن كان يميل إلى إبراز الجوانب الإيجابية لتجربة الأمومة، خصوصًا في المراحل المتأخرة من السرد، ممّا قد يعكس حالة من التكيّف مع دور الام عند بعض المشاركات.

من جهة أخرى تظل التجارب السلبية متوسطة التكرار ومعتدل ممّا يدل على استمرارية وجود معاناة نفسية أو جسدية تم التعبير عنها، في حين التجارب المختلطة عبرت فيها المشاركات انهم يشعرون بالتناقض بعض جوانب ايجابية والاخرى سلبية لكن تبقى التجربة الايجابية هي الاغلب.

III. مناقشة النتائج

1. مناقشة التساؤل الأول

نذكر أنّ التساؤل الاول للدّراسة كان متمثل في : "ما هي العادات والمعتقدات الثقافية المحلية السائدة في قالمة، وكيف تؤثر في التكفل بالمرأة ما بعد الولادة؟"

تشير النتائج بوضوح الى استمرار الطقوس الخاصة بفترة " النفاس" على تجربة النساء بعد الولادة في الثقافة المحلية بولاية قالمة، وذلك برز في نوعية التكفل تكفل تقليدي (53. 1%) والتكفل المتعدد (40.9%) الذي يغلب عليه ايضا الطابع التقليدي المتمثل في نوع من الأطعمة والممّارسات الطقوسية[1].

يتجلى التأثير عبر الأجيال يشكل واضح في فترة مابعد الولادة، حيث يعيد تشكيل مكانة الأجداد، الذين يعدون ممارسة و صياغة طقوس الحماية (Guerraoui & Pirlot, 2011) و تؤدي هذه الممراسات الخلافات داخل الأسرة (يمكن ايضا الضغط على الأم كنوع من إختبار الولاء نحو العائلة) و هذا ما وجدناه خلال الإستجابات في الإستبيان.

في حين الممرسات الطقوسية تمثلت في : " الحنة للأم أو الرضيع، اشعال الضوء، عدم ترك النفساء بمفردها، الزيارات منذ اليوم الأول، عدم الاستحمام لمدة اربعون يوم، طقوس الجمع في الحمام لاتزال حاضرة في تجارب المرأة بعد الولادة، في حين يوجد اتفاق للمشاركات على عدم التخلي تماما عن العادات الثقافية حيث بلغ متوسط (M=3.54)في بند "العادات والتقاليد الثقافية ضرورية في رعاية المرأة نفسيا خلال فترة ما بعد الولادة"، على الرغم أنّ هذه الممرسات والطقوس شكلت ضيق وضغط نفسي على الأم. فقد بلغ تكرار الرمز المرتبط بـ"الضغط الناتج عن الطقوس الثقافية" نسبة(16.2%) في سرد المشاركات.

يتوافق هذا الطرح مع قراءة" **إلينبرغر"** في (Delille, 2016) الذي يرى ان الممّارسات الثقافية (على سبيل المثال منع الاستحمام، البقاء في البيت، الطقوس العلاجية والتغذية) ليست بالضرورة مرضية، بل لها جذور رمزية وظيفية تجيب عن مخاوف ومعتقدات سابقة حول الضعف الجسدي و النفسي للأم في هذه المرحلة .

في حين نرى أنّ التأثير يختلف حسب نوع الدعم الأسري و من الدعم الزوجي، ما يضبط درجة تأثير هذه الطقوس و العادات كما يفرق في ادراك مستوى الضغط أو تحمله .

[1] نذكر على سبيل المثال : الأطعمة المغذية للأم لإدرار الحليب أو لتقوية الجسد " الزريرة، زيت الزيتون، التمر، "

وهذا ما يتوافق مع دراسة (G. Stern & Kruckman, 1983) التي توضح أنّ غياب الدعم الاجتماعي والتنظيم الثقافي لفترة ما بعد الولادة مثل الراحة الإلزامية والمساعدة من الأقارب والاعتراف الاجتماعي بدور الأم الجديد، قد يسهم في ظهور أعراض اكتئاب ما بعد الولادة.

في نفس السياق نجد التحليل عبر الثقافات للاكتئاب بعد الولادة "لغولدبور" (Goldbort,2006) الذي يرى أنّ السياق والتفسير البيولوجي ليس كافي لتفسير إكتئاب ما بعد الولادة خاصة في المجتمعات غير الغربية على غرار تركيا، الهند والصين.

اما في ما يخص مدى التأثير في الرعاية ما بعد الولادة تظهر النتائج ان التأثير لايزال مرتبط بنوع المعتقدات الثقافية و نوع الدعم المقدم، حيث تفرض مجموعة من الطقوس على المرأة.

هذا ما يتفق مع الدراسة التي عرضناها سابقا (Cindy & Kenneth, 2007) حول استمرار الطقوس في محموعة من المجتمعات الغير غربية، و تتوافق مع دراسة (Oates et al., 2004) حول اختلاف المفاهيم حول المرض النفسي حسب كل سياق ثقافي.

من جهة اخرى يعتبر التعبير عن المعاناة و طلب المساعدة من بين تحديات التكفل النفسي بالأمهات، رغما ان المشاركات اظهرن إستعداد لطلب مساعدة الا أن المعتقدات الثقافية لاتزال فيها نوع من المقاومة بتقديم تفسيرات خرافية او تعميم بعض الأحكام الدينية" العين أو السحر".

في هذا الصدد يرى **بوسبسي** أنّ هذه الممارسات تشكّل **أنظمة دفاع اجتماعية–رمزية** تحافظ على تماسك الجسد الجماعي، ولها وظيفة " إعادة ربط" المرأة بالجماعة.

2. مناقشة التساؤل الثاني

نذكر أنّ التساؤل الثاني للدّراسة كان متمثل في :" ما هي انماط العلاقات الاسرية المؤثرة في التكفل النفسي للمرأة ما بعد الولادة؟"

في ما يخص العلاقات الأسرية شكلت عامل مركزي في تجربة النساء بعد الولادة حيث تكررت في استجابات المشاركات رموز تشير إلى البحث الرمزي عن الدعم خاصة من قبل الزوج ثم عائلة الأم ثم عائلة الزوج، ظهر ذلك في العبارة" **دورالزوج أساسي في التكفل النفسي بالمرأة بعد الولادة** " فقد سجلت متوسط مقارب (42 .4) وسيط كذلك(00 .5) مع نسبة تأييد بلغت(2% .55) هذا يبرز الحاجة إلى دعم الزوج بعد الولادة.

تتفق هذه النتائج مع دراسة (Krismono & Arif, 2025) حول العوامل الوقائية من الكآبة النفاسية تمثلت في استعداد الأم للولادة (اي التخطيط له) والدعم القوي من الزوج.

وقد أظهرت النتائج الإحصائية أنّ نسبة(54. 5%) من الأزواج لم يأخذوا إجازة لمرافقة الزوجة بعد الولادة. على مستوى الدراسات العربية تتوافق نتائجنا مع دراسة (Alshahrani et al., 2024) التي تناولت عوامل الخطر للإصابة بالإكتئاب ما بعد الولادة، من بينها ذكرت الدراسة ضعف الدعم الإجتماعي و تدني المستوى المعيشي، و في نفس السياق دراسة (Roumieh et al., 2019) التي اظهرت ندرة او انعدام دعم الزوج في الحالات التي سجلت إكتئاب ما بعد الولادة.

بناءا على ما سبق تؤكد دراساتنا على أهمية الدعم الزوجي و العائلي في التكفل و الرعاية للمرأة ما بعد الولادة، ليس فقط دعم مادي و جسدي بل دعم عاطفي و نفسي.

3. مناقشة التساؤل الثالث

نذكر أنّ التساؤل الثالث للدّراسة كان متمثل في :" ما هي التمثلات النفسية للمرأة ما بعد الولادة حول التكفل المعاش ؟"

اتضحت الإجابة عن التساؤل حول تمثلات المرأة حول التكفل المعاش من خلال التحليل الكيفي للإجابات المشاركات في الاسئلة المفتوحة حيث تبين أنّ اغلبية التصورات كانت حول الامومة، الفرح بالمولود، وانتظار الجنين من قبل الزوج والعائلة.

