سلطنة عُمان
جامعة نزوى
كلية العلوم والآداب
قسم التربية والدراسات الإنسانية

قلق الولادة لدى الأمهات وعلاقته بجودة الحياة في محافظة مسقط

Birth anxiety among mothers and its relation to quality of life in Muscat Governorate

رسالة ماجستير من إعداد الطالبة:

فاطمة بنت محمد بن خميس العجمية

قدمت هذه الرسالة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية تخصص الإرشاد والتوجيه

إشراف

أ.د سامر جميل رضوان (مشرفا رئيسا)

د. قتون خرنوب

د. محمود جاسم

2018م

إهداء

أهدي ثمرة جهدي إلى والِدَيَّ العزيزين، أول مُشَجِّعَينِ لي، أطال اللهُ أعمارَكما، وحفظكما الله من كل مكروه.

****

إلى زوجي العزيز أدامك اللهُ لي في حياتي

****

إلى فلذات كبدي بناتي الرائعات (جود) و (تغريد)

إلى أخواتي الغاليات

****

إلى أساتذة العلم

إلى كل طالب علم

إليكم جميعا أهدي ثمرة هذا العمل المتواضع

****

الباحثة

الحمدلله رب العالمين.. الحمدلله حمد الشاكرين.. وأصلي وأسلم على حبيب الخلق سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أفضل الزكاة وأتم التسليم..

امتثالا لقوله تعالى (وَمَن شَكَرَ فَإِنَّمَا يَشْكُرُ لِنَفْسِهِ) (النمل:40) فانه لا يسعني الا أن أتقدم بالشكر الجزيل لجامعة نزوى التي أتاحت لي الفرصة لاكمال دراسة الماجستير فيها ، كما أتقدم بالشكر الجزيل لكل دكاترة وأفراد كلية الارشاد والتوجيه الذين كانوا عونا لي في اتمام رسالتي، وأخص بالشكر الدكتور سامر رضوان والذي كان مشرفا رئيسا برسالتي.

فهرس المحتويات

إهداء ..... ب

شكر وتقدير ..... ج

قائمة الجداول ..... و

قائمة الملاحق ..... ز

ملخص الدراسة ..... ح

الفصل الأول 1

أولاً: المقدمة 1

ثانياً: مشكلة الدراسة وأسئلتها: 2

ثالثاً: أهمية الدراسة (النظرية والتطبيقية) 2

رابعاً: أهداف الدراسة 3

خامساً: مصطلحات الدراسة: 3

خامساً: محددات الدراسة: 5

الفصل الثاني 9

أولا: الإطار النظري 10

1-القلق:(Anxiety) 10

أنواع القلق 11

نشأة القلق: 13

أسباب القلق: 14

قلق الولادة: 16

2-جودة الحياة:(Life of Quality) 28

جودة الحياة: 30

مكونات نوعية الحياة: 31

النظريات التي تناولت نوعية الحياة: 32

أبعاد الرضا عن الحياة: 33

ثانيا: الدراسات السابقة: 34

1-دراسات تناولت قلق الولادة وعلاقته ببعض المتغيرات: 34

2-دراسات تناولت جودة الحياة وعلاقته ببعض المتغيرات: 39

3-التعقيب على الدراسات السابقة: 44

4-مدى استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة: 45

5-مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة: 45

الفصل الثالث 47

منهجية الدراسة وإجراءاتها 48

أولاً: منهج الدراسة: 48

ثانيا: مجتمع الدراسة: 48
ثالثا: عينة الدراسة: 48
رابعاً: متغيرات الدراسة 50
خامساً: أدوات الدراسة: 50
سادساً: إجراءات تطبيق الدراسة 57
سابعاً: الأساليب الإحصائية في هذه الدراسة 57
الفصـــل الرابـــع 58
نتـائج الـدراسة وتفسيـرها ومناقشتهـا 59
أولاً: عرض النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: 59
ثانياً: عرض النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: 61
ثالثاً: عرض نتائج السؤال الثالث: 63
رابعاً: عرض النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع: 64
خامساً: عرض النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس: 69
سادساً: توصيات الدراسة 70
سابعاً: مقترحات الدراسة 71
قائمة المصادر والمراجع 72
أولاً:المصادر العربية 72
ثانياً: المراجع العربية 72
ثالثا: المراجع الأجنبية 74

قائمـة الجـداول

م	تسمية الجدول	رقم الصفحة
.1	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيراتها الديموغرافية	50
.2	أبعاد مقياس قلق الولادة والبنود الخاصة به	52
.3	معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل عبارة من فقرات أبعاد قلق الولادة مع الدرجة الكلية لكل بُعد	53
.4	معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل بُعد من أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية لقلق الولادة	54
.5	قيم معاملات ألفا لكرونباخ لمقياس قلق الولادة	54
.6	أبعاد مقياس جودة الحياة والبنود الخاصة بكل بعد	55
.7	معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل عبارة من فقرات مقياس جودة الحياة مع الدرجة الكلية لكل بُعد	56
.8	معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل بُعد من أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة	57
.9	قيم معاملات ألفا لكرونباخ لمقياس جودة الحياة	57
.10	النسب المئوية والتكرارات لأبعاد مقياس قلق الولادة	60
.11	النسب المئوية والتكرارات لأبعاد مقياس جودة الحياة	62
.12	معامل ارتباط بيرسون بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى الحوامل	64
.13	لأبعاد مقياس قلق (T-TEST) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار الولادة وفقا لمتغير عُمر الأم	66
.14	لأبعاد مقياس قلق (T-TEST)المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار الولادة وفقا لمتغير نَوع الأسرة	67
.15	المتوسطات الحسابية والانحرافات مستوى قلق الولادة وفقا لمتغير شهر الحمل	68
.16	مستوى قلق الولادة وفقا لمتغير (One- Way ANOVA) تحليل التباين الأحَادي شهر الحمل	68
.17	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لقلق الولادة وفقا لمتغير عدد الولادات	69
.18	مستوى قلق الولادة وفقا لمتغير عدد (One- Way ANOVA) تحليل التباين الأحَادي الولادات	70
.19	نتائج تحليل تباين الانحدار الخطي البسيط في مقدار إسهام جودة الحياة في التنبؤ بقلق الولادة	71

قائمة الملاحق

ملحق	تسمية الملحق	رقم الصفحة
.1	قائمة بأسماء المحكمين	77
.2	نموذج لخطاب المحكمين	78
.3	مقياس قلق الولادة كما عرض على السادة المحكمين	79
.4	مقياس جودة الحياة كما عرض على السادة المحكمين	80
.5	الفقرات المعدلة للمقاييس قلق الولادة وجودة الحياة على وفق آراء المحكمين	81
.6	نموذج خطاب لعينة الدراسة-الأساسية	82
.7	رسائل تسهيل مهمة باحث للمديرية العامة للخدمات الصحية بدارسيت	87
.8	رسائل تسهيل مهمة باحث صادرة من القبول والتسجيل بجامعة نزوى	88

ملخص الدراسة

قلق الولادة لدى الأمهات وعلاقته بجودة الحياة في محافظة مسقط

إشراف

أ.د سامر جميل رضوان

إعداد الطالبة: فاطمة بنت محمد بن خميس العجمية

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على مستوى قلق الولادة لدى الأمهات في محافظة مسقط، وإلى معرفة مستوى جودة الحياة لديهن، وإلى معرفة العلاقة بين قلق الولادة وجودة الحياة للأمهات في محافظة مسقط، وكذلك الكشف عن الفروق في كل من عمر الأم، ونوع الأسرة، وشهر الحمل، وعدد الولادات، وبين مستوى قلق الولادة، كما تهدف إلى التعرف على مقدار إسهام جودة الحياة في التنبؤ بقلق المستقبل.

ولتحقيق أهداف هذه الدراسة تم استخدام مقياسين هما: مقياس قلق الولادة من إعداد الهمص(2010)، ومقياس جودة الحياة من إعداد الهمص (2010).

وقد تألفت عينة الدراسة من (59) امرأة حامل أعمارهن تتراوح بين (20 –40) سنة وفي الأشهر الأخيرة من حملهن (السابع، الثامن، التاسع) اللواتي يراجعن مركز الحيل الصحي ومجمع السيب الطبي في محافظة مسقط بسلطنة عمان، حيث تم اختيار العينة بطريقة قصدية، وقد أظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

- نسبة انتشار قلق الولادة لدى الأمهات في محافظة مسقط كان بنسبة 67.8%.
- نسبة انتشار جودة الحياة لدى الأمهات في محافظة مسقط كان بنسبة 98.3%.
- وجود علاقة عكسية سالبة بين قلق الولادة وجودة الحياة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير قلق الولادة وبين المتغيرات التالية عدد الولادات، شهر الحمل، عمر الأم، نوع الأسرة.
- جودة الحياة قادرة على التنبؤ بقلق الولادة بنسبة 32%.

وقد انتهت الدراسة بمجموعة من التوصيات والمقترحات للمسؤولين في وزارة الصحة من أجل تحسين أوضاع النساء اللواتي على مشارف الولادة، وأثناء عميلة الولادة.

الكلمات المفتاحية: قلق الولادة، جودة الحياة، الأمهات في محافظة مسقط بسلطنة عمان.

الفصـــــل الأول
مشكلة الدراسة وأهميتها

أولاً: المقدمـة

ثانياً: مشكلة الدراسـة وأسئلتهـا

ثالثاً: أهميـة الدراسـة (النظرية والتطبيقية)

رابعاً: أهداف الدراسـة

خامساً: مصطلحـات الدراسـة

سادساً: حـدود الدراسـة

أولاً: المقدمـة

إن الحيـاة مليئـة بالصـراعات والتـوترات، والإنسـان قـد يتعـرض لهـذه الصـراعات والتوترات بين الحين والآخر؛ مما يؤثر على مستوى صحته النفسية، وتزيد هذه التوترات في حالة كون المرأة حاملا وعلى اقتراب من موعد ولادتها، فيزيد توترها وقلقها.

حيث أن المشاكل والاضطرابات النفسية تكون أكثر انتشارا عند الأمهات في فترة الحمل والنفاس بسبب التزاوج بين العوامل البيولوجية والكيميائية لهرمونات الحمل والضغوطات النفسية، فيؤدي ذلك لحدوث اضطرابات، هذه الاضطرابات قد يكون تأثيرها خفيفا مثل قلق أو اكتئاب ما بعد الولادة، أو قد تكون اضطرابا شديدا مثل انفصام الشخصية. (Beischer & et al., 1997, P.311).

فلقد أكد كثير من علماء النفس النمو أن الجنين يتعرض في المراحل المختلفة من تكوينه إلى ظروف تؤثر على نموه فيما بعد، منها عوامل وراثية ومنها عوامل البيئة الخارجية التي تحيط بالأم، كما أنَّ ما تمر به الأم من أحداث وخبرات وأزمات ومشكلات تؤثر كثيرا في تكوين الجنين وأيضا تؤثر على نموه فيما بعد (أبو الخير،2004، ص31).

"إن الحالة النفسية للأم وبالذات مشاعر الخوف والقلق والغضب وغيرها من المشاعر السلبية تستثير الجهاز العصبي الذاتي فتؤدي إلى اختلال في إفراز الغدد وتغير في التركيب الكيميائي للدم مما يؤثر بدورهِ على الجنين" (أوجيني مدانات، 2006، ص22).

جميعنا يعلم أن القلق في أغلب الأحيان هو انفعال طبيعي يشعر به الإنسان إزاء تعرضه لموقف محير يتطلب ذلك الانفعال، فالقلق هو شعور طبيعي إنْ كان يهيىء الإنسان من أجل مواجهة الأخطار، ولكن إنْ كان مبالغا فيه أو استمر فترة طويلة فهنا يكمن الخطر (الشربيني، 1990، ص15) .

وهذا ما يحدث في حالة خوف الحامل من لحظة الولادة وترقبها لها تؤدي بها إلى الشعور بالقلق، والقلق يجعل من الحامل متوترة وعصبية ويؤثر على أعصاب المعدة وينتهي بها الأمر بالإصابة بالقرحات المعدية وغيرها من الأمراض (ديل كارنيجي،2010، ص38).

وقد يكون في بعض الأحيان سبب قلق الولادة الذي يحدث للمرأة من الإجراءات الطبية المزعجة والتي يقررها الكادر الطبي من تأخير في علاجها وإجراءات ولادتها بسبب البطء في تشخيص حالتها (سرحان والتكريتي وحباشنة، 2004، ص52).

وعندما نتحدث عن قلق الولادة بالنسبة للأم المقبلة على عملية الولادة وارتباط هذا القلق بجودة الحياة، سنتطرق إلى الجوانب المحيطة بالأم والمتعلقة بالبيئة الأسرية والاجتماعية والاقتصادية والنفسية التي تؤثر بطبعها على عملية الولادة (الهمص، 2010، ص19).

ثانياً: مشكلة الدراسة وأسئلتها:

بعد أنْ عاشتْ الباحثة تجربة الحملِ والولادة ورأت مدى المعاناة التي تعيشها الحامل في هذه المرحلة والقلق الكبير الذي ينتابها إزاء ذلك كما أحسّتْ بتأثير ذلك القلق على طبيعة الحياة وجودتها، فكان هذا هو المحرك الأول وراء إجراء هذه الدراسة، إذ جاءت فكرة هذه الدراسة لغرض التعرف على قلق الولادة وعلاقته بجودة الحياة للأمهات في محافظة مسقط . لذا فإن **مشكلة الدراسة تتحدد في السؤال الرئيس الآتي**:

"هل توجد علاقة بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى الأمهات الحوامل في محافظة مسقط؟"

وينبثق عن هذا السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية الآتي:

1. ما مدى انتشار قلق الولادة لدى الأمهات الحوامل في محافظة مسقط؟
2. ما مدى انتشار جودة الحياة لدى الأمهات الحوامل في محافظة مسقط؟
3. ما دلالة العلاقة بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى الأمهات الحوامل في محافظة مسقط؟
4. هل توجد فروق دالة إحصائيا في قلق الولادة تعزى للمتغيرات (عُمر الأم/ عدد الولادات/ نوع الأسرة/ شهرُ الحملِ)
5. ما مدى إسهام جودة الحياة في التنبؤ بقلق الولادة لدى الأمهات الحوامل في محافظة مسقط؟

ثالثاً: أهمية الدراسة (النظرية والتطبيقية)

1. من الناحية النظرية:

- تكمن أهمية الدراسة في العينة التي تناولتها الباحثة، إذ تستهدف الحوامل اللواتي في الأشهر الأخيرة من حملهن(السابع والثامن والتاسع)
- الولادة تعتبر من الموضوعات المهمة جدا وبحاجة إلى دراسة جدية، حيث لا توجد دراسة في السلطنة عنها.
- أهمية المتغيرات النفسية التي تناولتها الدراسة، فموضوع قلق الولادة يعتبر من الموضوعات المهمة الذي قد يؤثر على نفسية الحوامل.

- ندرة وجود دراسات سابقة في السلطنة تناولت الموضوع على وفق اطلاع الباحثة، لذا قد تشكل الدراسة الحالية إضافة نظرية للباحثين في هذا المجال لاحقًا.

2. من الناحية التطبيقية:

- تناول الدراسة لمفهوم القلق وأثره على عملية الولادة سيفيد الكثيرَ من الباحثِينَ والعاملين بهذا المجال (أطباء، ممرضون، الأسرة،...) في العمل على اتِّباع أفضل الطرق للتعامل مع الحوامل.
- ستفيد العاملين والباحثين في ميدان الصحة النفسية من خلال وضع برنامج إرشادي لهم لمساعدة الأمهات الحوامل في التعامل مع القلق المصاحب لعملية الولادة.
- من الممكن الاستعانة بما تصل إليه هذه الدراسة من نتائج في الوصول إلى توصيات وتوجيهات للأمهات الحوامل، وبالإضافة الى ذلك بالامكان إجراء بحوث ميدانية أخرى على عينات مختلفة من المجتمع العُماني.
- تكمن أهمية الدراسة في تقنين أدوات صادقة وثابتة للقياس، ألا وهي مقياس قلق الولادة ومقياس جودة الحياة تتناسب مع البيئة العُمانية، لاستخدامها على نطاق واسع في سلطنة عُمان.

رابعاً: أهداف الدراسة

تتحدد أهداف الدراسة الحالية في التعرف إلى ما يلي:

- التعرف إلى مدى انتشار قلق الولادة لدى الأمهات الحوامل في محافظة مسقط.
- التعرف إلى مدى انتشار جودة الحياة لدى الأمهات الحوامل في محافظة مسقط.
- التعرف على دلالة العلاقة بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى الأمهات الحوامل في محافظة مسقط؟
- التعرف إلى دلالة الفروق في تأثير بعض المتغيرات (عمر الأم/ عدد الولادات/ نوع الأسرة/ شهر الحمل) على قلق الولادة لدى الأمهات الحوامل في محافظة مسقط.
- التعرف إلى مقدار إسهام جودة الحياة في التنبؤ بقلق الولادة.

خامساً: مصطلحات الدراسة:

تتضمن هذه الدراسة تعريفاً لمصطلحات الدراسة النظرية والإجرائية الآتية:

1- القلق:(Anxiety)

يعرف شاذلي (1999، ص112) القلق على أنه "شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز، مصحوب عادة ببعض الأحاسيس الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي يأتي في نوبات تتكرر لدى الشخص نفسه".

القلق: حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية

وتعرفه الباحثة القلق : بأنه حالة من التوتر والخوف من عملية الولادة مصحوبة بتغيرات جسمية من ضيق بالتنفس وتصبب العرق والصداع وغيره، وتغيرات نفسية من عدم القدرة على التركيز والإحساس بمخاوف سواء على الجنين أو على صحة الأم. وسيقاس بمقياس قلق الولادة الذي ستستخدمه الباحثة.

أما إجرائياً فهو يعني: الدرجة التي يحصلن عليها المفحوصات في مقياس القلق المستخدم في أغراض الدراسة الحالية.

2- جودة الحياة:(Quality of Life)

تعرف منظمة الصحة العالمية (Who,1993) جودة الحياة على أنها إدراك الأشخاص إلى مواقعهم في الحياة وتشمل العديد من المكونات منها الثقافة والقيم والنظام الذي من خلاله يعيشون وله علاقة مع أهدافهم وتطلعاتهم ومعاييرهم كذلك اعتباراتهم.

و**تعرف الباحثة جودة الحياة**: بأنه مفهوم نسبي يختلف من فرد لآخر و يعتمد على نظرة الفرد للحياة حسب المعايير التي يحددها لنفسه. وهناك عوامل كثيرة تتحكم في تحديد جودة الحياة منها الصحة العقلية والجسمية والمعتقدات الدينية والأحوال المعيشية والقيم المختصة بالثقافة، والقدرة على التفكير الصائب واتخاذ القرارات السليمة. وسوف يحدد بمقياس جودة الحياة الذي ستستخدمه الباحثة.

أما إجرائياً فهي تعني: الدرجة التي يحصلن عليها المفحوصات في مقياس جودة الحياة المستخدم في أغراض الدراسة الحالية.

خامساً: محددات الدراسة:

تتحدد نتائج الدراسة بالتعرف إلى قلق الولادة لدى الأمهات وعلاقته بجودة الحياة في محافظة مسقط، كما تقتصر نتائجها بالحدود الآتية:

- **المحددات البشرية:** تكمن الحدود البشرية للدراسة الحالية في العينة التي طبقت عليها وهن الأمهات الحوامل بالأشهر الأخيرة (السابع، والثامن، والتاسع)، إذ تتراوح أعمارهن من (20- 40) سنة، اللواتي ترددن على عيادة النساء والولادة في مركز الحيل الصحي ومجمع السيب الطبي في محافظة مسقط.
- **المحددات المكانية**: تمثل سلطنة عُمان الحدود المكانية للدراسة الحالية، وتمثل عيادات النساء والولادة في مركز الحيل الصحي ومجمع السيب الطبي في محافظة مسقط الحدود المكانية الفعلية.
- **المحددات الزمانية**: تم تطبيق هذه الدراسة في خريف2016، للعام الأكاديمي 2017/2016م.
- **المحددات الموضوعية**: قلق الولادة لدى الأمهات وعلاقته بجودة الحياة في محافظة مسقط.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

أولا: الإطار النظري

- قلق الولادة
- جودةُ الحياةِ

ثانيا: الدراسات السابقة

- دراسات تناولت قلق الولادة وعلاقته ببعض المتغيرات.
- دراسات تناولت جودةُ الحياةِ وعلاقتها ببعض المتغيرات.
- دراسات تناولت قلق الولادة وعلاقته جودةُ الحياةِ
- التعقيب على الدراسات السابقة
- مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

تعرض الباحثة في هذا الفصل بعضاً مما تناولته الأدبيات في مجال قلق الولادة وعلاقته بجودةُ الحياةِ إطاراً نظرياً كلا على حدة، إضافة إلى عرض بعض الدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة الحالية ومتغيراتها، ثم تتبعها بمناقشة تلك الدراسات وعرض أوجه الشبه والاختلاف بينها وبين الدراسة الحالية.

أولا: الإطار النظري

1- القلق:(Anxiety)

إنَّ أصل كلمة القلق (Anxiety) مشتق من الكلمة اللاتينية (Anger) والتي تعني الاختناق أو الكبت وهو شعور عام مصاحب للقلق. وهناك اشتقاق أقرب لمعنى القلق وهو (Anxieties & Anxious)والتي يقصد بها عدم الارتياح وتشمل الجوانب العقلية (الحويلة،2010).

كما ويعرف القلق عبدالفتاح (2004، ص152) أنه: "عدم الاستقرار العام نتيجة الضغط النفسي الذي يقع على عاتق الفرد مما يسبب اضطراب في سلوكه ويصاحبه مجموعة من الأعراض النفسية والجسمية".

ويعرف الخازن (1991، ص119) القلق النفسي أنه: "ظاهرة نفسية تتميز بحالة القلق التي تنتاب المريض إما بصفة مستمرة وإما نوبات حادة، فيبقى المريض متوجسا بشر، خائفا من المجهول جزعا وجلا مهما ثبت له أن ليس ثمة ما يبرر القلق، وينطبق هذا على القلق العصابي".

أما عكاشة (1998، ص38) فيعرّف القلق أنه: "شعور عام غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة النشاط العصبي اللاإرادي يأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد، وذلك مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة أو السحبة في الصدر أو ضيق في التنفس أو الشعور بنبضات القلب أو الصداع أو كثرة الحركة".

ويعرف الدسوقي(1988، ص108) القلق أنه: حالة انفعالية مزمنة ومعقدة مع توجس أو رهبة، كأبرز مكوناته، ويتسم باضطرابات عصبية وعقلية عديدة، مثل:

1. الشعور بمزيج من الإشفاق من المستقبل أو الرهبة دون داع للخوف.

2. وجود خوف مزمن بدرجة بسيطة.
3. وجود خوف شديد وقوي.
4. باعث ثانوي ينطوي على استجابة تجنب مكتسبة.

أما فرويد وهورني فيتفقان على تعريف القلق أنه: ردة فعل لخطر غامض وغير معروف، وهنا يكون الخطر ذاتيا ومتوهما. والقلق كما يقول عنه فرويد هو حالة شعور وجداني، ولكنه يختلف عن التوتر والألم والحزن، وهذا يعني أن القلق يتميز عن غيره من الحالات الوجدانية، ويضع الفالوجي تعريفا واضحا للقلق فيقول: "القلق هو الشعور بالتخوف من احتمال وقوع شيء غامض ومكروه" (عبد الواحد،1992، ص22-24).

ويؤكد جيفري وسبنسر (Jeffrey & Spencer, 1997, P.200) أنَّ القلق عبارة عن "حالة عامة من الخشية والخوف والتوتر، وهناك الكثير مما يستوجب أنْ نقلق عليه: صحتنا، والعلاقات الاجتماعية، والامتحانات، والسلوكيات، والعلاقات الدولية، وحالة البيئة، وهي ليست سوى مصادر قليلة مما يحتمل أن نهتم به، وإنه لشيء طبيعي أن نقلق بطريقة أو بأخرى حول هذه النواحي الحياتية".

كما أن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM VI) قدم تعريفا للقلق أنه "حالة مرضية تتصف بالشعور بالرعب وبوجود عدد من الأعراض يشترط توفر ثلاث منها على الأقل هي: وجود صعوبة في التركيز وسرعة الانفعال وتوتر العضلات وإجهادها، واضطرابات النوم، كما تصاحبها أعراض عضوية تشير إلى النشاط الزائد للجهاز العصبي اللاإرادي"(حجازي، 2003، ص15).

أنواع القلق:

أولاً: اضطرابات القلق الناتجة عن زيادة درجة الوعي: وهي الاضطرابات التي تحدث في فترة أزمات النمو وخبرات الإبداع، كما يترافق حدوثها بصورة مرضية معيقة، وهذه الاضطرابات تشمل:

- القلق الوجودي: الذي ينشأ من الوعي بحقيقة الفرد ونوعية وجوده والهدف من وجوده.
- القلق العدمي: يرتبط بالنوع السابق، كما يرتبط بوعي الفرد بفقد الهدف أو المعنى وافتقاده للغائية.
- القلق الكوني (الصوفي): هو الذي يحدث عندما يتسع وعي الفرد إلى خارج محددات ذاته أي يتسع ليشمل الكون.
- القلق المنذر: ويشمل الخوف من فقد السيطرة أو الجنون.
- قلق الإبداع: عادةً يحدث في المراحل الأولى للإبداع (المرحلة التحضيرية).

ثانياً: اضطرابات القلق الناتجة عن قلة درجة الوعي: عادةً هذه الاضطرابات تؤدي إلى أعراض ناتجة من زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي أو أعراض حركية، وكذلك يمكن تقسيم اضطرابات القلق من رؤية تركيبية إلى:

- **قلق المواجهة**: يظهر على هيئة أعراض اكتئابية ومخاوف حين تحدث مواجهة نفسية بين كيانات داخلية نشطة ومتساوية في القوة.
- **قلق التردد:** يظهر في صورة التردد وازدواجية المشاعر، ويعد بديلا عن قلق المواجهة.
- **قلق الصراع**: يظهر على صورة توتر وشعور بالتعب والإرهاق، وهو يحدث عندما يسيطر أحدُ الكياناتِ الداخلية النشطة على نشاط الكيانات الأقل قوة.

