



الجامعة الإسلامية - غزة
عمادة الدراسات العليا
عمادة كلية التربية
قسم علم النفس

قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة

إعداد الطالب

صالح إسماعيل عبد الله الهمص

إشراف

د. عبد الفتاح عبد الغنى الهمص

د. جميل حسن الطهراوى

رسالة مقدمة لقسم علم النفس بكلية التربية بالجامعة الإسلامية كمتطلب تكميلي
لنيل درجة الماجستير في علم النفس

1431 هـ - 2010 م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ إِحْسَانًا حَمَلَتْهُ أُمُّهُ كُرْهًا

وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا وَحَمَلُهُ وَفِصَالُهُ ثَلَاثُونَ شَهْرًا"

(الأحقاف ، الآية 15)

إهداء

إلى والدتي..... نبع ورمز الحب والحنان والعطاء

إلى زوجتي وأبنائي بلال وبسمة..... الحاضر والمستقبل

إلى أخواتي وإخواني..... رموز الوفاء

إلى الأم الفلسطينية الزوجة والأخت والمربية

إلى أساتذتي وزملائي ورفاقي

إلى كل من ساهم في هذا الجهد المتواضع

إلى هؤلاء جميعاً أهدي ثمرة هذا الجهد المتواضع.....

شكر وتقدير

- أتقدم أولاً بالشكر لله والثناء عليه بما يليق بكماله وجلاله الذي وفقني وأعانني علي إنجاز هذا العمل المتواضع .
- كما أتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى الأستاذين الفاضلين د/ جميل حسن الطهراوى و د/ عبد الفتاح عبد الغني الهمص اللذين تفضلاً بقبول الإشراف ومتابعة الرسالة .
- كما أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلي الأستاذتين الفاضلتين د/ سناء إبراهيم أبو دقة ود/ عايدة شعبان صالح اللتين تفضتلاً بقبول مناقشة الرسالة .
- كما أوجه خالص الشكر والتقدير إلى د/ اشرف الجدي ود/ عبد الكريم رضوان اللذين لم يبخلوا علي بالنصح والإرشاد .

وأوجه شكري وتقديري إلي :

- الجامعة الإسلامية التي احتضنتني طالبا فيها في مرحلتي البكالوريوس والماجستير
- إلى جميع العاملين في مستشفى الهلال الإماراتي وخاصة الزميلات في قسم استقبال الولادة

شكر خاص إلي :

- الزملاء يوسف فحجان ومها حجازي
- الأستاذ محمد عوض (أبو خالد)
- بنت الأخت آلاء والأخت أيه أبو عساكر
- إلى كل من ساعدني في إتمام هذا البحث

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	قائمة المحتويات
د	قائمة الملاحق
هـ	قائمة الجداول
ز	قائمة الاختصارات
ح	ملخص الدراسة بالعربية
الفصل الأول : خلفية الدراسة	
2	المقدمة
7	مشكلة الدراسة
7	أسئلة الدراسة
8	أهداف الدراسة
8	أهمية الدراسة
9	مصطلحات الدراسة
10	حدود الدراسة
الفصل الثاني : الإطار النظري للدراسة	
13	المبحث الأول : الولادة
13	عوامل وتهديدات محتملة تؤثر على صحة الأم
14	الأمراض أثناء الحمل
17	الأسباب التي من الممكن أن تؤدي لتشوهات الخلقية لدي الجنين
18	أسباب الوفيات لدي الأمهات
19	عملية الولادة
23	الولادة الطبيعية
24	مشاكل ومضاعفات الولادة
27	المبحث الثاني : القلق وقلق الولادة
27	القلق
27	تعريف القلق لغةً

الصفحة	الموضوع
27	تعريف القلق كمصطلح
31	نشأة القلق
31	حالة القلق وسمه القلق
32	أسباب القلق
34	أعراض القلق
34	دور الوراثة والبيئة في القلق
35	القلق من منظور إسلامي
38	قلق الولادة
38	نفسية الأم الحامل
39	حالة الأم الانفعالية
39	ردود الفعل للمخاض والولادة
41	الدعم النفسي المقدم للأم في عملية الولادة
42	المبحث الثالث : جودة الحياة
42	تعريف جودة الحياة
45	مقومات جودة الحياة
46	نظرة تاريخية عن جودة الحياة
47	قياس جودة الحياة
49	فوائد عمل مقياس لجودة الحياة
50	أدوات لقياس جودة الحياة
	الفصل الثالث : دراسات سابقة
53	دراسات تناولت قلق الولادة وعلاقته ببعض المتغيرات
60	دراسات تناولت جودة الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات
64	تعقيب عام على الدراسات
67	فرضيات الدراسة
	الفصل الرابع : إجراءات الدراسة
69	منهج الدراسة

الصفحة	الموضوع
69	مجتمع الدراسة
71	عينة الدراسة
72	جداول توزيع عينة الدراسة
75	أدوات الدراسة
80	الأساليب الإحصائية المستخدمة الإحصائية
80	خطوات الدراسة
80	صعوبات واجهت الباحث أثناء الدراسة
	الفصل الخامس: عرض وتفسير نتائج الدراسة
83	عرض وتفسير السؤال الرئيس
86	عرض وتفسير نتائج السؤال الأول
87	عرض وتفسير نتائج السؤال الثاني
89	عرض وتفسير نتائج السؤال الثالث
90	عرض وتفسير نتائج السؤال الرابع
91	عرض وتفسير نتائج السؤال الخامس
92	عرض وتفسير نتائج السؤال السادس
94	عرض وتفسير نتائج السؤال السابع
95	عرض وتفسير نتائج السؤال الثامن
96	تعقيب عام على نتائج الدراسة
97	توصيات الدراسة
98	مقترحات الدراسة

قائمة الملاحق

الصفحة	المراجع
102	المراجع العربية
107	المراجع الأجنبية
الصفحة	الموضوع
110	ملحق رقم (1) قائمة بأسماء المحكمين لاختبار قلق وجودة الحياة
111	ملحق رقم (2) الاستبانة في صورتها النهائية بعد التحكيم
116	ملخص الدراسة بالانجليزية

قائمة الجداول

الصفحة	الجدول	مسلسل
13	عوامل وتهديدات محتملة تؤثر على صحة الأم	1
16	تشخيص ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل	2
18	أسباب الوفيات لدى الأمهات	3
48	مقياس جودة الحياة	4
70	الإحصائية السنوية للولادات الشهرية لمستشفى الهلال الإماراتي - رفح	5
70	الإحصائية السنوية للولادات الشهرية لمستشفى مبارك - خانيونس	6
72	عينة الدراسة حسب رضا الأم عن جودة الحياة التي تعيشها	7
72	عينة الدراسة حسب عمر الأم	8
72	عينة الدراسة حسب عدد الولادات	9
73	عينة الدراسة حسب نوع الأسرة	10
73	عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي للأم	11
73	عينة الدراسة حسب عمل الأم	12
74	عينة الدراسة حسب طبيعة العمل	13
74	عينة الدراسة حسب مرض سكري الحمل	14
74	عينة الدراسة حسب مرض ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل	15
74	عينة الدراسة حسب معرفة الأم المسبقة بجنس الجنين	16
77	معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس ومدى انسجام كل فقرة مع السياق العام للمقياس	17
78	طريقة ألفا كرونباخ	18

الصفحة	الجدول	مسلسل
79	الاثبات بطريقة التجزئة النصفية	18
83	العلاقة بين قلق الولادة و رضا الأم عن نوعية الحياة التي تعيشها	19
86	استخدام T-Tests لمتغير عمر الأم	20
87	استخدام أسلوب التباين الأحادي لمتغير عدد الولادات	21
89	استخدام T-Tests لمتغير نوع الأسرة	22
90	استخدام أسلوب التباين الأحادي لمتغير المؤهل العلمي للأم	23
91	استخدام T-Tests لمتغير عمل الأم	24
92	استخدام T-Tests الإصابة بمرض سكري الحمل	25
93	استخدام T-Tests لمتغير الإصابة بمرض ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل	26
95	استخدام T-Tests لمتغير معرفة للأم بجنس الجنين	27

قائمة الاختصارات

الرقم	الاختصار	النص الكامل
1	CBT	Cognitive Behavioral Therapy
2	EHP	Endometriosis Health Profile
3	GERD	Gastro- Esophageal Reflux Disease
4	HRQOL	Health Related Quality Of Life
5	IBS	Irritable Bowel Syndrome
6	LAS	Labour Agency Scale
7	PE	Patient Education
8	QOL	Quality Of Life
9	VAS-A	A Visual Analogue Scale for anxiety
10	WHO	World Health Organization

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلي التعرف على قلق الولادة وعلاقته بجودة الحياة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية بقطاع غزة .
وتكمن أهمية هذه الدراسة في أنها تناولت موضوعاً جديداً ، لم يدرس من قبل ، لا سيما في البيئة المحلية وفي أنها استهدفت شريحة الأمهات المقبلات على عملية الولادة، هذا وقد تم اختيار عينة الدراسة بصورة عشوائية لتمثل الأمهات اللاتي ترددن على قسم استقبال الولادة في كل من مستشفى الهلال الإماراتي - رفح ومستشفى مبارك - خان يونس ، وذلك في الفترة الممتدة من 20-10-2009 وحتى 30-10-2009 وبلغ عدد أفراد العينة 203 أمهات من اللاتي ترددن على قسم استقبال الولادة في هذه الفترة بغرض الولادة ووزع العدد كالتالي :

مستشفى الهلال الإماراتي وبلغ عدد أفراد العينة كان 82 أم أي ما نسبته 40% تقريبا من أفراد العينة - مستشفى مبارك بخانيونس وبلغ عدد أفراد العينة 121 أي ما نسبته 60% تقريبا من أفراد العينة وبلغ مجتمع الدراسة 1141 أم .

وكان نص السؤال الرئيس للدراسة " ما علاقة قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة بجودة الحياة ؟ وانبتثق عن السؤال الرئيس أسئلة فرعية تعلقت بعلاقة قلق الولادة بمتغير العمر ، متغير عدد حالات الولادة ، متغير نوع الأسرة ، متغير المؤهل العلمي ، متغير عمل الأم، متغير مرض سكري الحمل ، لمتغير مرض ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل ، معرفة مسبقة بجنس الجنين ؟

ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بإعداد أدوات الدراسة متمثلة في اختبار قلق الولادة وعلاقته بجودة الحياة ، ثم قام بتطبيقها على عينة الدراسة ، واستخدم الباحث عدة أساليب إحصائية في دراسته وهي :

1- اختبار Chi-Square

2- معامل الارتباط بيرسون

3- التكرارات والنسب المئوية

4- المتوسط الحسابي

5- اختبار T

6- اختبار One Way Anova

وقد توصل الباحث إلي عدة نتائج :- كان أبرزها أن أكثر مستويات قلق الولادة كانت في الأسرة النووية ، وأن طبيعة الأسرة التي تعيش بها الأم كان له بالغ الأثر في الحالة

النفسية للام لحظة الولادة ، وطبيعة حيث السكن كونه مستقلاً أو ضمن الأسرة الممتدة ولاحظنا انه في الأسرة النووية تفقد الأم الحامل جميع هذه الأبعاد حيث يزيد مستوي القلق وقلة الدعم النفسي لها .

ودعمت نتائج الدراسة الفرضيات التالية :

- أ- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة وبين عمر الأم ، ومتغير عدد الولادات التي مرت بها الأم ، متغير المؤهل العلمي للام ، متغير عمل الأم ، الأم المصابة بمرض سكري الحمل وبين الأم الغير مصابة ، الأم المصابة بمرض ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل وبين الأم الغير مصابة ، الأم التي لديها معرفة مسبقة بجنس الجنين وبين التي ليس لديها معرفة ، عدم رضا الأم عن جودة الحياة التي تعيشها .
- ب- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة ونوع الأسرة .