في حين ظهرت استجابات رمزية تمثلت في موضوع "**الاكتئاب**" المرتبة الأولى بنسبة(12. 94%)، يليه "**القلق**" بنسبة(11. 38 %)و"**اضطرابات النوم**" بنسبة(10. 53%)

إن العبارة" تتكفل أسرة الزوجة في رعايتها بعد الولادة "سجلت متوسط مرتفع (4. 06)ووسيط (4. 00)، مع نسبة موافقة عالية(45. 8%) ،

كما أنّ نسبة كبيرة من النساء (71.1%) لم تتلق رعاية نفسية متخصصة، بل اعتمدن على الرّعاية التقليدية أو العائلية، ممّا يعكس تصور سائد بأن المعاناة النفسية أمر طبيعي أو متوقع بعد الولادة

أمّا بخصوص التمثلات المرتبطة "**بذيبة النفاس**" التي يمكن أنّ نعتبرها موازية للمفهوم العلمي (**الكآبة النفاسية**) أو في بعض الاحيان قد تصل إلى إكتئاب ما بعد الولادة .

فقد ارتبطت اجابات المشاركات على البعد الثقافي والديني والخرافي في بعض الاحيان انتقال من العين ثم السحر ثم تفسيرات ميتافيزيقية ليس لها ارتباط مع الجانب الديني.

كما اظهر الانحدار اللوجستي أنّ عامل العمر يلعب دورا مهم في احتمال إصابة النساء بعد الولادة بما يسمى محليا ذيبة االنفاس (حسب التقرير الذاتي) فكلما زاد عمر المرأة زاد احتمال أنّ تمر بهذه الحالة بنسبة تقارب 91%، حيث بلغت قيمة معامل الأرجحية (AOR = 1. 905)ضمن فترة ثقة(95%) = CI

في حين تصورات المرأة حول طلب العلاج يمكن أنّ نرى انها نسبيا جيدة كون التحليل الكيفي اظهر أنّ اغلبية الكلمات المتكررة في اجابات المشاركات كانت حول طلب جلسات نفسية أو طلب تقدير لنفسية المرأة الا أنّ لا يزال الوصم الاجتماعي عائق على التصريح بالمرض خاصة وهذا يتوافق مع دراسة (Jm et al. , 2012) التي اظهرت أنّ الوصمة المرتبطة بالاكتئاب ما بعد الولادة في بعض الثقافات تمنع النساء من طلب المساعدة.

في نفس السياق (Bayle, 2020)تظهر العديد من النساء في هذه المرحلة درجة من التردد في طلب المساعدة، حيث يفسرون مشاعر الحزن و القلق بإعتبارها مجرد تعب أو صعوبات علائقية، بينما يظل الخوق من العواقب الإجتماعية كون مرحلة الأمومة في التمثلات الثقافية "جيدة بالضرورة "(**forcément heureuse**)، مما يجعل الإعتراف بالمعاناة إخلال بصورة الأم المثالية.

نجد نفس السياق في دراسات سابقة حول ضرورة تحمل المرأة للألم النفسي او البدني على سبيل المثال: نجد في أوغندا ان الحمل يعتبر مرحلة إستعداد للمعركة (*Lutalo Lwabakyala*) اي " معركة النساء، بحيث يتوقع من المرأة التحلي بالصبر دون إظهار أي خوف لكي تجلب الشرف للعائلة و الزوج، و من تطلب المساعدة تعتبر (*omugara*) اي "كسلانة" او غير متفانية.(Selin, 2009)

اما بخصوص التمثلات المرتبطة بالصدمة، أو بعض الإضطربات النفسية التي قد تحدث بعد الولادة قد تسترجع النساء اللواتي لديهن تاريخ من الصدمات (الاعتداء الجنسي) صدمتهن أثناء الولادة أو الخضوع لفحوصات الحوض المتكررة(Bayle, 2020).

الثقافة والممارسات الإثنو–مرضية في رعاية المرأة بعد الولادة

عند البحث في الأسباب الإثنومرضية في الثقافة المحلية في ممارسة الرعاية بعد الولادة، نجد ان تعميم المعاش النفسي و تاريخ كل عائلة و خصوصية دينامية كل أسرة يمنعنا من تحديد العوامل جميعها. في حين يمكننا ان نتفق و نجمع من خلال المعطيات الإحصائية الى العوامل التالية:

- لاتزال الممارسات التقليدية في التكفل (n=152) (53.1%) ، يغلب عليها الطابع الإلزامي في التقيد بالطقوس ما بعد الولادة .
- فترة النفاس فترة ظاغطة على المرأة خاصة عند منعها من الخروج في اغلب الحالات ثم المنع من الإستحمام.
- استمرار وجود بعض الأفكار الخرافية التي تؤثر في التجربة على غرار ممارسات إشعال الضوء عدم ترك مساحة للأم .
- تواجد بعض الأفكار التي تنسب للدين (مفهوم العين، السحر) و الذي يوظف خارج سياقه الشرعي و يوضع كفرضية يتم ازاحة كل القلق او الخوق تجاه تأثيرات خارج ارادة الأم و عائلتها.

أهمية دعم العائلة و الزوج في رعاية المرأة ما بعد الولادة

تلعب بنية العلاقات الأسرية دورا محوريا في مسار التعافي أو التفاقم خلال النفاس، تغييرات الهوية والأنساق النرجسية المرتبطة بالأمومة تُقاس غالبًا بمدى قدرة الزوج والعائلة على احتواء التحولات النفسية والعملية للأم.
فحسب (Kaës, 2009) يمكن للأم أن تُفعّل تكوينات نفسية قديمة بعمق راجعة الى " بنية صورة الأم القديمة "(l'imago de la mère)حيث يمتلئ جسد الأم بشكل خيالي بالأطفال (كأشياء جزئية) في صورة الأم مع الإخوة والأخوات، مما يخلق رابطًا خياليًا مع التنافس البدائي بين الأشقاء، والاندماج، والعنف أو الصراع .
أما من منظور ديناميكيات الأسرة، تظهر آليات مثل التثليث (Triangulation) حيث هناك ديناميكيات تثليث معقدة داخل بنية الأسرة نفسها (الوالدان، الأبناء، الإخوة). على سبيل المثال، قد تظهر أعراض نفسية في مراحل لاحقة من الحياة عندما يجد الشخص صعوبة في إيجاد مكانه بين الوالدين. قد تظهر صراعات عائلية غير محلولة خلال مراحل انتقالية، مثل الأمومة، حيث تحاول المريضة إثبات مكانتها في بنية أسرية مختلة أو إثباتها. (Rengade & Marie-Cardine, 2014)
كما سبق و ان طرحنا يشكل دعم الزوج في السياق المحلي عامل هام في استقرار الأم نفسيا ، خاصة و اننا سجلنا عدد من الإستجابات التي تهتم برضى الزوج عن الجنين بخصوص الجنس او إزدياد مولود بحد ذاته،

كما يوجد اتفاق على الدور الأساسي للزوج بعد الولادة حيث بلغ (المتوسط=4.42، الوسيط=5، الانحراف المعياري=0.77) والمسؤولية الأساسية للعائلة (المتوسط=3.64، الوسيط=4، الانحراف المعياري=0.99)، كما سجلنا تحسن في علاقة الزوجين بعد الولادة (المتوسط=3.70، الوسيط=4، الانحراف المعياري=1.06)،

و على الرغم من ذلك لايزال الدعم الزوجي ناقص حسب الثقافة المحلية حيث بلغ طلب لمشاركات في دعم العائلة (8.6%) و دعم الزوج (3.9%).