وأما أكثر الباحثين في مجال علم النفس والصحة النفسية، فإنهم يصنفون القلق إلى:

- **القلق الواقعي**: وهو قلق شعوري حقيقي، يقترب مفهومه من مفهوم الخوف العادي، حيث يدرك الفرد المصدر الخارجي للخطر الذي يتهدده، سواء كان هذا المصدر واقعيا فعليا، أو متوقعا، ومن أمثلة هذا النوع من القلق: القلق الذي قد يصيب شخص نتيجة لانتظاره خبر مهم يتعلق بمشكلة حصلت له أو يتعلق باختبار مرَّ به، أو مسابقة اشترك بها.

وكذلك التوتر الذي قد يصيب شخص عندما ينجز عمل جديد لا يعلم ما كيف سيظهر بصورته النهائية. مثل التوتر الدافعي المصاحب للإبداع عند الأدباء والباحثين والفنانين.

إنَّ هذا النوع من القلق له دور شديد الأهمية في حياة الفرد والمجتمع فهو يساعد على تحديد مشكلاتنا بالضبط ثم اتخاذ قرارات لازمة لحلها، كما يمدنا بالقدر اللازم لتحرر الطاقة النفسية وتركيزها لمواجهة المشكلات وتجنب المخاطر. فمثلا دون وجود هذا النوع من القلق لن يتوفرَ عند الطالب أي من الدافعية للمذاكرة، كما لن نستطيعَ أنْ نتحملَ أعباء مصاعب العمل لساعاتٍ طوال في حياتنا اليومية.

- **القلق العصابي**: هو عادة ما يسبق ظهور الأنواع المختلفة من الأمراض النفسية أو يصاحبها، إلا أنه في بعض الأحيان يكون هو العرض المرضي الوحيد المستمر دون أن يتطور إلى مرض نفسي معين. (طه وآخرون،1993، ص637).

حيث أن المريض يظل خائفا وقلقا من كلِّ شيء ومن لا شيء في نفس الوقت، ويظل المريض يبحث عن عذر له ليبرر به خوفه وقلقه، ولا يجدُ إلا أسبابٌ واهية، وهكذا يظل المريضُ متوترا ومنشغلَ الذهنِ سواء لأسباب واقعية أو وهمية.

كما يجب التفريق بين القلق العصابي والقلق السوي، فالقلق العصابي هو خوف مزمن دون وجود أي مبرر موضوعي، وترافقه أعراض نفسية وجسمية، ولذلك فهو خوف مرضي.

و حقي(1996، 455) تُعَرِّفُ القلقَ العصابي بأنه: "نوعٌ دائمٌ من القلقِ أو الخوف أو الضيق، يظهر مضاعفا عند مواجهة الموقف الذي يستدعي القلق، والفرد هنا كثيرا ما يعلو العرق البارد أطرافه في الظروف الطبيعية، ويشكو من عسر الهضم، وخفقان القلب، وانقباض الحلق، وضغط حول الرأس يشبه الصداع، وقد يشتد أحد هذه الأعراض أو يزداد عددها بظهور ما يسبب القلق الحاد، لازدياد نشاط الغدد الصماء بالجسم".

- **القلق الخلقي:** إنَّ مصدر القلق الخلقي موجود في داخل الفرد (الأنا الأعلى) أو الضمير الخلقي الذي تمثله الأخلاق والمثل والقوانين والأعراف الاجتماعية وتعاليم الوالدين، ويظهر القلق الخُلُقِي عندما يقوم الفرد بخُلُق وفعل ينافي الأخلاقيات التي تربى عليها، فيعلن الأنا الأعلى عقابه على النفس فيشعرها بالإثم والخجل والندم (Borda & Mercedes, 1996, 70).

نشأة القلق:

يمكن إرجاع نشأة القلق إلى تجارب الطفل الأولى حيث أن الطفل يجد نفسه أحيانا في مواقف لا يستطيع تفسيرها كما لا يستطيع أن يتحكم فيها لأنه صغير ومعتمد على من هم أكبر منه عمرا (روس، 1986، ص16).

وكما يرى فرويد أن الخطر الأول الذي يتعرض له الفرد يكمن في عملية الميلاد، حيث أنها تعتبر أول خبرة مؤلمة ينشأ عنها القلق، وذلك لما تتضمنه هذه العملية من مشاعر مؤلمة، لذا يفترض فرويد صدمة الميلاد هي النموذج الأصلي لكل حالات القلق اللاحقة (فرويد،1983، ص31).

أسباب القلق:

علماءُ النفسِ اختلفوا كثيرا في تحديد أسباب القلق، فبعضهم يعتقد أن القلق يعود إلى أسباب داخلية أي داخل الفرد والبعض الآخر يرجع حدوث القلق إلى أسباب خارجية، ومنهم من يرى أنه لا يوجد هناك سبب واضح للقلق.

حيث يرى الزعبي(1997، ص107) أنَّ القلق أصبح من المشكلات الأكثر انتشارا بين الأفراد وبصور متعددة، ولكنه يظهر دون وجود سبب واضح وينتهي الأمر بالفرد إلى عجز كبير مما يجعل صحته النفسية في خطر. ولكن في المقابل نجد أنَّ عددا من العلماءِ مَنْ يخالف ذلك الرأي فمثلا السباعي وعبدالرحيم(1995، ص8) يعتقدان أن هناك أسبابا محددة للقلق ومن أهم هذه الأسباب:

1) جو المنزل الذي يسوده النزاعات وسوء التفاهم والإهمال.
2) رغبات الإنسان عندما تتعارض مع الأخلاق والضمير.
3) آمال الفرد عندما تفوق قدراته.
4) الصراع من أجل البقاء.
5) المجتمع الذي يركز على الجوانب المادية.

وهناك من العلماء مَنْ اعتبر أن أسباب القلق تعود إلى الناحية الدينية مثل عدم استيعاب الفرد لحقيقة الصلة بينه وبين الله عز وجل وكذلك عدم وضوح الهدف من وجود الإنسان في هذه الحياة. (المنطلق،د.ت ،119).

وبعضٌ من الباحثين كانوا واضحين جدا في تحديد أسباب القلق حيث اعتبروا أن أسباب القلق تعود إلى:

1) عدم شعور الفرد بالأمن
2) وجود الإحباط مع مشاعر الذنب.
3) الضعف النفسي العام وبالتالي وجود استعداد نفسي للقلق.
4) أحداث الحياة: هي الأحداث التي تصيب الفرد في حياته وتؤدي إلى حدوث تغييرات، قد ينجم منها إصابة الفرد بالضغوطات النفسية والقلق. وقد تكون هذه الأحداث سيئة أو جيدة. وتشمل هذه الأحداث ما يلي: وفاة شريك الحياة، الفصل من العمل، وفاة أحد الأقارب، تغير في الحالة المالية، تصالح الزوجين، الزواج، الطلاق، الدين والرهن، تغيير محل الإقامة، الحمل، المرض، الخ...

5) التغيرات الاجتماعية في المجتمع: إنَّ التغيرات الاجتماعية المتعددة التي تحصل بداخل المجتمع كفيلة بتوليد مشاعر القلق والريبة والخوف من القصور وضغط الوقت. ومشكلات تكوين العلاقات مع أفراد المجتمع الآخرين، وتشتمل هذه التغييرات على:

- تأكيد جماعات الأقلية لحقوقها.
- التنافس من أجل الحصول على وظيفة، فهناك خوف من البطالة.
- التزايد المستمر في معدلات ارتكاب الجرائم.
- الانهيار المتزايد في العلاقات الزواجية والذي يؤثر في وحدة وكيان الأسرة.
- عيش كبار السن بمفردهم مع عدم وجود أي دعم يساندهم، أو وجود دعم بسيط فقط.

6) مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة.

7) الاستعداد الوراثي في بعض الحالات (شارلز وميلمان،1989، ص16).

كما ويشير القريضي (1998، ص132) إلى أن الطفل يقوم بتنمية حاجات عصابية معينة من أجل أن يتغلب على مشاعر القلق وذلك للتخفيف من حدته.

ونلاحظ مما سبق أن العلماء قد اختلفوا في حصر الأسباب التي تؤدي إلى القلق، ولهذا السبب نجد أن هناك صعوبة بالغة كي نصل إلى تحديد مفهوم دقيق للقلق.

ملاحظات عامة في علاج القلق عند المرأة:

إنَّ للمرأة فترات خاصة تمر بها هي فترات الدورة الشهرية والحمل والولادة والنفاس، تجعلُ المرأةَ في حالةٍ جسميةٍ ونفسية خاصة، ففي هذه الفترات تلاحق المرأة أمراض كثيرة تكون من خلالها مضطربة وقلقة لا تتمكن من أنْ تسير سيرا طبيعيا (القاضي، 1985).

وعلى العموم لا توجد اختلافات كبيرة بين علاج الرجل أو المرأة في حالات القلق ولكن توجد بعض الملاحظات البسيطة التي لابد من سردها. منها: وجود تشابه بين أعراض القلق وبين أعراض بعض الأمراض العضوية، لذا من المهم جدا التأكد من عدم وجود أي مرض من الأمراض العضوية مثل: القلب وأمراض الغدة الدرقية. حيث أنَّ الأعراض التي تتصف بالتعرق والرجفة والخفقان تتشابه مع بعض أمراض الغدة الدرقية والقلب. إنَّ أهمية هذا الأمر بالنسبة للمرأة فإنه من النادر أن تفحص لمرض القلب عندما تأتي بنفس الأعراض التي يأتي بها الرجل. حيث أن الرجل عندما يعاني من أعراض القلق فإن الطبيب سوف يقوم بفحصه حتى يتأكد من عدم وجود مرض في القلب، أما في وضع المرأة فباعتبار أن النظر إليها بأنها تشكو من أعراض

نفسية كثيرة، وهذه النظرة تجعل الطبيب يشخص حالتها على أنها نفسية وليست حالة عضوية (الصواف و الجلبي، 2001)

أما أمراض الغدة الدرقية فإنها منتشرة بين النساء بصورة أكبر من الرجال على حسب كلام الأطباء، لذا من الأهمية بمكان إجراء فحص للغدة الدرقية لكل امرأة تظهر عليها أعراض القلق. وعندما تصلُ المرأةُ سنَ انقطاع الخصوبة أو حتى السنين القريبة لتلك السن التي فيها الدورة الشهرية مستمرة قد تحدث لها أعراض وقد يخطئ البعض ويعتقد بأن أعراض سن انقطاع الخصوبة هي أعراض القلق، وقد يصف الأطباء عن طريق الخطأ بعض الأدوية المهدئة بينما العلاج الصحيح في هذه الحالة هو إعطاء المرأة هرمون الأستروجين ليعوضها عن النقص الهرموني الذي حدث في جسمها. من الأفضل أن يحلل مستوى هرمون الـ F.S.H مع هرمون الأستروجين وذلك في اليومين الذين يسبقان الدورة للتأكد من تشخيص حالة انقطاع سن الخصوبة. وكذلك هنالك ظاهرة انتشرت بصورة كبيرة بين النساء وهي التدخين وتناول القهوة، وبما أن التدخين والقهوة يحتويان على عقاقير منبهة قد تعطي نفس أعراض القلق لذا من المهم أن نأخذَ مثل هذا الأمر في الاعتبار في خطة العلاج. كما توجد عقاقير أخرى تتناولها النساء وتسبب أعراضا مشابهة للقلق منها: عقاقير إلتهاب المفاصل والروماتزم والتي يطلق عليها مسمى العقاقير(غير الستيرويدية)، وكذلك العقاقير الستيرويدية، وعقاقير الزكام، والحبوب التي تستخدمها بعض النساء لتخفيف الوزن من خلال تثبيط الشهية(الصواف والجلبي، 2001)

قلق الولادة:

إنَّ الحمل والولادة عمليتان متضاربتان عند المرأة، فالعملية الأولى تكمن أهميتها في تحقيق الرضا النفسي للمرأة لأنها بالحمل تستطيع المرأة إثبات أنوثتها وجدارتها بالأمومة، أما العملية الثانية (الولادة) هي عملية معاناة منها ما هو جسمي ومنها ما هو نفسي فالمعاناة النفسية تكمن بسبب حرص الأنثى أن يكون مولودها سليما يتوافق مع ما تتمناه ومع توقعات العائلة كلها. أما المعاناة الجسمية فهو أمر لابد منه في الحمل والولادة ابتداء من الغثيان والتقيؤ في الأشهر الأولى من الحمل، وانتهاء بآلام الوضع عند الولادة.

وعموما فالمرأة تجد الرضا والقناعة في الحمل والإنجاب إلا أن البعض منهن ينعدم لديهن الشعور بالثقة وعدم قدرة تحمل مسؤولية الحمل والإنجاب وتربية الأطفال. وهذه الظاهرة أصبحت موجودة بكثرة في المجتمعات المعاصرة والسبب في ذلك يعود إلى أنَّ المرأة المعاصرة في الغالب لا تنظر إلى إنجاب الأطفال كضمانة ضرورية للزواج، فهي ترى بأن الأطفال قد يشكلون عبئا على أنوثتها وكفاءتها في الأمور الحياتية. وهذا الذي يفسر التناقص المستمر في

نسبة المواليد في المجتمعات المتقدمة والتي حصلت فيها المرأة على درجة كبيرة من التحرر في الحياة (الخالدي والبرواري،2013)

إنَّ مرحلة الحملِ وما يصاحبها من ضغوطات نفسية نابعة من مخاوف والآم الولادة من شأنها أن تزيد حدة القلق لدى المرأة الحامل، مما قد ينتج حالة نفسية تتصف بالكآبة والتوتر في شخصية الحامل كله نتيجة الضغوطات التي ترافق فترة الحمل (Glynn,Schetter, Hobel& Sandman, 2008)

أما بالنسبة لموضوع الحمل فإنه أكثر ارتباطا بالحياة النفسية للأنثى، فمهما كانت أنوثة الأنثى ومهما بلغ حظها في الزواج فإن صورتها عن ذاتِها لا يمكن أن تكتمل إلا إذا أصبحتْ حاملاً، وعندئذ فقط تشعر بأنها أنثى كاملة بالفعل، ولذا فإن أي شيء يعترض إمكانية حمل المرأة سوف يكون له مردود نفسي كبير جدا عليها.

وبما أن نسبة (20%) على أقل تقدير من حالات الحمل قد يحدث فيها ما يعرف بالإجهاض التلقائي، وهذا يسبب للأنثى الحامل حالة من القلق والترقب.

إنَّ المشاكل النفسية التي قد تحدث للحامل وما ينجم عنه رفض الأنثى للحمل إما خوفا منه أو تخوف من الولادة أو الخوف من تحمل المسؤولية أو بسبب عدم التوافق الزواجي، كما توجد فئة من الإناث ترفضن الحمل في مرحلة أو أخرى لأسباب مهنية أو جمالية، وهذا ما يجعل الحملُ مصدرا للمعاناة النفسية لديهن

إنَّ مرحلة الولادة هي مرحلة توقع وانتظار عظيمة بالنسبة للحامل، وهذا ما يجعل منها حالة من القلق والتوتر فضلا عن أنها ستتحمل عبئا جديدا من المسؤولية قد لا تكون قادرة على تحمله.

كما أنَّ الولادة تعتبر مرحلة من مراحل الشدة في حياة الحامل، كما أن هناك الكثير من الأعراض المرضية سواء النفسية أو العقلية التي من الممكن حدوثها خلال الأسابيع الأولى بعد الولادة، وأغلب هذه الأعراض بعد أول يومين من الوضع، ويزيد احتمال وقوعها ليبلغ الذروة بعد أربعة عشر يوما من الوضع، ثم يقل تدريجيا بعد ذلك (الخالدي والبرواري،2013)

لذا فإن المرحلة الأخيرة للحمل مهمة جدا لفهم الموقف النفسي الذي يحدث لحظة الولادة، فعندما تقترب لحظة الولادة تظهر بعض المؤشرات المنذرة، إذ إنه قبل الحدث بأسابيع يهبط الرحم، ويؤدي هذا الوضع إلى إحساسات بالتوتر والضغط والقلق وضيق التنفس، وبالإضافة إلى

نفاذ الصبر النفسي، واضطراب الانسجام بين الأم والطفل، وكأن الطبيعة تهيئُ للأمر الذي سيحدث مسبقا، وتحرص على أن يتم الانفصال بين الأم والطفل دون أنْ يحدث ألم من الناحية النفسية(دوتش،2008)

لذا من الضروري العناية بالحالة النفسية للحامل خلال الشهرين الأخيرين من الحمل لوجود خوف من تعسر عملية الولادة أو حدوث ولادة مبكرة لها، بالذات عند سماع الأحاديث الجانبية التي قد تساهم في تعقيد الحالة النفسية للحامل(العلبي، 1987).

إن ما يحدث في الأسابيع الأخيرة من الحمل حيث تتسبب العوامل الفيزيولوجية بتشويش الاتحاد بين الأم والطفل، كما تؤدي التغيرات العضوية إلى انعدام الشعور بالراحة. أما العِبْءُ الجسدي فإنه يتخذ طابعا عدائيا تجاه الاتحاد بين الأم وطفلها. ما يحدث في هذه المرحلة هو أن الجنين يصبح كالجسم الغريب تماما مثل ما يحدث في المرحلة الأولى من الحمل، كما يحدث صراع نفسي بين الإرادة في الاحتجاز والإرادة في الاستبعاد، وإذا اكتسب هذا الصراع بين الميلين طابعا مرضيا وكان الترجيح للقوى الاستبعادية فقد تكون النتيجة ولادة قبل الأوان، أما إذا قلقت الأم على مصير طفلها بعد استبعاده وقلقت من مسؤوليتها الجديدة فقد تكون النتيجة هو ظهور ميل الاحتجاز وإطالة فترة الحمل. إن التعلق بالوضع الراهن والخوف والقلق من مخاطر الولادة وآلامها يخلق مقاومة لإنهاء الحمل. وعدم الانسجام (سواء الفيزيولوجي أو الكيميائي) الذي يحدث في الأسابيع الأخيرة من الحمل هو تمهيد للانفصال الذي يؤكد على انتصار العنصر الفيزيولوجي على النفسي. كما أن مسألة معرفة جنس الطفل هي التي تتسبب في حدوث فضول وقلق عند الأم مما يجعلها نافذة الصبر، حيث من المعروف أن عدد كبير من النساء يرغبن أن يَكُنَّ وليدهن الأول ذكرا؛ بسبب الدوافع الاجتماعية وخاصة الفردية والنفسية، حيث يرغب (الأب والزوج) بالذكر، وتنضم المرأة لرغبتهما لأنها تريد أن تظهر لهما بولادة الطفل الذكر بأنه مؤشر عن حبها لهما وكذلك لرغبتها وأمنيتها في أن تجد ابنها يوما ما في المستقبل رجلا يحميها. ولكن أيضا هنالك تطلع نرجسي يختبئ خلف هذه الأمنية هو رغبة المرأة ببنت لتبعث بها.

تصبح المرأة نافدة الصبر في الأسابيع الأخيرة من الحمل ويزداد فضول، حيث تذكرنا بالحاجة الطفولية لاكتشاف الأمور، وتتبادر في ذهنها عدة أسلة منها: (كيف سيخرج هذا الطفل؟) و(كيف سيجتاز شيئا كبيرا بحجم الطفل هذا المنفذ الصغير؟)، كما ترتعد المرأة من القلق والخوف إذا كان حراك الجنين أقل من ذي قبل، فتتوقع أن شيئا منغص قد أصاب جنينها، أما إذا تحرك جنينها أكثر من ذي قبل فتشعر بالقلق وتعتقد بأن شيء غير طبيعي قد أصاب الجنين.

ويتزايد خوف المرأة ليس على حياتها الخاصة فقط ،وإنما أيضا على حياة جنينها (هل هو طبيعي، هل سيعيش، من يشبه ، ما جنسه) وتشعر بالقلق ازاء ذلك وسط ترقبها المفرح.

وعلى العموم عند جميع النساء -القوية أو الضعيفة، السعيدة والحزينة- الكثير من مشاعر القلق والاضطراب والانتظار، الفرح ونفاذ الصبر، كل ذلك يخفي القلق والخوف من الولادة، الذي يبدأ خطره بالزيادة تدريجيا مع اقتراب موعد الولادة. (دوتش، 2008)

وفي حقيقة الأمر يظهر هذا القلق بصورة مرتفعة عند معظم الأزواج أثناء الحمل، حيث يظهر لديهم خوف من المجهول ومخاوف على صحة الجنين وهل ستكون ولادته بصورة طبيعية بالإضافة إلى مخاوف أخرى تتعلق بالألم الذي يرافق عملية الولادة (Beischer & et al., 1997, P.311).

وصحيحٌ أن الولادة هي ظاهرة فيزيولوجية، إذ يكون بعض من مظاهرها قريب من المرضي من حيث ما تتضمنه من الآلام والنزف، حيث تم اكتشاف عدد من الطرائق الفعالة من أجل تجاوز المخاطر التي قد تحدث في الولادة، فقد اكتشف الطبيب النمساوي سيمويلويس سلاحا فعالا في التعقيم التوليدي ضد حمى النفاس، بعد معرفته بأنها تحدث بسبب حدوث إلتهاب في المجاري التناسلية. وكذلك الاكتشافات التي توصل لها توماس واتسون (من انكلترا) وأوليفر ويندل هولمز (من أمريكا) كانت لها الفضل في انخفاض نسبة الوفيات بالولادة إلى أدنى حد (دوتش،2008).

كما تجدر الإشارة إلى أهمية التنفس أثناء المخاض فالمرأة التي تسترخي وتتنفس بعمق أثناء تقلصات الولادة سيعمل جسمها ودماغها بأداء أفضل، كما ويعتقد بعض الخبراء أن ذلك يجعل وظيفة الرحم هادئة (هارفي،1999).

إن القلق والمخاوف التي تحملها المرأة من الولادة ليست إلا انبعاثات لخوف عميق من الموت والذي يرافق الحياة الجديدة التي ستستفيق في جسد الأم. أحد مظاهر هذه المخاوف هو الخوف من الانفصال، إن ما يحدث خلال فترة الحمل هو اندماج الأم بالطفل لذا خوف الانفصال لا يعبر عن نفسه فقط بـ (أنا في طريقي لفقدان الطفل) بل أيضا (الطفل في طريقه لأن يفقدني). وبتعبير آخر فإن الطفل بعد الولادة يفقد الأمان والحماية المطلقة، إن التحليلات التي تجرى للحوامل عند اقتراب فترة نهاية حملهن تكشف عن وجود مادة نفسية حيث أن الأفكار الناتجة من الخوف من الولادة تتوافق مع ردود فعل صدمة الولادة. حيث يقول فرويد بأن الطفل عندما ينفصل عن أمه يظهر ما يسمى بالقلق النفسي الطفولي الأول.

وكذلك يوجد مصدر آخر للقلق والخوف من الموت بسبب الولادة وهو علاقة المرأة مع أمها، فإذا كانت هذه العلاقة مشحونة بالذنب سوف تجد المرأة نفسها عاجزة من أجل أن تصبح أما سعيدة. إن هذا القلق والشعور بالذنب الذي يرافقه موجودان بالذات أثناء الولادة. فتظهر ردود أفعال كتمنيات الموت للأم، كما توجد مشاعر ذنب ناتجة من رغبة في قتل الطفل الذي ولدته أو ألذي تخيلت أنها ولدته. فالخطر يكون عميقا جدا في الموقف الفعلي للولادة إذا لم تنجحْ المرأة في حل علاقتها بأمها. وهذا ما يفسر القاعدة المعروفة لدينا حتى السنين الأخيرة وهو ضرورة حضور الأم عند المريضة.

أما النساء الحوامل واللواتي تم علاجهن من حالات عصابية، فإن قلقهن العصابي في نهاية الحمل يتركز على الطفل، فالنسوة يعانين من الوسواس بأن الطفل سيصاب بأمراض خطيرة وبشعة. صحيح أن هذا القلق في الفترة الأخيرة من الحمل قد يصيب جميع النساء حتى السليمات منهن، لكن بدرجة بسيطة، أما في حالة النساء العصابيات يكون بحدة أكبر.

وقد يعود القلق والخوف من الولادة عند المرأة الحامل إلى أسباب أخرى مثل أن تحدث الولادة وهي في حالة مرضية، أو عندما تقلق المرأة الحامل من المصير الذي يهدد طفلها (في حالة الولادة غير الشرعية على سبيل المثال)، أو قلقها بسبب أن حالتها الخاصة ستصبح صعبة بقدوم الطفل.

علاوة على القلق والمخاوف الفردية التي تصيب المرأة الحامل، فقد تصيب الأشخاص المحيطين بها والذين هم يحبونها حيث يملأ القلق قلبهم أثناء حدوث الولادة (دوتش،2008).

لذا يجب على القابلة والتي تقوم بعملية التوليد أن تكون على قدر كبير من الحساسية والعناية، حيث من الواجب عليها أن تعتني بكل من الأم وأفراد عائلتها(Brown,1999 & Bennett).

ولكن ما يجب الإشارة إليه بأن القلق والخوف الذي يحدث من الولادة لا يؤثر على تفاؤل امرأة سليمة من الناحية النفسية كما لا يشوش على تفاؤل الأشخاص العاديين المحيطين بها وذلك للثقة الأولية عند الجميع بانتصار الحياة على الموت. أما إذا اهتزت هذه الثقة ففعلا ستكون الأم الحامل في خطر لأنها لن تستطيع أن تأقلم نفسها مع المصاعب المحتملة من الولادة كما لن تستطيع أن تتكيف مع الأحداث الجسدية التي ستنجم من الولادة.