الفصل الأول خلفية الدراسة

- المقدمة
- مشكلة الدراسة
- فروض الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- مصطلحات الدراسة
- حدود الدراسة

المقدمة :

عندما يقرأ الإنسان قوله تعالى : ((وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً)) (البقرة، الآية: 30) يدرك ماهية المشيئة العليا لله تعالى التي تريد أن تسلم هذا الكائن الجديد في الوجود زمام هذه الأرض تطلق فيها يده ، وتوكل إليه إبراز مشيئة الخالق في الإبداع والتكوين والتحليل والتركيب ، وكشف ما في هذه الأرض من قوى وطاقات ، وكنوز وخامات وتسخير هذا الأمر كله بإذن الله في المهمة الضخمة التي وكلها الله إليه، إذاً فهي منزلة عظيمة، منزلة الإنسان في نظام الوجود على هذه الأرض الفسيحة، وهو التكريم الذي شاءه له خالقه الكريم، ولمهمة الخلافة صلة أساسية بعلاقة الرجل بالمرأة إذ بها تتحقق الخلافة ، فيلزم لتحقيقها ثلاثة أشياء هي :

1- حفظ النسل واستمراريته .

2- وجود أسباب تحبب في النسل وتجمع ما بين الرجل والمرأة .

3- وجود أسباب الاستقرار في حياة الرجل والمرأة .

ولما كانت هذه الاستمرارية لا تتحقق إلا بجهد ومشقة وخاصة من الأم، فأوصى الله تعالى بها بقوله تعالى : ((وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ إِحْسَانًا حَمَلَتْهُ أُمُّهُ كُرْهًا وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا وَحَمَلُهُ وَفِصَالُهُ ثَلَاثُونَ شَهْرًا حَتَّىٰ إِذَا بَلَغَ أَشُدَّهُ وَبَلَغَ أَرْبَعِينَ سَنَةً قَالَ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ)) (الأحقاف الآية: 15)

ومعنى حملته أمه كرهاً " أَي قَاسَتْ بِسَبَبِهِ فِي حَالِ حَمَلِهِ مَشَقَّةً وَتَعَبًا مِنْ وَحْمٍ وَعَثْيَانٍ وَثَقَلٍ وَكَرْبٍ إِلَىٰ غَيْرِ ذَلِكَ مِمَّا تَنَالُ الْحَوَامِلُ مِنَ التَّعَبِ وَالْمَشَقَّةِ " وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا " أَي بِمَشَقَّةٍ أَيْضًا مِنْ الطَّلْقِ وَشِدَّتِهِ " (ابن كثير ، د.ت: 157) .

فالطفل يرضع من دمها ويتشرب أنفاسها وتشكل نبضات قلبه مع خفق قلبها أروع سمفونية هي لحن الحياة والخلود، ما إن تحس المرأة ببشائر المولود الأول حتى تحضر نفسها لمرحلة الأمومة وهي نقلة بعيدة وعميقة لا تدرك حجمها إلا الأم نفسياً ومادياً وتبدأ بالشعور بالمسؤولية وأعبائها، والمرأة في هذا الطور هي رأس الأمر وعموده، فليس للأب دور في البداية سوى الإنفاق والرعاية والنظر، أما الأم فهي الحامل وهي المرضع وهي الحاضنة والساهرة والمربية والممرضة.

وهكذا كانت ولا تزال وستبقى هناك عوامل كثيرة تؤثر في هذه النفس البشرية ولعل أبرزها هي المشقة والقلق ، حيث إن القلق مرتبط بالإنسان منذ أن خلق الله الأرض، ومنذ فجر

التاريخ سجلت عن القلق دراسات فقد وجد عند علماء المصريين منذ حوالي ستة آلاف سنة ، أن أحد الكهنة كتب على جدران معبده تعريفاً لل خوف والذي يشبه إلى حد كبير تعريف القلق في العصر الحديث (مرسي ، 1978: 12)، وقد أطلق بعض العلماء على هذا العصر بأنه عصر القلق والتوتر الفردي والجماعي لما يتضح من شواهد كثيرة حول الإنسان تدعو إلى الاهتمام بحاله ، و تشير إلى أن العلاقات الإنسانية على اختلاف مستوياتها مهددة بالاضطراب والخوف ومتدهورة إلى مراحل الخطر(الفيومي ، 1985: 28).

والقلق هو أكثر المظاهر شيوعاً وإزعاجاً ، ويشكل قاسماً مشتركاً لكل الأمراض النفسية بأنواعها (الشريف ، 1987 : 67).

ولذلك يحاول الإنسان التغلب على العقبات أو العوائق، ولكنه يُواجه بتغيرات خارجية عن نطاقه فيتعين عليه تخطيها والتغلب عليها ؛ لمحاولة إشباع حاجاته وإرضاء دوافعه وتخفيف توتراته (دسوقي ، 1974 : 32)، ولكن القلق يختلف من إنسان إلى آخر تبعاً لاختلاف النفوس البشرية وتنوعها. وهذا ما أكده (رفعت ، 1988: 174) حيث أشار إلى أن بعض الناس لديهم مقدرة على تحمل القلق والتغلب عليه ، و بعضهم يقف عاجزاً عن مقاومته، مما يجعله يتخذ العزلة ملاذاً له لتضفي على حياته جواً من الراحة والسلام .

وأوضح (كفافي، 1990:343) أن القلق عملية شائعة بين الناس فالكل يشعر بالقلق ويعاني منه في بعض المواقف، فهو خبرة يومية حياتية عند الإنسان في جميع الأعمار .

ولكن لا يمكن اعتبار القلق في جميع الحالات ظاهرة غير طبيعية أو مرضية، فالإنسان السوي يشعر بالقلق في بعض الظروف بدرجات متفاوتة تتناسب مع المثيرات والأسباب.

ومما لا شك فيه أن عملية الولادة هي عملية تصنف على أنها من ضمن عمليات الطوارئ وهي عملية شاقة لكل من الأم و الطاقم المكلف بالعملية سواء كان أطباء أو ممرضات أو قابلات باعتبار أن هذا الطاقم يكون مسئولاً عن حياة اثنين (الأم والجنين) .

ويشير الشربيني إلى أن تجربة الأمومة تلك التجربة الخطيرة التي تخوضها الزوجة ومن اليوم الأول للحمل وهي في التجربة خلال تسعة أشهر كاملة وهي تسأل وتستفسر وتجاوز الجدات والأمهات والأقارب وتسالهن عن خبرتهن في هذه التجربة، ومنهن من تهون الأمر عليها إن كانت تحبها فائلة في لا مبالاة " يا أختي مفيش أسهل من كده" ومنهن من تجعل الولادة أسطورة مبالغ في آلامها مما يجعل الحامل تخاف وتتحسب لحظة الولادة ، ولكن في النهاية تجمع النساء على رأي واحد وهو أن لحظة رؤية الجنين تغسل أي ألم وأن السعادة التي تشمل الأم تفوق سعادتها بأي شيء آخر، وكثيراً وبسبب الجهل الذي تعيش فيه بعض النساء ومتابعة ما يحدث في جسمها من تغيرات يجعلها متوترة كلما حدث لها أي تغير لذلك على كل حامل أن

تتعرف بدقة علي كل تغير يطرأ بداخلها وأن كمية المعلومات التي تعرفها بمثابة حجر الزاوية في مواجهة المصاعب والعقبات التي تعترض الطريق لإنجاب طفل سليم قوي. (الشريبي 2005: 242)

عند معظم الأزواج القلق يكون بصورة كبيرة أثناء الحمل ، وهناك خوف من المجهول ومخاوف علي صحة الجنين وعلى ولادته بصورة طبيعية، بالإضافة إلى مخاوف أخرى تتعلق بالألم المصحوب عملية الولادة. مع تقدم الحمل يكون هناك شعور متزايد من الزوجين تجاه الجنين وحركته ، وتكون هذه الحركة هي وسيلة التواصل مع الأم خلال الحمل، وتكون رؤية الجنين مثل صورة التلفزيون لها تأثير إيجابي اكبر على الزوجين .
فالمشاكل والاضطرابات النفسية تكون أكثر شيوعاً لدى الأم خلال الحمل والنفاس ويرجع ذلك إلى التزاوج ما بين العوامل البيولوجية والكيميائية لهرمونات الحمل والاضغوطات النفسية ، وتتراوح هذه الاضطرابات ما بين اضطراب خفيف مثل القلق أو اكتئاب ما بعد الولادة إلى اضطراب شديد يصل لحد الاضطرابات الذهانية مثل انفصام الشخصية. (Beischer and others,1997:311)

حيث نجد أن كثيراً من النساء تعاني من بعض جوانب القلق أثناء الحمل أو الولادة، وكثير من هذه المخاوف ليس لها أساس، بعض النساء قد يكون عندهن قلق من عملية الولادة وعلى سبيل المثال عملية إخراج الجنين وما يتبع ذلك من تدخل جراحي ، وعلى كل حال ما لم يكن هناك جهد بصورة يومية ومستمرة في أقسام الولادة فقد يكون هناك خوف وقلق لا مبرر له.

يمكن الاستفادة من الأمهات صاحبات الخبرة للتقليل من هذا القلق باعتبار أنهن مررن بهذه التجربة من قبل واكتسبن الخبرة في هذا الموضوع.
وقد تتلقي الأم الحامل كثيراً من المعلومات الخاطئة التي تؤثر عليها، وبعض الأمهات يكن غير قادرات على مقاومة إغراء ذكر تجربتهن المرعبة في الحمل ومحاولة ذكر هذه التجربة للأم التي تلد لأول مرة، مع العلم أن الأم صاحبة التجارب الأكثر في عملية الحمل والولادة تكون مصدراً جيداً للدعم والمعلومات المنظمة (Bennett and others,1999:391)

وفي دراسة (Dayan, C. and Others,2002) والتي تحدثت عن دور القلق والاكنتاب في حدوث الولادة المبكرة بينت نتائج الدراسة أن الاكنتاب مرتبط بصورة إيجابية مع النساء قليلات الوزن ، نفس النتيجة تم ملاحظتها مع السيدات الحوامل اللاتي يعانين من

اضطراب القلق ولهن تاريخ مرضي سابق في الولادة المبكرة ، وكان هناك ارتباط ملحوظ ما بين القلق وما بين النساء اللاتي عانين في السابق من النزيف المهلي، وتظهر النتائج أن القلق والاكئاب عندما يترافقان مع بعض العوامل الحيوية والطبية فإنه ينتج عنهما ولادة تلقائية مبكرة للأُم .

وخلصت الدراسة إلى أن عوامل التأثير بعملية الولادة هي: القلق، كتلة الجسم، إفراز هرمون corticotrophin، الاكئاب، العمل، الولادة المبكرة. (Baranger and others,2002)

وليس هناك حديث عن حياة بشكل عام وما يعترض هذه الحياة من هموم ومشاكل وقلق دون الحديث عن جودة الحياة حيث تعتبر جودة الحياة ، إن فهم جودة الحياة ضروري خاصة للرعاية الصحية، والقرارات بالنسبة للأبحاث أو العلاج التي تستثمر تكون عادة في مجالات قريبة لها علاقة بتأثير هذه القرارات على جودة الحياة بالنسبة للمريض.

والتنظيم المؤسسي الجيد تكون نظرتة دائماً إلى العوامل التي تساعد في تحسين مجالات جودة الحياة، وهي التي يتم إبلاغ العاملين بها والمستفيدين فيها، إن تطوير جودة الحياة هو الهدف المتوقع لمقدمي الخدمة الصحية، وتقييم حاجة الناس لجودة الحياة تشمل أيضا تقييم احتياجات الأفراد وتوفير البدائل لهذه الاحتياجات حتى ولو لم يكن هناك تشخيص لمرض معين أو مشكلة أخرى، جودة الحياة تعطي مؤشراً للمخاطر الصحية والتي من الممكن أن تكون جسدية أو نفسية، وذلك في غياب علاج حالي (Rapheal ,1996:66).

في حين يري فرانك (Frank , 2000: 24) أن جودة الحياة بأنها حسن إمكانية توظيف إمكانيات الإنسان العقلية والإبداعية وإثراء وجدانه ليتسامى بعواطفه ومشاعره وقيمه الإنسانية، وتكون المحصلة هي جودة الحياة وجودة المجتمع ويتم هذا من خلال الأسرة والمدرسة والجامعة وبيئة العمل ومن خلال التركيز على ثلاثة محاور هامة هي: التعليم والتثقيف والتدريب.

وعرفها فرانك أيضاً بأنها: إدراك الفرد للعديد من الخبرات، وبالمفهوم الواسع شعور الفرد بالرضا مع وجود الضروريات في الحياة مثل الغذاء والمسكن وما يصاحب هذا الإحساس من شعور بالإنجاز والسعادة، وجودة الحياة بالمفهوم الضيق هي خلو الجسم من العاهات الجسمية.