يكشف كل ما سبق رغبة المرأة في الحصول على الدعم الإجتماعي و العاطفي، من جهة اخرى يمكن جمع مستويات الدعم في النقاط التالية:

- نقل تجربة الرعاية من قبل الأسرة، في طريقة رعاية و التقرب من الرضيع او ارضاعه و تقديم الموضوع له،كما اطلق عليها فينيكوت (Holding and Handling) ، بحيث تتناقل الأسرة عبر الثقافة مفهوم الأم الجيدة بممراسة الطقوس المتفق عليها .
- مساندة أسرية بخصوص صحة الأم الجسدية و الإهتمام بها، كما يوجد اجماع حول دعم الأم في الحاجيات الأولية سواءا تغيير الملابس او حاجيات يومية اخرى.
- مساندة الزوج تقتصر في اغلب الحالات على الدعم المادي و توفير الأولويات، مع تسجيل نقص هام في الحوار و التعبير عن العاطفة بين الزوجين (يظهر ذلك من خلال استجابات المفحوصات)
- وجود تناقض داخل النسق الثقافي الواحد سواءا في القناعات الشخصية او تبيان بين ممارسات العائلات و هذا ما يشكل ضغط على المرأة بعد الولادة.

تصورات الأمهات حول احتياجاتهن ومدى رضاهن عن التكفل ما بعد الولادة

عند فحص تصورات الأمهات لحاجاتهن ومستوى رضاهن عن رعاية ما بعد الولادة. تشمل الأدلة 28.3 % (n=82)تقريرا ذاتيا بـ"ذيبة النفاس"، مع استجابات في التحليل الكيفي بعد الولادة تشير إلى رمز اكتئاب (12.94%)، ثم رمز قلق (11.38%)، ثم رمز اضطرابات نوم (10.53%)، رضا (9.96%)، نوبات بكاء (9.82%)، تعب (8.82%)، تغيرات مزاجية (5.69%).

اما في ما يخص اقترحاتهم لتحسين التجربة كانت الأولوية لجلسات نفسية (20.4%)، الاعتراف بالصحة النفسية (17.8%)، احترام الخصوصية (12.5%)، والدعم النفسي (2.0%). الاعتراف المجتمعي بالصحة النفسية الأمومية معتدل (المتوسط=3.14، الوسيط=3، الانحراف المعياري=1.17)، لكنه أعلى في الممارسات (المتوسط=3.73، الوسيط=4، الانحراف المعياري=1.09).

تكشف هذه عن تصورات لحاجات نفسية غير ملباة، مع مشكلات نفسية تشكل أكثر من 24% من الاستجابات، مقابل رضا متواضع (9.96%). رغما ان (73 %) المستجيبات صرحن ان التجربة ايجابية لكن نعزو ذلك لوضعية الأمومة و استقبال الرضيع الذي قد يغير بعض الأحكام.

تشمل ايضا اتجاهات الأمهات الى الربط بين الضيق و طلب الدعم، على الرغم من عدم وجود روابط سببية، ربما مرتبطة بفجوات الرعاية.

يمكن القول أن تصورات المرأة ورضاهن عن الرعاية بعد الولادية تتشكل نتيجة مركبة لمجموعة من العوامل شخصية، عائلية، ثقافية.

يمكن إعتبار إنتساب المرأة هنا ضمن محور الإنتساب النرجسي (filiation)، كما يراها (2001) Bydlowski في (Rengade & Marie-Cardine, 2014) أحد أهم محاور تحليل الانتقال إلى الأمومة، والذي يشمل البعد الهوامي، بما في ذلك هوامات الخلود والتكاثر .حيث ترتبط حالة الاكتئاب بعد الحمل ارتباطًا مباشرًا بهذا المحور النرجسي.حيث تُسقط المرأة نسختها النرجسية على الطفل، و هذا يعتبر إستثمار مكثف في السلالة .

إذ يحفز الإنتقال نحو الأمومة الاستثمارات النرجسية المتعلقة بالنسب والانتماء (fantasmes d'immortalité)، وترتبط هذه الاستثمارات بالخلود الرمزي والبيولوجي.

الثقافة حامل للمعنى

تظهر نتائج الدراسة، أن الثقافة لايمكن إختزالها في مجموعة من الطقوس او العادات الدورية، تمارس أثناء فترة النفاس، بل هي اعمق من ذلك فهي جملة التمثلات العميقة التي يشتركفيها أفراد المجتمع،و تشكل إطارا للتأويل التجارب المرتبطة بالولادة و الأمومة.

فالطريقة التي تقدم بها الرعاية " طعام، منع إستحمام، الزيارات المكثفة" لاتفهم فقط بإعتبارها ممارسات جماعية وإجتماعية، بل كتجسيد لخبرات وتراكمات حول الخوف من الهشاشة الجسدية والنفسية أحيانا، و الرغبة في حماية الأم و الرضيع.

تتوافق هذه النتائج مع ما أكده "**ديفرو**" في تحليله للطقوس العلاجية، إذ يرى أن الثقافة توفر " بنى منظمة للسلوك" تعيد ترتيب علاقة الفرد بجسده و بالأخرين.(Alessandra, 2018).

الثقافة: عنصر دعم، او ضغط؟

لعل في نهاية دراستنا " الإستكشافية " يمكننا القول ان تأثير الثقافة على تجربة الولادة ليس أحادي الإتجاه، بل يتراوح بين الوظيفة الخاضفة للضغط، الحامية، و الضغط البنيوي الذي قد يفاقم العبء النفسي،فمن جهة أظهرت النتائج أن بعض المكونات الثقافية او الطقوس، مثل مساعدة افراد الأسرة الممتدة و الزيارات العائلية ،تقوم بوظيفة داعمة نفسيا و عمليا في حاجيات الرعاية، و تحج من المخاوف حول كيفية التكفل بالرضيع، و تنظم تجربة الأمومة خاصة التجربة الأولى.

هذا ما كشفت عنه الدراسات حول دور الطقوس في تحقيق نوع من الأمان النفسي و نوع من الإستمرار في النسق العائلي.(براهم, 2018)

غير أن الدراسة أبرزت في المقابل الدور الضاغط للثقافة، حيث عبرت العديد من النساء عن الشعور بالإمتعاض من الممارسات الإلزامية، و القيود الإجتماعية المفروضة على النفساء، و يعكس هذا التبيان ما يسمى

في الإثنولوجيا بإزدواجية الطقس، أي كونه مصدر أمان و رمزية، لكنه قد يتحول الى عبء يؤثر عللا الرفاه النفسي.

كما تسمح لنا النتائج بفهم المظاهر المرتبطة بـ"ذيبة النفاس" ضمن إطار الإعتلال (illness) و ليس المرض (disease) و الفرق بينهم كما جاء به (Kleinman,1980) يكمن أن الإعتلال النفسي هوم مجموع الإدراكات و التفسيرات و الإستشجابة الشعورية التي تمنح معنى للمعاناة.أي تمثل المرأة حول ما تمر به و تمثلات الأسرة و المجتمع يشكل البنية الدلالية الأولية التي تنظم أدراك المرأة لمعاناةها بغض النظر عن التشخيص الطبي.

وهذا الفهم يجعلنا نفرق بين التداخل الحاصل بين الأعراض النفسية من جهة، والمدركات والرموز الثقافية من جهة أخرى بحيث تعطيها قالب معين وتصور للعلاج.

IV. إضافة البحث بالنسبة للدراسات السابقة والتطلعات المستقبلية

نعتقد أنّ دراستنا الحالية يمكن أنّ تكون بداية لدراسات أخرى في السياق الثقافي والاثني للمجتمع الجزائري، أهم إضافة يمكن ان نعتبرها هي إستكشاف مدى تأثير الثقافة في التكفل بالمرأة بعد الولادة حسب البيئة المحلية.

كما أن الثقافة ليست ظرفا خارجيًا مُميزًا للمرض، بل هي نظام دلالي يُؤطر الإدراك والتعبير وطلب المساعدة، أمّا بخصوص التطلعات المستقبلية، نتطلع سواءا نحن كباحثين أو دراسات أخرى مستقبلية، إلى التعمق اكثر في فهم طبيعة الثقافة المحلية الجزائرية و التحقق احصائيا سواءا في التشخيص أو العلاج القائم على ادلة علمية (EBT)[1] للوصول إلى نتائج مكيفة على البيئة الثقافية.