وبما أن القلق والخوف من الولادة منتشر عند الكثير من النساء، فالبعض منهن يتخلين عن الزواج وكذلك عن إنجاب الأطفال حتى يتحاشينه، أما البعض الآخر فإنهن يستبقنه بالإجهاض والعقم، والبعض الآخر يضعن القوى البيولوجية تنتصر على قلقهن وخوفهن ثم يجدن أنفسهن في عالم جديد وهو عالم أمومة يتصورنه بأنه مليء بالرعب والألم، ولكن تجدر الإشارة إلى أن الكثيرات يتقبلن هذه التضحية من القلق والخوف مقابل إنجاب الطفل.

ولقد بينت الدراسات بأن المرضى الذين تم إعدادهم وتهيئتهم نفسيا للعملية ساعدهم ذلك في تجاوز القلق والخوف من إجراء العملية كما ساعد على إنجاح العملية بشكل كبير، لذا فإن المرضى الذين لم تتاحْ لهم فرصة من أجلِ الإعداد النفسي لإجراء العملية فإنه من المتوقع أنهم سيعانون من ردة فعل لصدمة نفسية. الشيء نفسه يمكن حدوثه في حالة الولادة فإذا تم تهيئتها نفسيا طوال فترة حملها جيدا لتلك اللحظة فإن من شأن ذلك أن يخفف من قلق وخوف الولادة.

وقد تكون المرأة سلبية؛ مما يجعلها تشعر في نهاية حملها أنه سيخرج منها شيء في تاريخ محدد سيغير من نظامها المعتاد، وهذا الشيء سيشكل قوة لن تستطيعَ أنْ تسيطرَ هي عليها وسيتوجب عليها الخضوع والإذعان الكامل لها، فهذا الموقف بحد ذاته كفيل لأن يولد بالمرأة الحامل القلق والخوف.

وعندما يصبح الحمل في مرحلته الأخيرة يزداد اضطراب المرأة وعدم شعورها بالراحة، وكلما اقترب موعد الولادة أكثر كلما أصبح للطفل مكانة في حياة المرأة العاطفية وكلما تشوقت لرؤيته في العالم الخارجي، وعندما يتحول الاضطراب والضيق النفسي إلى الحدث الفعلي فيبدأ الاحساس بالآلام التمهيدية ثم تصبح طلقا حقيقيا، ومن الممكن أن يؤدي الخوف من الانفصال بصورة مختلفة إلى انفصال قبل وقته(دوتش،2008)

من أبرز المظاهر التي تنتشر عند أغلبية النساء في الأسابيع الأخيرة من الحمل كالآتي:

1. نقص في الوزن يتراوح بين نصف كيلوجرام إلى واحد ونصف كيلو جرام، نتيجة حدوث نقص الماء بسبب حدوث انتقال للأملاح، ويكون مسبوقا بتغير هرموني الأستروجين والبروجستيرون.
2. اندفاع في الطاقة: فتشعر الحامل بأن لديها طاقة كبيرة تدفعها للقيام بأعمال المنزل من تنظيف وتنظيم، وبعض النساء تعاني من قيء وإسهال وعسر في الهضم.
3. حدوث الآم في أسفل الظهر.

4. الشعور المستمر بالحاجة إلى التبول.
5. الشعور بنزول الجنين.
6. ارتفاع نسبة إفرازات المهبل مختلطة بالدم.
7. جهوزية عنق الرحم.
8. حدوث تمزق للغشاء المحيط بالجنين (فضة وآخرون، 2002).

من أبرز المظاهر التي تنتشر عند أغلبية النساء في الأسابيع الأخيرة من الحمل هي عدم قدرتهن على النوم بهدوء، كما يزداد نشاطهن في القيام بالأعمال الأخرى، وذلك حتى يتحررن من أي مخاوف شعورية وحتى يتحايلن على وضعهن المقلق. إن إحساس المرأة بالانقباضات الرحمية قد يدفعها ذلك للذهاب للمستشفى قبل الموعد ثم تكتشف بأن ذلك إنذار خاطئ، فتشعر بخيبة أمل إزاء ذلك وبالتالي تتأثر الولادة وتمر بطور من الكبت، لذا وحتى نفهم العناصر النفسية التي ترافق هذا الوضع من الولادة فإننا سنشير إلى الظواهر الفيزيولوجية وسنميز بين ثلاث مراحل للولادة الطبيعية:

ـ **المرحلة الأولى** هي التوسع في عنق الرحم، حيث يعتبر ذلك مؤشر إنذار على بداية الولادة وفي هذه المرحلة تكون المرأة لديها قابلية واستعداد وذلك بسبب أنها تهيأت لصدمة الانفصال في أواخر حملها وهذه المرحلة عادة تستغرق أيام حيث تحدث فيها انقباضات لعضلة الرحم ويرافقها شد مؤلم، وكلما اشتدَّتْ الانقباضات كلما زاد التوسع إلى أن تصبح الانقباضات قوية جدا فتجذب برزخ الرحم فتنفتح فتحته حتى تسمح بمرور الطفل، وهذه الفتحة تبدأ بالتوسع التدريجي، ثم تضغط الأغشية المحيطة بالجنين على الفتحة فتتهشم، وتخرج منها كمية من السائل (دوتش،2008).

لذا يستحسن في هذه المرحلة عمل عدد من الإجراءات للأم الحامل منها:

1. متابعة عدد مرات انقباضات الرحم وشدتها.
2. قياس نبض الجنين سواء باستخدام الموجات فوق الصوتية (Ultra sound) أو بواسطة السماعة الطبية.
3. الفحص المهبلي (P.V): حيث يفيد في معرفة مدى التوسع في عنق الرحم ومعرفة موضع الجنين، كما يجب عدم عمل هذا الفحص إلا للضرورة القصوى.

4. مراقبة وضع الأم الصحي: من خلال قياس العلامات الحيوية كل 4 ساعات وهي (الضغط، الحرارة، التنفس، النبض).

5. السماح للأم بالتبول، وإنْ تعذر عليها فعل ذلك، يجب وضع أنبوب القسطرة البولية، كما ينبغي إعطاؤها الحقنة الشرجية وذلك من أجل إخراج الفضلات من المستقيم، كل ذلك من شأنه أن يساعد على توسع عنق الرحم، وتسهيل مرور الجنين بالحوض وتسريع تقلصات الرحم من أجل حدوث عملية الولادة.

9. الحرص على النظافة وذلك من أجل منع حدوث التلوث (F.Gary Cunninghan and others,2001)

ـ **المرحلة الثانية من الولادة**: وهي مرحلة الاستبعاد حيث تستمر عضلات برزخ الرحم في الانقباض باتجاه طولي بينما توجد في الأعلى العضلات المتموضعة والتي تنقبض باتجاه دائري، وعندما ينتقل الانقباض الدائري للأعلى يصبح الجزء السفلي من المهبل والرحم رخوا، مما يتيح للطفل الاندفاع باتجاهه، بحيث يخرج رأس الطفل من المهبل بسبب قوة الانقباضات الرحمية وكذلك وجود ضغط من عضلات البطن (دوتش،2008).

ان هذه المرحلة عادة ما تستغرق عند الحوامل لأول مرة من (30) دقيقة إلى 3 ساعات، أما بالنسبة للأمهات اللاتي لديهن تجربة سابقة للولادة فتستمر من (5-30) دقيقة (Decherny & Nathan,2003)

ـ **المرحلة الثالثة**: تستغرق هذه المرحلة (15-30) دقيقة بعد ولادة الطفل حيث يتم فيها طرد المشيمة ولواحق الحمل.

إنَّ المرحلتين الأخيرتين من الولادة ينبغي تكثيف الاهتمام بهما من الناحية النفسية فالانقباضات والتوسعات وعضلات الرحم ترتبط وظائفها بالأعصاب، إذ توجد ثلاث مصادر للأعصاب: الجهاز العصبي الودي، والجهاز شبه الودي، والكابت للاستبعاد الجنيني هذه هي التي ترتبط بها عضلات الاستبعاد، فعندما تسير الولادة على نحو طبيعي فهذا يكون بسبب حدوث تفاعل منسجم للعضلات مزودة بالأعصاب. ومن المعروف في الطب النفسي الجسدي أن الأجهزة العصبية الودية وكذلك غير الودية ترتبط بالتأثيرات العاطفية.

كما أنَّ موقف المرأة من مجيء طفلها ومدى أهليتها لأن تصبح أما، وأحداث حملها والمواقف التي حدثت لها في الحياة كل ذلك يساعد على تهيئة جو نفسي ملائم للولادة.

تتخذ كثير من النساء موقف سلبي في أثناء مرحلة الآلام التمهيدية، على الرغم من تهدئة الطبيب لهنَّ بأن لا داعي للقلق، وعندما تشتد عليهنَّ الآلام ينفد صبرهن ويصبحنَّ سريعات الغضب؛ فيطلبن الطبيب ومخدر الألم.

إنَّ الإيجابية مهمة جدا من أجل أن تكون الولادة طبيعية سليمة. إن المرأة المتأثرة بعقدة الرجولة لا تشتكي طوال فترة حملها، وترى بأن الولادة هي طور بيولوجي لا يدعو للقلق، وهي لا تعترف بخوفها وقلقها من الولادة ولا حتى تطلب مخدرا إلا إذا ازدادتْ الحالةُ سوءا كما تقوم بمناقشة الطبيب وطاقم التمريض بنفسها. وهناك نوع آخر للمرأة الرجولية تعتبر الولادة مهانة فرضت على النساء كما ترفض أن تتحمل الألم أو تتعاون في ولادتها مع الطبيب.

أما بالنسبة لإيجابية المرأة المتوسطة فإنها عادة عندما تظهر أول الآلام فإنها تكون نشيطة حيث أنه من الممكن أن تقوم بنفسها بترتيب الحقيبة، كما قد تطمئن على أطفالها قبل ذهابها للمشفى، وقد تريد أن تتحدث بالهاتف، وهي تريد بنفسها إبلاغ الطبيب المسؤول عن توليدها بأن عمله قد بدا.

وفي نهاية مدة الحمل تصبح المرأة نافدة الصبرِ، وتمتلك انطباعا بأنه لا يفصلها عن طفلها إلا ستار الحاجز البطني، وتصبح متهيجةً جدا لرؤيتِهِ بأسرعِ ما يمكن.

أما في مرحلة التوسع (المرحلة الاولى في الولادة) تخضع المرأة لقوى داخلية فعليها أنْ تتحملَ هذه المرحلة بصبرٍ وأن تتعاون فيها، وهناك نساء يرفضن الخضوع لقوى داخلية لذا لو تأثرت هذه المرحلة بتوتر شديد فإن الطلق سوف يفقد تلقائيته الطبيعية وبالتالي قد يؤدي ذلك إلى أنْ تطول هذه المرحلة بسبب الانقباضات التي قد تصبح بطيئة أو حتى معدومة وتتوقف على إثْرها الولادة. أما في مرحلة الاستبعاد فإن الولادة تحتاج لمهمة جسدية ونفسية، والدفع البطني الذي يحدث هنا يحتاج إلى جهد كبير، كما يتزايد الألمُ كثيرا، حيث يبدأ الدفع بإيقاع مع الآلام، ومن المهم وجود تشجيعات خارجية ترفع معنويات المرأة لإتمام عملية الاستبعاد بالطريقة المطلوبة. (دوتش،2008)

إنَّ نظرة الأم تجاه حملها له تأثير كبير على الجنين، فالمرأة التي تستاء من حملها لأي سبب من الأسباب تكون في حالة من الاضطراب والتوتر أكثر من المرأة التي تكون سعيدة بحملها وتنتظر طفلها بفارغ الصبر (منسي ،الطيب ،حنين، 1986).

إن الولادة تحتاج إلى ضبط كبير للخوف والألم، حيث أن النساء اللواتي يتعرضن لنزف خطير، وفي الوقت نفسه يظللن واعيات يشعرن بأنهن منفصلات عن الواقع، على الرغم أنهن يدركن أهمية أن يكنَّ نشيطات كما ويشعرن بالضيق النفسي للأطباء الذين قاموا بكل ما في وسعهم حتى يسيطرون على موقف الخطر بالرغم من ذلك فإنهن الأقل قلقا من الجميع. كما أن هناك نساء تعرضن لولادات عسيرة جدا، لكن تلقائية بالكامل وذلك لم يمنعهن بأن ينشغلن بمصير أطفالهن كما وتعذبن من أجل أن يعيش أطفالهن بعدهن.

إن التأثيرات النفسية اللاشعورية تؤثر كثيرا في المشاركة الإيجابية أثناء الولادة، ولذا فمن الممكن أنْ يتوقف طلق كان قد بدأ، وأيضا لهذا السبب قد تصبح الانقباضات خفيفة جدا أو قوية جدا، أو لا تحدث في اللحظة المناسبة، أو قد تحدث بطريقة مختلفة فبدلا من الاسترخاء يحدث انقباض، وبدلا من الدفع تحدث حركة اعتراض واحتجاز. وأحيانا تأخذ المرأة دورا سلبيا فتتوقف فجأة عن المشاركة وكأنها تحمي نفسها من الآلام ومن الخوف الذي يجتاحها في ذلك الوقت، وأيضا هناك نساء أخريات يردن الحفاظ على ضبطهن الإيجابي حيث أنهن لا يحترمن الإيقاع الطبيعي للطور وذلك يؤدي إلى نشاط الانقباضات.

ما يحدث عند كثير من النساء أثناء الولادة أنهن يشعرن بالعجز عن القيام بالوظيفة بأنفسهن لذا يطلبن مساعدة خارجية، لذا فإن ردة فعلهن مقابل العجز الذي يشعرن به هو الخوف أو الغضب الجنوني، كما أنهن يوجهن الكثير من التأنيب الغاضب للأشخاص المحيطين بهم.

إن صدمة الوضع والخوف الطبيعي الناشيء منها يمكن أن يوقظ المخاوف القديمة لدى المرأة في أثناء عملية الولادة، وهذا بدوره قد يؤثر في الطلق وفي عملية سير الولادة بشكل طبيعي.

إن الأساليب التي تعبر عن ألم الولادة عند النساء مختلفة، فبعضهن لا يصدرن اي صوت منذ البداية وإلى النهاية، وأما البعض الآخر فيتصرفن بطريقة عنيفة جدا. كما عند انتهاء الولادة البعض منهن ينفي تعرضه لألم كثير، والبعض يعلق على التجربة وتقول كم كان مخيفا جدا. هذا الموقف الذي تتخذه المرأة من الألم ومدى تقبلها للألم يعتمد على عوامل كثيرة منها انتظارها المفرح للطفل أو رفضها إياه، وعندما تبلغ آلام المرأة حدا كبيرا تقوم بطلب مخدر وذلك للهرب من ألم وخوف لا يطاق. وبعض النساء رغم الآلام القوية التي تصيبها ورغم رغبة الأطباء في التخفيف عنهن إلا إنهن يَحْتَجِجْنَّ ضد إعطائهن المنوم؛ لأنهن يخشين إذا تم تخديرهن بالكامل فلن يشعرن بشيء وأنهن سَيَكُنَّ تحت رحمة سلطات خارجية قد تعجز عن الدفاع عنهن،

وأنهن سيفقدن إحساسهن بجسدهن، وبالتالي قد يجرى عليهن شيئا مخيفا. بعضهنَّ يراقبنَّ بكل تركيز وانتباه تحضيرات الولادة، وبعضهنَّ يحاولنَّ ضبط أنفسهنَّ، وعند اليقظة يتساءلن بقلق عما فعلنه أثناء البنج.

وكثير من النساء لا يستطعن أن يتعاملن مع الألم الذي عليهن معاناته، فمثلا المرأة المصابة بالهستيريا تقوم بإظهار ألمها بشكل كبير جدا لمن حولها كما وتقوم بالمطالبة بتعويض. أما المرأة التي تعاني من الاكتئاب أو التي هي معذبة بمشاعر الذنب فهن يعملن على تفاقم ألمهن وإطالته. أما بالنسبة للمرأة التي تتصف بالعدوانية فإنها تستخدم ألمها من أجل أن تثير عند زوجها مشاعر الذنب فمثلا أن تقول له (ها هو ما فعلته)، بالنسبة لزوج هذه المرأة فإنه يفضل أن تلد زوجته ولادة بلا آلام حتى لا يشعر بشعور اللوم الذي تسمعه إياه (دوتش،2008).

لكن في الوقت الحاضر يتم استخدام العقاقير من أجل التحكم بالألم، كما يتم تحديد المدة الزمنية التي ستستغرقها الولادة وذلك وفق تقنية فن التمريض المستخدمة، كما يمكن تقليص الخوف شيئا فشيئا من خلال جعل الأم إيجابية وتشارك بنشاط أثناء الولادة. حيث أن المشاركة النشيطة للأم أثناء الولادة يجعلها تشعر بالفرح والزهو من إنجازها كما ويساعد ذلك في تسريع الاتحاد مع الطفل. (دوتش،2008)

لذا من الضروري وجود الدعم النفسي مقدم للأم في عملية الولادة ومن قبل القابلات وأطباء النساء والولادة حيث وجد أن هذا الدعم يساهم في تقليل الحاجة إلى استخدام الأدوية المخدرة (Chamberlain & Steer,2001).

إن العلاقة بين النفساء ومن يُوَلدها لها أهمية كبرى، فضبط الخوف والقلق وكل القدر النفسي الذي سيحدث في الولادة يرتبط ارتباطا وثيقا بهذه العلاقة، فمثلا بعض النساء تنظر لشخصية المُوَلِّد وكأنها شخصية أبيها الحانية عليها والعارفة بكل شيء، لذا تعتقد هذه النسوة بأنها لن تصابَ بأي أذى ما دام مولدها موجودا بجانبها وهي تخضع لأوامره. وأما بعض النساء واللواتي يتصفن بالعدوانية فإنهن يتخذن المولد كأداة من أجل أن تصب عليه عدوانيتها، والبعض الآخر واللواتي هن بحاجة للحب والعاطفة فإنهن ينتظرن من المولد تعاطفه وتفانيه في خدمتهن.

إن الولادة تعد أعظم تجربة في حياة المرأة بالذات إذا سارت وفق مجراها الطبيعي، وإذا أمكن السيطرة على العناصر المشوشة الداخلية والخارجية، وإذا أمكن التوصل إلى إلغاء الخوف من المرأة بتأثير عاطفي مباشر، والسبب في أنها تعد أعظم تجربة يعود لعاملان أولهما فرحة

الإنجاز والثاني العلاقة اللطيفة مع الطفل والتي تبدأ بعد الولادة فكل الطاقة النفسية المتعلقة بالطلق ترتد بعد ذلك على الطفل في لحظة الولادة.

وعلى المرأة ان تتخلص من البقايا الأخيرة للقلق النفسي والمتمثلة فيما اذا كان طفلها حي أو هل طفلها طبيعي، وكذلك فضولها عن جنس الطفل. إن المرأة تكون نافدة الصبر إلى أن تتمكن من الرؤية المحسوسة للطفل ثم تهدأ.

إن الولادة تشكل محنة وأزمة خطيرة جدا وبالذات على الحياة العاطفية وقد يكون لها تأثير أحيانا علاجي أو مرضي، فمثلا بعد الولادة قد تهدأ حالات اكتئابيه أو تتزايد لدرجة أنها تصبح فعلا مرضية، وكذلك قد تتحسن الحالات العصابية الهاجسية أو قد تتفاقم (دوتش،2008).

العقاقير المستخدمة من أجل تهدئة ألم الولادة:

إن بعض الحضارات القديمة أعطت عملية الولادة أهمية واهتمام كبير فمثلا المصريين القدماء اكتشفوا طريقة العزل وذلك للتغلب على حمى النفاس حيث أن هذه الحمى تقضي على نسبة لا يستهان بها من المواليد والوالدات (فياض وأديب، 2001، ص82).

ولعله من المفيد كذلك أن نتحدث عن قصة التخدير، حيث أنه استعمل لأول مرة في نفس السنة التي ظهر فيها أعمال سيمويليس عن التعقيم التوليدي، وبعد ذلك في سنة (1847) استخدم السير جيمس سيمبسون بداية في التوليد المركب المخدر (الأثير) ثم بعد ذلك استبدله بالكلورفورم، وبعد ذلك تم الإعلان عن اكتشاف جديد وهو التعقيم والذي يقضي على شبح الموت، كما تم اكتشاف البنج والذي يخفف من آلام الطلق. (دوتش،2008)

أما المئة سنة الأخيرة فإنه لم يتم اكتشاف شيء جديد لتخفيف الألم عند الولادة، فقد تم استخدام الأكسجين و بروتوكسيد الآزورت، والكينين، وسلفات المغنسيوم والمورفين والأثير في وصفات مختلفة من أجل تخفيف آلام النساء. أما استخدام السكوبولامين والمورفين أسفل الجلد يؤديان إلى فقدان كامل للذاكرة والنوم حتى وإنْ تم الإحساس بآلام الانقباضات، كما تم مؤخرا استخدام الحقن العضلي والشرياني للبيرنوستون. وتم اكتشاف طريقة لتخفيف ألم الولادة دون استهداف الوعي، عن طريق تخدير العمود الفقري. هناك طبيب انجليزي يدعى غرانتلي ديك ريد، يقوم بالبحث عن طريقة مختلفة تماما من أجل تخفيف ألم الولادة الطبيعية لأقصى حد، ويعتبر أن الخوف هو أساس جميع الاضطرابات التي تعاني منها النساء أثناء الولادة، لذا يحاول أن يقي النفساء من القلق والخوف والألم بإشراكها بحيوية ونشاط أثناء الولادة. إن الخوف من الولادة لا ينتج على الاطلاق بسبب تدريب غير مناسب أو إعلام خاطىء، حيث يتخذ الدكتور

ريد موقفا واقعيا أمام خوف وقلق الولادة فهو ينسبه إلى تأثيرات المحيط السيئة، لذا يصر الدكتور ريد على أن تشارك المرأة بفاعلية في ولادتها، وأن تتقبل بفرح ألمها في سبيل أملها في رؤية طفلها، حيث تكمن المهمة النفسية للنفساء في ضبط قلقها وخوفها بطريقة حسنة. إن النساء تريد أن تخوض تجربة الولادة دون ألم، لكن دون إدراك ما قد يواجهنه سواء بالنسبة لفرحة الاحتكاك الأولى بالطفل أو بالنسبة لتجربة الولادة بحد ذاتها، إذ كأن وجهة نظر الأنا الشعوري للمرأة هو (أريد إنجابَ طفل بلا ألم وبلا أي تعب). حيث أن فن التوليد الحديث أصبح يراعي عدد من الإيحاءات، على سبيل المثال منها ايجاد تقنية للولادة بحيث تعطي هذه التقنية قيمة نفسية للمرأة للمشاركة في الولادة، وكذلك محاولة توحيد الطفل مع الأم بعد الولادة بأسرع وقت ممكن. والآن يرتكز الخوف من الأمهات الشابات واللاتي هن متحمسات جدا للتخلي عن تجربة الولادة واستخدام التقنية الحديثة عوضا عنها، هذه الفئة سيتعثر نموهن نحو الأمومة بعوائق منذ البداية. الأخطار العاطفية التي ستلحق بالمرأة في أول ولادة لها ستكون بالتأكيد أكثر من المرأة التي سبق لها أن خاضت التجربة (دوتش، 2008).

2- جودة الحياة:(Quality of Life)

لقد ظهرت تعريفات متنوعة وكثيرة من أجل توضيح مفهوم الجودة(Quality) وكل التعريفات التي برزت كانت تحاول إيجاد سمة معينة لتتمحور حولها من أجل أن تتمحور حولها لذا فان مفهوم الجودة يعتبر مفهوما معقدا وشائكا.

إنَّ مفهوم الجودة (Quality) يرجع إلى الكلمة اللاتينية (Qualities) ومعناها طبيعة الشيء أو طبيعة الشخص ودرجة الصلابة، وقديما كانت الجودة بمعنى مقدار الدقة والإتقان في تصنيع الآثار التاريخية والدينية كالقلاع والحصون والقصور، أما حديثا فأصبح لمفهوم الجودة أبعاد أخرى جديدة نتيجة للثورة الصناعية وظهور المؤسسات الكبرى. وتعرفها الجمعية الأمريكية لضبط الجودة أنها: (مجموعة من مزايا وخصائص المنتج أو الخدمة القادرة على تلبية حاجات المستهلكين)(جودة،2006).

أما منير زيد عبوي يعرف الجودة بأنها: (حالة ديناميكية ترتبط بالمنتجات المادية والخدمات، والعمليات والبيئة المحيطة، بحيث تتطابق هذه الحالة مع التوقعات) (عبوي، 2006).

وعن الجودة يتحدث أبو الجودة العالمية (ادواردز ديمنغ) فيقول بأن: (الجودة الجيدة لا تعني بالضرورة الجودة العالية. إنها تعني درجة معقولة يمكن التنبؤ بها من الانتظام والاتساق والثقة بجودة تناسب السوق) (ميتشيل،2006).

وعرفها ستيفنسون بأنها:(صنف السلعة المنتجة) أي كأن الصنف المتميز من أي سلعة يشير إلى الجودة، فمثلا عند تقسيم سلعة ما إلى درجات مختلفة مثلا (A,B,C) فإن الجودة ستكون ترتيبها (A) (عبوي،2006، ص33).

أما مصطفى فيقول عن الجودة بأنها: (توافر خصائص وصفات في المنتج (سلعة أو خدمة أو فكرة) تشبع احتياجات وتوقعات العميل المعلنة وغير المعلنة، أما الجودة في مجال الخدمات بالرغم ليس للخدمة كيان مادي ملموس وخصائص مادية كالسلعة إلا أن هناك خصائص لصيقة بتقديم الخدمة يمكن للعميل ملاحظتها مثل: مهارات بشرية فنية في أداء لخدمة، ومهارات سلوكية في التعامل، وتصميم لجو مادي مؤثر نفسيا) (مصطفى،2006، ص16).