وتعرف منظمة الصحة العالمية (WHO,1999) جودة الحياة : بأنها انطباع الفرد تجاه حياته وضمن النسق والمعايير الثقافية في مجتمعه ومستوى العلاقة بين تحقيق أهدافه وتوقعاته وفق مفاهيم معيارية محددة لديه ومن وجهة نظر أخرى هي : عملية الدمج والتكامل بين جوانب صحة الفرد الفسيولوجية والنفسية ومستوي عدم الاعتمادية independency والعلاقات الاجتماعية، وعلاقة ذلك بما يبرز في المستقبل من أحداث بيئية، إن التغير الدراماتيكي وزيادة

معدل الأعمار في البلدان المتقدمة قد أوجب الإدراك بضرورة بان طول العمر يجب أن يترافق مع تحسين الصحة المتعلقة بجودة الحياة (health relate quality of life) (HRQOL) .
وعندما نتحدث عن قلق الولادة بالنسبة للأم المقبلة علي عملية الولادة وارتباط هذا القلق بجودة الحياة لها فينبغي علينا التطرق إلى عوامل عديدة يمكن أن تحيط بالأم سواء الجوانب المتعلقة بالبيئة الأسرية أو الاجتماعية أو الاقتصادية والنفسية المحيطة بها والتي تؤثر على عملية الولادة، حيث تعتبر عملية الولادة عملية مرتبطة بكثير من المفاهيم التي تنعكس نتيجة خبرات سابقة مرت بها بعض الأمهات وحاولت أن تنقلها إلي ابنتها سواء كانت هذه المفاهيم ايجابية أو سلبية تجاه عملية الولادة، وجميع العوامل السابقة من بيئية واجتماعية واقتصادية ونفسية لها دور في جعل عملية الولادة أكثر سهولة أو صعوبة وهو ما سيحاول الباحث التطرق إليه من خلال الدراسة والتي تربط بين القلق من عملية الولادة وجودة الحياة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية بقطاع غزة مما ينعكس ذلك بالسلب على تكيفها وشعورها بالرضا والانجاز والسعادة واستمتاعها بجودة الحياة .

كانت أسوء هذه الجرائم التي تعرضت لها الأمهات هي الحرب التي شنت علي غزة أواخر عام 2008 وأوائل عام 2009 حيث استخدمت إسرائيل الحرب النفسية بالإضافة إلي القوة التدميرية الهائلة حيث تلعب الحرب النفسية دور كبير في كسب المعارك الحربية والسياسية استخدمتها الجيوش الحديثة أكثر وبأشكال أكثر تطوراً وأنجح مما سبق في الماضي. احد الأساليب التي نجحت حديثاً هو أسلوب شدة هول الصدمة ، شدة هول الصدمة تفقد الخصم اتزانه العسكري وتوازنه النفسي فيكون الاستسلام هو الخيار الوحيد المطروح لذلك فقد استخدم الجيش الإسرائيلي الصدمة والرهيبة shock and awe عن عمد في قطاع غزة لإحداث إعاقة نفسية مستديمة لأطول وقت ممكن لدى الفلسطينيين بهدف الاستسلام والإذعان وقبول ما يؤمرون به ويعرض عليهم دون نقاش . وكل هذا كان له اثر علي صحة الإنسان الفلسطيني الجسدية والنفسية ولعل أكثر الشرائح عرضة لعواقب هذا الأمر هم شريحة إلام والطفل ، فما بالك إذا كانت هذه الأم حامل ، لقد عانت المرأة كثيراً خلال هذه الحرب الشرسة علي غزة شأنها شأن كافة أفراد المجتمع الغزي. فعدم الاستقرار وعدم الإحساس بالأمان والتعرض الدائم للخطر وفقدان الأبناء والأحبة والزوج والأقرباء والكوارث المجتمعية الناتجة من الاعتداءات الصهيونية المتكررة؛ ترك أثراً سلبياً في كل جوانب حياة المرأة الفلسطينية من شخصية وأسرية واجتماعية واقتصادية وسياسية لكن رغم ذلك لم تتل هذا الحرب من عزيمتها ومن صمودها، و لم نشاهد امرأة فلسطينية مثلاً تتهاجر أو تصرخ أو تنهز بكلام لا معنى له.
وهذا ليس غريباً على المرأة الفلسطينية المؤمنة التي اختارت أن تسطر بمواقفها المشرفة وصمودها العظيم أعظم العبر والبطولات لأجل وطنها؛ فوفقت خلف الرجل أما وزوجة وأختا

وابنه؛ وإلى جانبه كمربية ومقاومة وعاملة وطبيبة ومعلمة ومحامية ومهندسة ومحاسبة ... وبقية من بعد الشهداء راعية لشؤون أسرهم وأبنائهم تزرع في أبنائها مزيد من العزة والصمود والكرامة ليفوق دورها بذلك النصف التي تشكلها في المجتمع الفلسطيني ولتكون مسئولة عن بناء مجتمع بكامله.

لقد قدّمت المرأة الفلسطينية بغزة أنموذجاً رائعاً للمرأة المناضلة الصامدة برغم كل الصعوبات التي تعترضها مما يجعلها أنموذجاً فريداً مختلفاً من النساء عن سواه من النماذج حيث امتزج فيه سعيها كبقية النساء في العالم للقيام بأدوارها المختلفة في الأسرة والمجتمع .

مشكلة الدراسة:

لعل متابعة الباحث من خلال عمله في مستشفى للنساء والولادة واحتكاكه بالمرضى عن قرب وافتراضه بأن عمليتي الحمل والولادة فيهما كثير من القلق المرتبط بالكثير من المتغيرات النفسية والجسدية وكذلك على طبيعة الحياة وجودتها التي تؤثر وبصورة واضحة على الأمهات الحوامل كان هو الباعث والمحرك الأول وراء إجراء هذه الدراسة، فمن خلال هذه المتابعة والاحتكاك اليومي المباشر بدأ الباحث يستشعر مدى المعاناة التي تشعر بها الأمهات والتي تتجلى في العديد من التغيرات النفسية والجسمانية التي قد تؤثر عليها أو على الجنين أو على المحيطين بها، فعند أي احتكاك أو تواصل مع الحامل أو المرافق لها تتهاى العديد من الأسئلة والتي تعبر عن حالة القلق التي يمر بها سواء المريضة أو المرافقين مما دفع الباحث إلى الخوض غمار في إيجاد الحلول لكثير من هذه التساؤلات ومن هنا جاءت مشكلة الدراسة.

و بناءً على ما سبق فإن مشكلة هذه الدراسة تتمثل في الإجابة على التساؤل التالي :-

ما علاقة قلق الولادة بجودة الحياة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة ؟

وينبثق عن السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة تعزى لمتغير عمر الأم (أقل من 28 سنة ، ، من 29 سنة- 39 سنة)؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة تعزى لمتغير عدد الولادات (ولادتان فأقل، من 3-5 ولادات، أكثر من 6 ولادات) ؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة تعزى لمتغير نوع الأسرة (نووية، ممتدة)؟

4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة تعزى لمتغير المؤهل العلمي للأم (ابتدائي، إعدادي، ثانوي، فوق ثانوي)؟
5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة تعزى لمتغير عمل الأم (عاملة، ربة بيت)؟
6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة بين الأم المصابة بمرض سكري الحمل وبين الأم الغير مصابة؟
7. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة بين الأم المصابة بمرض ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل وبين الأم الغير مصابة؟
8. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة بين الأم التي لديها معرفة مسبقة بجنس الجنين وبين التي ليس لديها معرفة؟

أهداف الدراسة

- 1- معرفة مستوى القلق أثناء عملية الولادة .
- 2- دراسة بعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية التي تؤثر علي عملية الولادة سواء كان هذا التأثير سلباً أو إيجاباً .
- 3- دراسة بعض الجوانب التي تؤثر على جودة الحياة بالنسبة للأم وخاصة بالحمل و الولادة.
- 4- معرفة دور بعض المتغيرات التي تؤثر على عملية الولادة بصورة إيجابية أو سلبية .

أهمية الدراسة

- أما أهمية الدراسة فتتبع من خلال الجوانب الآتية :
- 1- موضوع الولادة يعتبر من الموضوعات المهمة والحيوية، إلا أن الدراسات حولها مازالت في فلسطين بشكل عام وفي قطاع غزة بشكل خاص قليلة وبحاجة للمزيد من البحث، ولم ينل هذا الموضوع نصيبه من الدراسة بالقدر الكافي. و قد تعتبر هذه الدراسة من الدراسات القليلة في مجال الصحة النفسية للأمهات الحوامل.
 - 2- موضوع الدراسة يعتبر من المواضيع الجديدة والتي لم يتم التطرق إليها بصورة كافية حسب علم الباحث خاصة الدراسات التي طبقت علي المجتمع العربي مما تسبب في

صعوبة الحصول على المعلومة سواء كانت من المراجع أو من باب طرح الموضوع كمادة للدراسة .

3- تناول مفهوم القلق وأثره علي عملية الولادة مما قد يفيد كثير من الباحثين والعاملين في هذا المجال (أطباء ، تمريض ، قابلات ، الأسرة وغيرهم) للعمل علي إتباع أفضل الطرق في التعامل مع الأمهات الحوامل .

4- ويرى الباحث أن هذه الدراسة ستفيد العاملين في حقل الصحة النفسية من خلال وضع برنامج إرشادي لهم في مساعدة الأمهات في التعامل مع عملية الولادة ، و كذلك ستفيد الباحثين في هذا الموضوع، و العاملين في مجال الإرشاد و التوجيه والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، والمعلمين وأساتذة الجامعات وواضعي المناهج الخاصة بتدريس مادة النساء والولادة .

مصطلحات الدراسة

وهناك تعريفات عامة للقلق :

يعرفه (شاذلي ، 1999: 112)" حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، و يصبحها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية " ويعرفه (أبو هين،1988: 8) بأنه حالة من الكدر والغم والخوف الذي يمتلك الفرد ويسيطر عليه، ومنه يتربق الفرد خطراً سيحدث، وهذا الخطر يدفع الفرد للبحث عن حل تكيفي مناسب يخلص الفرد من معاناته، فإذا فشل فإنه ينجم عنه آلام نفسية وجسمية تقف عائقاً أمام الفرد وتزيد من معاناته الداخلية العميقة.

ويعرفه (Cassem , 1991 : 161) أنه يكون بمثابة استجابة نفسية من قبل الفرد تجاه خطر يهدد حياته وشعوره بالعجز تجاه ذلك .

ويعرفه (أبو العزائم،1999:14) بأنه شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز مصحوبا عادة ببعض الأحاسيس الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي يأتي في نوبات تتكرر في نفس الشخص .

لذا يرى الباحث أن التعريف الإجرائي لقلق الولادة بأنه " شعور عام غامض حالة من الترقب مشوب بالتوجس و الخوف و التوتر من عملية الولادة مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي و السحبة في الصدر أو ضيق في التنفس أو الشعور بنبضات القلق أو الصداع أو كثرة الحركة أو فراغ في فم المعدة أو عرق أو أعراض

نفسية تتمثل في عدة أعراض منها فقد القدرة علي التركيز أو الشعور وتتعلق بعدة مخاوف سواء كانت علي الجنين أو علي صحة الأم بشكل عام .

جودة الحياة :

وعرفها معهد الإدارة " التميز في تقديم الخدمات المطلوبة منه بفعالية بحيث تكون خالية من الأخطاء والعيوب ، وبأقل تكلفة وترقي لمستوي توقعات ورغبات المنتفعين وتحقق رضاهم التام حاضرا ومستقبل ، وذلك من خلال التحسين والتطوير المستمر والالتزام بمتطلبات ومعايير الأداء ، وأداء العمل الصحيح بشكل سليم من المرة الأولى وكل مرة (المطوع ، 1999: 423-424) .

وتعرفه منظمة الصحة العالمية (WHO) "إدراك الأشخاص إلي مواقعهم في الحياة وتشمل العديد من المكونات منها الثقافة والقيم والنظام الذي من خلاله يعيشون وله علاقة مع أهدافهم وتطلعاتهم ومعاييرهم وكذلك اعتباراتهم " (WHO,1993) .