كما نرى الحاجة الملحة على مستوى الممارسة لدمج التدخلات النفسية مع الأسرة وبكفاءة ثقافية، لتطوير استراتيجيات فحص مُبكر مُلائمة ثقافيًا في بيئات الرعاية الصحية الأولية.

[1] Evidence-based therapy (EBT)

خاتمة

في الأخير نرى أن الثقافة الجزائرية بأبعادها النسقية، الرمزية و الإجتماعية، تمر بمرحلة تحول عميق يمكن ان نسميها "أزمة دينامية " و هو تحول لا يستطيع الفرد بكونه ذات فردية إستعابها، ناجمة عن إكراهات خارجية، نقصد هنا عملية انتقال الثقافة عبر الأجيال و عبر الثقافات، نرى أن ثقافتنا المحلية تمر بمرحلة يمكن أن نطلق عليها تفكك الأنا الجماعي(Moi Communautaire)، كونها لاتملك الأدوات على التكيف او التأثير في الفرد كالسابق.

إذ لم تعد بعض المرجعيات التقليدية تملك التأثير التنظيمي فمفهوم الإفتخار بالنسب او الولد الذكر (filiation paternelle)، لا نرى له أثر كبير في حاليا، كل هذا قد يدفع بالفرد الى التعويض النفسي المرضي، بسبب التناقض في داخل النسق ذاته، أو بسبب غياب مرجعية ملائمة.

يُظهر تحليل المعاناة النفسية من منظور ثقافي أن الثقافة بإختلاف نوعها و شدتها، تعمل كعامل مانع و واقي من الأمراض النفسية او كعامل مضخم و مؤدي لهده المعاناة، لا نتستطيع من خلال هذه الدراسة الاستكشافية الجزم بهذا او ذلك"اي عامل مسبب او وقائي"، لكن الذي خلصنا له ان المجتمع المحلي موضوع الدراسة، يعتمد في الأحكام على الخلفية الثقافية.

بناءا على ما سبق يجب ان نرى المعانات النفسية للمرأة مستقبلا ضمن سياق اوسع من ناحية العوامل المؤثرة كما يراها "**فانون**" عند البحث في أوضاع المرضى في مجتمعات مهمَّشة، ينبغي ان تكون المقاربة السريرية ضمن نطاق التحليل للأوضاع السياسية، أي الإعتراف بصلة الإغتراب النفسي المرضي مع العنف البنيوي الذي تفرضه الأنظمة الإستعمارية او النيو-إستعمارية، ويجب حسبه ان توجه الممارسات نحو إزالة الإتراب و تعزيز الرفاهية الإجتماعية.

وهنا يكون الهدف أوسع من علاج المعاناة فرديا، إذ يتطلب مواجهة العوامل التاريخية، الإجتماعية المسببة للمعاناة، مثل العنصرية والإضطهاد بأشكاله.

توصيات

من منظور تطبيقي يمكن ان نخلص الى التوصيات التالية:

- فهم إضطربات المرأة النفسية لايكون الا في سياق ثقافي، سياسي، إجتماعي.
- الإعتماد في دراسات اخرى على مجموعة اكبر من المقاييس النفسية.
- ضرورة االإعتماد على آلية في الفحص المبكر للإضطربات النفسية بعد الولادة و تكييف إختبارات ملائمة ثقافيا على غرار (EPDS)
- تطوير تدخلات نفسية مختصرة وملائمة ثقافيا يدمج فيها الزوج او الأسرة.
- تكوين الممارسين النفسانيين حول الكفاءة الثقافية.
- التحسيس حول الإضطربات النفسية للتقليل من الوصم الإجتماعي.

قائمة المراجع

إدغار, م. (2012). *المنهج الأفكار، مقامها، حياتها، عاداتها وتنظيمها: الجزء الرابع*، مجلد ج. (ترجمة شحيد، المنظمة العربية للترجمة).

اسحيري, ز. (2021). اكتئاب ما بعد الولادة وعلاقتع بالتوافق الزواجي. *مجلة تطوير العلوم الإجتماعية*, *14* (1), 64–75.

براهم, ع. (2018). معتقدات وطقوس الولادة في العائلة التقليدية الجزائرية-مقاربة انثربولوجية. *مجلة العلوم الإجتماعية والإنسانية*.

بلبكاي, ج، فراحتته, د. .(2023a) إكتئاب ما بعد الولادة: العوامل، الأعراض، والعلاج. *مجلة قبس للدراسات النفسية والإجتماعية*, *05*(17), 141–151.

بلبكاي, ج، فراحتته, د. .(2023b) إكتئاب ما بعد الولادة: العوامل، الأعراض، والعلاج. *مجلة قبس للدّراسات النفسية والإجتماعية*, *05* Article 17, (17).

بن مبارك, ز، مقلاتي, س. (2020). *اسهامات الأستاذ بن سماعيل في الطب النفسي الثقافي في الجزائر*. *15*.

بَهتان،ع. (2019). المقابلة العيادية. دروس مقدمة لطلبة ماستر علم النفس المدرسي. [غير منشور]: جامعة قالمة

بَهتان،ع. (2021). مدخل إلى علم النفس المرضي. دروس مقدّمة لطلبة الليسانس علم النفس [-dspace.univ guelma.dz/jspui/bitstream/123456789/12488/1/دروس_مدخل_علم_النفس_المرضي.pdf]: جامعة قالمة

بوحفص, ط. , & جهيدة, ا. (2023). الصّحة النفسية وتفسير الاضطراب النفسي من منظور اجتماعي ثقافي جزائري. *تطوير*, *10* (01).

بوزار, ي، جعلاب, م. ا. .(2018a) نوعية الحياة واكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات العازبات. *مجلة العلوم النفسية والتربوية*, *7*(1), 97–111.

بوزار, ي، جعلاب, م. ا. .(2018b) نوعية الحياة واكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات العازبات. *مجلة العلوم النفسية والتربوية*, *7* Article 1, (1).

حمر العين, ن. ا. .(2021a) إكتئاب ما بعد الولادة الأسباب والعلاج—دراسة حالة لأم حذيثة الولادة -. *مجلة الأثر للدراسات النفسية والتربوية، جامعة الجيلالي بونعامة خميس مليانة*, *03*.

حمر العين, ن. ا. .(2021b) إكتئاب ما بعد الولادة الأسباب والعلاج—دراسة حالة لأم حذيثة الولادة -. *مجلة الأثر للدراسات النفسية والتربوية، جامعة الجيلالي بونعامة خميس مليانة*, *03*.

دبوشة, ع. (2020). الطب البديل(العلاج التقليدي) واتجهاته الدينية والأنثربولوجية. دراسة تاريخية وصفية. *مجلة أنثربولوجية الأديان*, *16* (02).

دوس, ف، بعيط, ف. (2024). التباين الجغرافي للصّحة الإنجابية في الجزائر تحليل معمق لمعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات.(MICS6-2019) *المجلة الجزائرية للأمن الإنساني*, *09*(01), 292–318.

سحيري, ز. (2011). إكتئاب ما بعد الولادة لدى الأم—أعراضه ونتائجه -. *دراسات نفسية*, *02*(6), 93–118.

فطاس, ا، بن احمد, ق. (2018). وظيفة المعتقد في التوجه العلاجي للمصاب باضطراب نفسي. *مجلة انثربولوجيا*, *04*(07).

قوفي, ل، بن موفق, ف. .(2021a) تأثير اكتئاب ما بعد الولادة على طبيعة التفاعل أم-طفل. *مجلة دراسات في سيكولوجية الإنحراف*, *06*(02), 617–634.

قوفي, ل، بن موفق, ل. .(2021b) تأثير اكتئاب ما بعد الولادة على طبيعة التفاعل أم-طفل. *مجلة دراسات في سيكولوجية الإنحراف*, *06*(02), 617–634.

محمود السيد, س. ع. (2021). *معجم مصطلحات العلوم التربوية والنفسية*. http://archive. org/details/DAM2021ENAR

مقلاتي, سامي، بشقهعزالدين. (2020). المكوّن الثقافي وعلاقته بتكوين الأمراض النفسية-الاجتماعية. *مجلة العلوم الانسانية, 31*(2).