أما كونيل (Connell) قام بتعريف الجودة على أنها: (المتانة والأداء المتميز للمنتج، وكذلك فإن الجودة تشير إلى مستوى متعادل لصفات يتميز بها منتج أو الخدمة مبنية على قدرة المنتج وحاجات المستهلك). حيث يتمثل جوهرها في استخام العقل في الإنتاج والاستفادة القصوى منها، أي أنها العنصر الذي يأتي بعد استخدام العقل.إذن باختصار، الجودة هي عبارة عن مجموعة من الخصائص والصفات الذي تمتاز بها الخدمة أو المنتج والذي ينتج عنها تلبية حاجات المستهلكين سواء من حيث تصميم أو تصنيع المنتج أو قدرته على الأداء، وهذا كله بهدف إرضاء المستهلكين وإسعادهم. وفي الحقيقة لا تستطيع جميع المؤسسات الإنتاجية والصناعية من تحقيق جميع المعايير، ولكن ما تختاره المؤسسة من هذه المعايير هو بالتأكيد سيؤثر تأثيرا بالغا على أداءها ومستقبلها. (جودة،2006)

عادة، رجال التسويق ينظرون إلى الجودة عن طريق وجهة نظر المستهلك ومدى رضاه عن السلعة المنتجة، أما رجال الإنتاج فإنهم ينظرون إلى الجودة من جانب تصنيعي أي مدى مطابقة السلعة أو الخدمة للمواصفات المتفق عليها. إنَّ عددا من المختصين يعرفون الجودة بمعناها العام وهو: الوصول إلى الكفاءة وتحقيقها، والوصول بها إلى أعلى درجات التميز والفعالية والتنافسية(جودة،2006)

الجودة مؤشر لمجموعة من الجوانب:

1) أن يكون الأداء سريعا

2) فعالية الرقابة على كلِّ شيء.

3) أنْ يكون المنتج خالي من العيوب.

4) أن يكون العمل خالي من الازدواجية والتداخل.

5) محاولة التقليل من الهادر والفاقد لأدنى حد.(عبوي،2006)

وعلى ضوء ما سبق نستنتج أنَّ الجودة هي عملية إنتاج سلعة أو تقديم خدمة بمستوى متميز، وعلى حسب ذوق ورغبة المستهلك، مما يعمل على تحقيقِ السعادةِ والرضا لدى الزبون، وكل ذلك يتم وفق معايير محددة مسبقا (عبوي، 2006).

جودة الحياة:

تُعرِّفُ منظمة الصحة العالمية جودة الحياة أنها: "إدراكُ الفردِ لوضعِهِ المعيشي في سياق أنظمة الثقافة والقيم في المجتمع الذي يعيش فيه، وعلاقة هذا الإدراك بأهدافه وتوقعاته ومستوى اهتمامه" (WHO,1994).

كما يعرفها بونمي وباتريك وبوشنيل(Bonomi, Patrick, & Bushnel, 2001) أنها: تمثلُ مفهوما واسعا، يتأثر بجوانب متداخلة من النواحي الذاتية والموضوعية، مرتبطة بالحالة الصحية والنفسية للفرد، ومدى الاستقلال الذي يتمتع به الفرد، والعلاقات الاجتماعية التي يكونها، فضلا عن علاقته بالبيئة التي يعيش فيها.

وتعبر جودة الحياة عن حسنِ صحة الإنسان الجسدية والنفسية وكذلك مدى نظافة البيئة المحيطة بالفرد، والرضا عن الخدماتِ التي تقدم له، مثل التعليم والصحة والمواصلات والاتصالات، وشيوع روح المحبة والتفاؤل بين الناس، بالإضافة إلى وجود الإيجابية وارتفاع الروح المعنوية ووجود الولاء والانتماء للوطن(منسي وكاظم،2006).

إن الباحثين في مجالي القياس النفسي وعلم النفسِ يواجهون الكثير من التحديات والصعوبات من أجل تحديد مفهوم إجرائي لجودة الحياة والقيام بقياسها بطرق موضوعية، وكذلك الباحثون في العلوم التربوية وجدوا صعوبة في تعريف جودة الحياةِ، فقد كثرت الآراء حول هذا المفهوم، فمثلا تايلور وروجدان (Taylor & Rogdan,1990) قاما بتعريف جودة الحياةِ بأنها: رِضا الفرج بقدره في الحياة والشعور بالراحة والسعادة. وكذلك قام بتعريفها جود (Good,1990)، أنها: امتلاك الفُرَص لتحقيق أهداف ذات معنى، وأيضا دوسون (Dodson,1994) عرفها أنها: الشعور الشخصي بالكفاءة وإجادة التعامل مع التحديات، وأما فيلس (Felce,1997) فيقول أن جودة الحياةِ بمفاهيمِها المختلفة ترتبط بالقيمِ الشخصيةِ للفردِ التي تُحدد معتقداته حول كل ما يحيط به من مُتغيرات حياتية وما تواجهه من مشكلات للسعي إلى

تحقيق الرضا الذاتي. أما العارف فهو يرى أن جودة الحياة هي: البناء الكلي الذي يتكون من مجموعة من المتغيرات التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للإنسان بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية تقيس الإمكانات المتدفقة على الفرد، ومؤشرات ذاتية تقيس مقدار الإشباع الذي تحقق. أما عبد المعطي (2005) فيعرف جودة الحياة بأنها: التعبير عن الرقي في مستوى الخدمات المادية والاجتماعية والنفسية التي تقدم لأفراد المجتمع.

كما يعرفها كل من عبد الفتاح وحسن (2006) بأنها: الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات والرضا عن الحياةِ، فضلا عن إدراك الفرد لجوانب حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية وتوافقه مع القيم السائدة في المجتمع.

كما يوجد عددٌ من المؤشراتِ تساعدنا على قياسِ جودة الحياةِ، قام فلوفيد (Fallowfield,1990) بتحديدها، هي:

- **مؤشرات نفسية**: وهي تتمثل في شعور الفرد بالقلق والاكتئاب، أو الشعور بالسعادة والرضا، والتوافق مع المرض.
- **مؤشرات اجتماعية**: وهي تظهر من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها، وبالإضافة إلى قيام الفرد بممارسة أنشطة اجتماعية وترفيهية.
- **مؤشرات مهنية**: تتبدَّى في درجة رضا الفرد عن مهنته وحبه لها، وكذلك قدرة الفردِ على أداء مهام وظيفته على أكمل وجه.
- **مؤشرات جسمية وبدنية**: وهي تتضح من خلال رضا الفرد عن حالتهِ الصحية، وقدرته على التعايش مع الآلام، والنوم والشهية في تناول الغذاء (منسي وكاظم، 2006)

مكونات نوعية الحياة:

جودة الحياة لا تتعلق بمحددات الفرد الشخصية فقط ولا بالمجالات وموضوعات الحياة المختلفة، بل تتعلق بالمتغيرات المرتبطة بالأفراد الذين يكونون في مجال إدراكه الشخصي مثل الأقارب والمعلمين والآباء والأمهات، ومدى وجود مهارة في مواجهة مشكلات الحياة، والدعم الاجتماعي الذي يوفرونه للأفراد، وتوجد هناك عشر مكونات ومفاهيم لنوعية الحياة، هي: العلاقات، الحقوق، الرضا، البيئة، الأمن الاقتصادي، الضبط الفردي، الاحتواء الاجتماعي،

الصحة، النضج والنمو، والخصوصية. هذه المكونات تتوزع وفق ثلاثة أبعاد أساسية، هي: القيم، الفعالية، النشاط (توفيق،2009).

النظريات التي تناولت نوعية الحياة:

1- **نظريـة المقارنـات الاجتماعيـة:** تقوم هذه النظريـة علـى أسـاس إحسـاس الفرد بالسـعادة والرضا عن مختلف جوانب حياتـه، وهـي تركز علـى مـا يقوم بـه مـن مقارنـة بـين ذاتـه والآخرين، وبين ما هو موجود معه ومـا يريده ومـا كـان عليـه فـي الماضـي، وكلمـا قلت الفجوة بين تلك المقارنات كلما زادت درجة نوعية الحياة عند الانسان (صديق،2013).

2- **نظرية التقييم**: تقوم هذه النظرية على أساس أن شعور الأفراد بالرضـا عن الحيـاة يعود إلى عدة معايير، منها ما يعتمد على الفرد ومزاجه وثقافته وقيمه (أبو عبيد، 2013).

3- **نظرية الفجوة**: هذه النظرية تقوم علـى أسـاس أن الفرد يرضـى عن حياتـه عندما تكون إنجازاته قريبة من طموحاته، أي أن المقصود بالفجوة في هذه النظرية الفجوة بين طموح الفرد وإنجازاته، ويرى أصحاب هذه النظرية أن علـى الفرد وضـع طموحـه تحت سقف قدراته سواء المادية أو العقلية أو الثقافية حتى يشعر بعد قدرته على تحقيقها بوجود رضا عن حياته (مرسي،2000).

4- **النظرية الموضوعية**: تقوم هذه النظرية علـى أسـاس أن الفرد يرضـى عن حياتـه عندما يشـعر بـالأمن والنجـاح ويعيش فـي ظـروف جيدة ويعمـل فـي عمـل يضـمن لـه مستقبله، ومعافى في بدنه، ويجد الصحبة الطيبة، ويتزوج بالمرأة الصالحة، أي تتحقق له الصحة النفسية الإيجابية (السبيعي،2007).

5- **نظرية الخبرات**: تقوم هذه النظرية على أنه عندما تكون خبرات الفرد سارة وسعيدة فإنـه يحقق رضا في حياته، مع العلم بأن ليس مصدر الرضـا هذه الظـروف؛ بـل إدراك الفرد للخبرات على أنها سارة أو غير سارة هو الذي يؤثر على شعوره بالرضا.

6- نظرية التكيف والتعود: إنَّ الشعور بالإيجابية والرضا عن الحياة يتـأثر بـدرجات التعود، فقد أظهرت بعض الدراسات أن ذوي الاحتياجات الخاصـة من المعاقين يتمتعون بـنفس درجات الرضـا عن الحيـاة مثل الأشـخاص العـاديين، وهـذا نتيجـة لتـأقلمهم علـى الوضـع (العش،2002).

أبعاد الرضا عن الحياة:

1- **السعادة**: إنَّ تحقيق السعادة يعتبر مطلب لكل فرد ولكل جماعة، السعادة لا تأتي إلا بإشباع الحاجات الأساسية، حيث أن إشباع الحاجات الأساسية عند ماسلو يعتبر مصدرا لسعادة الفرد، حيث ترتبط السعادة بالرضا عن الحياة (المالكي،2011).

2- **الرضا عن العلاقات الاجتماعية**: إن الفرد الناجح في حياته يتمتع بالحيوية والنشاط ويكون أكثر تقبلا وتعاونا مع الآخرين، حيث تشير أغلب الأبحاث بأن الشخص السوي تكون علاقاته الاجتماعية جيدة مع الآخرين، وهؤلاء الأشخاص عادةً يشعرون برضا عن حياتهم ويتميزون بدافعية نحو العمل وتقدير قيمته (عبد الخالق،2003).

3- **التقدير الاجتماعي**: إنَّ مستوى الرضا عن الحياة يرتفع كلما زاد التقدير الاجتماعي للشخص (سليمان،2003).

4- **الطمأنينة**: تُعَدُّ الطمأنينةُ بُعدا من أبعادِ الرضا عن الحياة، امتثالا لقوله تعالى في سورة الفجر: (**يَا أَيَّتُهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنَّةُ (27) ارْجِعِي إِلَىٰ رَبِّكِ رَاضِيَةً مَّرْضِيَّةً (28) فَادْخُلِي فِي عِبَادِي (29) وَادْخُلِي جَنَّتِي) (30)** (سورة الفجر،27-30). فالطمأنينة تنعكس على الرضا، وكما أنها ترتبط بالإيمان والعمل الصالح، حيث يشير البعض إلى أنها ترتبط بالجانب الروحي للرضا عن الحياة (زهران،1997).

5- **الرضا عن الحياة الاقتصادية**: فكلما زاد دخل الفرد زاد رضاه عن حياته الاقتصادية، وكذلك كلما قَلَّتْ الأسعارُ في السوقِ يشعرُ الفردُ بالرضا عن حياته، حيث تشير بعض الدراسات ومنها سليمان(2003) إلى أن هناك أثر متوسط للحياة الاقتصادية على رضا الفرد عن حياته.

6- **الرضا عن الحياة الصحية:** إن الصحة ترتبط بدرجة الرضا عن الحياة، وهي واحدة من أسبابها الرئيسية كما أشار (Murrell & Meeks,2001).

إن الصحةَ لا تتحقق بصورة آلية دون سعي الفرد لامتلاكها وتحقيقها، وتتوفر كمحصلة فعلية وملموسة لما يقوم به الفرد خلال حياته (رضوان، 2002).

7) **الرضا عن الأحوال والأمور الدينية**: لقد أظهرت الكثير من الدراسات أن هناك علاقة بين التدين والرضا عن الحياة مثل: دراسة (الديب،1988؛ وسليمان،2003).

إنَّ الشخص المتدين والمؤمن بالله يكون أكثر طمأنينة وأقل قلقا على المستقبل لأنه متوكل على الله، رافعا شعار: (قُل لَّن يُصِيبَنَا إِلَّا مَا كَتَبَ اللَّهُ لَنَا هُوَ مَوْلَانَا ۚ وَعَلَى اللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُونَ) (51) (سورة التوبة،51).

ثانيا: الدراسات السابقة:

هناك العديد من الدراسات التي تناولت قلق الولادة وجودة الحياة بشكل منفصل، ولكن – على حد علم الباحثة – لا توجد دراسات سابقة جمعت بين المتغيرات معاً (قلق الولادة وجودة الحياة)، ولذلك ستعرض الباحثة الدراسات السابقة لكل متغير على حدة، وستعرض الدراسات مرتبة من الأحداث إلى الأقدم حسب تاريخ النشر كما يأتي:

1- دراسات تناولت قلق الولادة وعلاقته ببعض المتغيرات:

دراسة أبو قوطة (2013) هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى قلق الحمل، المساندة الاجتماعية، الصلابة النفسية لدى النساء ذات المواليد بعيب خلقي، والكشف عن العلاقة بين قلق الحمل وكل من: المساندة الاجتماعية، والصلابة النفسية، وتم استخدام عدد من الأدوات، وهي مقياس (قلق الحمل) من إعداد الباحثة، و(مقياس المساندة الاجتماعية) أيضا من إعداد الباحثة، ومقياس(الصلابة النفسية) من إعداد عماد محمد مخيمر، وتم تطبيق هذه الأدوات على عينة قدرها (150) امرأة سبق لها ولادة طفل بعيب خلقي من محافظة خانيونس. وتم التوصل إلى النتائج التالية أن (29.3%) من عينة الدراسة يشعرن بقلق منخفض، (41.3%) يشعرن بقلق متوسط، (29.3%) يشعرون بقلق مرتفع. وان نسبة (24.7%) من عينة الدراسة يدركنَّ أنَّ لديهن مستوى منخفض من المساندة الاجتماعية، بينما نسبة (42%) يدركنَّ أنهن يتلقين مساندةً اجتماعية متوسطة، ونسبة (33.3%) يدركن حصولهن على مساندةٍ اجتماعية مرتفعة. ولا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق الحمل والمساندة الاجتماعية لدى النساء ذوات المواليد بعيب خلقي. ولا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق الحمل والدرجة الكلية للصلابة النفسية

دراسة مينا وآخرين (Mina, & et. al., 2012) هدفتْ هذه الدراسة إلى تحديد مدى انتشار القلق والاكتئاب أثناء وبعد الحمل والولادة، وتم تطبيق الدراسة على عينة من النساء في قسم النساء والتوليد بمستشفى دلهي التخصصي بالهند. إذ بلغ عدد أفراد العينة (100) امرأة، وتم تقسيمهن إلى مجموعتين. المجموعة الأولى في الثلث الأخير من الحمل والمجموعة الثانية ما بعد الولادة (4-12) أسبوع بعد الولادة، وقام الباحثون باستخدام مقياس (HADS) للكشف عن مستوى القلق والاكتئاب؛ فأظهرت النتائج أنه لا توجد فروق بين المجموعتين في مقياس القلق والاكتئاب، كما تبين أنه لا تأثير للعمر في مستوى القلق لديهن، كما بينت نتائج الدراسة بأن (27%) من المجموعة الأولى لديهن قلق أعلى من نسبة القطع، بينما(17%) من المجموعة الثانية تجاوزن نسبة القطع على مقياس القلق.

دراسة السوالمة والصمادي (2011) هدفتْ هذه الدراسة إلى مستوى الضغوط النفسية، وقلق الحالة لدى عينة من الحوامل، واختبار فعالية برنامج إرشاد جمعي استند إلى النظرية الواقعية في تخفيف الضغوط النفسية وقلق الحالة لديهن، واشتملت العينة على 32 امرأة حامل من اللوتي يراجعن مراكز الأمومة والطفولة في محافظة عجلون بمنطقة عرجان، وحملهن يتراوح بين شهرين إلى سبعة أشهر. تم توزيعهن عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين. المجموعة الأولى هي: المجموعة التجريبية، وعدد أفرادها (16) امرأة حامل، تم إخضاعهن للبرنامج الإرشادي المستند إلى نظرية العلاج الواقعي. والمجموعة الثانية هي: المجموعة الضابطة، عدد أفرادها (16) امرأةً حاملا لم يخضعْن لأي برنامج. وتضمن البرنامج الإرشادي (17) جلسة إرشادية، تم تطبيقها في شهرين بواقع جلستين أسبوعيا، تم تطبيق القياسات القبلية والبعدية باستخدام مقياس الضغوط النفسية وقلق الحالة، وتم التوصل إلى النتائج التالية: أن النساء الحوامل يعانين من الضغوط النفسية بدرجة مرتفعة، وكذلك فيما يتعلق بقلق الحالة فإنهن يعانين من قلق الحالة بدرجة مرتفعة، كما أشارت النتائج إلى وجود أثر للبرنامج الإرشادي في تخفيف الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى النساء الحوامل.

دراسة هاشيما ونسرين وآخرين (Hashima, Nasreem, & et. al., 2011) هدفتْ هذه الدراسة إلى الكشف عن العوامل المرتبطة بالقلق والاكتئاب أثناء الحمل بالتطبيق على سكان الأرياف في بنغلاديش، واستخدمت الدراسة بيانات مستعرضة مصدرها مؤسسة الأطراف الريفية المجتمعية، وكانت العينة عبارة عن (720) امرأة تم اختيارهن عشوائيا في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، وتم استخدام مقياس الاكتئاب ومقياس سمة القلق، وأظهرت النتائج أن (18%) من النساء يعانين الاكتئاب،و(29%) يعانين من القلق، وكانت أكثر العوامل المسببة للقلق المستوى الاقتصادي المتدني، وممارسة الجنس بالإكراه من قبل الزوج، والعنف الزوجي، كذلك العنف أثناء الحمل.

دراسة جوليا مارتيني وآخرين (Julia Martini, & et. al.,2010) هدفت هذه الدراسة إلى بحث عن اضطرابات القلق قبل الولادة والضيق الذاتي المدرك أثناء الحمل. إذ تبحث في ارتباط اكتئاب الأمهات والولادة، واعتمد الباحث في إجراء هذه الدراسة على المنهج التجريبي، واشتملت عينة الدراسة على عدد 992 من الأمهات. استخدم الباحث أدوات الدراسة تقييم الاضطرابات النفسية والضيق الذاتي المدرك أثناء الحمل والاضطراب الذاتي للأمهات. وقام الباحث بتقييم نتائج الأطفال وحديثي الولادة من أبنائها وأحفادها في عينة نموذجية باستخدام Munich-Composite International Diagnostic Interview. وقام الباحث باستخدام

تحليلات الانحدار اللوجيستي. وتم التوصل إلى أبرز النتائج التالية: كشفتْ تحليلات الانحدار اللوجستي عن ارتباط بين اضطرابات القلق قبل الولادة والضيق الذاتي المدرك أثناء الحمل من جهة وبين اكتئاب الأمهات في مرحلة ما بعد الولادة من جهة أخرى. وكما ارتبط الضيق الذاتي المدرك أثناء الحمل بالاكتئاب في مرحلة ما بعد الولادة والولادة المبكرة وعمليات الولادة القيصرية للأمهات واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه في الذرية. كما تؤكد النتائج انتقال اضطرابات القلق من الأم إلى الأبناء، وبصرف النظرعن قلق الأمهات فقد أشارت النتائج إلى أن الضيق الذاتي المدرك أثناء الحمل يعتبر عامل خطر لنتائج سلبية.

هدفتْ دراسة الهمص (2010) إلى التعرف على قلق الولادة وعلاقته بجودة الحياة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية بقطاع غزة، وتكونت العينة من (203) من الأمهات اللاتي ترددن على قسم استقبال الولادة بغرض الولادة حيث تم اختيار عينة الدراسة بصورة عشوائية لتمثل الأمهات اللاتي ترددن على قسم استقبال الولادة في كل من مستشفى الهلال الإماراتي - رفح ومستشفى مبارك- خانيونس حيث من مستشفى الهلال الإماراتي بلغ عدد أفراد العينة كان(82) أم أي ما نسبته (40%) تقريبا، ومن مستشفى مبارك بخانيونس وبلغ عدد أفراد العينة (121) أم أي ما نسبة (60%). وتم استخدام اختبار قلق الولادة وعلاقته بجودة الحياة. وتم التوصل إلى النتائج ان أكثر مستويات قلق الولادة كانت في الأسرة النووية، وأن طبيعة الأسرة التي تعيش بها الأم كان له بالغ الأثر في الحالة النفسية للأم لحظة الولادة، وطبيعة السكن من حيث السكن كونه مستقلاً أو ضمن الأسرة الممتدة. ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة وبين عمر الأم، ومتغير عدد الولادات التي مرت بها الأم، متغير المؤهل العلمي للأم، متغير عمل الأم، الأم المصابة بمرض سكري الحمل وبين الأم غير المصابة، الأم المصابة بمرض ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل وبين الأم غير المصابة، الأم التي لديها معرفة مسبقة بجنس الجنين وبين التي ليس لديها معرفة مسبقة، عدم رضا الأم عن جودة الحياة التي تعيشها. وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة ونوع الأسرة.

دراسة سكوتيريس وآخرين (Helen Skouteris, & et. al.,2009) هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف العلاقات المحتملة بين أعراض الاكتئاب والقلق في فترة الحمل وبعد الولادة في وقت مبكر، واعتمد الباحث على المنهج التجريبي، واشتملت عينة الدراسة على عدد (207) سيدة وهُنَّ في الدرجة الأولى من المتعلمات من الأسر ذوِي الدخل المرتفع وتم استخدام المقاييس مقياس القلق ومقياس بيك للاكتئاب ومقياس الدعم الاجتماعي وجودة الحياة. وتم تطبيق المقاييس السابقة في نقطتين زمنيتين مرة أثناء الحمل ومرة أخرى في الفترة الأولى بعد الولادة،

وأشارت نتائج الدراسة بعد حساب الاستقرار النسبي للقلق والاكتئاب مع مرور الوقت إلى أن أعراض الاكتئاب في وقت مبكر من الحمل أشارت إلى مستويات أعلى من القلق في فترة أواخر الحمل. كما أن القلق في فترة أواخر الحمل أشار إلى مستويات أعلى من القلق في فترات الحمل الأولى.

دراسة ساسنثالر وآخرين(Sausenthaler, & et. al., 2009) هدفتْ هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى القلق لدى النساء الحوامل وعلاقته بالحالة الصحية للأبناء. لتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي بالطرق التتبعية، واستخدمت الدراسة مقياس القلق كحالة عند النساء الحوامل، حيث تم تطبيقه على عينة بلغتْ (74) حاملا، فأظهرت النتائج أن هناك علاقة بين قلق الأم الحامل والحالة الصحية للأبناء، كما تبين وجود علاقة بين القلق عند الحوامل والمشكلات الأسرية، كما بينت الدراسة أن العوامل الوراثية أدنى العوامل تأثيرا على الحالة الصحية للأم الحامل وللأبناء مقارنة بعوامل أخرى منها حالة الأم المزاجية ومستوى القلق لديها.

دراسة لورا وغلين(Laura & Glynn,2008) هدفت هذه الدراسة إلى بحث ما إذا كان نمط الإجهاد قبل الولادة يشر إلى احتمالية حدوث ولادة مبكرة كما تهدف إلى بحث العلاقة بين مستويات الإجهاد والقلق أثناء فترة الحمل من جهة وبين طول فترة الحمل من جهة أخرى، واعتمد الباحث في دراسته على المنهج التجريبي، وتكونت عينة الدراسة من (415) سيدة من النساء الحوامل اللاتي تلقين رعاية قبل الولادة من مستشفى Cedars-Sina Hospital في لوس أنجلوس أو في كلية الطب بجامعة كاليفورنيا في مركز Irvin Medical Center الطبي، وكانت جميع النساء غير مدخنات وكان لديهن حمل بجنين واحد. أدوات الدراسة: قام الباحث بتقييم الإجهاد والقلق المتصورة لدى (415) من النساء الحوامل في (18-20) أسبوعا (30-32) أسبوعا في فترة الحمل. وحدد الباحث طول مدة الحمل عن طريق آخر فترة حيض وتأكد الحمل في وقت مبكر عن طريق الموجات فوق الصوتية .وتم تصنيف الولادات على أنها ولادات مبكرة (37 أسبوعا) أو ولادات في موعدها. وتم التوصل الى ان نمط الإجهاد المتصور والقلق في الحمل لم يشيرا في أي من مستوياتهما إلى تأثير ما فيما يتعلق بالولادة المبكرة. وبيد أن النتائج أظهرت ارتباطا للمتغيرين - نمط الإجهاد المتصور والقلق في الحمل- بطول فترة الحمل. وأوضحت النتائج أنه رغم أن غالبية النساء اللواتي سلمنَّ في فترة الحمل، أظهرن انخفاضا في مستويات التوتر والقلق إلا أن أولئك اللاتي ولدن ولادة مبكرة أظهرن مستويات متقدمة في مستويات التوتر والقلق.