التعريف الإجرائي لجودة الحياة : هو مفهوم نسبي يختلف من شخص لآخر وينتج هذا الاختلاف من نظرة الإنسان للحياة حسب ما يراه من معايير تقييم حياته. وتوجد عوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة منها الصحة الجسمية،العقلية،الأحوال المعيشية،المعتقدات الدينية ، القيم الثقافية والحضارية ، القدرة علي التفكير واتخاذ القرار ، حيث يوافق الباحث منظمة الصحة العالمية في تعريفها لأنه يذكر جميع الجوانب المتعددة للإبداع الحيوي، من حيث التعامل الفردي في إدارة جوانب الحياة المختلفة وذلك وفق استخدام الثقافة العامة والانطلاق من القيم المجتمعية وربط التعريف لذلك كله بأهداف الأفراد وتطلعاتهم ومقاييسهم .

حدود الدراسة:

الحد الزمني: أجريت الدراسة في الفترة الواقعة من تاريخ 20-10-2009 حتى تاريخ 30-10-2009.

الحد البشري:

أجريت الدراسة علي عينة عشوائية من الأمهات (من سن 18 حتى سن 39) اللاتي ترددن علي قسم استقبال الولادة بغرض الولادة في كل من مستشفى الهلال الإماراتي برفح ومستشفى مبارك بخانيونس

الحد المكاني:

1- مستشفى الهلال الإماراتى - رفح

2- مستشفى مبارك - خانيونس

الحد النوعي:

وهو دراسة العلاقة بين كل من قلق الولادة وجودة الحياة .

الفصل الثاني

الإطار النظري

المبحث الأول : الولادة

المبحث الثاني : القلق وقلق الولادة

المبحث الثالث : جودة الحياة

المبحث الأول: الولادة

مقدمة :

عندما نتحدث عن عملية الولادة فلا بد من الحديث قبل ذلك عن عملية الحمل أولاً وعن مجموعة كبيرة من العوامل أو الأمراض التي تلعب دوراً كبيراً في التأثير على صحة كل من الأم والجنين وفي البداية يجب التطرق إلي مجموعة من العوامل المحتملة المؤثرة على صحة الأم حتى قبل عملية الحمل.

أولاً : عوامل وتهديدات محتملة تؤثر على صحة الأم

عندما نتحدث عن صحة التوالد فإننا نقصد بها العديد من العوامل التي تؤثر على صحة الأم والتهديدات الصحية المحتملة لهذه العوامل وأسباب هذه التهديدات ، كثيراً ما يعتبر مصطلح (صحة التوالد) معادلاً لأحد مظاهر حياة النساء أي الأمومة، إن الحمل والولادة والإجهاض غير المأمون تسهم إلى حد بعيد في سوء صحة التوالد بين ملايين النساء في العالم أجمع. بالنسبة للنساء، والعنصر الثاني هو أمراض السبيل التوالدي شاملة للأمراض التي تحدث نتيجة بالاتصال الجنسي والتي تسهم بشكل أساسي في حدوث حالات مرضية قد تهدد الحياة أحياناً مثل العقم والسرطان. أما العنصر الثالث في صحة التوالد فهو استعمال وسائل منع الحمل الذي يشمل طرقاً تتراوح بين استعمال الحواجز مثل الواقي الذكري ، وبين أقراص منع الحمل مثل الوسائل الرحمية. (جاكسون ، 1993 : 11)

جدول رقم (2.1) عوامل وتهديدات محتملة تؤثر على صحة إلام

العامل	تهديدات محتملة للصحة	الأسباب الجذرية لسوء الصحة
الحمل	مضاعفات الحمل والولادة والإجهاض غير المأمون.	الأحوال المتردية للنساء ، الأمية ، الفقر، عدم إتاحة الرعاية قبل وبعد الولادة، وخدمات الإجهاض المأمون ، وسائل منع الحمل، المرافقين المدربين لحالات الولادة.
النشاط الجنسي غير المأمون ، الممارسات السيئة في التوالد وفي	عدوى السبيل التوالدي التي تؤدي إلي العقم، الحمل المنتبذ والآلام المزمنة وسرطان أعضاء	الأحوال المتردية للنساء، ضعف إتاحة وسائل منع الحمل ، عدم إتاحة التعليم والخدمات الصحية.

علاج أمراض النساء	التوالد.	
وسائل منع الحمل	قد تمنع حدوث عدوى السبيل التوالدي أو تعزز حدوثها ويتوقف ذلك على نوع الطريقة المستعملة، وقد تقلل أخطار زيادة الخصوبة أو الحمل غير المرغوب به أو الإجهاض.	السياسات الحكومية التي تقيد إتاحة استخدام وسائل تنظيم الأسرة وطرق منع الحمل، الأحوال المتردية للنساء، القيود الاجتماعية والاقتصادية والثقافية الخاصة باستعمال هذه الطرق.

ثانيا : الأمراض أثناء الحمل :

1- مرض البول السكري (Diabetes Mellitus) :

تزايدت الإصابة فيه في الآونة الأخيرة، حيث يكون الجسم عاجزاً عن استغلال المواد السكرية والنشوية وتحويلها إلى (نشاء حيواني = جليكوجين Glykogen) وتخزينها في الكبد لاستهلاكها ضمن نظام خاص في كل خلية من خلايا الجسم ، وعلي الأخص في العضلات التي تستمد منها الطاقة، ومرض السكري على ثلاث درجات من الشدة 1- خفيف 2- متوسط الشدة 3- شديد.

وفي مرض السكري تشح كمية هرمون الأنسولين الذي تفرزه جزراً خاصة في غدة البنكرياس ويزداد هذا الشح بكمية هرمون الأنسولين أثناء الحمل، والأنسولين يكبح جناح الأدرينالين في تحريضه لمخازن النشاء في الجسم للتخلي عنه إلى الدم . وقبل اكتشاف الأنسولين كان من النادر أن تحمل امرأة مصابة بمرض السكري أن تحتفظ بالحمل إلى آخره ، لأن السكري أحد عوامل العقم وإكتشاف الأنسولين وإدخاله ميدان المعالجة الطبية هيأت للمصابات بالسكري إمكانية الحمل واستمراره تحت مراقبة الطبيب واستمرار معالجة الداء .

(روحية، 1986 : 103)

لقد تضاءلت الأخطار الحامل المصابة بمرض السكري في الوقت الحاضر بسبب التدابير العلاجية واستعمال الأنسولين ولكن يهمننا أمور ثلاثة :

1- إبقاء الأمهات على قيد الحياة وهذا أصبح سهلاً وتبلغ نسبة سلامتهن 99.7% بعد المعالجة .

2- إنقاذ الأجنة من الموت : حيث تبلغ وفيات الأجنة عند الحوامل المصابات بداء السكر ستة أضعاف وفيات الأجنة عند غير المصابات، وتتراوح نسبة سلامة الأجنة من 80-90%.

3- إنقاذ الذرية من الإصابة بمرض السكري : ويكون ذلك بالابتعاد عن زواج الأقارب أو السؤال عن أهل كل من الزوجين وعدد الإصابات بالسكري في العائلة (العلي ، 1987 : 281) .

العلاج ويرى ليبيان ولانج أن علاج هؤلاء المرضى يتمثل بالاتي :

- مفتاح العلاج بالنسبة لهؤلاء المرضى هو الغذاء والتمارين (بسبب ندرة مستقبلات الأنسولين)، وهذا يجعل العلاج أكثر صعوبة من المرضى الذين يعانون من نقص الأنسولين.
- العلاج بصورة كبيرة يعتمد على الدافعية لدى الأم والقدرة على تغيير نمط الحياة بالنسبة لها، وتمارين عدم حمل الأوزان، أو حتى فترة قصيرة من التمارين تكون ذو فائدة كبيرة.
- مقدم أي خدمة صحية يجب أن يؤكد على أهمية الغذاء ، ويجب التأكيد على التقليل من الكربوهيدرات التي بدورها تزيد من التحكم في سكر الدم.
- يجب التقليل من تناول الدهون التي لها تأثيرها السيئ على مستقبلات الأنسولين، السرعات الحرارة التي يجب تناولها يوميا تكون بمعدل 20-25 Kcal لكل كيلوجرام .
- قد يتم الاحتياج إلى استخدام الأنسولين للتحكم في مستوى السكر في الدم وكذلك بعد الوصول إلى نتيجة بأنه لا يمكن تعديل مستوى السكر في الدم بواسطة الغذاء والتمارين الرياضية فقط، طرق بداية استخدام الأنسولين تختلف من طبيب لآخر ولكن يجب أن تكون بسيطة بقدر الإمكان.
- متابعة حالة الجنين مهم جداً أثناء فترة العلاج بسبب زيادة الأمراض أو حتى حالات وفاة لدى الأجنة في مثل هذه الحالات (Liban& Lange , 2003: 335) .

2- اضطراب ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل :

تعتبر مضاعفات اضطراب ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل واحدة من أقطاب الثالث القتال للأم والذي يشمل (ضغط الدم ، النزيف ، الالتهاب) ، ونتائج الإصابة بهذا الاضطراب تتحكم إلى حد كبير بنسبة الإصابة بالأمراض والوفيات لدى الأم الحامل،
مصطلح ضغط الدم الناتج عن الحمل يطلق لوصف أي بداية أو حمل جديد نتج عنه ارتفاع في ضغط الدم، وفي مراحل متأخرة من ضغط الدم المرتفع قد تنتج مشاكل تكون أكثر خطورة وهي تسمم الحمل وتسمم ما قبل الحمل .

جدول رقم (2.2) تشخيص ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل

نوعية ضغط الدم المرتفع	كيفية التشخيص للمرض
ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل Gestational Hypertension	إذا كان ضغط الدم أكبر من أو يساوي 140\90mm Hg للمرة الأولى وأثناء الحمل ، لا يكون هناك بروتين في البول. الضغط يرجع إلى صورته الطبيعية في أقل من 12 أسبوع بعد الولادة، التشخيص النهائي يكون بعد الولادة، وجود الم في فم المعدة .
تسمم ما قبل الحمل Preeclampsia	إذا كان ضغط الدم اكبر من أو يساوي 140\90mm Hg بعد 20 أسبوع من الحمل ، بروتين في البول يكون أكثر من أو يساوي 300mg\24 Hours ، وهناك زيادة عن الضغط تصل إلى أكبر من أو يساوي 160\110mm Hg ، يكون هناك صداع مع تشوش في الرؤية ،الم متواصل في فم المعدة.
تسمم الحمل Eclampsia	وتكون هناك تشنجات لا يكون لها سبب إلا وجود تسمم ما قبل الحمل
ضغط الدم المرتفع المزمن Chronic Hypertension	إذا كان ضغط الدم أكبر من أو يساوي 140\90mm Hg قبل الحمل أو تم تشخيصه قبل الأسبوع الـ 20 من الحمل.

يكون هناك تدهور في وظائف عدد من الأجهزة في جسم المريضة الحامل بارتفاع ضغط الدم ويمتد التدهور إلى الجنين أيضاً، ويشمل هذا التأثير أو التدهور كلاً من القلب والشرابين، الدورة الدموية ، الغدد، وعملية التمثيل الغذائي بالجسم .

(F.Gary Cunningham,and others ,2001:508)

3- ما قبل الارتعاج (الاسمام الحلمي) (Preeclampsia (Toxemai) :

ويقصد به مرض تسمم الحمل وهو مرض المراحل الأخيرة للحمل ، حيث يكون ارتفاع الضغط مصحوباً بموجودات مرضية كبدية أو عصبية أو دموية أو كلوية ، ومن العلامات والمؤشرات المنذرة بحدوث هذه الآفة هو التطور السريع للانتفاخات وخاصة في الوجه والأيدي بوجود ارتفاع الضغط وقد تصادف خللاً في وظائف الكبد ويرقان . ومن المظاهر الدالة على الشمولية العصبية للآفة وجود فرط المنعكسات والاضطرابات البصرية أما حدوث الارتعاج فيترافق مع وجود الاختلاجات .

ويؤدي التخثر المنتشر داخل الأوعية الدموية والذي يحصل ما قبل الارتجاج إلى انخفاض في مقدار الفيبرينوجين البلاسمي وارتفاع في منتجات تقويض الفيبرين الجواله.

العلاج :

حين يتم تشخيص المرض يتحتم قبول المريضة في المستشفى حيث أن المرض يمكن أن يتطور بسرعة إلى الارتجاج المتميز بحدوث الاختلاجات ، والإجراء الطبي الحتمي الذي يجب اتخاذه هو الإسراع في إنزال محصول الحمل ، والذي يمكن اللجوء إليه على الفور فيما إذا كان حجم الجنين ونضجه كافيين ، أما إذا لم يكن النضج كافياً فنلجأ إلي إراحة الأم الحامل في السرير وإعطائها الأدوية المضادة لارتفاع الضغط بالإضافة إلى التحكم في نسبة الصوديوم الوارد إلى الجسم (اسبيخلر وآخرون ، 1996: 25).