وزارة الداخلية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. (2024)

https://interieur.gov.dz/Monographie/ar/article_detail.php?lien=291&wilaya=24

Abbal, T., Larguèche, M., Reyre, A., Bouaziz, N., Spatt, A., Taïeb, O., Moro, M. R., & Baubet, T. (2014). La consultation ethnosystémique d'Avicenne: Une co-construction thérapeutique et un diwan en devenir. *L'Autre*, *Volume 14*(3), 357–364. https://doi.org/10.3917/lautr.042.0357

Ahmed, G. K., Elbeh, K., Shams, R. M., Malek, M. A. A., & Ibrahim, A. K. (2021). Prevalence and predictors of postpartum depression in Upper Egypt: A multicenter primary health care study. *Journal of Affective Disorders*, *290*, 211–218. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.046

Alessandra, cerea. (2018). Culture and Psychism: The Ethnopsychoanalysis of Georges Devereux. *History of Psychiatry*, *29*.

Alharbi, A. A., Alodhayani, A. A., Aldegether, M. S., Batais, M. A., Almigbal, T. H., & Alyousefi, N. A. (2018). Attitudes and barriers toward the presence of husbands with their wives in the delivery room during childbirth in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *7*(6), 1467–1475. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_170_18

Aljoudi, M. N., Ejheisheh, M. A., Aqtam, I., Ayed, A., & Batran, A. (2025). Prevalence of depression and associated factors among critically ill pregnant women in Palestine. *BMC Psychology*, *13*(1), 370. https://doi.org/10.1186/s40359-025-02698-w

Alshahrani, M., Alqarni, N. O. T., Aldughar, S. S., Asiri, S. T., & Alharbi, R. I. (2024). The Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression among Mothers in Najran City, Saudi Arabia. *Healthcare*, *12*(10), 986. https://doi.org/10.3390/healthcare12100986

Antoniou, E., Stamoulou, P., Tzanoulinou, M.-D., & Orovou, E. (2021). Perinatal Mental Health; The Role and the Effect of the Partner: A Systematic Review. *Healthcare*, *9*(11), Article 11. https://doi.org/10.3390/healthcare9111572

APA Dictionary of Psychology. (2024). https://dictionary.apa.org/

Ayoub, K., Shaheen, A., & Hajat, S. (2020). Postpartum Depression in The Arab Region: A Systematic Literature Review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health : CP & EMH*, *16*(Suppl-1), 142–155. https://doi.org/10.2174/1745017902016010142

Bakhteh, A., Salari, N., Jaberghaderi, N., & Khosrorad, T. (2023). Investigating the Relationship between Self-Compassion and Body Image with Postpartum Depression in Women Referring to Health Centres in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *28*(4), 411–416. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_269_21

Battle, C. L., Londono Tobon, A., Howard, M., & Miller, I. W. (2021). Father's Perspectives on Family Relationships and Mental Health Treatment Participation in the Context of Maternal Postpartum Depression. *Frontiers in Psychology*, *12*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.705655

Bayle, B. (2020). *Psychiatrie et psychopathologie périnatales*. Dunod, Dunod.

Beck, P., Matusiewicz, D., Schouler-Ocak, M., Khan, Z., Peppler, L., & Schenk, L. (2024). Evaluation of cross-cultural competence among German health care professionals: A quasi-experimental study of training in two hospitals. *Heliyon*, *10*(6), e27331. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e27331

Braun, V., & and Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, *11*(4), 589–597. https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806

Burns, J. K., & Tomita, A. (2015). Traditional and religious healers in the pathway to care for people with mental disorders in Africa: A systematic review and meta-analysis. *Social*

Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, *50*(6), 867–877. https://doi.org/10.1007/s00127-014-0989-7

Bydlowski, M., & Golse, B. (2001). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le Carnet PSY*, *63*(3), 30–33. https://doi.org/10.3917/lcp.063.0030

Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, *13*(3), 181–184. https://doi.org/10.1177/10459602013003003

Cerea, A. (2018). Culture and psychism: The ethnopsychoanalysis of Georges Devereux. *History of Psychiatry*, *29*(3), Article 3. https://doi.org/10.1177/0957154X18782750

Cindy, L. D., & Kenneth, F. (2007). *"Traditional postpartum practices and rituals: A qualitative systematic review" (2007), by Cindy-Lee Dennis, Kenneth Fung, Sophie Grigoriadis, Gail Erlick Robinson, Sarah Romans and Lori Ross | Embryo Project Encyclopedia*. https://embryo.asu.edu/pages/traditional-postpartum-practices-and-rituals-qualitative-systematic-review-2007-cindy-lee#:~:text=Ross%20examined%20fifty,deliver%20culturally%20competent%20perinatal%20care

Colman, A. M. (2015). *A Dictionary of Psychology*. https://doi.org/10.1093/acref/9780199657681.001.0001

CORRIGAN, P. W., & WATSON, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, *1*(1), 16–20.

Cox, E. (Ed.). (2021). *Women's Mood Disorders: A Clinician's Guide to Perinatal Psychiatry*. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-71497-0

Dardas, L. A., & Simmons, L. A. (2015). The stigma of mental illness in Arab families: A concept analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *22*(9), 668–679. https://doi.org/10.1111/jpm.12237

Davis, A. J. (1996). Book Reviews: Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A 1995: World mental health: problems and priorities in low-income countries. New York: Oxford University Press. 382 pp. £35.00 (HB). ISBN 0 19 509540 5. *Nursing Ethics*, *3*(4), 368–368. https://doi.org/10.1177/096973309600300415

De Meyer, T. (2014). Tobie Nathan, La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique. *Lectures*. https://doi.org/10.4000/lectures.13785

Delille, E. (2016). On the history of cultural psychiatry: Georges Devereux, Henri Ellenberger, and the psychological treatment of Native Americans in the 1950s. *Transcultural Psychiatry*, *53*(3), Article 3. https://doi.org/10.1177/1363461516649832

Devereux, G. (1965). La Psychanalyse et l'Histoire: Une application a l'histoire de Sparte. *Annales. Histoire, Sciences Sociales, 20e Année*, *1*, Article 1.

Dinesh, B., & Kamaldeep, B. (2007). *Textbook of Cultural Psychiatry* (Cambridge University Press). Cambridge University Press.

Ennahar TV (Director). (2019, April 15). *جزائريون: المرأة النفساء.. بين رابطة الأمومة وتقاليد الأجداد* [Video recording]. https://www.youtube.com/watch?v=v5s4-HWHU-E

Fermi, P. (2008). Géza Róheim ou la psychanalyse en voyage: *L'Autre*, *Volume 9*(1), 57–66. https://doi.org/10.3917/lautr.025.0057

Fernando, S. (2010). *Mental Health, Race and Culture: Third Edition* (3rd ed.). Bloomsbury Academic. https://www.perlego.com/book/2996900/mental-health-race-and-culture-third-edition-pdf

Fetal Development: Week-by-Week Stages of Pregnancy. (2024). Cleveland Clinic. https://my.clevelandclinic.org/health/articles/7247-fetal-development-stages-of-growth

Goldbort, J. (2006). Transcultural analysis of postpartum depression. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, *31*(2), 121–126. https://doi.org/10.1097/00005721-200603000-00012

Guerraoui, Z., & Pirlot, G. (2011). *Comprendre et traiter les situations interculturelles: Approches psychodynamiques et psychanalytiques*. De Boeck.

Gureje, O., Lewis-Fernandez, R., Hall, B. J., & Reed, G. M. (2020). Cultural considerations in the classification of mental disorders: Why and how in ICD-11. *BMC Medicine*, *18*(1), 25. https://doi.org/10.1186/s12916-020-1493-4

Gureje, O., & Simon. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, *154*(7), 989–995. https://doi.org/10.1176/ajp.154.7.989

Hadj Benallou, nourrdine. (2018). Anthropologie des thérapies traditionnelles en Algérie: Pratiques, représentations et discours des acteurs dans le champ thérapeutique. *Anthropologie Des Religions*, *22*.