أما دراسة صلاح الدين ونجيب (2001) هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير ارتفاع ضغط الدم المصاحب للحمل لأنه كثير ما يتسبب بأمراض أو يقضي على حياة الأم أو الجنين. عينة الدراسة اشتملت على عدد(150) سيدة حاملاً ممن تتوفر لديهن أسباب تجعلهن أكثر عرضة للإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم المصاحب للحمل. وكانت الأشعة تستعمل في تحديد مكان المشيمة وسمك الحبل السري. أما بالنسبة لقياسات الدوبلر فقد تم قياس نسبة الضغط الانبساطي والانقباضي للضغط الانبساطي، قياس معامل المقام ووجود أو عدم وجود الحسر الانبساطي للشريان الرحمي. ومن أهم نتائج الدراسة أنه إذا جمع التواجد الجانبي للمشيمة مع تغيرات في دوبلر الشريان الرحمي؛ فإن قياس سمك الحبل السري سيكون غير مؤثر في التنبؤ بهذا المرض. أما بالنسبة لجرعات الأسبرين المنخفضة فإنها لم تمنعْ حدوث المرض ولكنها قَلَّلَتْ من شدته.

دراسة هالدورسدوتير وكارلزدوتير (halldorsdottir & karlsdottir,1996) التي استكشاف البنية الاساسية لمن عاش تجربة الإنجاب من وجهة نظر المرأة التي تنجبعينةُ الدراسةِ تتكون من أربع عشرة أماء، اللواتي لديهن حالة صحية للوضع في (أكوريري وريكيالفيك) وهما أكثر الأماكن الآهلة بالسكان في أيسلندا. وأظهرت نتائج الدراسة أن اختيار نساء من اللائي يسافرن خلال المخاض والولادة واخترن رمزاً لمعايشتهن تجربة إنجاب طفل سليم. وهذا يشمل أربع فئات رئيسة تأثيرالظروف والتوقعات قبل بدء الرحلة، الشعور الذاتي خلال الرحلة التي تشمل الشعور بعالم خاص، الشعور بالسيطرة والتحكم، والحاجة إلى الرعاية والتفاهم، والحاجة إلى الشعور بالأمان أثناء الرحلة عن طريق العمل والإنجاز، و أخيراً أول ساعة من حساسية الأمومة وتصور تفرد الولادة باعتبارها تجربة الحياة في نهاية الرحلة.

دراسة أحمد وآخرين(Ahmad, & et. al., 1994) هدفتْ الدراسة إلى التعرف على وجود أعراض القلق والاكتئاب لدى النساء الحوامل ومدى تأثير المفاهيم الخاطئة على ذلك، ومقارنة النساء الحوامل بغير الحوامل، وتكونت عينة الدراسة من (50) امرأة حامل. تم اختيارهن عشوائياً من العيادة النسائية في مدينة الحسين الطبية بالأردن، و(50) امرأة غير حامل كعينة ضابطة وممثلة لعينة الدراسة من حيث الخلفية الاجتماعية والعمر والثقافة. وقام الباحثون بتطبيق مقاييس متعددة منها مقياس بيك للاكتئاب ومقياس للقلق والمقابلات الشخصية. وعمل الباحثون على معالجة البيانات إحصائياً بعدد من الأساليب. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن النساء الحوامل لديهن ارتفاع في مستوى القلق وبعض المفاهيم الخاطئة، أكثر من النساء غير الحوامل. دعمت هذه النتائج فكرة النظرية المعرفية بأن المفاهيم والاتجاهات الخاطئة قد ينتج عنها قلق واكتئاب.

دراسة سوزان أورر وآخرين (Suezanne ORR & et. al.,1993) هدفت هذه الدراسة إلى البحث عن العلاقة بين قلق الولادة والولادة المبكرة، واعتمدتْ الباحثةُ في دراستها على المنهج التجريبي، وطبقتْ عينة الدراسة على (1820) سيدة، قامتْ الباحثة باستطلاع آرائهن خلال الفترة الزمنية ما بين عامي (1991 – 1993) في عيادات طب النساء في بالتيمور بولاية ميريلاند، حيث قامت الباحثة بتقييم قلق الولادة عبر (6) أسئلة في استطلاع جرد البيئة الاجتماعية والمتراوح من تقدير صفر إلى تقدير (6)، وتم الحصول على بيانات نتائج الحمل والتغيرات الصحية والسلوكية من السجلات الطبية للسيدات، كما استخدمتْ الباحثة مقياس الاكتئاب، وتم التوصل إلى النتائج ان أظهرت نتائج الدراسة أن النساء اللواتي لديهن مستويات أعلى من القلق المرتبط بالحمل يَكُنَّ أكثر عرضة لخطرِ الولادةِ المبكرة مقارنة بغيرهن من النساءِ ذوات المستويات الأقل من القلق المرتبط بالحمل. وكما تشير نتائج الدراسة إلى إمكانية التدخل للحد من المخاوف المتعلقة بالحمل قبل الولادة مما يقلل من خطر الولادة المبكرة.

دراسة بيركن وآخرين(Perkin & et. al., 1992) هدفتْ هذه الدراسة إلى معرفة تأثير كل من القلق والاكتئاب أثناء الحمل على حدوث مضاعفات أثناء عملية الولادة، وتم أخذ عينة من داخل المستشفى العام بلندن، إذ بلغ (1515) سيدة بيضاء، حجزن لاقتراب موعد الولادة لديهن، وتم استخدام استبيان الصحة العامة لقياس نتائج القلق والاكتئاب، ونتائج المتغيرات بينت بأن هناك عدة مشاكل ولادية وهي: الولادة المبكرة، عملية الولادة غير التلقائية، استخدام الأدوية المخدرة في المرحلة الأولى والثانية من الحمل، ولادة غير تلقائية من المهبل. نتائج الدراسة بينت أن العوامل التي كانت تمتلك أقوى العلاقات في نتائج البحث كانت هي عدد الولادات، عمر الأم، الاكتئاب خلال فترة الحمل لا يمت بصلة إلى مضاعفات الولادة.

2- دراسات تناولت جودة الحياة وعلاقته ببعض المتغيرات:

دراسة هيرناندز(Gerson D Hernandez & others, 2011) تهدف الدراسة إلى البحث عن جودة الحياة الصحية لدى النساء ذوي الغثيان والقيء من الحمل حيث تبحث عن أهمية السياق النفسي والاجتماعي وتأثيرهما على جودة الحياة الصحية لديهنَّ. حيث تمثلت عينة البحث لهذه الدراسة في (96) من النساء من ذوات الحمل، وعدد من أكملت الدراسة حتى النهاية 93 سيدة. اعتمد الباحث على المنهج التجريبي، حيث قام بتقسيم عينة البحث إلى 3 مجموعات: مجموعة من النساء ذوي الغثيان أثناء الحمل يبلغ عددهنَّ (29) سيِّدةً - مجموعة من ذوات القيء أثناء الحمل يبلغ عددهنَّ (48) سيدة - ومجموعة دون أعراض يبلغ عددهنَّ (6) سيدات. كما تم فحص النساء الحوامل خلال الأشهر الثلاثة الأولى، ثم قام الباحث بتحديد النماذج متعددة

المتغيرات وخصائص النساء المعرضات لتقديرات منخفضة فيما يتعلق بجودة الحياة، حيث اعتمد الباحث في الفحص على اختبار HRQoL. أشارت نتائج الدراسة إلى أن السمات الديمغرافية لم تختلف باختلاف عينات البحث، كما أشارت النتائج إلى أنه رغم تقديرات HRQoL المنخفضة ارتبطت بتشخيص HG، إلا أن الأعراض البدنية المتعددة والعوامل النفسية كانتْ مؤشرا خطيرا لكلا الفريقين من النساء.

دراسة فاليم وآخرون (Ana L Vallim & et. al., 2011) هدفتْ هذه الدراسة إلى تقييم آثار برنامج ممارسة الرياضة من التمارين الرياضية المائية على نوعية الحياة (QOL) لدى السيدات خلال فترة الحمل. تمثلت عينة البحث لهذه الدراسة في عدد من النساء الحوامل ممن يحملن بجنين واحد وعمر الحمل أقل من (20) أسبوعا أثناء البدء في الدراسة. واللاتي كن يتلقين متابعة الحالة الصحية للولادة في مركز صحي عام، خضعت مجموعة من النساء يبلغ عددهنَّ (35) سيدة للرعاية الصحية المعتادة قبل الولادة، في حين شاركت مجموعة أخرى تتكون من (31) سيدةً الرعاية نفسها للمجموعة الأولى إضافة إلى ثلاث جلسات تمارين في الأسبوع. حيث استخدم الباحث في تقييم جودة الحياة من خلال تطبيق استبيان WHOQOL-BREF على المجموعتين في الأسابيع 20 و 28 و 36 من الحمل. وفي الأوقات نفسها أكملتْ النساءُ استبيانا آخر عن تجربتهن في الحمل والمتابعة السابقة للولادة، أشارت نتائج الدراسة إلى أن الغالبية العظمى من المشاركات اعتبرن ممارسة التمارين الرياضية المائية قد أفادتهن بطريقة أو بأخرى. كما أظهرت النتائج تقديرات مرتفعة فيما يتعلق بجودة الحياة في كلا المجموعتين أثناء المتابعة.وبصفة عامة فقد بينت نتائج الدراسة عدم وجود أي ارتباط بين ممارسة التمارين الرياضية المائية وبين جودة الحياة.

دراسة اريزابالیتا (Arizabaleta, 2010) هدفت هذه الدراسة الى البحث عن تحسين جودة الحياة الصحية أثناء الحمل عن طريق التمارين الرياضية، واشتملت عينة الدراسة على (64) امرأه من النساء الحوامل اللواتي يحضرن للمتابعة الصحية في مرحلة ما قبل الولادة في واحدة من ثلاثة مستشفيات وقد تراوحت أعمارهن ما بين (16- 30) عاما. كما اعتمد الباحث على المنهج التجريبي في دراسته، حيث أنجزت المجموعة التجريبية برنامجا تدريبيا يشرف عليه لمدة (3) أشهر، يستغرق من (16) إلى (20) أسبوعا من الحمل. كل جلسة شملت المشي لمدة (10) دقائق وأداء التمارين الرياضية لمدة (30) دقيقة والتمديد (10) دقائق والاسترخاء (10) دقائق، أما المجموعة الضابطة واصلت الأنشطة المعتادة ولم تقمْ بتدريبات خاصة، أما عن أدوات الدراسة قام الباحث بتقييم جودة الحياة الصحية باستخدام الإصدار الكولومبي ل:

Medical Outcome Study Short-Form Health Survey وقت التجريب وبعد عملية التدخل ب (3) أشهر، وأوضحت نتائج الدراسة أن المجموعة التجريبية أظهرت بعد (3) أشهر من التدخل تحسنا في نوعية حياتها الصحية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

دراسة ديبورا وكوستا وآخرين(Deborah, Costa & et. al., 2010) هدفتْ الدراسة إلى البحث عن التأثير السلبي لمشاكل النوم والمزاج المكتئب على جودة الحياة الصحية لدى المرأة خلال فترة الحمل. حيث اعتمد الباحث المنهج التجريبي في دراسته، وتمثلت عينة الدراسة (245) من السيدات الحوامل في الثلث الثالث (28-40 أسبوعا) ممن كُنَّ ينتمين إلى المركز الصحي لجامعة (McGill) وفي قسم الموجات فوق الصوتية في المستشفى اليهودي العام (Jewish General Hospital (JGH)) في مونتريال، كندا. استخدم الباحث الأدوات التالية: استبيان HRQoL ، استبيان ضغوط الحياة (life stress)، استبيان الدعم الاجتماعي (social support)، استبيان جودة الحياة، استبيان المزاج المكتئب (depressed mood). وتم التوصل الى النتائج إلى أن الدرجات المرتفعة للمزاج المكتئب ارتبطت بشكل مستقل مع درجات (HRQoL) الأقل بما في ذلك الألم الجسدي والصحة العامة والحيوية والأداء الاجتماعي والصحة العقلية. وارتبط القلق الأكبر المرتبط بالحمل بشكل مستقل مع الدرجات الأقل فيما يتعلق بالأداء البدني بسبب المشاكل الصحية الجسدية.

دراسة دراسة إليانور وبيملا وشوارتز Eleanor Bimla Schwarz & et. al.,,2008)هدفتْ هذه الدراسة إلى قياس أثر الحمل غير المرغوب فيه على جودة حياة المرأة. اعتمد الباحث في دراسته على المنهج التجريبي، حيث تمثلتْ عينةُ البحثِ لهذه الدراسة في (192) سيدة غير حامل، وسؤالهن كيف سيكون شعورهن إن علمنَّ أنهنَّ حوامل. استطلع الباحث آراء عينة البحث من النساء اللاتي لا يزلن في مرحلة الخصوبة، وقد ذكرن أنهنَّ ليس حوامل حاليا أو يحاولن الحمل عندما تقدمن إلى ثلاثة مراكز صحية في مدينة بيتسبرغ في بنسلفانيا خلال صيف عام (2006)- وقد تراوحت أعمارهن ما بين (16 – 46) عاما، حيث قام الباحث باستخدام مقياس جودة الحياة ومقياس الرغبة في الدفع، وأعطى الباحثُ كل سيدة شاركتْ في استطلاع الرأي ورقة تصف مخاطر وميزات المشاركة في الدراسة، وفي الوقت ذاته لم يعرضْ أي تعويض في أي حال. شمل الجزء الأول من الاستبيان (17) سؤالا عن المعلومات الاجتماعية - الديمغرافية والصحة الإنجابية، وتم التوصل إلى أن صرَّحتْ النساء اللواتي أفدن أنهن إذا اكتشفن اليوم أنهن حاملات فإنهن سيقمن بإجهاض الجنين، ومن المرجح أن يشرن إلى أن الحمل سيؤثر سلبا على نوعية حياتهن من النساء اللائي ذكروا أنهن يخططن للأمر.

دراسة اوليفيرا وآخرين (de Oliveira & et. al.,2006) هدفت إلى البحث عن تأثير ألم الفم على جودة الحياة أثناء الحمل لدى النساء البرازيليات ذوى الدخل المنخفض. إذ اعتمد الباحث على المنهج التجريبي، وتمثلت عينة البحث لهذه الدراسة في 607 سيدة من النساء الحوامل اللائي تابعن في مستشفى عام للولادة، شارك منهن في هذه الدراسة 504 سيدة، حيث قام الباحث بسؤال النساء اللائي وافقن على المشاركة في الدراسة ما إذا كُنَّ قد عانينَّ من أي ألم بسبب مشاكل في فمهنَّ أو أسنانهنَّ أو أطقم أسنانهنَّ خلال الأشهر الستة التي سبقت المقابلات. وتم استجواب النساء اللائي تمت مقابلتهن بالإيجاب عن آثار هذا الألم على أنشطتهن المعتادة باستخدام مقياس الألم الفمي على الأداء اليومي Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) tool)، و أشارت نتائج الدراسة إلى أن ألم الفم أثناء الحمل كان بمثابة مشكلة كبيرة للنساء الحوامل وكان له تأثير سلبي على جودة حياتهن.

دراسة فورجير (Forger, 2005) هدفتْ هذه الدراسة إلى البحث عن تأثيرِ الحملِ على جودة الحياة الصحية لدى النساء الحوامل ذوي الأمراض الروماتيزمية، واشتملت عينة الدراسة على (10) مريضات ممن يعانين من إلتهابِ المفاصلِ الروماتيزمية، و(10) مريضات ممن يعانين من إلتهاب الفقار اللاصق وقد بلغت أعمارهن (29) عاما كمجموعة تجريب. ومجموعة أخرى من النساء غير الحوامل والمتماثلات في العمر بلغ عددهن (40) سيدة ممن يعانين من إلتهاب المفاصل الروماتزمي. و(16) سيدة ممن يعانين إلتهاب الفقار اللاصق كمجموعة ضابطة للمقارنة. واعتمد الباحث في تقييم نتائج المقارنة بين بيانات مجموعتي التجريب والضبط على الإصدار الألماني ل SF-36 health survey، أشارت نتائج الدراسة إلى وجود بنية بدنية ضعيفة وكذلك زيادة في الألم الجسدي لدى النساء الصحيحات فترة أواخر الحمل، أظهرت المريضات اللاتي يعانين من إلتهاب المفاصلِ الروماتزمي تحسنا في الأداء البدني في الثلث الأوسط من فترة الحمل، وانخفاضا في معدل الألم في الثلث الأخير قبل الولادة. ومن بين المريضات الحوامل، أظهرت المريضات اللاتي تعانين من إلتهاب الفقار اللاصق معاناة أكبر بكثير من جودة الحياة الصحية خلال فترة الحمل. وفي جميع فئات المرضى كان الضعف البدني في الثلث الثالث من الحمل. وخَفَّضَ الحملُ الأداءَ البدني لدى النساء الصحيحات والمريضات، ولكن لم يكنْ له تأثير على الصحة العقلية والعاطفية حتى أوقات تفاقم المرض.

دراسة برجينجرغن وآخرين (Bruggenjurgen & et. al.,2002)هدفتْ إلى تحديد وتمييز اختلاف جودة الحياة لدى النساء اللاتي يلدن بطرق مختلفة (ولادة مهبلية طبيعية، ولادة بالملقط، ولادة بتمزق شرجي أو مهبلي، ولادة بالشفط، ولادة بخزع شق العجان، الولادة

القيصرية) وتأثير الألم على جودة الحياة. عينة الدراسة تكونت من النساء المرضى اللاتي ترددنَّ إلى أربعة مستشفيات للنساء والولادة. أما أدوات القياس: جودة الحياة تم قياسها بواسطة مقياس سان فرانسيسكو. تم تعبئة الاستبيان في اليوم السابع للولادة، الألم تم قياسه بواسطة (10) درجات في كل يوم في الصباح والظهيرة، المساء، الليل. عينة الدراسة شملت على (150) سيدة .وتوصلت الدراسةإلى أن السيدات اللاتي يلدن بواسطة خزع شق العجان أو الولادة القيصرية لديهن درجات أقل من اللاتي ولدن بصورة طبيعية، وهذه الاختلافات كانت أكثراً وضوحاً وإقناعاً عندما تم نقاش الجوانب الجسدية والعاطفية من مقياس (SF- 36). ان السيدات بولادة خزع شق العجان كانت لديهن الدرجات الأقل من الوظائف الجسدية، أما عن دور الوظائف الجسدية والألم الجسدي فقد تم ملاحظة أن السيدات اللاتي ولدن بواسطة العملية القيصرية لديهن الدرجات الأقل في الصحة النفسية والعاطفية. وجودة الحياة تختلف تبعا لمتوسط الألم في الأيام الثلاثة الأولى بعد الولادة، حيث إن السيدات اللاتي كان لديهن ألم أكثر من خمس درجات لديهن معيار جودة حياة اقل في جميع المجالات.

هدفتْ الدراسةُ مندلويتز وستاين (Mendlowicz, & Stein,1999) إلى التعرف على نوعية الحياة التي استخدمت في الممارسة الطبية؛ لتقدير أثرها على سير عمل مختلف الأمراض، ومقارنة النتائج بين مختلف أساليب العلاج؛ للوصول إلى رؤية متكاملة لنوعية الحياة لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات القلق، لتكون مفيدة في وضع استراتيجيات للتعامل معها. تم استخدام نموذج قصير؛ لدراسة الحالة الصحية للتحقيق في درجة عدم علاج اضطرابات القلق والاكتئاب الشديد. هذه الاضطرابات تحدث إما منفردة أو مجتمعة، وانخفاض الأداء والرفاهية بين 637 من مرضى مركز الرعاية الصحية الأولية. ومن خلال نتائج الدراسة تم التعرف على 319 مريضاً كانت لديهم تلبية معيار تشخيص واحد أو أكثر من ستة اضطرابات للقلق: اضطرابات القلق العام والاضطراب، رهاب بسيط، رهاب اجتماعي، واضطرابات الهلع أو الخوف من الأماكن المكشوفة، واضطراب الوسواس القهري. راجعت الدراسة تصوراً موحداً تقريباً من اضطراب القلق العام كمرض ممكن أن يؤدي إلى خلل في جودة الحياة بالنسبة للمريض.وقد يكون الخلل قد وجد في مرضى يعانون من اضطراب جزئي في القلق، علاج طبي يعتمد على الأدوية أو علاج نفسي ممكن أن يكون فعال ويعمل على تحسن جودة الحياة لدى أشخاص يعانون من اضطرابات الهلع أو الخوف من الأماكن المكشوفة ، رهاب اجتماعي، أو اضطراب PTSD ما بعد الحدث الصادم.

3- التعقيب على الدراسات السابقة:

أ. من حيث الموضوع:

تناولت الدراسة الحالية موضوع قلق الولادة لدى الأمهات وعلاقته بجودة الحياة في محافظة مسقط، ولكن – على حد علم الباحثة – لا توجد دراسات سابقة جمعت المتغيرات (قلق الولادة وجودة الحياة). لذا تعطي هذه الدراسة تفرداً من حيث حداثة الموضوع الذي تناولته.

ب. من حيث العينة:

العينة التي طبقت عليها الدراسة الحالية هن الأمهات الحوامل، ويظهر أن هناك اتفاقاً مع الدراسات من حيث تطبيقها على الأمهات الحوامل.

ت. من حيث الأدوات:

استخدمت الدراسة الحالية لجمع المعلومات مقياس قلق الولادة من إعداد الهمص(2010)، ومقياس جودة الحياة من إعداد الهمص (2010). اتفقت هذه الدراسة مع دراسة الهمص(2010)، بينما اختلفت مع دراسات أخرى في استخدامها مقياس قلق الولادة ومنها دراسة أبو قوطة (2013)، مينا وآخرين (Mina, & et. al., 2012)؛ السوالمة والصمادي (2011)؛ هاشيما ونسرين وآخرين (Hashima, Nasreem, & et. al., 2011)؛ جوليا مارتيني وآخرين (Julia Martini, & et. al.,2010)؛ هيلين سكوتيريس وآخرين (Helen Skouteris, & et. al.,2009)، ساسنثالر وآخرين(Sausenthaler, & et. al., 2009) ؛ لورا وغلين Laura (& Glynn,2008)؛ صلاح الدين ونجيب (2001)؛ هالدورسدوتير وكارلزدوتير (halldorsdottir & karlsdottir,1996)؛ أحمد وآخرين(Ahmad, & et. al., 1994)؛ سيوزان وآخرين (Suezanne ORR & et. al.,1993)؛ بيركن وآخرين(Perkin & et. al., 1992).

أما بالنسبة لمقياس جودة الحياة اختلفت هذه الدراسة مع دراسات ومنها (Gerson D (Hernandez & others, 2011)؛ (Ana L Vallim & et. al., 2011)؛ (Ana (Victoria Montoya Arizabaleta, 2010)؛ (Deborah, Costa & et. al., 2010)؛ (Eleanor Bimla Schwarz & et. al.,,2008)؛ F (de Oliveira & et. al.,2006)؛ (Fo¨rger, 2005)؛ (Bruggenjurgen & et. al.,2002)؛ مندلويتز، وشتاين (Mendlowicz, & Stein,1999).

ث. من حيث المنهج:

طبقت الدراسة الحالية المنهج الوصفي الارتباطي الذي اتفقت مع جميع الدراسات السابقة.

4- مدى استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

أستفادت الباحثة من الدراسات السابقة في عدد من الجوانب تمثلت في إسهام هذه الدراسات في تحديد مشكلة الدراسة وأهميتها، وتحديد المفاهيم، بالإضافة لتحديد عينة الدراسة، وصياغة مقاييس الدراسة، وطريقة التطبيق، وتحديد المعالجة الإحصائية التي يتم استخدامها في الدراسة الحالية.

5- مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة:

سوف تكشف الدراسة الحالية عن مدى انتشار قلق الولادة لدى الأمهات وعلاقته بجودة الحياة في محافظة مسقط، كما أنها كشفت عن الفروق الفردية في قلق الولادة وجودة الحياة، التعرف على دلالة الفروق في تأثير بعض المتغيرات (عمر الأم/ عدد الولادات/ نوع الأسرة/ شهر الحمل) مما أضافت نتائج جديدة تختص بالأمهات الحوامل بشكل خاص، والدراسات التي أجريت عن هذه المتغيرات بشكل عام.

6- مميزات الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة بما يلي:

أ- <u>من حيث موضوع الدراسة:</u>

ركزت هذه الدراسة بشكل أساسي على قلق الولادة لدى الأمهات وعلاقته بجودة الحياة في محافظة مسقط، وهذا الموضوع هو الأول من نوعه يطبق في هذا المجال الذي يجمع بين هذه المتغيرات، إلا أن هناك دراسات عربية في جامعة نزوى لم تدرجهن الباحثة ضمن الدراسات السابقة، تناولت جودة الحياة، وكان هناك اختلاف من حيث العينة والسنة كدراسة (الرواحية،2016؛ والسنيدية،2017)، وجميع هذه الدراسات لم تتناول الفئة المستهدفة وهن الأمهات الحوامل.

ب- <u>من حيث مجتمع الدراسة:</u>

يتم تطبيق هذه الدراسة في المجتمع العُماني لأول مرة، إذ لم تجد الباحثة – على حد اطلاعها- أي دراسة طبقت على المجتمع العماني بشكل عام، ولا على أمهات الحوامل بشكل خاص.

<u>ج-من حيث نتائج الدراسة:</u>

- نسبة انتشار قلق الولادة لدى الأمهات في محافظة مسقط كان بنسبة 67.8%.
- نسبة انتشار جودة الحياة لدى الأمهات في محافظة مسقط كان بنسبة 98.3%.
- وجود علاقة عكسية سالبة بين قلق الولادة وجودة الحياة.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير قلق الولادة وبين المتغيرات التالية عدد الولادات، شهر الحمل، عمر الأم، نوع الأسرة.
- جودة الحياة قادرة على التنبؤ بقلق الولادة بنسبة 32%.

وبناء على أوجه الاتفاق والاختلاف قامت الباحثة بإجراء هذه الدراسة على عينة من الأمهات الحوامل وذلك من أجل الوصول إلى أهداف الدراسة.