ثالثاً : الأسباب التي من الممكن أن تؤدي لتشوهات الخلقية لدى الجنين

1- الأمراض المعدية التي تصيب الأم أثناء الحمل

وتمثل هذه الأمراض (3%) من الأسباب البيئية للتشوهات الخلقية وتتصدر قائمة الأمراض الفيروسية الحصبة الألمانية والتي يمكن تجنبها عن طريق التطعيم ويمكن تطعيم المواليد على سن 15 شهراً ، كما يتم تطعيم الفتيات (10-14 سنة) اللاتي لم يُصبن بالحصبة الألمانية . وحديثاً برز فيروس الايدز كأحد الفيروسات التي تؤدي إلي تشوه الجنين ، فيتسبب في تأخر النمو وقصر القامة وصغر الرأس والتخلف العقلي .

ويمكن درء هذه المخاطر بالمحافظة علي نظافة اليدين وعدم مس الأغشية المبطنة للفم والعين، وبالنسبة السيدات اللاتي يعملن في المصانع ويتعرضن للمواد الكيماوية تزيد نسبة الخطورة لديهن ، تزيد الخطورة أيضاً في المناطق الريفية وفي المناطق التي تعاني من تلوث في المياه . (Cunningham and others ,2001 :209)

2- الإشعاع

يعتمد تأثير الإشعاع على الجنين علي كمية الإشعاع التي يتعرض لها الجنين يؤدي الإشعاع إلى تلف المادة الوراثية (DNA) بالنواة وإعاقة انقسام الخلايا وعند التعرض لكمية من الإشعاع يتأثر الجهاز العصبي سلباً وأهم التغيرات هي صغر حجم الرأس والتخلف العقلي بجانب تشوهات عظام الجمجمة وانشقاق الحنك والشفة وتشوهات الأطراف، لذا يجب تجنب التعرض المستمر إلى الإشعاع خاصة في الثلث الأول من الحمل حيث يكون الجنين عرضة وبصورة كبيرة إلى مخاطر حدوث التشوهات الخلقية (66: 2003, Scotts and others).

3- الأدوية وتشوهات الجنين

بالرغم من أن الأدوية لا تسبب التشوهات الخلقية إلا بما نسبته (1%) إلا أنها من الأسباب التي يمكن تجنبها .
ويجب التنويه بأن تناول أي دواء أثناء الحمل يجب أن يكون موصوفاً من الطبيب المختص ويستمر الإشراف الطبي طوال فترة تناول الدواء بعد الموازنة بين منفعته واحتمالات تأثيراته السلبية على الأم والجنين (حامد 1999: 247-253).

رابعاً : أسباب الوفيات لدى الأمهات

على المستوي العالمي يمكن أن نعزى ثلاث أرباع وفيات الأم إلى خمسة أسباب مباشرة أو فورية وهي: النزف، الانتان (sepsis) أى العدوى ، والمسممية (toxemia) ، الولادة العسرة ، ومضاعفات الإجهاض غير المأمون (جاكسون ، 1993 : 22-23).

جدول رقم (2.3) أسباب الوفيات لدى الأمهات

السبب	المضاعفات المؤدية إلي المرض أو الوفاة
النزف	وقد يحدث نتيجة التعامل السيئ مع الإجهاض أو بسبب ولادة عسرة أو الممارسات التقليدية الضارة التي تؤدي إلى تمزق الرحم ، والنساء اللاتي تعرضن للنزف في ولادات سابقة واللاتي يحملن ويلدن في فترات متقاربة أو اللاتي أصبن بنزيف في الثلث الأخير من الحمل هم أكثر عرضة للنزف.
الانتان (تعفن الدم)	عدوى مجموعية تهدد الحياة ، وقد يحدث نتيجة للأظافر أو الأيدي القذرة للمرافقات للوضع ، ولطول مدة الوضع ، ولتمزق الأغشية ، وإجراء العملية القيصرية ، والإجهاض ، واحتجاز المشيمة .
الإجهاض	استعمال أدوات غير معقمة ، الفشل في إجراء الإجهاض الكامل ، أو حدوث ثقب في الرحم أو عنقه أو في أعضاء أخرى قد تؤدي إلى النزف أو العدوى ، وإذا اجري الإجهاض بطريقة صحيحة فإنه يعتبر من أكثر الإجراءات الطبية أماناً .
تسمم الدم	يسبب هذا المرض ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل ، وقد يؤدي ذلك الي حدوث التشنجات والوفاة ، ومن السهل منع حدوث هذه المضاعفات عند وجود الرعاية الطبية الملائمة قبل الولادة .

<p>وتوجد أسباب متعددة تعوق نزول الجنين تشمل : ضيق الحوض عند الأم ، تكرار الوضع مرات كثيرة ، وجود أكثر من جنين واحد أو إذا كان الطفل ليس متجها برأسه إلى أسفل أثناء الوضع ، والعملية القيصرية أكثر الطرق فعالية لتصحيح الولادة العسرة ولسوء الحظ فإنها لا تجرى في أحوال كثيرة في بلاد كثيرة من بلاد العالم الثالث .</p>	<p>الولادة العسرة</p>
--	------------------------------

إن الانتقال الجسدي من مرحلة الحمل إلى مرحلة الولادة يفرض تغييرات هائلة في الجوانب الجسدية والنفسية للمرأة، إنه الوقت الذي تتأثر فيه جميع الأجهزة وكذلك فإن هذا التغيير يعتبر من التغييرات الهامة والدراماتيكية في حياة المرأة .
 إن القابلة التي تقوم بعملية الولادة للأم يجب أن تتمتع بقدر كبير من الحساسية والعناية وذلك لأنه من الواجب عليها العناية بكل من الأم وأفراد عائلتها .
 (Bennett and Brown1999:391)

خامسا : عملية الولادة

1- المخاض والولادة :

المخاض الحقيقي يظهر على شكل الأم ظهرية تأتي على فترات منتظمة ومتباعدة وتدوم مدة قصيرة بصحبها انقباض العضلة الرحمية ثم انبساطها .
 وقد يبدأ المخاض بصورة إحساس بضغط متزايد في الجزء السفلي من البطن ثم ينتشر إلى الأعلى، وعلى كل فالمخاض لا يبقى العلامة الوحيدة لبدء الولادة بل تصاحبه علامات أخرى تثبت حقيقته وتبشر بقرب الولادة ، وهذه العلامة هي :

1- إفراز مخاط دموي يحدث قبل الولادة بيوم أو يومين عند (البكرية) ، وقبلها بعدة ساعات أو قبلها مباشرة عند الولود (التي وضعت سابقا) وهو علامة مبكرة غالبا تشير إلى قرب الولادة .

2- تمدد عنق الرحم وهذا يتحقق منه الطبيب أو القابلة بالفحص الداخلي.

3- تدلي جيب المياه ثم انفجاره (أي نزول ماء ساخن على دفعات أو دفعة واحدة بكمية كثيرة) ويكون انفجار المياه قبل الولادة بوقت قصير .

يدوم المخاض في البكريات مدة 24 ساعة وفي الولودات من 8-16 ساعة وهذه ليست مطلقة بل تقريبية .

وتدل الدراسات الأخيرة على أن السيدات الحوامل اللواتي كن بحظين بنظام جيد وحياة هادئة نشيطة أثناء الحمل تكون مدة المخاض عندهن قصيرة وطبيعية .

وتتوهم وتتخوف كثير من السيدات من مرور الجنين من حوضهن وكثيراً ما يتصورن عسر الولادة ويتوقعن فتح البطن ، غير أنهن مخطئات في ذلك فالحوض الذي يمر منه الجنين مملوءاً بالأنسجة الرخوة كالمهبل والرحم والمستقيم والمثانة ، ففي أثناء الحمل يرتفع الرحم وكذلك المثانة في فراغ البطن فيبعدان عن الطريق الذي سيمر منه الجنين فإذا ما بدأت الولادة فان القناة البولية تدفع باتجاه العانة ، كما يتفطح المستقيم على عظم العجز ، وبهذا يصبح كل فراغ الحوض متروكا للمهبل ليتمدد فيه ويسمح للجنين بالمرور من خلاله (حافظ ، 2003: 16) .

2- التنفس أثناء المخاض :

التنفس وسيلة معقدة ومن الأفضل تعلمها بعناية فائقة لأنها تعطي الوقت للتركيز خلال كل واحدة من التقلصات أثناء المخاض، وهكذا تستعمل عقلها لتخفيف الألم ، النموذج المدروس من التنفس أيضا يقي الأم من التوتر ، المرأة التي تسترخي وتتنفس بشكل تام تخفف كثيرا من تأثير كل الإحساسات المنهمة عليها، وإذا توترت أيضاً لا جسمها ولا دماغها يعملان بشكل كافٍ وبعض الخبراء يعتقد أن ذلك قد يجعل وظيفة الرحم هادئة (هارفي ، 1999: 110).

3- الإشارات التي تسبق عملية الولادة :

بالنسبة للسيدات الحوامل لأول مرة ففي المراحل الأخيرة من الحمل قبل الولادة بأسبوعين يتدلى الرحم إلى الأمام والي الأسفل والجزء المتدلى من الجنين (غالبا ما تكون الرأس) يهبط إلى منطقة الحوض وتسمى هذه المرحلة بالنزول (lightening) وعادة ما تحدث العملية بصورة تدريجية .

بعد مرحلة النزول (Lightening) تشعر الأم باحتقان اقل ويكون النفس أكثر سهولة ، ومع ذلك عادة ما يوجد ضغط على المثانة نتيجة لشعور الأم بهذا الاحتقان ونتيجة لهذا الأمر يكثر شعور الأم بالحاجة للتبول .

بالنسبة للسيدات اللاتي مرت عليهن تجربة الحمل عدة مرات فإن مرحلة النزول (Lightening) لا تبدأ إلا بعد ان تكون انقباضات في الرحم قد بدأت وبدأت عملية الولادة .

والأم تعاني من ألم مستمر أسفل الظهر مع ضغط شديد علي أسفل الظهر، وذلك نتيجة ارتخاء مفاصل الحوض. وتعاني السيدة من انقباضات قوية ومتواصلة وغير منتظمة (Braxton Hicks)

وتكون الإفرازات المخاطية المهبلية أكثر انتشاراً نتيجة للاحتقان المستمر في غشاء المهبل، دم لونه بني أو مخاط مخلوط بالدم من عمق الرحم ينزل ،عنق الرحم يكون ليناً ومتمدداً جزئياً ويبدأ بالتوسع ، وتلقائياً يتمزق الغشاء المحيط بالطفل .

وهناك ظاهرة أخرى تحدث في الأيام التي تسبق الولادة وتكمن في الآتي :

- 1- نقص من 0,5 حتى 1,5 كيلو جرام في الوزن ويحدث ذلك نتيجة نقص الماء وهذا النقص في الماء يكون نتيجة انتقال الأملاح يكون مسبوقاً بتغير هرموني الاستروجين والبروجستيرون
- 2- اندفاع في الطاقة ، وتحدث الأم بأن لديها كم هائل من الطاقة يدفعها إلي القيام بأعمال مثل تنظيف المنزل، تنظيم كل شيء ، وبعض النساء تعاني من قيئ وإسهال وصعوبات في الهضم (فضة وآخرون ، 2002 : 51).
- 3- الإشارات تسبق الميلاد :-

- أ- الشعور بنزول الجنين.
- ب-الشعور المستمر بالحاجة للتبول.
- ت-آلام أسفل الظهر.
- ث-انقباضات شديدة في الرحم Braxton Hicks.
- ج-نقص في الوزن من 0,5 حتى 1,5 كيلو جرام.
- ح- اندفاع في الطاقة.
- خ-زيادة إفرازات المهبل مع قليل من الدم.
- د- نضوج وجهوزية عنق الرحم.
- ذ- تمزق العشاء المحيط بالجنين.

4- العناية أثناء المرحلة الأولى من الولادة:

خلال المرحلة الأولى للولادة (First Stage) والتي تبدأ عند الشعور بتقلصات رحمية منتظمة ومؤلمة حتى التوسع الكامل لعنق الرحم ، وتكون هناك خطة لمراقبة ومتابعة عملية الولادة وتعتمد هذه الخطة على احتياجات كل من الأم والجنين ، إذا لم تطراً أو يتم توقع أي تطورات غير طبيعية فعند ذلك يجب طمأنة الأم .