Hendrick, V. C. (Ed.). (2006). *Psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum: Principles and treatment*. Humana Press.

Hofstede, G. (2001). Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions, and Organizations Across Nations. *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions, and Organizations Across Nations*. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00184-5

Houzel, D. (1999). Les parentalités contemporaines: Entre transmission et exclusion. In dg M. Berger (Ed.), *Les enjeux de la parentalité*. Éditions Eres.

Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: A review of progress and challenges. *World Psychiatry*, *19*(3), 313–327. https://doi.org/10.1002/wps.20769

Iwuagwu, A. O. (2023). "Ọmụgwọ" As Unpaid Labor? The Perceptions of Postpartum Caregiving Among Older Grandmothers in Southeast Nigeria. *Innovation in Aging*, *8*(4), igad069. https://doi.org/10.1093/geroni/igad069

Jahan, N., & Islam, M. S. (2024). Cultural Practices of Mothers and Babies during the Postnatal Period: A Qualitative Study in Rural Bangladesh. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *21*(10), Article 10. https://doi.org/10.3390/ijerph21101344

Jilek, W. (1981). Book Review: Basic Problems of Ethnopsychiatry. *The Canadian Journal of Psychiatry*. https://doi.org/10.1177/070674378102600521

Jm, O., Tt, D., D, E., & Sr, B. (2012). Using critical ethnography to explore issues among immigrant and refugee women seeking help for postpartum depression. *Issues in Mental Health Nursing*, *33*(11). https://doi.org/10.3109/01612840.2012.701707

Kagitibasi, C. (2014). *Family and Human Development Across Cultures: A View From the Other Side*. Psychology Press. https://doi.org/10.4324/9781315805993

Keel, P. K., & Klump, K. L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin*, *129*(5), 747–769. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.747

Khamidullina, Z., Marat, A., Muratbekova, S., Mustapayeva, N. M., Chingayeva, G. N., Shepetov, A. M., Ibatova, S. S., Terzic, M., & Aimagambetova, G. (2025). Postpartum Depression Epidemiology, Risk Factors, Diagnosis, and Management: An Appraisal of the Current Knowledge and Future Perspectives. *Journal of Clinical Medicine*, *14*(7), 2418. https://doi.org/10.3390/jcm14072418

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.

Krismono, N. S., & Arif, S. (2025). Risk factors for baby blues in postpartum mothers in 2023-2024: A literature review. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, *25*(1), 2346–2350. https://doi.org/10.30574/wjarr.2025.25.1.0271

Kaës, R. (2009). *Le complexe fraternel*. Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.kaes.2009.01

Laurence, J., & Robert, L. (2015). *Re-Visioning Psychiatry*.

Leung, E. (2019). Feminine Psychology. In V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 1–5). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_663-1

Lips, H. M. (2017). *A new psychology of women: Gender, culture, and ethnicity* (Fourth edition). Waveland Press Inc.

Marshall, M. N. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*, *13*(6), 522–526. https://doi.org/10.1093/fampra/13.6.522

Maternal mental health. (2024). https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health

Matsumoto, D. R., & Juang, L. P. (2013). *Culture and psychology* (5th ed). Wadsworth Cengage Learning.

Mayes, L. (2020). The Imagined Infant: An Introduction to the Section. *The Psychoanalytic Study of the Child*, *73*(1), 216–219. https://doi.org/10.1080/00797308.2020.1690904

Mfoafo-M'Carthy, M., & Sossou, M.-A. (2017). Stigma, Discrimination, and Social Exclusion of the Mentally Ill: The Case of Ghana. *Journal of Human Rights and Social Work*, *2*(4), 128–133. https://doi.org/10.1007/s41134-017-0043-2

Miller, R. (2014). Introducing Vygotsky's cultural-historical psychology. In *The Cambridge handbook of cultural-historical psychology* (pp. 9–46). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9781139028097.003

Moro, M. R. (2008). Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie: L'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles. *Santé mentale au Québec*, *17*(2), Article 2. https://doi.org/10.7202/502071ar

Moro, M. R. (2015). La nécessité transculturelle aujourd'hui pour une société « bonne » pour tous: *Le Carnet PSY*, *N° 188*(3), 18–21. https://doi.org/10.3917/lcp.188.0018

MURTHY, R. S., & LAKSHMINARAYANA, R. (2006). Mental health consequences of war: A brief review of research findings. *World Psychiatry*, *5*(1), 25–30.

Nathan, T. (2001). *Nous ne sommes pas seuls au monde Les enjeux de l'ethnopsychiatrie* (es Empêcheurs de penser en rond).

Oates, M. R., Cox, J. L., Neema, S., Asten, P., Glangeaud-Freudenthal, N., Figueiredo, B., Gorman, L. L., Hacking, S., Hirst, E., Kammerer, M. H., Klier, C. M., Seneviratne, G., Smith, M., Sutter-Dallay, A.-L., Valoriani, V., Wickberg, B., Yoshida, K., & TCS–PND Group. (2004). Postnatal depression across countries and cultures: A qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, *184*(S46), s10–s16. https://doi.org/10.1192/bjp.184.46.s10

O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, *9*, 379–407. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612

Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, *81*(8), 609–615.

Percudani, M., Bramante, A., Brenna, V., & Pariante, C. (Eds.). (2022). *Key Topics in Perinatal Mental Health*. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-91832-3

Pinto, M. B. de, & LAMOUR, M. (2021). *Souffrances autour du berceau: Des émotions au soin : repères pour l'intervention*. Eres.

Podolskiy, A. (2012). Cultural-Historical Theory of Development. In N. M. Seel (Ed.), *Encyclopedia of the Sciences of Learning* (pp. 879–881). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1428-6_311

Power, C., Williams, C., & Brown, A. (2023). Does a mother's childbirth experience influence her perceptions of her baby's behaviour? A qualitative interview study. *PLOS ONE*, *18*(4), e0284183. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0284183

Purnell, L. D., & Paulanka, B. J. (2008). *Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach*.

Rassool, G. H. (2023). *Islamic Psychology: The Basics* (1st ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003312956

Raul Artal. (2022). *Physical Changes During Pregnancy—Women's Health Issues*. MSD Manual Consumer Version. https://www.msdmanuals.com/en-gb/home/women-s-health-issues/normal-pregnancy/physical-changes-during-pregnancy

Raven, J. H., Chen, Q., Tolhurst, R. J., & Garner, P. (2007). Traditional beliefs and practices in the postpartum period in Fujian Province, China: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *7*, 8. https://doi.org/10.1186/1471-2393-7-8

Rennó, J., Valadares, G., Cantilino, A., Mendes-Ribeiro, J., Rocha, R., & Geraldo Da Silva, A. (Eds.). (2020a). *Women's Mental Health: A Clinical and Evidence-Based Guide*. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-29081-8

Rennó, J., Valadares, G., Cantilino, A., Mendes-Ribeiro, J., Rocha, R., & Geraldo Da Silva, A. (Eds.). (2020b). *Women's Mental Health: A Clinical and Evidence-Based Guide*. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-29081-8

Riazuelo, H. (2017). *35 grandes notions de Périnatalité. Approche clinique et psychopathologique*. Dunod; Cairn.info. https://www.cairn.info/35-grandes-notions-de-perinatalite--9782100753987.htm

Roumieh, M., Bashour, H., Kharouf, M., & Chaikha, S. (2019). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women seen at Primary Health Care Centres in Damascus. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *19*(1), Article 1. https://doi.org/10.1186/s12884-019-2685-9

Rengade, C.-É., & Marie-Cardine, M. (2014). *La psychothérapie: Approches comparées par la pratique*. Elsevier Masson.