الفصـــل الثـــالث

منـهجيـــة الدراســـة وإجراءاتـهـــا

أولاً: منـهج الدراسة

ثانيًا: مجتمع الدراسة

ثالثًا: عينـة الدراسة

رابعًا: أدوات الدراسة

خامسًا: متغيرات الدراسة

سادسًا: المعالجات الإحصائية

الفصل الثالث

منهجية الدراسة وإجراءاتها

تمهيد:

تتناول الباحثة في هذا الفصل منهجية الدراسة وإجراءاتها، مستعرضة من خلاله منهج الدراسة ومجتمعها وعينتها ومتغيراتها وأدواتها بوصف المقاييس وطرق التحقق من صدقها وثباتها وإجراءات تطبيق الدراسة على العينة، ثم أساليب المعالجة الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

أولاً: منهج الدراسة:

قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي، لمناسبته طبيعة الدراسة كونها تسعى إلى دراسة العلاقة بين بضع من المتغيرات مما يحقق أهداف الدراسة، ويجيب عن أسئلتها، والأسلوب الارتباطي يمكن الباحثة من معرفة طبيعية العلاقة بين المتغيرات، ووصف طبيعة البيانات المستمدة من أفراد عينة الدراسة في ضوء بعض المتغيرات (عمر الأم، عدد الولادات، نوع الاسرة، شهر الحمل).

ثانيا: مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من الأمهات الحوامل واللاتي يتراوح عمرهن بين (20 إلى 40 سنة)، وفي الأشهر الأخيرة من حملهن (السابع والثامن والتاسع) بمحافظة مسقط، اللاتي يراجعن أمور حملهن في مجمع السيب الصحي الطبي ومركز الحيل الصحي وذلك في الفترة البالغة من شهر أغسطس إلى شهر سبتمبر، عام 2017.

ثالثا: عينة الدراسة:

أ- عينة التقنين:

قامت الباحثة باختيار عينة التقنين قوامها (30) أماً من مجتمع الدراسة الأصلي، وتم تطبيق الأدوات على هذه العينة بهدف التحقق من صلاحية الأدوات للتطبيق على أفراد العينة، من خلال حساب صدقها وثباتها بالطرق الإحصائية الملائمة.

ب- **عينة الدراسة الفعلية:**

قامت الباحثة باختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية لتمثل الأمهات اللاتي ترددن على قسم النساء والولادة في مجمع السيب الطبي ومركز الحيل الصحي، وذلك في الفترة الممتدة من شهر أغسطس إلى شهر سبتمبر من عام 2017، وتكونت العينة المبدئية من (60) أما من الأمهات اللاتي ترددن على قسم النساء والولادة في هذ الفترة، وبعد تطبيق الأدوات استبعدت استبانة واحدة بسبب عدم إكمال المستجيبة على الاستبانة، وتكونت عينة الدراسة النهائية من (59)أما.

جدول (1)
توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيراتها الديموغرافية

شهر الحمل	نوع الأسرة	عمر الأم	عدد الولادات			الإجمالي
			1-0	5-2	6 فأكثر	
السابع	النووية	30-20	1	0	0	1
		40-31	3	10	0	13
		الإجمالي	4	10	0	14
	الممتدة	30-20	2	1	0	3
		40-31	0	1	0	1
		الإجمالي	2	2	0	4
الثامن	النووية	30-20	3	0	0	3
		40-31	1	12	3	16
		الإجمالي	4	12	3	19
	الممتدة	30-20	2	0	0	2
		40-31	1	3	0	4
		الإجمالي	3	3	0	6
التاسع	النووية	30-20	0	1	0	1
		40-31	3	7	1	11
		الإجمالي	3	8	1	12
	الممتدة	30-20	2	0	0	2
		40-31	1	1	0	2
		الإجمالي	3	1	0	4

رابعاً: متغيرات الدراسة
اشتملت الدراسة على المتغيرات الآتية:

1. قلق الولادة.
2. جودة الحياة.
3. عُمر الأم (20-30، 31-40).
4. عدد الولادات (0-1، 2-5، 5 فأكثر).
5. نوع الأسرة (النووية، الممتدة).
6. شهر الحمل (السابع، الثامن، التاسع).

خامساً: أدوات الدراسة:
استخدمتْ الباحثةُ الاستبانةَ أداةً لجمع البيانات والمعلومات، في ضوء مراجعة الأدب النفسي في هذا المجال والاستفادة من بعض المقاييس التي تم تطويرها لدراسة متغيرات مشابهة لمتغيرات الدراسة.

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة الأدوات الآتية:

1. **مقياس قلق الولادة:** وهو من إعداد الهمص (2010)، ويتألف المقياس من (31) عبارة.
2. **مقياس جودة الحياة:** وهو من إعداد الهمص (2010)، وعدد فقراته (15) عبارة.

مسوغات استخدام هذه المقاييس: استخدمت الباحثة هذه المقاييس للأسباب الآتية:

- سهولة عباراتها ووضوحها لعينة الدراسة.
- توافر القدر المناسب لها من الصدق والثبات عند تقنينها من قبل مصممها.
- مناسبتها لأغراض الدراسة.

أولاً: وصف مقياس قلق الولادة:

استعانت الباحثة بمقياس قلق الولادة من إعداد الهمص (2010) ويتألف المقياس من (31) عبارة، موزعة على بُعدين، هما: البُعد الأول: الأعراض الفسيولوجية (الجسدية) لقلق الولادة، والبُعد الثاني: الأعراض النفسية لقلق الولادة، كما هو موضح في جدول (2). وقد بلغ معامل ألفا لكرونباخ للمقياسين (705.)، أما معامل الثبات فقد بلغ (0.81) وهو معامل ثبات مقبول.

جدول (2)

أبعاد المقياس والبنود الخاصة بكل بُعد

أبعاد مقياس قلق الولادة	عدد الفقرات	توزع الفقرات على الأبعاد
البعد الأول: الأعراض الفسيولوجية (الجسدية) لقلق الولادة	**11 عبارة**	**(1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11)**
البُعد الثاني: الأعراض النفسية لقلق الولادة	**20 عبارة**	**(12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31).**

تصحيح المقياس:

يشتمل المقياس المستخدم في هذه الدراسة على (31)عبارة، وقد صيغت فقرات المقياس جميعها بطريقة إيجابية، ولغايات الإجابة على فقرات المقياس، يوجد تدرج ثلاثي، هو: (بصورة كبيرة، بصورة متوسطة، بصورة قليلة)، وقد تم التصحيح بحيث أعطيت الخيارات السابقة درجات وفق الترتيب التنازلي (3-2-1). أعلى درجة للمقياس (93)، وتعني وجود قلق الولادة، أما درجة (46) فتعني وجود قلق بنسبة متوسطة، والدرجة (31) تعني أقل قلق للولادة.

للتحقق من الخصائص السيكو مترية للمقياس المستخدم قامت الباحثة باتباع ما يأتي:

- **الصدق:**

تم حساب صدق المقياس بطريقتين، هما: طريقة الصدق الظاهري، وحساب الاتساق الداخلي، وذلك بحساب درجة الارتباط بين البنود والدرجة الكلية لها.

أولاً: الصدق الظاهري (Face Validity)

قامت الباحثة بعرض مقياس قلق الولادة على مجموعة من المتخصصين في الإرشاد النفسي، وعلم النفس، وعلم النفس الاجتماعي، والقياس والتقويم، في كل من جامعة نزوى وجامعة السلطان قابوس كما في ملحق (6)، وقد طُلب من المحكمين إبداء رأيهم وملاحظاتهم حول مدى ملاءمة فقرات المقياس لغرض الدراسة، ودرجة انتماء الفقرات له، ومدى وضوح الصياغة اللغوية لكل عبارة من فقرات المقياس، كذلك ملاحظاتهم واقتراحاتهم، وإضافة أي تعديلات ومقترحات يرونها مناسبة، وقد تم استرجاع (6) نسخ من مجموع الاستمارات الموزعة على لجنة التحكيم، وبعد ذلك تم إجراء حصر لآراء المحكمين وقد نتج عن هذا التحكيم تعديل بعض العبارات التي رأى أعضاء التحكيم تعديلها لعدم وضوحها أو احتمالها أكثر من فكرة، أو

إعادة صياغة بعض فقرات المقياس لتزداد وضوحاً، وتُلَائِم ما وضعت لقياسه، كما يوضحها ملحق (7).

ثانياً: صدق الاتساق الداخلي:Internal Consistency

بعد التأكد من الصدق الظاهري قامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلي وذلك لبيان مدى اتساق فقرات المقياس مع بعضها البعض عن طريق حساب معاملات ارتباط بيرسون لمعرفة درجة ارتباط كل عبارة مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي له، كما هو موضح في جدول (2)، ثم قامت بحساب معاملات ارتباط بيرسون لمعرفة درجة ارتباط كل بُعد مع الدرجة الكلية لمقياس قلق الولادة، كما هو موضح في جدول (3).

جدول (3)

معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل عبارة من فقرات أبعاد قلق الولادة مع الدرجة الكلية لكل بعد (ن= 30)

البعد (1) الأعراض الفسيولوجية (الجسدية) لقلق الولادة	**رقم العبارة**	**(1)**	**(2)**	**(3)**	**(4)**	**(5)**	**(6)**
	معامل الارتباط	.863**	.821**	.724**	.764**	.837**	.636**
	رقم العبارة	**(7)**	**(8)**	**(9)**	**(10)**	**(11)**	
	معامل الارتباط	.678**	.746**	.824**	.732**	.785**	
البعد (2) الأعراض النفسية لقلق الولادة	**رقم العبارة**	**(12)**	**(13)**	**(14)**	**(15)**	**(16)**	**(17)**
	معامل الارتباط	.764**	.719**	.562**	.567**	.404**	.677**
	رقم العبارة	**(18)**	**(19)**	**(20)**	**(21)**	**(22)**	**(23)**
	معامل الارتباط	.288	.705**	.626**	.720**	.753**	.580**
	رقم العبارة	**(24)**	**(25)**	**(26)**	**(27)**	**(28)**	**(29)**
	معامل الارتباط	.638**	.795**	.671**	.666**	.633**	.516**
	رقم العبارة	**(30)**	**(31)**				
	معامل الارتباط	.769**	.710**				

(0.01)(دالة إحصائيا عند مستوى دلالة**
(0.05)(دالة احصائيا عند مستوى دلالة

يتضح من جدول (3) أن جميع فقرات المقياس تتصف بمعامل ارتباط مناسب ودال إحصائيا لأغراض الدراسة.

جدول (4)

معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية لقلق الولادة(ن= 30)

البعد	معامل الارتباط
الأعراض الفسيولوجية (الجسدية) لقلق الولادة	.926**
الأعراض النفسية لقلق الولادة	.965**

**** دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01)**

يتضح من جدول (4) أن جميع أبعاد المقياس تتصف بمعامل ارتباط مرتفع ودال إحصائيا.

- **الثبات:**

قامت الباحثة بالتحقق من ثبات مقياس قلق الولادة بحساب معاملات الثبات لمعادلة ألفا لكرونباخ لأبعاد المقياس وللدرجة الكلية للمقياس، كما هو موضح في جدول (5) .

أ- الثبات باستخدام معادلة ألفا لكرونباخ (Cronbach Alpha):

قامت الباحثة بحساب معامل الثبات لكل بُعد من أبعاد المقياس على حدة، ثم قامت بحساب معامل ثبات المقياس ككل باستخدام معامل (Alpha Cronbach) للاتساق الداخلي. والجدول الآتي يوضح قيم معاملات ألفا لكرونباخ لكل بُعد على حده والمقياس ككل.

جدول (5)

قيم معاملات ألفا لكرونباخ لمقياس قلق الولادة (ن= 30)

البعد	معامل ألفا- لكرونباخ
الأعراض الفسيولوجية (الجسدية) لقلق الولادة	.929
الأعراض النفسية لقلق الولادة	.925
قيمة ألفا للمقياس ككل	.955

يتضح من جدول (5) أنَّ معامل الثبات قد بلغ في بُعد الأعراض الفسيولوجية (الجسدية) لقلق الولادة (929.)، وبُعد الأعراض النفسية لقلق الولادة (925.)، ويتضح أن جميع معاملات

ألفا لكرونباخ مرتفعة لكل بُعد من أبعاد المقياس، وكذلك بلغ معامل ألفا لكرونباخ للمقياس ككل (.955) وهذا يدل على ثبات جيد للمقياس ومناسبته لأغراض الدراسة.

ثانياً: وصف مقياس جودة الحياة:

استعانت الباحثة بمقياس جودة الحياة من إعداد الهمص (2010)، ويتألف المقياس من (15) عبارة، موزعة على بُعدين، هما: البُعد الأول: الشعور بالرضا عن بعض جوانب الحياة، والبعد الثاني: تجربتك بالنسبة لأشياء حدثت معك. حيث يقيس هذا المقياس معرفة تقييم لجودة الحياة التي تعيشهاالمرأة الحامل. وتتراوح الدرجة بين (75-15)، وقد بلغ معامل ألفا لكرونباخ للمقياسين (.705)، أما معامل الثبات فقد بلغ (0.81) وهو معامل ثبات مقبول.

جدول (6)

أبعاد المقياس والبنود الخاصة بكل بعد

أبعاد مقياس جودة الحياة	عدد الفقرات	توزع الفقرات على الأبعاد
البعد الاول: الشعور بالرضا عن بعض جوانب الحياة	**8 عبارة**	(1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8).
البعد الثاني: تجربتك بالنسبة لأشياء حدثت معك	**7 عبارة**	(9، 10، 11، 12، 13، 14، 15).

تصحيح المقياس:

يشتمل مقياس جودة الحياة المستخدم في هذه الدراسة على (15) عبارة، وقد صيغت فقرات المقياس جميعها بطريقة إيجابية، ولغايات الإجابة على فقرات المقياس، قامت الباحثة بوضع تدرج خماسي (مرتفع جدا، مرتفع، متوسط، منخفض، منخفض جدا) لتختار الأم الحامل ما يتلاءم معها، وأعطي التدرج الخماسي الأوزان (5، 4، 3، 2، 1) على التوالي، إذ تمثل الدرجة العالية ارتفاعا في جودة الحياة، وتمثل الدرجة المنخفضة انخفاضا في جودة الحياة.

للتحقق من المواصفات السيكو مترية للمقياس المستخدم قامت الباحثة باتباع ما يأتي:

- **الصدق**:

تم حساب صدق المقياس بطريقتين، هما: طريقة الصدق الظاهري، وحساب الاتساق الداخلي، وذلك بحساب درجة الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية لها.

أولاً: الصدق الظاهري (Face Validity)

قامت الباحثة بعرض مقياس جودة الحياة على مجموعة من المتخصصين في الإرشاد النفسي، وعلم النفس، وعلم النفس الاجتماعي، والقياس والتقويم، في كل من جامعة نزوى وجامعة السلطان قابوس كما في ملحق (6)، وقد طُلب من المحكمين إبداء رأيهم وملاحظاتهم حول مدى ملائمة فقرات المقياس لغرض الدراسة، ودرجة انتماء الفقرات له، ومدى وضوح الصياغة اللغوية لكل عبارة من فقرات المقياس، كذلك ملاحظاتهم واقتراحاتهم، وإضافة أي تعديلات ومقترحات يرونها مناسبة، وقد تم استرجاع (6) نسخ من مجموع الاستمارات الموزعة على لجنة التحكيم، وبعد ذلك تم إجراء حصر لآراء المحكمين وقد نتج عن هذا التحكيم تعديل بعض العبارات التي رأى أعضاء التحكيم تعديلها لعدم وضوحها أو احتمالها أكثر من فكرة، أو إعادة صياغة بعض فقرات المقياس لتزداد وضوحاً، وتُلائم ما وضعت لقياسه، كما يوضحها ملحق(7).

ثانياً: صدق الاتساق الداخلي: Internal Consistency

بعد التأكد من الصدق الظاهري قامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلي وذلك لبيان مدى اتساق فقرات المقياس مع بعضها البعض عن طريق حساب معاملات ارتباط بيرسون لمعرفة درجة ارتباط كل عبارة مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي له، كما هو موضح في جدول (7)، ثم قامت بحساب معاملات ارتباط بيرسون لمعرفة درجة ارتباط كل بُعد مع الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة، كما هو موضح في جدول (8).

جدول (7)

معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل عبارة من فقرات مقياس جودة الحياة مع الدرجة الكلية لكل بُعد (ن= 3)

البُعد (1) الشعور بالرضا عن بعض جوانب الحياة	**رقم العبارة**	**(1)**	**(2)**	**(3)**	**(4)**	**(5)**
	معامل الارتباط	.590**	.657**	.659**	.727**	.824**
	رقم العبارة	**(6)**	**(7)**	**(8)**		
	معامل الارتباط	.838**	.827**	.881**		
البُعد(2) تجربتك بالنسبة لأشياء حدثت معك	**رقم العبارة**	**(9)**	**(10)**	**(11)**	**(12)**	**(13)**
	معامل الارتباط	.678**	.777**	.540**	.751**	.748**
	رقم العبارة	**(14)**	**(15)**			
	معامل الارتباط	.652**	.839**			

(0.01)(دالة إحصائيا عند مستوى دلالة**
(0.05)(* دالة إحصائيا عند مستوى دلالة

يتضح من جدول (7) أن جميع فقرات المقياس تتصف بمعامل ارتباط مرتفع ودال إحصائيا ومناسب لأغراض الدراسة.

جدول (8)

معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل بُعد من أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة (ن= 30)

البعد	معامل الارتباط
البُعد (1)الشعور بالرضا عن بعض جوانب الحياة	.955**
البُعد(2) تجربتك بالنسبة لأشياء حدثت معك	.902**

**** دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01)**

يتضح من جدول (8) أن جميع أبعاد المقياس تتصف بمعامل ارتباط مرتفع ودال إحصائيا.

- **الثبات:**

قامت الباحثة بالتحقق من ثبات مقياس جودة الحياة بحساب معاملات الثبات لمعادلة ألفا لكرونباخ لأبعاد المقياس وللدرجة الكلية للمقياس، كما هو موضح في جدول (9).

أ- الثبات باستخدام معادلة ألفا لكرونباخ (Cronbach Alpha):

قامت الباحثة بحساب معامل الثبات لكل بُعد من أبعادِ المقياس على حدة، ثم قامت بحساب معامل ثبات المقياس ككل باستخدام معامل (Alpha Cronbach) للاتساق الداخلي.

والجدول الآتي يوضح قيم معاملات ألفا لكرونباخ لكل بُعد على حده والمقياس ككل.

جدول (9)

قيم معاملات ألفا لكرونباخ لمقياس جودة الحياة (ن= 30)

البعد	معامل ألفا- لكرونباخ
البُعد (1)الشعور بالرضا عن بعض جوانب الحياة	.891
البُعد(2) تجربتك بالنسبة لأشياء حدثت معك	.832
قيمة ألفا للمقياس ككل	.918

يتضح من جدول (9) أن معامل الثبات قد بلغ (.891) في بُعد الشعور بالرضى عن بعض جوانب الحياة، وبُعد تجربتك بالنسبة لأشياء حدثت معك بلغ (.832). يتضح أن جميع معاملات ألفا لكرونباخ مرتفعة لكل بُعد من أبعاد المقياس، وكذلك بلغ معامل ألفا لكرونباخ للمقياس ككل (.918) وهذا يدل على ثبات جيد للمقياس ومناسبته لأغراض الدراسة.

سادساً: إجراءات تطبيق الدراسة

للتحقق من صدق وثبات أدوات الدراسة، قامت الباحثة بتطبيق مقياسي الدراسة - قلق الولادة، وجودة الحياة على عينة التقنين تكونت من (30) أم من الأمهات اللاتي ترددن على قسم النساء والولادة، وبعد التحقق من صلاحية أدوات الدراسة، والتأكد من صدقها وثباتها والإخراج بالصورة النهائية، قامت الباحثة بالحصول على خطاب (تسهيل مهمة باحث) من عمادة كلية العلوم والآداب بجامعة نزوى متمثلة في قسم التربية والعلوم الإنسانية، وجامعة السلطان قابوس من الإدارة لتحكيم أدوات الدراسة، يُنْظَر الملحق(1).

سابعاً: الأساليب الإحصائية في هذه الدراسة

استخدمت الباحثة في الدراسة الأساليب الإحصائية الآتية:

- معامل ألفا لكرونباخ (Cronbch – Alpha) لحساب معامل ثبات كل من مقياس قلق الولادة ومقياس جودة الحياة.
- حساب الاتساق الداخلي عن طريق حساب الارتباط الكلي للبند بالدرجة الكلية بعد حذف البند.
- التكرارات والنسب المئوية للإجابة على السؤالين الأول والثاني.
- اختبار (T- test) لتحديد دلالة الفروق لمستوى كل من قلق الولادة وجودة الحياة تعزى لمتغيرات عمر الأم، نوع الاسرة، شهر الحمل.
- اختبار التباين الأحادي (One Way ANOVA) لتحديد دلالة الفروق قلق الولادة وجودة الحياة لدى الأمهات تعزى لمتغير عدد الولادات.
- معامل ارتباط بيرسون للتعرف على العلاقة الارتباطية بين قلق الولادة وجودة الحياة.
- معامل الانحدار للتنبؤ بقلق الولادة وجودة الحياة.

الفصـــل الرابـــع

نتـائج الـدراسة

أولاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الأول

ثانياً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني

ثالثاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث

رابعاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع

خامساً: النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس

سادساً: توصيات الدراسة

سابعاً: مقترحات الدراسة

الفصل الرابع

نتـائج الـدراسة وتفسيـرها ومناقشتهـا

تمهيد:

يتناول هذا الفصل عرضاً لنتائج الدراسة ومناقشتها، والتي هدفت إلى التعرف على قلق الولادة لدى الأمهات وعلاقته بجودة الحياة في محافظة مسقط.

أولاً: عرض النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

والذي نَصَّ على الآتي: ما مدى انتشار قلق الولادة لدى الأمهات الحوامل في محافظة مسقط؟

من أجل الإجابة عن هذا السؤال قامت الباحثة بحساب النسب المئوية لمستوى القلق حسب التكرارات المرتبطة بالإجابة بصورة قليلة، بصورة متوسطة، بصورة كبيرة، كما هو موضح في جدول (10).

جدول (10)

النسب المئوية والتكرارات لأبعاد مقياس قلق الولادة

أبعاد المقياس	مستوى القلق	التكرارات	النسبة المئوية%
الأعراض الفسيولوجية (الجسدية) لقلق الولادة	قليل	20	33.9
	متوسط	24	40.7
	كبير	15	25.4
الأعراض النفسية لقلق الولادة	قليل	26	44.1
	متوسط	18	30.5
	كبير	15	25.4
المجموع الكلي للمقياس	قليل	19	32.2
	متوسط	24	40.7
	كبير	16	27.1

يتضح من جدول (10) أن نسبة انتشار أعراض القلقِ لدى أفراد العينة يتوزع بنسب متفاوتة إلا أنه بشكل عام إذا نظرنا للقلق المتوسط مع الكبير فإن نسبة الأعراض الجسدية في مقياس قلق الولادة بلغت (66.1%)، أما نسبة الأعراض النفسية فقد بلغت (55.9%)، وعليه،

المجموع الكلي لمقياس قلق الولادة يكون (67.8%) وهي نسبة تعدُّ عالية إلى حد ما، مما يستدعي الاهتمام الكبير بالتوعية الصحية والنفسية للحوامل.

وتعزو الباحثة منشأ هذا القلق لعدَّةِ أسباب منها: القلق التوقعي الناجم إما بسبب الخبرات السابقة أو بسبب المعلومات التي تتلقاها المرأة من المحيط الخارجي، وكذلك بسبب غموض عملية الولادة وما يرافقها من آلام شديدة في المخاض تجعل الحامل في حالة قلق وتوتر شديدين، ويترافق ذلك مع غموض مستقبل الجنين القادم ومصير صحة الأم، كل ذلك من شأنه أن يضع الحامل في حالة من القلق.

هذا ما أشار إليه الخالدي والبرواري (2013) بأن مرحلة الولادة هي مرحلة توقع وانتظار وتوتر بالنسبة للحامل.

حيث أن العديد من الدراسات الخاصة بموضوع القلق عند النساء الحوامل تشير إلى وجود ارتفاع في مستوى القلق لديهن، وعادة ما يكون القلق مصحوبا بأعراض فسيولوجية منها: زيادة في معدل دقات القلب، وارتفاع نشاط الغدة الدرقية، وحدوث تقلص للعضلات، وكثرة التعرق أو التبول، وحدوث جفاف للحلق وصعوبة في الكلام، وزيادة معدلات التنفس، كما يرافقها حدوث العديد من التغيرات النفسية منها عدم القدرة على التركيز، وترقب حصول الأذى، وعدم اتزان التفكير، وفقدان الشعور بالأمن النفسي، وتزايد الإحساس بالاكتئاب والضيق والتوتر(التميمي، 2006).

إنَّ الولادة والتفكير بها يعد شيء من المستقبل للحامل، وحسب ما أشار إليه العناني (2000) بأنَ مجرد التفكير بالمستقبل يعتبر عاملا يسبب القلق لدى الفرد ويساعد في ذلك خبرات الماضي المؤلمة وضغوطات الحياة العصرية وطموح الإنسان وسعيه المستمر نحو تحقيق ذاته وإيجاد معنى لوجوده.

وقد اتفقت نتيجة هذه الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة حسين (Hussein,2010) والتي يشير فيها أنه يزداد القلق لدى الحوامل بسبب آلام مرتبطة بالحمل والولادة ووجود خوف من مظهر الطفل أو من إنجاب طفل معاق.

كما تتفق مع دراسة أحمد (Ahmad & et al.,1994) والتي كانت من أبرز نتائجها أن النساء الحوامل لديهن ارتفاع في مستوى القلق وبعض المفاهيم الخاطئة أكثر من النساء غير الحوامل.

كما وضحت بعض الدراسات هيزينك وميدينا ومولدر وفيسر وبويت (Huizink, Medina, Mulder,Visser & Buit elaar,2000) بأن النساء اللواتي يشعرن بقلق غير عادي على حملهن، يزداد لديهن احتمال حدوث ولادة مبكر، نتيجة وجود مخاوف بشأن المخاض والولادة، وأن القلق أثناء فترة الحمل على وجه التخصيص يتمثل بثلاثة عوامل، هي: مخاوف ألم الولادة، والخوف من ولادة طفل معاق جسديا أو عقليا، والخوف من مظهر أو شكل الطفل.