المرحلة الأولى للولادة بالنسبة للسيدات اللاتي يلدن لأول مرة تستغرق 7 ساعات ، أما بالنسبة للاتي أنجنين قبل ذلك فيستغرق الأمر 4 ساعات مع الاختلاف من أم لأخرى ، ويتم عمل الأتي في هذه المرحلة :

- أ- مراقبة الحالة الصحية للجنين أثناء المخاض : حيث قد يكون من الملزم إذا كانت هناك إرادة في الحصول على نتائج مثالية بالنسبة للام و الجنين عمل مراقبة ومتابعة للحالة الصحية لكل من الأم والجنين، (يجب متابعة عدد مرات، شدة، ومدة انقباضات الرحم).

- ب- **قياس نبض الجنين** : قياس نبض الجنين يتم إما بواسطة السماعة الطبية أو بواسطة الموجات فوق الصوتية (Ultra Sound) وإذا كان هناك تغير أو تدهور في نبض الجنين يمكن ملاحظتها مباشرة بعد انقباض الرحم ، ومع ذلك فإن الأولوية هي قياس نبض الجنين بواسطة السمع مباشرة بعد كل انقباض للرحم .
- ت- **الفحص المهبلي (P.V)** : عند الضرورة لمعرفة مدى التوسع الذي يحدث لعنق الرحم ويجب عدم اللجوء لهذا الفحص إلا عند الضرورة ، ومعرفة موضع الجنين .
- ث- **قياس العلامات الحيوية للام** : (نبض ، ضغط ، حرارة ، تنفس) ويتم تقييمها على الأقل كل أربع ساعات .
- ج- **توفير الراحة وتخفيف الآلام** : إذ يختلف الوضع في الشدة من حامل إلى أخرى، لذا يجب توفير العلاج اللازم لكل حالة حسب إرشادات الطبيب المختص
- ح- **السماح للام بالتبول** : وإذا تعذر فيجب وضع أنبوب القسطرة البولية وكذلك إعطاؤها الحقنة الشرجية لتفريغ المستقيم من الفضلات ومما يساعد على توسع عنق الرحم وإفساح المجال لمرور الجنين بالحوض ولتنبيه عضلات الرحم بالتقلص والتسريع بالولادة
- خ- **المحافظة على النظافة التامة لمنع حدوث التلوث** .
- (F.Gary Cunninghamand others,2001:313)

5- العناية أثناء المرحلة الثانية من الولادة :

- وتبدأ المرحلة الثانية من توسع عنق الرحم الكامل وحتى ولادة الجنين .
- أ- ملاحظة طول وقوة استمرارية التقلصات الرحمية وذلك بوضع راحة اليد على الرحم عند بدء التقلص ثم ملاحظة قوة التقلص ومدى استمرارية ثم رفع اليد عند انتهاء التقلص وارتخاء الرحم وفي هذه الفترة يتم تشجيع الأم علي الدفع إلى أسفل .
- ب- الفحص المهبلي تقوم به الممرضة وذلك لمعرفة الآتي :
- درجة توسع عنق الرحم .
- القسم النازل من جسم الجنين ويمكن الاستعاضة عنه بالفحص الشرجي
- ج- الاستماع إلى دقات قلب الجنين وحسابه (عدد الدقات تكون من 120-140) ضربة في الدقيقة وتسمع عادة بعد زوال التقلص الرحمي وتحسب كل 10 دقائق .
- د- وضع الأم على سرير الولادة وذلك بجعلها تنام علي ظهرها مع ثني الركبتين وتعليم الأم على كيفية مسك الفخذين عندما يأتيها الطلق .

هـ- تحضير الأدوات الخاصة بالولادة من مقص ومقطع الحبل السري وتجهيز الأكسجين وجهاز الشفط لسحب الإفرازات من فم المولود وذلك منعا لحدوث أي مضاعفات على الجنين.

6- العناية أثناء المرحلة الثالثة من الولادة :

1- حياكة التمزق في منطقة العجان.

2- بعد ولادة الطفل على الممرضة تبديل الأغذية المبتلة ووضع أخري نظيفة كي لا تصاب الأم بالبرد مع تغطية القسم العلوي لجسم الأم ثم وضع المولود على بطنها لزيادة اطمئنانها على سلامته وذلك كي يساعد علي تقلص الرحم وانفصال المشيمة.

(Simpson and others,2002:160)

الولادة الطبيعية Normal Labour

تعريفها:

تحدث في الميعاد الطبيعي لها وبتلقائية في لحظة نزول الجنين إلى عنق الرحم، تكتمل العملية خلال 18 ساعة وبدون تعقيدات وتنقسم عملية الولادة إلى ثلاثة أقسام :

المرحلة الأولى : وفيها عنق الرحم وتحدث انقباضات متتالية وتكتمل هذه المرحلة عندما يكون هناك توسع كامل لعنق الرحم.

المرحلة الثانية : وفيها يتم نزول واندفاع الجنين، وتبدأ هذه المرحلة بتوسع كامل لعنق الرحم وتكتمل هذه المرحلة بالخروج الكامل للجنين .

المرحلة الثالثة : وفيها يتم انفصال وخروج المشيمة والغشاء المحيط بالطفل وتشمل أيضا التحكم في النزيف، وتستمر هذه العملية من لحظة ولادة الجنين حتى الانفصال الكامل للمشيمة والغشاء . (Bennett and Brown1999:391)

صفات الولادة الطبيعية

عملية الولادة الطبيعية هي عملية مستمرة وتنقسم إلى ثلاث مراحل كما تحدثنا سابقا، الوقت الذي تستغرقه عملية الولادة بالنسبة إلى سيدة تلد لأول مرة هو من 6-18 ساعة، بينما تكون في السيدات أصحاب الولادة السابقة من 10-2 ساعات، الحد الأدنى للمعدل الطبيعي لتوسع عنق الرحم خلال المرحلة النشطة يكون 1.2 cm لكل ساعة في السيدات الحوامل لأول مرة و 1.5 cm لكل ساعة في الحمل لمرّة أخرى.

المرحلة الثانية بالنسبة للحوامل لأول مرة تمتد من 30 دقيقة حتى 3 ساعات ، بينما تكون في السيدات أصحاب الولادة السابقة من 30-5 دقيقة ، وبالنسبة إلى المرحلة الثالثة من الولادة فإنها تكون لجميع السيدات من 0-30 دقيقة .

ومن صفات الولادة الطبيعية التالي :

- 1- ولادة الجنين في نهاية فترة الحمل ويكون مجيئه راسياً .
- 2- تتم عملية الولادة تلقائياً وبجهد الأم فقط .
- 3- وقت الولادة بكل مراحلها لا يزيد عن (18) ساعة .
- 4- تتم الولادة بدون محرضات للولادة أو وسائل مساعدة.

علامات الولادة الطبيعية :

- 1- شعور الأم بأوجاع شديدة في البطن والظهر مع تقلصات رحمية مؤلمة ومنتظمة عند فحص البطن تشعر بصلابة عضلاته.
- 2- توسع متقدم في عنق الرحم.
- 3- ظهور العلامة (show) وهي عبارة عن إفرازات مخاطية بقليل من الدم .

(Decherny & Nathan , 2003 :214)

مشاكل ومضاعفات الولادة :

1- التوائم :

تترافق ولادة التوائم غالباً بوجود أحد الطفلين بمجيء مقعدي، لذلك تشذ الولادة عن شكلها الطبيعي دون مشاكل إضافية عندما تحمل الأم بالتوأم يصل الرحم إلى حجم الحمل الطبيعي في نهاية مدته ويكبر كثيراً، بغياب المخاض يتمطط الرحم أكثر من الطبيعي وتضعف قوة التقلصات ويطول المخاض، ويجب أن نفحص دقات قلب الجنين خلال المخاض بمساعدة المراقب الالكتروني ليعطينا قراءة انفصال التوأم الثاني، لذلك ولادة التوأم يجب أن يشرف عليها الطبيب .

تستطيع القابلة توليد التوائم اللذين هم بحالة بمجيء رأس طبيعي ولكن في حال وجود أحد الطفلين بمجيء مقعدي حينها يحتاج عناية إضافية ، يُعطى الاوكسيتوسين لتحريض المخاض عند حصول أي تأخير وكذلك مسكنات الألم كالبيثدين.

يرتاح الرحم بشكل طبيعي بعد 15-20 دقيقة من ولادة الطفل الأول وبعد انفصال المشيمة قد يصبح الطفل الثاني في خطر لذلك يضاف الاوكسيتوسين لتحضير ولادة الطفل الثاني. تفحص القابلة موقع مجيء التوأم الثاني إذا كان معترضاً (مستلقياً بعرض الرحم) يحول الطفل بشكل دائري بواسطة تدليك بطن الأم. (فضة وآخرون ، 2002 :55-57)

2- المجرى المقعدى :

- ونسبة حدوثها تعادل من 3-4% من عدد الولادات وولادة الطفل بالمجرى المقعدى (تقدم ردفه أولا) يجب أن يجري دائما في المشفى، و يسمح بها عن طريق الولادة المهبلية بعد إجراء قياس الحوض .
- من الأفضل تقدير حجم رأس الطفل بواسطة صورة تليفزيونية لتضمن اتساع القناة الولادة بشكل كافٍ هذا فيما إذا وجد أمان الولادة المهبلية، أو إذا وجدت أي عوامل اختلاطية مثل ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل وصعوبات ولادية عندها يفضل إجراء العملية القيصرية .
 - المرحلة الثانية من المخاض تأخذ بعين الاعتبار بدء العنق بالانفتاح واتساع كافي للردفين.
 - تجري الولادة المقعدية بمساعدة أثنين الطبيب مع القابلة مع وجود طبيب الأطفال، تستلقي الأم على ظهرها وقدميها مكبوحتان لكي تسمح للطبيب بالإمساك بالطفل بسهولة أكثر
 - يجري عادة خزع الفرج(عمل شق) ليساعد على تسريع الولادة الذي يولد الجزء المقعدى أولا يعتمد على الموقع الدقيق للطفل في الرحم، قد تولد قدم الطفل قبل ردفه إذا كانت الساقان منحنيتين أو بعد الردفين لكن في حالة وجود الركبتين مستقيمتين والساقان ممددين للأعلى (مقعدى صريح).
 - تجري الولادة المقعدية بحذر من قبل الطبيب ولا تتطوي على خطر كبير بالنسبة للطفل أو أكثر من غيرها من الولادات ويعتقد أن الخطر يزداد مع الأمهات كبيرات السن أو في حالة عدم كفاية المشيمة. (Decherney and others ,2006)

3- الولادات الملقطية :

أسباب الولادات الملقطية ودواعي الاستخدام :

أ- عسر الولادة

أكثر سبب شائع لولادة الملقط هو التأخر في إنجاز المرحلة الثانية من المخاض لوقاية الطفل من نقص الأكسجين بعد ساعة أو ساعتين من الجهد المبذول من قبل الأم ، وسبب التأخر قد يكون تعب الأم أو الطفل الكبير ومنها تباطئ نظم قلبه أيضاً.

ب- مشاكل صحية سابقة للأم

ويستخدم بعض الأحيان ليخفف الإجهاد إذا كانت الأم تعاني من مرض قلبي أو مرض رئوي أو ارتفاع ضغط الدم.

ج- قصور ذاتي في الرحم

حيث يعد هذا القصور سبباً في فشل أو تأخير المرحلة الثانية من عملية الولادة ، وفي مثل هذه الحالات قد يستخدم بعض الأدوية لتسريع عملية المخاض فان لم تحقق هذه الأدوية النتائج المرجوة فعند ذلك قد يضطر الأطباء إلى اللجوء إلى العملية القيصرية .

د - عيوب ومشاكل في الحوض وعلاقة هذا العيب مع رأس الجنين

قد تكون عملية المخاض تسير بصورة منتظمة ولكن مع ذلك تكون هناك مشاكل للأسباب التالية

- إذا كان حجم الرأس غير مناسب لحجم الحوض بالنسبة للأم .
- إذا كانت الرأس بوضعية ليس من السهل المرور من الحوض .
- إذا كان هناك تفاوت ما بين الرأس والحوض .