Sáenz-Herrero, M. (Ed.). (2019a). *Psychopathology in Women: Incorporating Gender Perspective into Descriptive Psychopathology*. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15179-9

Sáenz-Herrero, M. (Ed.). (2019b). *Psychopathology in Women: Incorporating Gender Perspective into Descriptive Psychopathology*. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15179-9

Salzman, M. B. (2018a). *A Psychology of Culture*. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69420-7

Salzman, M. B. (2018b). *A Psychology of Culture*. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69420-7

Sehairi, Z. (2020). Validation Of The Arabic Version Of The Edinburgh Postnatal Depression Scale And Prevalence Of Postnatal Depression On An Algerian Sample. *مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية*, 341. https://doi.org/10.35156/1869-012-001-056

Selin, H. (Ed.). (2009). *Childbirth Across Cultures: Ideas and Practices of Pregnancy, Childbirth and the Postpartum* (Vol. 5). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2599-9

Sergio A, S. (2015). *An Introduction to The Psychology of Women* [A lecture]. https://www.researchgate.net/profile/Sergio-Silverio-2/publication/316915769_An_Introduction_to_the_Psychology_of_Women/links/59182afaaca27200fe527ec7/An-Introduction-to-the-Psychology-of-Women.pdf

Smith, C., Pitter, C., & Udoudo, D. A. (2024). Fathers' Experiences during Delivery of Their Newborns: A Content Analysis. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, *12*(1), 23–31. https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2023.100009.2337

Stebbins, R. (2001). *Exploratory Research in the Social Sciences*. SAGE Publications, Inc. https://doi.org/10.4135/9781412984249

Stern, D. N. (1991). Maternal representations: A clinical and subjective phenomenological view. *Infant Mental Health Journal*, *12*(3), 174–186. https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<174::AID-IMHJ2280120305>3.0.CO;2-0

Stern, G., & Kruckman, L. (1983). Multi-disciplinary perspectives on post-partum depression: An anthropological critique. *Social Science & Medicine (1982)*, *17*(15), 1027–1041. https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90408-2

Stitou, R. (2007). L'inconscient à la croisée du singulier et de la culture. *Cahiers de psychologie clinique*, *29*(2), 145–160. https://doi.org/10.3917/cpc.029.0145

Stroud, L., Green, E., & Cronje, J. (2020). A Revision Process That Bridges Qualitative and Quantitative Assessment. *Psychology*, *11*(3), Article 3. https://doi.org/10.4236/psych.2020.113029

Subu, M. A., Wati, D. F., Netrida, N., Priscilla, V., Dias, J. M., Abraham, M. S., Slewa-Younan, S., & Al-Yateem, N. (2021). Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: A qualitative content analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, *15*(1), 77. https://doi.org/10.1186/s13033-021-00502-x

Sue, D. W., & Sue, D. (2012). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice, 6th ed* (pp. xvii, 629). John Wiley & Sons, Inc.

Thornicroft, G. (2003). Danger or disinformation: The facts about violence and mental illness. In G. Thornicroft (Ed.), *Shunned: Discrimination against people with mental illness* (p. 0). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med/9780198570981.003.0007

Trede, K., Baldessarini, R. J., Viguera, A. C., & Bottero, A. (2009). Treatise on insanity in pregnant, postpartum, and lactating women (1858) by Louis-Victor Marcé: A commentary. *Harvard Review of Psychiatry*, *17*(2), 157–165. https://doi.org/10.1080/10673220902891802

Triandis, H. (1973). Psychology and Culture. *Annual Review of Psychology*. https://www.academia.edu/17611127/Psychology_and_Culture

VandenBos, G. R. (Ed.). (2015a). *APA dictionary of psychology (2nd ed.).* American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/14646-000

VandenBos, G. R. (Ed.). (2015b). *APA dictionary of psychology (2nd ed.).* American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/14646-000

wen, shing tseng. (2003). *Clinician's Guide to Cultural Psychiatry (Practical Resources for the Mental Health Professional)* (Elsevier Science (usa)).

Westall, C., & Liamputtong, P. (2011). *Motherhood and Postnatal Depression*. Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-1694-0

Zenhari, A., & Vaziri, S. (2024). Examining the Relationship between Fear of Childbirth, Maternal-Infant Attachment, and Postpartum Depression. *KMAN Counseling and Psychology Nexus*, *2*(1), 104–110. https://doi.org/10.61838/kman.psynexus.2.1.16

Zhang, Y., & Razza, R. (2022). Father involvement, couple relationship quality, and maternal Postpartum Depression: The role of ethnicity among low-income families. *Maternal and Child Health Journal*, *26*(7), 1424–1433. https://doi.org/10.1007/s10995-022-03407-4

Zikic, O., Stojanov, J., Kostic, J., Nikolic, G., Tosic Golubovic, S., Simonovic, M., Djordjevic, V., & Binic, I. (2024). Depression in the Perinatal Period: Course and Outcome of Depression in the Period from the Last Trimester of Pregnancy to One Year after Delivery in Primiparous Mothers. *Medicina*, *60*(6), 970. https://doi.org/10.3390/medicina60060970

الملحـــق

1. الاستبيان قبل التحكيم

بيانات أولية تخص الحالات المدروسة

السن:..... الولادة الأولى: نعم ☐ لا ☐

السكن: في الريف ☐ في المدينة ☐

طبيعة الولادة: قيصرية ☐ طبيعية ☐

من تكفل بك بعد الولادة:..... مدة التكفل:..... طبيعة التكفل:.....

هل حدث لك ما يسمى بـ" ذيبة النفاس": نعم ☐ لا ☐

أنّ عشت عادات وطقوسا أذكريها:.....

التعليمة الخاصة بالمبحوثات

مشاركتك في الإجابة على هذا الاستبيان سيساهم في إثراء البحث العلمي، فضلا عن ذلك سيمنحك الفرصة للإطلاع على معاشك النفسي والاجتماعي الملائم لك.

نشكرك مسبقا على مشاركتك من خلا اختيار الاجابة الملائمة.

بدائل: 0: لا أوافق بشدة 1: لا أوافق 2: محايد 3: أوافق 4: أوافق بشدة

بنـــــود	في حالة التعديل
محور معتقدات وممّارسات ثقافية -إثنية-	
تتمتع فترة ما بعد الولادة بأهمية ثقافية كبيرة في مجتمعنا	
العادات والتقاليد الثقافية ضرورية في رعاية المرأة خلال فترة ما بعد الولادة	
يحدّد أفراد الأسرة في المقام الأول طقوس وممّارسات رعاية ما بعد الولادة	
تمارس الأسرة ضغوطًا على النساء للالتزام بالممّارسات الثقافية بعد الولادة	
محور التكفل بالمرأة قبل وبعد الولادة	
دور الزوج أساسي في التكفل بالمرأة قبل الولادة	
دور الزوج أساسي في التكفل بالمرأة بعد الولادة	
تقع المسؤولية الأساسية لرعاية المرأة بعد الولادة على عاتق العائلة	
محور الجو انب النفسية والعاطفية	
يعترف مجتمعنا بأهمية الصّحة النفسية للأم.	
الصّحة النفسية للأم مهمة في ممّارساتنا الثقافية.	
الأمراض النفسية معترف بها ومفهومة في مجتمعنا.	
اكتئاب ما بعد الولادة ("ذيبة النفاس") معترف به كاضطراب نفسي	

الملحـــــق:

محور ديناميات العلاقات البين-شخصية	
تتكفل أسرة الزوجة في رعايتها بعد الولادة	
تتكفل أسرة الزوج في رعاية المرأة بعد الولادة	
يتكفل الزوج في رعاية زوجته ما بعد الولادة	
علاقة الزوجين تتحسن بعد الولادة	
العلاقة مع أسرة الزوج تتحسن بعد الولادة	
محور التغييرات الثقافية بخصوص التكفل بالمرأة بعد الولادة	
توجد ممّارسات سلبية في التكفل بالمرأة بعد الولادة في حالة الموافقة أذكرها.....	
يوجد تغييرات في ثقافتنا مع مرور الزمن في طريقة التكفل بعد الولادة. في حالة الموافقة أذكرها.....	
هل يوجد أي شيء آخر تودون مشاركته حول الجوانب الثقافية للتكفل بالمرأة بعد الولادة عموما في مجتمعك؟.....	