ومع أن نسبة قلق الولادة جاءت مرتفعة إلى حَدٍ ما في دراستي الحالية إلا أنه مبرر عموما، فنتيجة دراستي الحالية من حيث النسب المئوية تتفق مع دراسة أبو قوطة (2013) حيث أظهرت بأن (29.3%) من عينة الدراسة يشعرن بقلق حمل وولادة منخفض، و(41.3%) من عينة الدراسة يشعرن بقلق متوسط، و(29.3 %) من عينة الدراسة يشعرن بقلق مرتفع، وهذا يدعم النتيجة.

كما تتفق مع دراسة عبد الستار وطاهر (2015) والتي أظهرت نتائجها أن نسبة (65%) من الحوامل أشرن إلى وجود حالة القلق من الولادة لديهن. هذا أيضا يدعم النتيجة.

ثانياً: عرض النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

الذي نَصَّ على الآتي: ما مدى انتشار جودة الحياة لدى الأمهات الحوامل في محافظة مسقط؟

يظهر في جدول (11) النسب المئوية لأبعاد مقياس جودة الحياة:

جدول (11)

النسب المئوية والتكرارات لأبعاد مقياس جودة الحياة

أبعاد المقياس	مستوى جودة الحياة	التكرارات	النسبة المئوية%
الشعور بالرضا عن بعض جوانب الحياة	مرتفع جداً	2	3.4
	مرتفع	14	23.7
	متوسط	32	54.2
	منخفض	11	18.6
	منخفض جداً	0	0
تجربتك بالنسبة لأشياء حدثت معك	مرتفع جداً	3	5.1
	مرتفع	14	23.7
	متوسط	17	28.8
	منخفض	25	42.4
	منخفض جداً	0	0
المجموع الكلي للمقياس	مرتفع جداً	3	5.1
	مرتفع	13	22.0
	متوسط	42	71.2
	منخفض	1	1.7
	منخفض جداً	0	0

يتضح من جدول (11) أن نسبة انتشار جودة الحياة لدى الأمهات الحوامل كان بنسبة مرتفعة، حيث قامت الباحثة بدمج نسبة (مرتفع ومرتفع جدا) مع بعضهما إلى نسبة متوسط، ونسب (منخفض ومنخفض جدا) مع بعضهما حيث بلغ مستوى جودة الحياة في بُعد الشعور بالرضا عن بعض جوانب الحياة بنسبة (81.3%)، أما نسبة جودة الحياة في بُعد تجربتك لأشياء حدثت معك (57.6%). ولذا بلغت نسبة المجموع الكلي لمقياس جودة الحياة (98.3%)، هي نسبة مرتفعة جدا.

وتعزو الباحثة ذلك إلى أن العينة بحكم أنها تعيش في العاصمة ويتوفر لها الكثير من مقومات وعوامل جودة الحياة، حيث أن أغلبية سكان العاصمة من الفئة المثقفة والمتعلمة.

وتشير دراسة ميكس ومورال (2001) (Meeks & Murrell,2001)إلى أن الأفراد المتعلمين يتمتعون بدرجات أعلى من الرضا عن الحياة، وأن ارتفاع المستوى التعليمي يؤثر بطريقة إيجابية على الصحة النفسية والجسمية للأفراد من ناحية، وأيضا هم أكثر قدرة على التكيف وتجاوز الأحداث السلبية في حياتهم من ناحية أخرى.

كما تشير دراسة سونيا (Sonja ,2010) إلى وجود تحسن في نوعية الحياة في المجتمعات الثرية، وأن قضية الأمن الوظيفي والأمن الاقتصادي هما العنصران الأساسيان اللذان يؤثران على حياة الأفراد بشكل إيجابي.

ومن ناحية أخرى ترى الباحثة أنَّ تقبل الأم للحمل بحد ذاته كفيل بتحقيق درجة عالية من جودة الحياة.

حيث أشارت دراسة إليانور وبيملا وشوارتز(Eleanor Bimla Schwarz,2008) بأن الحوامل اللاتي لا يرغبن في حملهن تقل لديهن نوعية الحياة من اللواتي يخططن للحمل، وأنهن يرغبن بالإجهاض، مما يشير إلى أن الحمل يؤثر سلبا على نوعية حياتهن بشكل أكبر من النساء اللائي يخططن للإنجاب ويرغبن ببقاء حملهن.

وحسب ما أشار إليه عبد الفتاح وحسن (2006) بأن جودة الحياة تشير إلى الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة، فضلا عن إدراك الفرد لجوانب حياته وشعوره بمعنى الحياة بجانب الصحة الجسمية الإيجابية وتوافقه مع القيم السائدة.

إن للرضا عن الحياة أثر إيجابي محفز على استمرارية الإنتاج ورفع سقف الطموح والتطلعات المستقبلية، حيث يشار إلى الشخص الراضي عن حياته بأنه يتمتع بصحة نفسية جيدة وبسعادة وراحة بال، كما أنه من أكثر الأشخاص قدرة على التكيف سواء على الصعيد الشخصي أو الاجتماعي حسب ما أشارت إليه بعض الدراسات مثل: (الدسوقي،1999؛ Salokanga et. al, 2009 ، والمالكي،2011)

ثالثاً: عرض نتائج السؤال الثالث:

الذي نَصَّ على الآتي: ما دلالة العلاقة بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى الأمهات الحوامل في محافظة مسقط؟

من أجل الإجابة على السؤال تم استخدام معامل ارتباط بيرسون.

جدول (12)

معامل ارتباط بيرسون بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى الأمهات الحوامل

أبعاد مقياس جودة الحياة / أبعاد مقياس قلق الولادة	الشعور بالرضى عن بعض جوانب الحياة	تجربتك بالنسبة لأشياء حدثت معك	مقياس جودة الحياة
الأعراض الفسيولوجية (الجسدية) لقلق الولادة	-.490**	-.535**	-.558**
الأعراض النفسية لقلق الولادة	-.459	-.464**	-.507
مقياس قلق الولادة	-.506**	-.528**	-.566**

يتضح من جدول (12) وجود علاقة عكسية سالبة بين أبعاد مقياس قلق الولادة مع أبعاد مقياس جودة الحياة.

وترى الباحثة بأن هذا يعني أن للقلق تأثير على جودة الحياة فهو يعمل على التقليل من شعور الإنسان بالهناء والرضا ويقلل من خبرة الاستمتاع بالحياة الإيجابية، ويؤدي إلى شعور الأم الحامل بأن حياتها ليست آمنة وليس لها أي معنى، كما يُفْقِدُ الحملُ طاقتَها وقدرتها على التركيز في أداء وظائف حياتها اليومية.

إنَّ الشخصَ الذي لديه مستوى مرتفع من الرضا عن الحياة يتمتع بدرجة عالية من الصبر والتحمل عند التعرض للقلق والضيق، وهو بذلك لديه إرادة قوية في مواجهة الأزمات، ودائما متفائل حتى في ظل المواقف الصعبة ويسعى للأفضل وللنجاح دائما، ويفكر بإيجابية، ويُكَوِّنُ علاقات اجتماعية سوية، وقادر على التحكم بمشاعره (علام، 2008، ص218).

إن ذلك لا يعني أن الأشخاص الراضون عن حياتهم لا يعانون من القلق والخوف والمشاعر السلبية، بل إن ما يميز هذه الفئة هو طريقتهم في مواجهة هذه المشاعر والتصدي لها، فهم لديهم قدرة على مواجهة الصراعات والإحباطات بالحكمة، بعيدا عن القلق والتوتر والخوف (عبدالخالق،2003).

وتوصلت دراسة مندلويتز وستاين (Mendlowicz, & Stein,1999) إلى وضع تصور موحد بأن اضطراب القلق العام كمرض ممكن أن يؤدي إلى خلل في جودة الحياة بالنسبة للمريض.

كما أشارت دراسة هاشيما وأسريم (Hashima, asreem & et. al, 2011) بأن أكثر العوامل المسببة للقلق عند النساء الحوامل كانت بسبب المستوى الاقتصادي المتدني.

وكذلك أشارت دراسة بروجنجورجن وآخرين(Bruggenjurgen, & et al., 2002) بأن السيدات اللاتي كان لديهن ألم أكثر من خمس درجات لديهن معيار جودة حياة أقل في جميع المجالات.

رابعاً: عرض النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

نَصَّ السؤال على الآتي: هل توجد فروق دالة إحصائيا في مقياس قلق الولادة تعزى للمتغيرات (عمر الأم، عدد الولادات، نوع الاسرة، شهر الحمل)؟

من أجل الإجابة على هذا السؤال تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار T-Test لمتغيرات عمر الأم، نوع الاسرة، واختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمتغيري شهر الحمل وعدد الولادات.

1- متغير عمر الأم:

يوضح جدول (13) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار T-TEST لمستوى قلق الولادة لمتغير عمر الأم.

جدول (13)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (T-TEST) لأبعاد مقياس قلق الولادة وفقا لمتغير عمر الأم

أبعاد مقياس قلق الولادة	عمر الأم	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة	اتجاه الدلالة
الأعراض الفسيولوجية (الجسدية) لقلق الولادة	30-20	12	1.91	.604	57	.260	.796	غير دالة إحصائيا
	40-31	47	1.86	.593				
الأعراض النفسية لقلق الولادة	30-20	12	1.93	.536	57	-.323	.748	غير دالة إحصائيا
	40-31	47	1.98	.485				
المجموع الكلي	30-20	12	1.92	.532	57	-.097	.923	غير دالة إحصائيا
	40-31	47	1.94	.486				

*** دالة عند مستوى $\alpha \leq 0.05$**

يتضح من خلال جدول (13) لاختبار "ت" (T-TEST) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين عمر الأم (20- 30) و (31- 40) في مستوى أبعاد مقياس قلق الولادة والمجموع الكلي للمقياس، وهذا يعني أن متغير عمر الأم لا يبدو عاملاً مهما في تأثيره على قلق الولادة لديهن.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن قلق الولادة عامل ثابت يتكرر عند كل حمل ومرتبط بالخبرات السابقة والتوقعات، ولا يرتبط بالعمر. حيث أن قلق الولادة يعتبر قلق على المستقبل، إذ أشار عبد الحليم (2010) أن قلق المستقبل يعد قلقا وجوديا مصاحبا لوجود الفرد. كما تأتي هذه النتيجة متوافقة مع دراسة (Mina, & et. al.,2012) والتي كان من أبرز نتائجها أنه لا تأثير للعمر على مستوى القلق والاكتئاب عند النساء الحوامل. كما تأتي مناقضة لدراسة عباس (2009)، من أبرز نتائج هذه الدراسة: كلما زاد عمر الأم كلما زادت خبرتها في الحياة وخصوصا في مجال العناية أثناء فترة الحمل والولادة.

2- متغير نوع الأسرة:

يوضح جدول (14) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار T-TEST لمستوى قلق الولادة لمتغير نوع الأسرة.

جدول(14)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار(T-TEST) لأبعاد مقياس قلق الولادة وفقا لمتغير نوع الأسرة

أبعاد مقياس قلق الولادة	نوع الاسرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة	اتجاه الدلالة
الأعراض الفسيولوجية (الجسدية) لقلق الولادة	نووية	45	1.81	.572	57	-1.42	.160	غير دالة إحصائيا
	ممتدة	14	2.07	.630				
الأعراض النفسية لقلق الولادة	نووية	45	1.96	.484	57	-.405	.687	غير دالة إحصائيا
	ممتدة	14	2.02	.531				
المجموع الكلي	نووية	45	1.90	.471	57	-.864	.391	غير دالة إحصائيا
	ممتدة	14	2.03	.556				

*** دالة عند مستوى $\alpha \leq 0.05$**

يتضح من جدول (14) لاختبار "ت" (T-TEST) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الأسرة النووية والأسرة الممتدة في مستوى أبعاد مقياس قلق الولادة والمجموع الكلي للمقياس، وهذا يعني أن متغير نوع الأسرة لا يبدو عاملاً مهما في تأثيره على قلق الولادة لديهن.

مما يشير إلى أن القلق موضوع فردي مرتبط بالشخص نفسه، وأن نوع الأسرة قد لا يساهم بدرجة كبيرة في التخفيف منه، طالما كانت الأسرة التي تعيش بها الحامل مطمئنة وتعيش باستقرار وسلام حسب ما توصلت إليه الباحثة، صحيح أنه في الزمن الماضي كانت الأسرة هي مصدر المعلومات والاستفسارات وبمثابة مصدر تطمين للإجابة عن استفسارات الحامل إلا أن الوقت الحاضر أصبحت التكنولوجيا أكبر مصدر للمعلومات حيث باتت تلعب دورا مهما في توفير المعلومات للأمهات الحوامل أكبر من دور الأسرة، وتجيب عن تساؤلاتهن واستفساراتهن.

إن قلق الولادة يعتبر من القلق على المستقبل، حيث أن أحد أسباب قلق المستقبل هو الشعور بعدم الانتماء والاستقرار داخل الأسرة، وأيضا وجود التفكك الأسري (العنزي،2010)، لذا طالما كانت الحامل تعيش في أسرة مستقرة فليس من الأهمية ن تكون الأسرة نووية أو ممتدة.

وتأتي هذه النتيجة موافقة لما تراه دراسة (Sausenthaler, & et.al,2009) التي أكدت نتائجها على وجود علاقة بين القلق لدى الحوامل وبين وجود مشكلات أسرية داخل الأسرة التي تعيش بها الحامل.

2- متغير شهر الحمل:

يوضح جدول (15) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير شهر الحمل، كما يوضح جدول (16) تحليل التباين الأحادي (One- Way ANOVA):

جدول (15)

المتوسطات الحسابية والانحرافات في مستوى قلق الولادة، وفقا لمتغير شهر الحمل

قلق الولادة	شهر الحمل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الأعراض الفسيولوجية (الجسدية) لقلق الولادة	السابع	18	1.83	.529
	الثامن	25	1.73	.627
	التاسع	16	2.14	.539
الأعراض النفسية لقلق الولادة	السابع	18	2.01	.531
	الثامن	25	1.83	.477
	التاسع	16	2.13	.436
المجموع الكلي	السابع	18	1.95	.496
	الثامن	25	1.80	.494
	التاسع	16	2.14	.431

يتضح من جدول (15) أن هنالك بعض الفروق الظاهرية في المتوسطات الحسابية في مستوى قلق الولادة بالنسبة لمستوى شهر الحمل، ومن أجل التأكد من أن هذه الفروق دالة إحصائيا، تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One- Way ANOVA) وذلك من جدول (16:)

جدول (16)

تحليل التباين الأحادي(One- Way ANOVA) لمستوى قلق الولادة، وفقا لمتغير شهر الحمل

مشاعر قلق الولادة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الأعراض الفسيولوجية (الجسدية) لقلق الولادة	بين المجموعات	1.714	2	.857	2.586	.084
	داخل المجموعات	18.563	56	.331		
	المجموع الكلي	20.277	58	-		
الأعراض النفسية لقلق الولادة	بين المجموعات	.927	2	.464	1.979	.148
	داخل المجموعات	13.120	56	.234		
	المجموع الكلي	14.047	58	-		
المجموع الكلي	بين المجموعات	1.131	2	.566	2.463	2.463
	داخل المجموعات	12.861	56	.230		
	المجموع الكلي	13.993	58	-		

يتضح من جدول (16) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جميع أبعاد مقياس قلق الولادة بالنسبة لمتغير شهر الحمل والمجموع الكلي للمقياس، يعني هذا أن متغير شهر الحمل لا يبدو عاملاً مهما في تأثيره على قلق الولادة لديهن.

ورأي الباحثة يتعارض مع هذه النتيجة، إذ أرى بأنَّ الأشهر الأخيرة من الحمل من أصعب وأخطر الشهور على الإطلاق، إذ يتوجب على الحامل أن تحافظ على صحتها بشكل كبير، وأن لا تعرض نفسها لأي عمل متعب وشاق، كما يجب عليها أن تبتعدَ عن المشكلات التي تسبب لها التوتر والقلق، وهنا يأتي دور الزوج والأسرة في توفير جو هادئ ومريح لها؛ حتى تتمكن من تخطي هذه المرحلة الصعبة دون حدوث أي ضرر لها أو للجنين.

كما أن نتيجة الدراسة الحالية تختلف مع ما تشير إليه دوتش(2008) بأنه عندما يصبح الحمل في مرحلته الأخيرة يزداد اضطراب المرأة وعدم شعورها بالراحة.

4- متغير عدد الولادات:

يوضح جدول (17) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير عدد الولادات، كما يوضح جدول (18) تحليل التباين الاحادي (One- Way ANOVA):

جدول (17)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لقلق الولادة وفقا لمتغير عدد الولادات

قلق الولادة	عدد الولادات	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الأعراض الفسيولوجية (الجسدية) لقلق الولادة	1-0	19	1.76	.526
	5-2	36	1.86	.577
	6 فأكثر	4	2.47	.807
الأعراض النفسية لقلق الولادة	1-0	19	1.96	.586
	5-2	36	1.96	.457
	6 فأكثر	4	2.10	.389
المجموع الكلي	1-0	19	1.89	.538
	5-2	36	1.93	.464
	6 فأكثر	4	2.23	.524

يتضح من جدول (17) أن هنالك بعض الفروق الظاهرية في المتوسطات الحسابية في مستوى قلق الولادة بالنسبة لمستوى عدد الولادات، ومن أجل التأكد أن هذه الفروق دالة إحصائيا، تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One- Way ANOVA) وذلك من جدول (18)

جدول (18)

تحليل التباين الأحادي(One- Way ANOVA) لمستوى قلق الولادة وفقا لمتغير عدد الولادات

مشاعر قلق الولادة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الأعراض الفسيولوجية (الجسدية) لقلق الولادة	بين المجموعات	1.680	2	.840	2.529	.089
	داخل المجموعات	18.597	56	.332		
	المجموع الكلي	20.277	58	-		
الأعراض النفسية لقلق الولادة	بين المجموعات	.068	2	.034	.137	.873
	داخل المجموعات	13.979	56	.250		
	المجموع الكلي	14.047	58	-		
المجموع الكلي	بين المجموعات	.392	2	.196	.808	.808
	داخل المجموعات	13.600	56	.243		
	المجموع الكلي	13.993	58	-		

يتضح من جدول (18) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جميع أبعاد مقياس قلق الولادة بالنسبة لمتغير عدد الولادات والمجموع الكلي للمقياس وهذا يعني أن متغير عدد الولادات لا يبدو عاملاً مهما في تأثيره على قلق الولادة لديهن.

وهذه النتيجة تتفق مع دراسة الهمص(2009)، حيث توصل إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة ومتغير عدد الولادات التي مرت بها الأم.

كما تتعارض نتيجة هذه الدراسة مع دراسة بيجيرس(Beijers,2010) التي أكدت في نتائجها على وجود مستويات عالية من الضغوط النفسية والقلق لدى النساء الحوامل، خصوصا اللاتي يلدن لأول مرة.

خامساً: عرض النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس:

الذي نَصَّ على: ما مقدار إسهام جودة الحياة في التنبؤ بقلق الولادة؟

للإجابة عن هذا السؤال قامت الباحثة بإجراء اختبار الانحدار الخطي البسيط (Regression Linear)، لمعرفة مقدار إسهام جودة الحياة في التنبؤ بقلق الولادة من عدمه، وكانت النتائج كما في جدول (19).

جدول(19)

نتائج تحليل تباين الانحدار الخطي البسيط لمقدار إسهام جودة الحياة في التنبؤ بقلق الولادة

المتغير المستقل	المتغير التابع	قيمة الارتباط R	معامل التحديد مربع R	قيمة ف	دلالة ف	قيمة T	مستوى ت	بيتا	الثابت
جودة الحياة	قلق الولادة	-.566	.321	26.921	.00	-5.189	.00	-.566	3.892

يتضح من جدول (19) وجود دلالة إحصائية لإسهام جودة الحياة في التنبؤ بقلق الولادة، حيث فسرتْ جودة الحياة بنسبة (32%) من التباين الحاصل في قلق الولادة، مما يشير إلى وجود عوامل أخرى يمكن أن تتنبأ بجودة الحياة لم تتناولها الدراسة الحالية، وقد تعود بعض الأسباب للخطأ العشوائي.

تفسر الباحثة هذه النتيجة بأن وجود رضا عن الحياة التي تعيشها المرأة الحامل قادر على التقليل من القلق بقدر كبير، وأن أحد أسباب القلق هو التفكير المستمر والمتأزم بالحياة المعيشية والمستقبل المعيشي.

ويدعم هذه النتيجة كل من الصواف والجلبي (2001)، إذ أشارا إلى أن أحداث الحياة من شأنها أن تؤدي إلى حدوث قلق عند الفرد واضطرابات بسبب التغييرات التي قد تحدث للفرد ومنها الحمل والولادة.

إن الرضا عن الحياة يجعل الفرد أكثر قابلية وقدرة على مواجهة المشكلات والمواقف الحياتية المختلفة، كما أن وجود الرضا عن الحياة يجعل الفرد أقل توترا وقلقا (أبو عبيد، 2013).

سادساً: توصيات الدراسة

بعد إجراء هذه الدراسة، تقدم الباحثةُ بعضا من التوصيات التي من شأنها أن ترتقي بالخدمات المقدمة للأم الحامل، التي سيكون لها كبير الأثر في التخفيف من قلق الولادة :

- توفير مراكز متخصصة لتدريب الأمهات وتهيئتهن لعملية الولادة وبالذات الأمهات اللواتي يلدن لأول مرة.
- تصميم برامج إرشادية تعمل على تخفيف القلق والضغوطات النفسية للحوامل في الأشهر الأخيرة (السابع، الثامن، التاسع).

- زيادة الوعي الصحي للحوامل وتثقيفهن وتوضيح المشاكل التي قد تعترض عملية الولادة والحلول المناسبة لكل مشكلة.
- توفير الاهتمام والرعاية الصحية المناسبة للحوامل من قبل الطاقم الطبي أثناء عملية التوليد.
- توفير الدعم المعنوي للحامل سواء من قبل الأسرة أو الطاقم الطبي.
- الاهتمام بتوعية الحوامل بأهم المشكلات الصحية التي قد تواجهها، وكيفية تجنبها من خلال كتيبات ومحاضرات توعوية تقام لهنَّ في المراكز الصحية في قسم النساء والولادة وقت انتظارهن للعلاج وعمل الفحوصات.

سابعاً: مقترحات الدراسة

نظرا لندرة الأبحاث في موضوع قلق الولادة من ناحية، والعلاقة بين قلق الولادة وجودة الحياة من ناحية أخرى، وفي ضوء نتائج الدراسة الحالية، تقترح الباحثة القيام بإجراء مجموعة من الدراسات اللاحقة:

- دراسة البناء النفسي للأم الحامل في ضوء بعض المتغيرات.
- أثر الدعم الأسري في تخفيف الضغوط النفسية لدى الأمهات المقبلات علي عملية الولادة.
- القيام بإجراء دراسة مسحية، بهدف التعرف على أبرز المشكلات التي تواجهها المرأة الحامل.
- إجراء دراسة مشابهه للدراسة الحالية تشمل جميع محافظات السلطنة للتعرف على مستوى انتشار قلق الولادة في كل محافظة وعلاقته بجودة الحياة.
- القيام بتنفيذ برنامج إرشادي علاجي، بهدف تخفيف حدة قلق الولادة عند الحوامل.
- إجراء المزيد من الدراسات المسحية، بهدف معرفة واستقصاء أسباب قلق الولادة، وجودة الحياة عند النساء الحوامل.

قائمة المصادر والمراجع

أولاً:المصادر العربية

القرآن الكريم.

ثانياً: المراجع العربية

حجازي، عائشة .(2003). **فروق أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية لدى الأطفال (6-12) سنة والمصابين ببعض الأمراض النفسية**. رسالة ماجستير، جامعة الملك سعود.

الحويله، أمثال. (2010). **القلق والاسترخاء العضلي- المفاهيم والنظريات والعلاج.** الكويت، ايتراك للطباعة والنشر، ط1

الخالدي، جاجان والبرواري، رشيد .(2013). **الاحتراق النفسي لدى المرأة**. الأردن، دار جرير للنشر والتوزيع، ط1

دوتش، هيلين. (2008). **علم نفس المرأة الأمومة**. ترجمة اسكندر جرجي معصب، لبنان،مجد المؤسسة الجامعية للنشروالتوزيع، ط1.

روس، هيلين. (1986). **مخاوف الأطفال، كيف نفهم الأطفال**، ترجمة محمد خيري، القاهرة، **مكتبة النهضة**، ط4.

الزغبي، أحمد .(1997). مستوى القلق كحالة وكسمة لدى طلبة جامعة صنعاء. **مجلة مركز البحوث التربوية**، جامعة قطر، (12).

السباعي، زهير وعبد الرحيم، شيخ .(1995). **القلق كيف نتخلص منه**. دمشق، دار القلم.

سرحان، وليد والتكريتي، عدنان وحباشنة، محمد .(2004). **القلق**. الأردن، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، ط1.

السوالمة، عائشة والصمادي، أحمد.(2011). **فعالية العلاج الواقعي الجمعي في تخفيف الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى الحوامل**. رسالة ماجستير منشورة، جامعة اليرموك، الأردن.

الشربيني، لطفي .(1990). **كيف تتغلب على القلق**. دار النهضة العربية، بيروت.

شيفر، ميلمان وشارلز، هوارد.(1989). **مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها**. ترجمة فسيحة داوود ونزيه حمدي. عمان. منشورات الجامعة الأردنية.

الصواف، منى والجلبي، قتيبة .(2001). **الصحة النفسية للمرأة العربية**. مصر، مؤسسة طيبة

للنشر والتوزيع، ط1

عبد الواحد، محيي الدين (د.ت). **دع القلق واستعن بالله**. الرياض، دار أسامة للنشر والتوزيع.

عبدالكريم قاسم أبو الخير، (2004). **النمو من الحمل إلى المراهقة**. دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، ط1.