(Decherny & Nathan , 2003 :499)

المبحث الثاني : القلق وقلق الولادة

أولاً : القلق

تعد دراسة القلق من الموضوعات الهامة التي لا زالت تحتل إلي حد كبير مكان الصدارة في البحوث النفسية والإكلينيكية، خاصة ونحن نعيش في عصر غامض محفوف بالمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية ولا يعتبر القلق السمة المميزة لعصرنا الحالي فقط ، فالقلق قديم قدم الإنسانية، فالحياة البدائية لم تكن خالية من القلق ، ومصدر هذا القلق كان الحيوانات الضخمة التي كانت تشكل تهديداً حقيقياً للإنسان. (زهران، 1977 : 297).

تعريف القلق لغةً :

جاء في المنجد (البلعكي، 1973: 6 51) القلق لغةً : من كلمة قَلِقَ قَلَقاً أي اضطرب و انزعج فهو قَلِقٌ و مقلاقٌ ، و كلمة أَقْلَقَ أي أزعج. عرفه (إبراهيم وآخرون ، 1973 : 756) بأنه أصله (قلق وقلقاً : أي لم يستقر في مكان واحد ولم يستقر على حال، وأضطرب وأزعج) . و(المقلاق) : الشديد القلق . يقال رجل مقلاق وامرأة مقلاق .

وعرفه (ابن منظور ، د. ت : 2726) أنه الانزعاج ويقال بات قلقاً وأقلق غيره وقلقه حركه من مكانه وفي حديث علي : أقلقوا السيوف في غمدها أي مرقدتها في أغمادها . ويتضح من التعريفات اللغوية السابقة للقلق على أنها اتفقت في دلالتها على أن القلق يقصد به الاضطراب وعدم الاستقرار وعدم الطمأنينة.

تعريف القلق كمصطلح :

القلق " خبرة انفعالية مكدره أو غير سارة يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف عندما يقف في موقف صراعي أو إحباطي حاد " . (كفاي 1997: 342) وهناك تعريف آخر يتضمن القلق كاستجابة لخطر أو تهديد ، وهو بأن القلق عبارة عن خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء ما، دون أن يستطيع تحديده تحديداً واضحاً وغالباً ما تصاحب هذه الحالة بعض التغيرات الفسيولوجية . (عبد الغفار ، 1976: 119)

كما أن هناك تعريفات ركزت على القلق بمعناه العام، و من هذه التعريفات تعريف Masserm الذي يرى أن القلق هو عبارة عن حالة من التوتر الشامل، الذي ينشأ من خلال صراعات الدوافع و محاولات الفرد للتكيف. (فهمي ، 1976: 201)

أما (عكاشة، 2003: 134) فيعرف القلق بأنه "شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط

الجهاز العصبي اللاإرادي، ويأتي في نوبات متكررة، مثل: الشعور بالفراغ في فم المعدة أو السحبة في الصدر أو ضيق في التنفس أو الشعور بنبضات القلب أو الصداع أو كثرة الحركة (0) كما يعطي عكاشة تعريفاً آخر للقلق بأنه " رد فعل نفسي وجسدي نتيجة للشد العصبي ومواقف الحياة اليومية غير المريحة ، كما ويعتبر صمام الأمان الذي يقوم بتحذير الإنسان من وجود خطر ما يهدده وضرورة تجنب هذا الخطر ما يهدده وضرورة تجنب هذا الخطر من خلال سلوك أو ردود فعل معينة أو من خلال سلسلة من التغييرات الفسيولوجية الداخلية والتي من شأنها مساعدة الإنسان علي التعامل مع الخطر الوشيك سواء بالهروب من الموقف أو مواجهة الموقف ".

(Peplau,1963) قسم القلق إلى أربعة مستويات وهي :

- 1- **قلق بسيط** : يكون عبارة عن مشاكل نادرة وترافق مع ضغط ومشاكل الحياة اليومية ولكن لها ميزة وهي وجود الدافعية وزيادة مجال الإدراك الجيد للبيئة المحيطة.
- 2- **قلق متوسط** : مستوى القلق يكون أكثر زيادة ويقل الإدراك للبيئة المحيطة ومجال والمقدرة على التركيز ويزيد انقباض العضلات مع وجود علامات لعدم الراحة .
- 3- **قلق شديد**: مستوى الإدراك للبيئة المحيطة يكون مضطرباً جداً ومجال الإدراك يكون محدوداً ويعاني فيه الشخص من عدم المقدرة على انجاز أي مهمة حتى ولو كانت بسيطة، وتكون هناك أعراض جسدية مثل (صداع ، زيادة ضربات القلب ، ارق) وتكون هناك أعراض عاطفية مثل (اضطراب ، فزع) .
- 4- **نوبة رعب** : أكثر درجات القلق وأكثرها صعوبة ويكون فيها الشخص غير قادر على التركيز الإدراك وعدم المقدرة على ملامسة الواقع المحيط وقد يترافق هذا مع بعض الهلوس والضلالات ويكون تصرف الشخص فيه نوع من الشدة أو أن ينسحب كلياً من البيئة المحيطة والشعور بأنه قد يصاب بالجنون . (Townsend,2002:7)

القلق: عبارة عن إحساس الفرد بالرعب المستمر والخوف نتيجة لقيم معينة بحيث يحملها الفرد بداخله، و من أحداث خارجية لا تبرر وجود هذه الإحساس، فالقلق قد يعني مجموعة أحاسيس و مشاعر انفعالية يدخل فيها الخوف والألم والتوقعات السيئة و هو خبرة انفعالية مؤلمة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء دون أن يستطيع تحديده بدقة أو بوضوح .
(منسي، 1998:36)

كما قدم الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM VI) تعريفاً للقلق بأنه حالة مرضية تتصف بالشعور بالرعب وبوجود عدد من الأعراض يُشترط توفر ثلاث منها على الأقل هي : وجود صعوبة في التركيز، وسرعة الانفعال، وتوتر العضلات

و إجهادها، واضطرابات النوم، كما تصاحبها أعراض عضوية تشير إلى النشاط الزائد للجهاز العصبي اللاإرادي. (حجازي، 2003: 15)

ويبين (رضوان ، 1991 : 123) أن القلق كظاهرة إنسانية لها آثارها على الصحة النفسية، إذ أنه يتضمن مدى نجاح الفرد في التوافق الداخلي بين دوافعه ونوازعه المختلفة ، وفي التوافق الخارجي في علاقاته ببيئته المحيطة به .

وعرفه (أبو هين ، 1989: 8) انه حالة من الكدر والغم والخوف يمتلك الفرد ويسيطر عليه وفيه يترقب الفرد خطراً سيحدث في أية لحظة، وهذا الخطر يدفع الفرد للبحث عن حل تكيفي مناسب يخلص الفرد من معاناته ، فإذا فشل فإنه ينتج عنه آلام نفسية وجسمية تقف عائقاً أمام تكيف الفرد وتزيد من معاناته الداخلية العميقة .

وهذا يبين مدى أهمية القلق سواء كان على الصعيد الإيجابي أم السلبي، وأن مستوى القلق لدى الفرد يعتبر كميزان لحياته الانفعالية والنفسية، وأن أي ارتفاع أو انخفاض في هذا الميزان سيتبعه انخفاض أو ارتفاع في مستوى انفعالات الفرد وأدائه .

وتعتبر (النيال ، 1991 : 112) أن للقلق في علم النفس الحديث مكانة بارزة فهو: المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية والعقلية، والعرض الجوهري المشترك في الاضطرابات النفسية ، كما أنه السمة المميزة لعديد من الاضطرابات السلوكية .

ويشير (السباعي ، 1995 : 8) أنه لا توجد إحصائيات دقيقة عن الأمراض النفسية ومدى انتشارها، ولكن الانتطاع العام هو أن غالبية المرضى الذين يترددون على الأطباء يعانون في نفس الوقت من مشاكل نفسية على رأسها القلق.

وهذا يؤكد مدى انتشار ظاهرة القلق لدى الناس عامة ، ولكن لا يجب على الإنسان أن يجعل القلق مسيطراً عليه ، ومعوفاً لأدائه في الحياة ، بل يجب عليه أن يسيطر على القلق وأوضح (الدسوقي ، 1997 : 27) أن القلق يمكن أن يحطم الفرد ويشيع التعاسة في حياته وحياة المحيطين به .

وأما (أحمد ، 1991 : 387) فيشير إلى أن القلق بمثابة نذير بفقْدان التوازن لدى الإنسان. وهنا يتبين أن القلق إذا ارتفع مستواه لدى الإنسان فإنه سيعيق توازنه الانفعالي الداخلي ويؤدي إلى ضعف الثقة بالنفس .

وقد كان فرويد أول من اقترح دوراً حاسماً للقلق في نظريته للشخصية وكذلك أيضاً في دراسة لأسباب الاضطرابات النفسية والنفْسجسمية، حيث رأى أن القلق هو الظاهرة الأساسية والمشكلة المركزية في العصاب وقد عرفه " بأنه شيء ما يشعر به الإنسان، أو حالة انفعالية نوعية غير سارة لدى الكائن العضوي ويتضمن مكونات ثلاثة: ذاتية ، فسيولوجية، وسلوكية .

(عبد الخالق 1984 : 3-6)

وتعرفه كارين هورني "Karen Horny" بأنه "رد فعل انفعالي للخطر وتعتبر أن الخطر من حالة القلق يكون ذاتياً أو متوهماً". (فرويد ، 1989 : 38)

أما السباعي وعبد الرحيم فيعرفانه : بأنه حالة نفسية تتصف بالتوتر والخوف والتوقع سواء كان ذلك حيال أمور محددة أو غامضة ، وقد يكون هذا الانفعال عارضاً ينقضي بانقضاء أسبابه وقد يكون مزمناً . (السباعي وعبد الرحيم ، 1995 : 7)

ويعرف كل من (شارلز وهوارد ، 1989 : 113) القلق بأنه يمثل حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهم المتعلق بحوادث المستقبل .

ويعرفه (161 : 1991 , Cassem) أنه يكون بمثابة استجابة نفسية من قبل الفرد تجاه خطر يهدد حياته وشعوره بالعجز تجاه ذلك .

وتشير سامية القطان إلى أن القلق المرتفع هو العائق الأساسي لكل إنجاز أو أداء؛ لأنه يعيق قدرة الإنسان على العمل والاستمتاع بالحياة . (الصفطي ، 1995 : 73) .

وعرفه (القريطي، 1998: 121) بأنه حالة انفعالية مركبة غير سارة unpleasant تمثل ائتلافاً أو مزيجاً من مشاعر الخوف المستمر والفرع والرعب والانقباض والهم نتيجة توقع شر وشيك الحدوث أو الإحساس بالخطر والتهديد من شيء ما مبهم غامض يعجز المرء عن تبنيه أو تحديده علي نحو موضوعي .

وعرفه (أبو مصطفى،1999:23) أنه خبرة انفعالية غير سارة تحمل إشارة خطر مجهول غير محدد ، ويُحتمل أن يحدث وتصاحبه تغيرات جسمية ونفسية ، وقد ينمو في مرحلة الطفولة المبكرة .

هذا ومن ملاحظتنا في سياق فقد رأينا التكاملية وعدم التعارض المطلق وكلها ساعدت على إعطاء الفهم الواضح للقلق.

ويرى الباحث أن التعريفات السابقة للقلق اشتملت على عدة أمور أهمها :

- 1- القلق شعور يمر به الناس ويشعرو به .
- 2- زيادة القلق تؤدي إلى إعاقة السلوك والأداء .
- 3- القلق شعور وحالة تبعث على الغم والكدر .
- 4- أن القلق حالة نفسية غير مرتبطة بفئة عمرية محددة .
- 5- القلق يكون استجابة ورد فعل لمثير ما .