- الإستبيان في صيغته النهائية:

بيانات أولية:

- **المهنة:**.....
- **السن:** أقل من 20 سنة: ☐ 20-30 سنة ☐ 31-40 سنة ☐ -أكثر من 40 سنة ☐
- **السكن:** في الريف ☐ في المدينة ☐
- **الولادة الأولى:** نعم ☐ لا ☐
- **حمل مخطط له:** نعم☐ لا ☐
- **طبيعة الولادة:** قيصرية ☐ طبيعية ☐
- **الزوج حضر الولادة:** نعم ☐ لا ☐
- **الزوج أخذ عطلة بسبب الولادة:** نعم☐ لا ☐
- **الزوج رافقك أثناء الولادة:** نعم☐ لا ☐
- **عبّر عن شعورك في هذه الحالة:**.....

.....

- **من تكفل بك بعد الولادة:**..... **مدة التكفل:**.....
- **طبيعة التكفل:** طبي ☐ نفسي ☐ تقليدي ☐ **حـدّدي:**.....

.....

- **هل حدث لك ما يسمى بـ" ذيبة النفاس[1]": نعم ☐** لا ☐
- **تحدثي عن حالتك بعد الولادة:**.....

.....

- **أنّ عشت عادات وطقوسا تخص فترة النفاس أذكريها** (*ما هي العادات التي تقومون بها لدى "النافسة"؟*)**:**

.....

.....

تعليمة: مشاركتك في الإجابة على هذا الاستبيان سيساهم في إثراء البحث العلمي، فضلا عن ذلك سيمنحك الفرصة للإطلاع على معاشك النفسي والاجتماعي الملائم لك. نشكرك مسبقا على مشاركتك من خلال اختيار الاجابة الملائمة.

الرقم	بنـــــود	0	1	2	3	4
1.	تتمتع فترة ما بعد الولادة(فترة النفاس) بأهمية ثقافية كبيرة في مجتمعنا					
2.	العادات والتقاليد الثقافية ضرورية في رعاية المرأة نفسيا خلال فترة ما بعد الولادة					
3.	يحدّد أفراد الأسرة في المقام الأول طقوس وممّارسات رعاية ما بعد الولادة					

4. **تمارس الأسرة ضغوطًا على النساء للالتزام بالممّارسات الثقافية بعد الولادة**
5. دور الزوج أساسي في التكفل النفسي بالمرأة قبل الولادة
6. دور الزوج أساسي في التكفل النفسي بالمرأة بعد الولادة
7. تقع المسؤولية الأساسية لرعاية المرأة بعد الولادة على عاتق العائلة
8. على المرأة أنّ ترعى نفسها بمفردها بعد الولادة
9. يعترف مجتمعنا بأهمية الصّحة النفسية للأم
10. الصّحة النفسية للأم مهمة في ممّارساتنا الثقافية
11. تساعد الأسرة في تخطي بعض المشكلات النفسية "كإكتئاب ما بعد الولادة".
12. اكتئاب ما بعد الولادة ("ذيبة النفاس") معترف به كاضطراب نفسي
13. تتكفل أسرة الزوجة في رعايتها بعد الولادة
14. تتكفل أسرة الزوج في رعاية المرأة بعد الولادة
15. يتكفل الزوج في رعاية زوجته ما بعد الولادة
16. علاقة الزوجين تتحسن بعد الولادة
17. العلاقة مع أَسرة الزوج تتحسن بعد الولادة
18. توجد ممّارسات سلبية في التكفل بالمرأة بعد الولادة

19. في حالة الموافقة أذكرها:
.....
.....

20. يوجد تغييرات في ثقافتنا مع مرور الزمن في طريقة التكفل بعد الولادة.

21. في حالة الموافقة أذكرها:
.....
.....

22. هل يوجد أي شيء آخر تودون مشاركته حول الجوانب الثقافية للتكفل بالمرأة بعد الولادة عموما في مجتمعك؟
.....
.....
هل يمكن مشاركتنا بتجربتكم الخاصة كانت ايجابية ام سلبية ؟
.....
.....

2. الترخيص بإجراء التربص الميداني من طرف مدير الصّحة لولاية قالمة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 قالمة
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

الرقم" 216 /ج ق/ك ع إ/ق ع ن/25

قالمة 19 / 03 /25

إلى السيد : : مدير الصحة لولاية قالمة

دراسة ميدانية

يشهد رئيس قسم علم النفس أن الطالب (ة) :

* عليوش صلاح الدين

طالب دكتوراه علم النفس العيادي ويحضر لانجاز بحث بعنوان:
التكفل بالمرأة بعد الولادة من وجهة نظر المقاربة الاثنو نفسو مرضية دراسة استكشافية بولاية قالمة
تحت اشراف :أ. د بهتان عبد القادر

وانه بحاجة إلى دراسة ميدانية ببعض مؤسسات الصحة الجوارية بولاية قالمة.

املنا كبير في حسن تعاونكم ولكم منا فائق الاحترام

نسخة للحفظ

رئيس القسم
نائب رئيس قسم علم النفس مكلف
بما بعد التدرج والبحث العلمي
إمضاء الدكتورة : ريم قاسمي

(3) ألفا كرونباخ للاستبيان

الرقم	بنود	المتوسط في حالة حذف البند	التباين في حالة حذف البند	الارتبط المصحح مع البند	ألفا كرونباخ في حالة حذف البند	ألفا كرونباخ للمحور
1.	تتمتع فترة ما بعد الولادة(فترة النفاس) بأهمية ثقافية كبيرة في مجتمعنا	8. 3667	6. 171	. 625	. 483	. 672
2.	العادات والتقاليد الثقافية ضرورية في رعاية المرأة نفسيا خلال فترة ما بعد الولادة	8. 7667	5. 909	. 611	. 487	
3.	يحدّد أفراد الأسرة في المقام الأول طقوس وممّارسات رعاية ما بعد الولادة	8. 5333	7. 844	. 335	. 679	
4.	تمارس الأسرة ضغوطًا على النساء للالتزام بالممّارسات الثقافية بعد الولادة	9. 2333	8. 392	. 272	. 711	
5.	دور الزوج أساسي في التكفل النفسي بالمرأة قبل الولادة	12. 1333	4. 671	. 560	. 616	. 713
6.	دور الزوج أساسي في التكفل النفسي بالمرأة بعد الولادة	12. 0667	4. 340	. 656	. 557	
7.	تقع المسؤولية الأساسية لرعاية المرأة بعد الولادة على عاتق العائلة	12. 7000	5. 045	. 384	. 718	
8.	على المرأة أنّ ترعى نفسها بمفردها بعد الولادة	12. 4000	4. 593	. 430	. 699	
9.	يعترف مجتمعنا بأهمية الصّحة النفسية للأم	6. 1667	4. 626	. 685	. 557	. 748
10.	الصّحة النفسية للأم مهمة في ممّارساتنا الثقافية	6. 0333	4. 723	. 597	. 642	
11.	تساعد الأسرة في تخطي بعض المشكلات النفسية "كإكتئاب ما بعد الولادة".	5. 5333	4. 189	. 482	. 807	
12.	اكتئاب ما بعد الولادة ("ذيبة النفاس") معترف به كاضطراب نفسي	5. 5333	4. 189	. 482	. 807	. 621
13.	تتكفل أسرة الزوجة في رعايتها بعد الولادة	9. 4333	6. 254	. 430	. 469	
14.	تتكفل أسرة الزوج في رعاية المرأة بعد الولادة	10. 4000	6. 731	. 195	. 661	
15.	يتكفل الزوج في رعاية زوجته ما بعد الولادة	9. 4333	6. 254	. 430	. 469	. 661
16.	علاقة الزوجين تتحسن بعد الولادة	6. 8333	3. 109	. 583	. 408	
17.	العلاقة مع أسرة الزوج تتحسن بعد الولادة	7. 2667	3. 444	. 473	. 565	

(4)معامل الارتباط بين نصفي الاختبار(التجزئة النصفية)

		الفقرات ذات الترتيب الزوجي (Half_Even)	N	P
معامل ارتباط بيرسون	الفقرات ذات الترتيب الفردي (Half_Odd)	.734**	30	**

*: p<.05; **:p<.01; ***; p<.