عبوي، منير .(2006). **إدارة الجودة الشاملة.** عمان، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، ط1

عكاشة، أحمد.(1998). **الطب النفسي المعاصر**. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

العلبي، أحمد. (1987). **مشاكل الحمل**، القاهرة، دار المعارف.

فرويد، سيجموند .(1983).الكف والعرض والقلق. ترجمة محمد عثمان نجاتي، القاهرة، دار الشروق، ط3.

فضة، (2002). **العناية التمريضية السريرية، أمراض النساء والتوليد**. عمان، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، ط1.

القريظي، عبد المطلب .(1998). **في الصحة النفسية**. القاهرة، دار الفكر العربي.

كارنيجي، ديل .(2010). **كيف تتخلص من القلق وتبدأ حياتك**. مكتبة جرير، السعودية، ط11.

مدانات، أوجيني .(2006). **الطفولة**. دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، الأردن، ط1.

منسي، محمود وكاظم، علي .(2006). **مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة**.سلطنة عمان ، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة.

منسي،محمود و الطيب،محمد و حنين، رشدى.(1986). **مرحلة ما قبل الميلاد.** منشأة المعارف، الاسكندرية.

الهمص، صالح.(2010). **قلق الولادة وعلاقته بجودة الحياة لدى الأمهات بقطاع غزة**. رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الاسلامية، فلسطين، غزة.

اليامي، محمد.(2014). **جودة الحياة**. السعودية. 7\8\2017. استرجع من: /http://www.alhayat.com/Opinion/Mohammed-Al-Yami/2409253

ثالثا: المراجع الأجنبية

Angeeliquec. Demoncada, Michael Feuerstein,(2006): Psychological Interventions For Depression, Anxiety, And quality of life In cancer survivors, Meta- Analysis,InteI. **J.Psychiatry In Medicine,** Vol.36(1) 13-34, 2006

Beischer,Na& others(1997). Obstetric & The Newborn, 3rd edition, London.W.B.**Sauders Company Ltd**.

Chamberlain, Geoffrey(2001). Turnbulls Obstetrics, 3 rd edition, United states of America.

الملاحق

ملحق(1) قائمة بأسماء المحكمين

ملحق (2) نموذج لخطاب المحكمين

ملحق(3)مقياس قلق الولادة كما عرض على السادة المحكمين

ملحق(4)مقياس جودة الحياة كما عرض على السادة المحكمين

ملحق (5)الفقرات المعدلة للمقاييس قلق الولادة وجودة الحياة على وفق آراء المحكمين

الملحق (6)نموذج خطاب لعينة الدراسة-الأساسية

ملحق (7) رسائل تسهيل مهمة باحث للمديرية العامه للخدمات الصحية بدارسيت

ملحق (8) رسائل تسهيل مهمة باحث صادرة من القبول والتسجيل بجامعة نزوى

ملحق(1) قائمة بأسماء المحكمين

م	أسماء المحكمين	التخصص	الدرجة العلمية	جهة العمل
1-	أحمد محمد جلال الفواعير	تربية خاصة	أستاذ مساعد	جامعة نزوى
2-	عبد الفتاح الخواجة.	إرشاد نفسي وتربوي	أستاذ مساعد	جامعة نزوى
3-	محمد أحمد حافظ	.....	.....	جامعة نزوى
4-	خولة السعايدة	علم النفس	أستاذ مساعد	جامعة نزوى
5-	سميرة حميد سعيد الهاشمية	إرشاد نفسي	أستاذ مساعد	جامعة السلطان قابوس
6-	مها عبدالمجيد العاني	علم النفس	أستاذ مساعد	جامعة السلطان قابوس

ملحق (2) نموذج لخطاب المحكمين

جامعة نزوى

كلية العلوم والآداب

قسم التربية والدراسات الإنسانية

الدراسات العليا/ ماجستير تربية

تخصص الإرشاد والتوجيه النفسي

المحكم الفاضل/.....المحترم

السلام عليكم ورحمه الله وبركاته

الموضوع/ تحكيم مقاييس

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان: **" قلق الولادة لدى الأمهات وعلاقته بجودة الحياة في محافظة مسقط "**، وذلك استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية، تخصص الإرشاد والتوجيه النفسي.

وتتشرف الباحثة أن تضع بين يديكم الكريمتين هذه المقاييس، نظراً لأنكم من ذوي الخبرة في هذا المجال، فإنها تطمح أن تتفضلوا بإبداء رأيكم حول صلاحية بنود المقاييس، ومدى انتمائها للبعد الذي تندرج تحته، ومدى وضوحها، وسلامة الصياغة اللغوية. كما أرجو إضافة أي ملاحظات أو تعديلات أو مقترحات ترونها مناسبة.

مقياس قلق الولادة إعداد الهمص وعدد فقراته(30)، ومقياس جودة الحياة إعداد الهمص وعدد فقراته(15).

ختاماً لا يسع الباحثة إلا أن تشكركم على حسن تعاونكم، وجهودكم البارزة، ووقتكم الثمين الذي ستبذلونه في تحكيم هذه المقاييس، لما فيه خدمة البحث العلمي، وتفضلوا بقبول وافر الاحترام والتقدير.

البيانات الشخصية للمحكم

المحكم الفاضل، أرجو بتعبئة البيانات الآتية من أجل استكمال بيانات قائمة المحكمين في تقرير الدراسة بمشيئة الله تعالى.

الاسم:.....	**الدرجة العلمية:**.....
جهة العمل:.....	**الوظيفة:**.....
التخصص:.....	**التوقيع:**.....

ملحق(3)مقياس قلق الولادة كما عرض على السادة المحكمين

	البعد الأول: الأعراض الفسيولوجية (الجسدية) لقلق الولادة				
م	العبارة	الوضوح	الصياغة اللغوية	الانتماء	الملاحظات
1	أشعر بضيق في التنفس				
2	أشعر بجفاف في الفم والحلق				
3	أشعر بزيادة في ضربات القلب.				
4	أشعر ببرودة في اليدين				
5	أشعر ببرودة في القدمين				
6	أعاني من الإمساك غالبا				
7	أعاني من اضطرابات بالهضم				
8	أعاني من الغثيان والدوار				
9	أعاني من آلام في صدري				
10	أعاني من الصداع (وجع الرأس)				
11	أعاني من آلام في المعدة.				
	البعد الثاني: الأعراض النفسية لقلق الولادة				
م	العبارة	الوضوح	الصياغة اللغوية	الانتماء	الملاحظات
12	أشعر بالقلق من حدوث نزيف.				
13	أشعر بالقلق من عدم اهتمام الطاقم الطبي.				
14	أشعر بالقلق من تعسر عملية الولادة				
15	أشعر بالقلق من الفحص المهبلي.				
16	أشعر بالقلق من الغرز بعد الولادة				
17	أشعر بالقلق من فقدان الإحساس بحركة الجنين داخل الرحم				
18	أشعر بالقلق من الآلام التي ترافق عملية الولادة				
19	أشعر بالقلق من قلة السائل الأمنيوسي المحيط بالجنين.				
20	أشعر بالقلق من نزول الجنين بالمقعدة.				
21	أتصبب عرقا بسب التوتر				
22	أصاب بالهلع من تدهور صحتي				
23	أفقد القدرة علي التركيز				
24	أشعر بعدم الراحة.				
25	أخاف من المستقبل				
26	أشعر أن أعصابي مشدودة				
27	تنتابني الأحلام المزعجة في النوم				
28	أشعر بالتوتر والارتباك لأدنى سبب				
29	أشعر بأن نومي متقطع ومضطرب				
30	أخاف من المجهول				

ملحق(4)مقياس جودة الحياة كما عرض على السادة المحكمين

م	العبارة	الوضوح	الصياغة اللغوية	الانتماء	الملاحظات
الأسئلة التالية هي للسؤال عن الشعور بالرضا عن بعض جوانب الحياة					
1	كيف تقيمين نوعية الحياة الخاصة بك .				
2	مدى رضاك عن وضعك الصحي				
3	مدى رضاك عن نومك				
4	مدى رضاك عن قدرتك على أداء وظائفك اليومية				
5	مدى رضاك عن قدرتك على أداء العمل.				
6	مدى رضاك عن علاقتك الشخصية.				
7	مدى رضاك عن الدعم المقدم لك من قبل العائلة				
8	مدى رضاك عن ظروف المعيشية التي تعيشينها				
م	العبارة	الوضوح	الصياغة اللغوية	الانتماء	الملاحظات
الأسئلة التالية عبارة عن قياس تجربتك بالنسبة لأشياء حدثت معك					
9	إلى أي مدى تستمتعين بالحياة				
10	إلى أي مدى تشعرين أن حياتك ذات معنى				
11	إلى أي مدى لديك القدرة على التركيز				
12	إلى أي مدى تشعرين أن حياتك اليومية آمنة.				
13	إلى أي مدى بيئتك مناسبة من ناحية صحية				
14	هل لديك المال لتوفير حاجاتك				
15	هل لديك طاقة كافية للقيام بوظائفك الحياتية اليومية				

ملحق (5)الفقرات المعدلة للمقاييس قلق الولادة وجودة الحياة على وفق آراء المحكمين

أولا: البيانات الاساسية:

*** تم إضافة**

1) شهر الحمل.

تم حذف البيانات التالية:

1) عمل الأم.
2) المؤهل العلمي للأم.
3) هل تعانين من سكر الحمل أو ارتفاع الضغط أثناء الحمل.
4) نوع الحمل (طبيعي – صناعي)

ثانيا: مقياس قلق الولادة:

***تم إضافة:** عبارة للمقياس، وستكون العبارة رقم 31 في المقياس الذي ستجرى عليه الدراسة كالآتي:

أشعر بالقلق تجاه صحة الجنين أوإصابته بالأمراض أو الإعاقة لا قدر الله.

***تم حذف** العبارة رقم 25 (وهي قدرتي على التركيز ضعيفة) وذلك لوجود تشابه كبير بينها وبين العبارة رقم 23 (وهي أفقد القدرة على التركيز).

ثالثا: مقياس جودة الحياة:

تم إجراء بعض التعديلات كالآتي:

رقم العبارة	قبل التعديل	بعد التعديل
10	**إلى أي مدى تشعرين أن حياتك ذات معنى.**	**مدى شعورك بأن حياتك لها معنى.**
11	**إلى أي مدى لديك القدرة على التركيز.**	**مدى قدرتك على التركيز.**
12	**إلى أي مدى تشعرين أن حياتك اليومية آمنة.**	**شعورك بأن حياتك تسير بطريقة آمنه.**
13	**إلى أي مدى بيئتك مناسبة من ناحية صحية.**	**مدى مناسبة بيئتك من الناحية الصحية.**

الملحق (6)نموذج خطاب لعينة الدراسة-الأساسية

عزيزتي الحامل:

كم يسعدني ويشرفني أن تشاركيني في بحثي هذا، والذي يهدف إلى معرفة درجة تأثير القلق على سير عملية الولادة لدى الأمهات الحوامل، وكذلك الكشف عن علاقة قلق الولادة بجودة الحياة لديكن، راجية من المولى القدير تيسير وتسهيل أموركن إنه على كل شيء قدير.

وأردت بعملي لهذا البحث النهوض بمستوى الخدمات المقدمة للأمهات الحوامل، وأيضا للخروج بتوصيات من أجل تحسين البيئة الصحية والنفسية الخاصة بالأمهات الحوامل.

عزيزتي المشاركة:

قمت بإعداد بحثي المتواضع لغرض **البحث العلمي فقط**، لذا سوف يتم التعامل مع المعلومات الواردة منك **بسرية تامة**، وسوف أقدم المعلومات المستقاة بشكل أعداد ونسب مئوية وجداول دون ذكر أسماء، كما لك الحق في المشاركة أو الانسحاب من هذه الدراسة في أي وقت تشائين.

وأرجو منك المشاركة معي من أجل أن نصل لطريقة تساهم في تخفيض قلق الولادة عند الأمهات الحوامل،، **تمنياتي لك بالسلامة ،، وتسهيل عملية الولادة،، ودمت في حفظ الله ورعايته.**

الباحثة: فاطمة بنت محمد بن خميس العجمية

أولا : معلومات خاصة بالأسرة

عمر الأم: .....عام

عدد الولادات السابقة للأم: ..... ولادة.

نوع الأسرة :

- أسرة نووية (أي السكن في بيت مستقل)
- أسرة ممتدة (أي السكن مع العائلة)

شهر الحمل: .....

ثانيا: مقياس قلق الولادة: (في صورته النهائية)

هذه الاستبانة أعدت بهدف التعرف على مستوى القلق لديك عزيزتي الحامل وعلاقته بعملية الولادة.

ملاحظة: لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، لذا يرجى وضع علامة (√) على البند الأقرب إلى مشاعرك تحت البند المناسب. و**لطفا يرجى عدم ترك أي سؤال دون اجابة.**

البعد الأول: الأعراض الفسيولوجية (الجسدية) لقلق الولادة				
م	العبارة	بصورة كبيرة	بصورة متوسطة	بصورة قليلة
1	أشعر بضيق في التنفس.			
2	أشعر بجفاف في الفم والحلق.			
3	أشعر بزيادة في ضربات القلب.			
4	أشعر ببرودة في اليدين.			
5	أشعر ببرودة في القدمين.			
6	أعاني من الإمساك غالبا.			
7	أعاني من اضطرابات بالهضم.			
8	أعاني من الغثيان والدوار.			
9	أعاني من آلام في صدري.			
10	أعاني من الصداع (وجع الرأس).			
11	أعاني من آلام في المعدة.			
البعد الثاني: الأعراض النفسية لقلق الولادة				

12	أشعر بالقلق من حدوث نزيف			
13	أشعر بالقلق من عدم اهتمام الطاقم الطبي.			
14	أشعر بالقلق من تعسر الولادة			
15	أشعر بالقلق من الفحص المهبلي.			
16	أشعر بالقلق من الغرز بعد الولادة.			
17	أشعر بالقلق من فقدان الإحساس بحركة الجنين داخل الرحم.			
18	أشعر بالقلق من الآلام التي ترافق عملية الولادة.			
19	أشعر بالقلق من قلة السائل الأمنيوسي المحيط بالجنين.			
20	أشعر بالقلق من نزول الجنين بالمقعدة.			
21	أتصبب عرقا بسب التوتر.			
22	أصاب بالهلع من تدهور صحتي.			
23	أفقد القدرة علي التركيز.			
24	أشعر بعدم الراحة.			
25	أخاف من المستقبل.			
26	أشعر أن أعصابي مشدودة.			
27	تنتابني الأحلام المزعجة في النوم.			
28	أشعر بالتوتر والارتباك لأدني سبب.			
29	أشعر بأن نومي متقطع ومضطرب.			
30	أخاف من المجهول.			
31	أشعر بالقلق تجاه صحة الجنين أوإصابته بالمرض أو الإعاقة لا قدر الله.			

ثالثا: مقياس لجودة الحياة(في صورته النهائية):

تهدف هذه الاستبانة إلى معرفة مدى تقييمك لجودة الحياة في ظل ظروف حملك، يرجى وضع علامة (√) على البند الذي ترينه مناسبا لوصف حالتك، علما أنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة، **هذا الاستبيان أعد لغرض البحث العلمي فقط.**

م	العبارة	غير راضية إطلاقا	غير راضية	لا راضية ولا مستاءة	راضية	راضية جدا
ملاحظة: الأسئلة التالية أعدت لقياس درجة الشعور بالرضا عن بعض جوانب الحياة:						
1	كيف تقيمين نوعية الحياة الخاصة بك.					
2	مدى رضاك عن وضعك الصحي.					
3	مدى رضاك عن نومك.					
4	مدى رضاك عن قدرتك على أداء وظائفك اليومية.					
5	مدى رضاك عن قدرتك على أداء العمل.					
6	مدى رضاك عن علاقتك الشخصية.					
7	مدى رضاك عن الدعم المقدم لك من قبل العائلة.					
8	مدى رضاك عن الظروف المعيشية التي تعيشينها.					
ملاحظة: الأسئلة التالية عبارة عن قياس تجربتك بالنسبة لأشياء حدثت معك						
م	العبارة	ليس لدي إطلاقا	قليلا	بصورة متوسطة	كثيرة	بصورة مبالغ فيها
9	إلى أي مدى تستمتعين بالحياة.					
10	مدى شعورك بأن حياتك لها معنى.					
11	مدى قدرتك على التركيز.					
12	مدى شعورك بأن حياتك اليومية آمنة.					
13	مدى ملائمة بيئتك من الناحية الصحية.					
14	هل لديك المال لتوفير حاجاتك.					
15	هل لديك طاقة كافية للقيام بوظائفك الحياتية اليومية.					

ملحق (7) رسالة تسهيل مهمة باحث للمديرية العامة للخدمات الصحية بدارسيت

University of Nizwa
College of Arts & Sciences
Department of Education & Cultural Studies

جامعة نزوى
كلية العلوم والآداب
قسم التربية والدراسات الإنسانية

الموافق: 1 مايو 2017م

إلى المديرية العامة للخدمات الصحية بدارسيت

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد:

الموضوع: تسهيل مهمة باحث

تقوم الطالبة / **فاطمة بنت محمد بن خميس العجمية**، طالبة ماجستير تخصص الإرشاد والتوجيه ورقمها الجامعي **(07119393)** بإعداد رسالة الماجستير بعنوان :

"قلق الولادة لدى الأمهات وعلاقته بجودة الحياة في محافظة مسقط".

ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير ، ولتطبيق بحثها تحتاج إلى الاطلاع على العديد من المصادر الأولية والمراجع والإحصائيات المتعلقة ببحثها وتطبيق الاستبانة التي أعدها ؛ لذا نرجو تسهيل مهمتها البحثية.

وتشهد جامعة نزوى بأن بحث الطالبة المذكورة هو بحث علمي مطابق لمواصفات البحوث العلمية

شاكرين ومقدرين لكم حسن تعاونكم معنا.

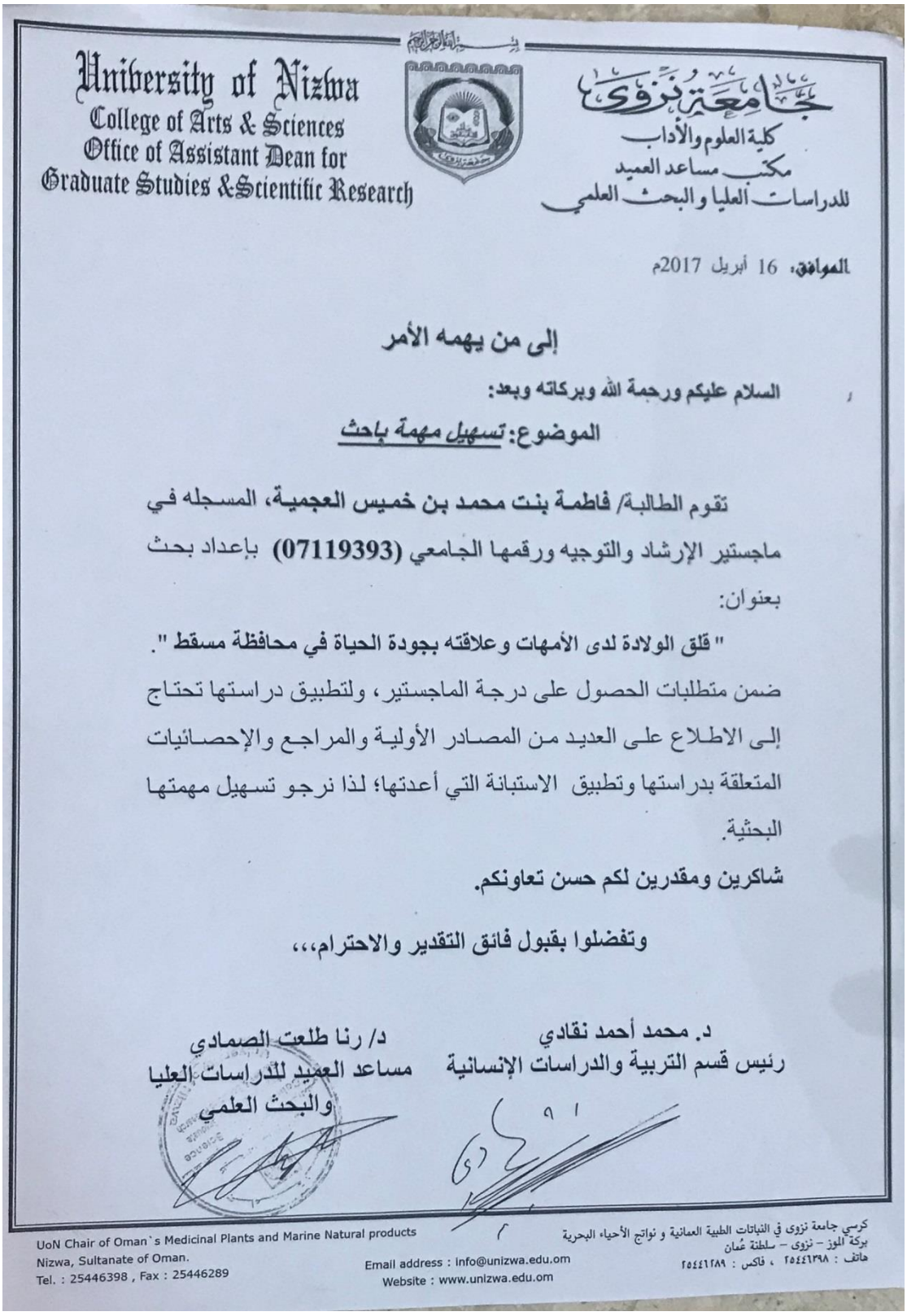
وتفضلوا بقبول فائق التقدير والاحترام،،،

د/ محمد أحمد ثقفي
رئيس قسم التربية والدراسات الإنسانية

Initial campus at Birkat Al Mouz, P.O. Box 33, Postal Code 616,
Nizwa, Sultanate of Oman.
Tel. : 25446280-25446275 , Fax : 25443269
Email address : info@unizwa.edu.om
Website : www.unizwa.edu.om

الحرم الجامعي ص.ب : ٣٣ ، الرمز البريدي : ٦١٦
بركة الموز - نزوى - سلطنة عمان
هاتف : ٢٥٤٤٦٢٨٠-٢٥٤٤٦٢٧٥ ، فاكس : ٢٥٤٤٣٢٦٩

ملحق (8) رسالة تسهيل مهمة باحث صادرة من ادارة جامعة نزوى



University of Nizwa
College of Arts & Sciences
Office of Assistant Dean for
Graduate Studies &Scientific Research

جامعة نزوى
كلية العلوم والآداب
مكتب مساعد العميد
للدراسات العليا والبحث العلمي

الموافق: 16 أبريل 2017م

إلى من يهمه الأمر

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد:

الموضوع: تسهيل مهمة باحث

تقوم الطالبة/ فاطمة بنت محمد بن خميس العجمية، المسجله في ماجستير الإرشاد والتوجيه ورقمها الجامعي (07119393) بإعداد بحث بعنوان:

" قلق الولادة لدى الأمهات وعلاقته بجودة الحياة في محافظة مسقط ".

ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير، ولتطبيق دراستها تحتاج إلى الاطلاع على العديد من المصادر الأولية والمراجع والإحصائيات المتعلقة بدراستها وتطبيق الاستبانة التي أعدتها؛ لذا نرجو تسهيل مهمتها البحثية.

شاكرين ومقدرين لكم حسن تعاونكم.

وتفضلوا بقبول فائق التقدير والاحترام،،،

د. محمد أحمد نقادي
رئيس قسم التربية والدراسات الإنسانية

د/ رنا طلعت الصمادي
مساعد العميد للدراسات العليا والبحث العلمي

UoN Chair of Oman`s Medicinal Plants and Marine Natural products
Nizwa, Sultanate of Oman.
Tel. : 25446398 , Fax : 25446289
Email address : info@unizwa.edu.om
Website : www.unizwa.edu.om

كرسي جامعة نزوى في النباتات الطبية العمانية و نواتج الأحياء البحرية
بركة الموز – نزوى – سلطنة عُمان
هاتف : ٢٥٤٤٦٣٩٨ ، فاكس : ٢٥٤٤٦٢٨٩

Abstract:

Birth anxiety among mothers and its relation to quality of life in Muscat Governorate

Prepared by: Fatma bint Mohammed bin Khamis Al Ajamiyah
Supervision: Prof. Samer Rudwan

The current study aimed at identifying the level of maternal anxiety in mothers in Muscat Governorate, their level of quality of life, and the relationship between birth anxiety and quality of their life. Also, identifying the relationship between Pregnancy, number of births, and the level of birth anxiety. Moreover, The study aims to identify the contribution of quality of life in predicting future anxiety. In order to achieve the objectives of this study, two measures were used: the birth anxiety scale of Homs (2010) and the quality of life index (Homs) (2010).

The study sample consisted of 59 women aged between 20 and 40 years in their last months of pregnancy (7th, 8th and 9th), who reviewed the Health Care Center and the Seeb Medical Complex in Muscat Governorate, Oman. The results of the study showed the following:

1. The prevalence of maternal anxiety in the Governorate of Muscat was 67.8%.
2. The prevalence of quality of life among mothers in Muscat Governorate was 98.3%.
3. There is a negative inverse relationship between birth anxiety and quality of life.
4. There are no statistically significant differences between the variable birth anxiety and the following variables: Number of births, month of pregnancy, age of the mother, type of family.
5. Quality of life is capable of predicting birth anxiety by 32%.

The study concluded with a set of recommendations and suggestions for officials of the Ministry of Health to improve the conditions of women on the outskirts of labor and during the labor of birth.

Key words: Birth Concern, Quality of Life, Mothers in Muscat Governorate, Sultanate of Oman.

University of Nizwa

College of Arts and Science

Department of Education & Cultural Studies

Birth anxiety among mothers and its relation to quality of life in Muscat Governorate

Prepared by:

Fatima bint Mohammed bin Khamis Al Ajamiyah

Prepared for the master degree in education for counseling and guidance

Supervised by:

Prof. Dr. Samer Rudwan

Dr . Fetoun Kharnoub

Dr. Mahmood Jasim

2018