ويرى الباحث أن معظم التعريفات السابقة، تتفق على أن القلق يرتبط بتوقع أمر ما، والخوف من شيء غامض ، أو انه إزعاج غير معروف المصدر ويرتبط عند البعض باللاوعي ،ويلاحظ من خلال عرض التعريفات السابقة للقلق؛ أن كثيراً من العلماء والباحثين قد اختلفوا في تعريف ذلك المصطلح ، فنجد أن منهم من ركز على ما يصاحب القلق من أعراض نفسية

ومنهم من ركز على الأعراض النفسية والجسمية، ولكن أياً كان المنطلق الذي انطلق منه أي باحث فإن ذلك يتناسب مع تعقد مفهوم القلق، وعدم وضوحه المطلق،

عصرنا عصر القلق:

لا يجزم عكاشة (2003) بصحة القول بأن هذا العصر هو (عصر القلق)، لأنه مما لاشك فيه أنه في الأزمنة السابقة، عانى الناس من الجوع والمرض والعبودية والحروب وكوارث عامة مختلفة، جعلتهم معرضين للقلق مثلما نحن الآن، ولكن تعقيد الحضارة، وسرعة التغير الاجتماعي، وصعوبة التكيف مع الشكل الحضاري السريع والتفكك العائلي، وصعوبة تحقيق الرغبات الذاتية، على الرغم من إغراءات الحياة، وضعف القيم الدينية والخلفية مع التطلعات الأيديولوجية المختلفة تخلق الصراع والقلق عند كثير من الأفراد؛ مما يجعل القلق النفسي هو محور الحديث الطبي في الأمراض النفسية والعقلية السيكوسوماتية. (عكاشة، 2003 : 134)

نشأة القلق :

يمكن تحديد نشأة القلق من خلال تجربة الطفل التي لا يستطيع أن يتخلص منها بمفرده ولا بمساعدة الآخرين له طالما انه يشعر بالفزع والضييق والتوتر ولذا فإن القلق ينتج نتيجة تجارب الطفل الأولى حيث يجد نفسه في مواقف لا يفهم لها تفسيراً ولا يستطيع التحكم فيها لأنه صغير ومعتمد على غيره. (روس 1986: 16)

وقد رأى فرويد في عملية الميلاد بأنها الخطر الأول الذي يتعرض له الفرد وهو الخبرة المؤلمة الأولى التي ينشأ عنها القلق، لما تتضمنه تلك العملية وما تحتويه من إثارة المشاعر المؤلمة ويقول : نحن ميالون إلى افتراض وجود عامل تاريخي يجمع بين إحساسات القلق وبين منبهاته العصبية بدقة، أي أننا نفترض أن حالة القلق تنشأ من خبرة ما تتضمن الروابط الضرورية لمثل هذه الزيادة في التنبيه ولمثل هذا التفريغ في مسالك معينة ، وأن القلق يستمد سمته الخاصة من هذه الظروف ، والميلاد بالنسبة للإنسان خبرة نموذجية من هذا النوع ، لذلك فإننا نميل إلى اعتبار حالات القلق كأنها ناشئة من صدمة الميلاد ، وأن هذه الصدمة هي النموذج الأصلي لكل حالات القلق التالية. (فرويد 1983 : 31)

حالة القلق وسمة القلق :

يرى (كفاي ، 1990 : 343 - 344) أن القلق مثله مثل الإحباط والصداع عملية نفسية شائعة بين جميع الناس فكلنا يعرف القلق ويعاني منه في بعض المواقف أي أنه خبرة

يومية حياتية عند الإنسان في جميع الأعمار وهذا يقودنا إلى التفرقة التي أصبحت معروفة ومعترفاً بها في علم النفس حديثاً وهي التفرقة بين نوعين من القلق النوع الأول هو القلق كحالة أو حالة القلق Anxiety State، والنوع الثاني هو القلق كسمة أو سمة القلق Anxiety Trait. وتشير حالة القلق إلى وضع طارئ ووقتي عند الفرد يحدث له إذا تعرض لأحد الموضوعات التي تثير هذا القلق وباختفاء هذه الموضوعات بالقضاء عليها أو بالابتعاد عنها تنتهي حالة القلق وتتفاوت شدة هذه الحالة حسب درجة التهديد أو الخطر Threat التي يدركها الفرد متضمنة في الموقف وهي حالة أقرب كما يظهر إلي حالة الخوف . أما سمة القلق فتشير إلى أساليب استجابية ثانية نسبياً تميز شخصية الفرد، أي أن القلق المثار في هذه الحالة أقرب إلى أن يكون مرتبطاً بشخصية الفرد منة إلى ميزات الموقف ولذا يرتبط التفاوت في درجة هذا القلق بدرجة القلق التي تسم الفرد أكثر من ارتباطها بحجم التهديد أو الخطر المتضمن في هذا الموقف وهذا القلق الآخر هو الأكثر ارتباطاً بالصحة النفسية للفرد وهو الذي يتحدث عنه العلماء كعرض للاضطرابات العصبية ولذا يمتد في نشأته ونموه إلي خبرات الطفولة والمثيرات التي يتعرض لها الفرد أثناء التنشئة الاجتماعية ، وهذا يعني أن كل الناس يمرون بـ (حالة قلق) إذا عرض لهم ما يقلق ولكن بعضهم فقط هم الذين يتسمون (بسمة القلق) وربما كان "كائن" أول من أشار إلى هذين النوعين من القلق، وقد تابع سيبيلبرجر هذه التعرفة ووضعها في إطار نظري وأوضح أن الفرد الذي لديه سمة القلق يكون أكثر تنبهاً ووعياً من الآخرين لدرجة الخطر في الميزات التي تعرض له، وقد يدرك بعض الموضوعات باعتبارها مهددة له وخطرة عليه وهي في الواقع ليست كذلك وتكون استجابته القلقة أو المعبرة عن القلق دالة على قدر الخطر والتهديد الذي أدركه .

أسباب القلق :-

لقد اختلف علماء النفس في قضية القلق ومسبباته ، فمن العلماء من يعتقد أن القلق ينتج عن عوامل داخلية ، أي داخل الفرد ، ومنهم من يعتقد أنها عوامل خارجية ومنهم من يرى غير ذلك .

ولكن نجد (الزعبى ، 1997 : 107) يعتبر أن القلق من المشكلات الشائعة لدى الكثير من الناس ، وبصور متعددة ، ولكنه يظهر دون سبب واضح وينتهي إلى عجز بالغ يعوق الشخص ويعرض صحته النفسية للخطر .

ومن العلماء الباحثين من عارض ذلك الرأي ؛ فمثلاً نجد أن كلاً من (السباعي وعبد الرحيم، 1995 : 8) يعتقدان أن للقلق أسباباً معينة ومن أهمها : البيت الذي يسوده الشقاق أو سوء التفاهم ، أو إهمال الأبوين لأطفالهما، وكذلك المجتمع الذي يركز قيمه على التفوق المادي،

والصراع من أجل البقاء، ومطامع الإنسان وآماله عندما تتعدى قدراته ، ورغبات الإنسان عندما تتعارض مع الفضيلة والأخلاق والضمير .

ومن العلماء من اعتبر أن هناك أسباباً للقلق من الناحية الدينية ويذكر منها الباحث :

1- عدم الاستيعاب لحقيقة الصلة بين الإنسان وبين الله عز وجل .

قال تعالى " إِنَّ الَّذِينَ قَالُوا رَبُّنَا اللَّهُ ثُمَّ اسْتَقَامُوا فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ "

(الأحقاف : 13)

2- عدم وضوح أهمية الهدف من رسالة الإنسان .

3- التعرض للنقد والتشكيك وانخفاض معنويات الإنسان .

4- التفكير المستمر والمتأزم بالحياة المعيشية والمستقبل المعيشي .

(المنطلق ، د.ت : 119 - 120)

وهناك من كان واضحاً في قضية الأسباب الدافعة للقلق وذكروا الكثير من تلك

الأسباب ، وسيقوم الباحث بتحديد بعض منها مما حدده كل من : (زهران ، 1982 : 398)

(شارلز وميلمان، 1989 : 16) حيث اعتبروا أن أسباب القلق تكمن في الآتي :

أ- فقدان الشعور بالأمن لدى الفرد .

ب- الإحباط المستمر والشعور بالذنب .

ت- الاستعداد النفسي والضعف النفسي العام .

ث- مواقف الحياة الضاغطة .

ج- التعرض للحوادث والخبرات الحادة .

ح- مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة .

خ- الاستعداد الوراثي في بعض الحالات .

ويشير (القريظي ، 1998 : 132) إلى أن الطفل يحاول التغلب على مشاعر القلق التي

تواجهه وذلك بتنمية حاجات عصابية معينة لكي تخفف من شدة القلق .

ويتضح مما سبق اختلاف وجهات النظر بين العلماء في تحديد وحصر الأسباب المؤدية للقلق ،

وربما ذلك ينبع من تعقد مفهوم القلق وصعوبة تحديده الدقيق، ولكن أياً كان منطلق العلماء في

تحديد الأسباب المؤدية للقلق؛ فإنه يعتبر بمثابة اجتهاد ولمحاولة التوصل للأسباب الحقيقية

الكامنة وراء القلق وذلك لمحاولة العمل على تجنبها قدر الإمكان .

أعراض القلق :

يقسم (شاذلي ، 1999: 115 - 116) أعراض القلق إلى جسمية ونفسية، فالجسمية تشمل الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة وتوتر العضلات والنشاط الحركي الزائد والأزمات العصبية الحركية والصداع المستمر وتصيب العرق وعرق الكفين وشحوب الوجه وسرعة النبض وآلام الصدر وارتفاع ضغط الدم واضطراب التنفسي وعسره والشعور وبضيق الصدر والدوار والغثيان والقيء والسعال وعسر الهضم وفقد الشهية واضطراب النوم والأرق والأحلام المزعجة واضطراب الوظيفة الجنسية (العنه والقذف السريع عند الرجال والبرود الجنسي واضطراب الدورة الشهرية عند النساء) . و أما الأعراض النفسية فتشمل القلق العام والقلق على الصحة والعمل والمستقبل والعصبية والتوتر العام وعدم الاستقرار والحساسية النفسية الزائدة وسهولة الاستثارة والهيياج والشك والارتياب والتردد في اتخاذ القرارات وهم والاكنتاب العابر والتشاؤم والانشغال بأخطاء الماضي وتوهم المرض وضعف التركيز وشروء الذهن وضعف القدرة على العمل والإنتاج وسوء التوافق الاجتماعي و سوء التوافق المهني وقد يصل الحال إلى السلوك العشوائي غير المضبوط.

أما (عكاشة ، 2003 : 139-147) فيصنف القلق إلى صنفين: القلق الحاد والقلق المزمن.

أولاً : القلق الحاد: و يأخذ ثلاثة أشكال:

- حالة الخوف أو الهلع.
- حالة الرعب الحاد.
- إعياء القلق الحاد.

ثانياً : القلق المزمن : و يضم ثلاثة أوجه :

- أعراض جسمية.
- أعراض نفسية .
- أعراض السيكوسوماتية(النفسجسمية)

دور الوراثة والبيئة في القلق :

إن القلق لا يولد مع الإنسان ولكن قد يولد مع المرء استعداداً وراثياً للأنفعالات العصبية ، ويبرز هذا الاستعداد إذا ما تهيأت له الأسباب البيئية. (السباعي وعبد الرحيم ، 1995 : 8) ، ويفيد (سرحان ، 1999 : 44) أن هناك عوامل متعددة تساعد على ظهور القلق، فمنها ما يتعلق بالوراثة وتركيب الشخصية النفسي والبيولوجي، ومنها ما يتعلق بالظروف البيئية

المحيطة بالفرد ، وتختلط هذه الأسباب معاً لتؤدي إلى تغيرات كيميائية في الجهاز العصبي وتعمل على ظهور الأعراض بشكلها الواضح جسدياً أو نفسياً .

وقد أشارت دراسات كثيرة إلى أن الاستعداد للقلق ، كاستعداد للشخصية له جانبان ، جانب فطري ويكمن في الخصائص الفسيولوجية للكائن ، وجانب مكتسب من البيئة التي يعيش فيها الإنسان مرحلة الطفولة، ومن التفاعل بين هذين الجانبين ينمو القلق كخبرة مفزعة من الناحية الذاتية أو الشعورية (مرسي ، 1978 : 59) .

أما (الزهراء ، 2005: 235) فتوضح أن الوراثة لا تتفرد بإحداث القلق لوحدها ، وكذلك البيئة ولذلك لا يمكن اعتبار أحدهما بمثابة السبب الرئيس للقلق ، وإنما يتولد القلق من تفاعل الوراثة والبيئة معاً وتأثيرهما المزدوج على الإنسان ، وإن كان من الممكن أن تؤثر إحداهما بشكل أكبر من الأخرى في إحداث القلق .

القلق من منظور إسلامي :

يقول تعالى : " لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ " . (البلد : آية 4) .

ويقول تعالى : " فَلْيَعْبُدُوا رَبَّ هَذَا الْبَيْتِ * الَّذِي أَطْعَمَهُمْ مِنْ جُوعٍ وَأَمَنَهُمْ مِنْ خَوْفٍ " .

(قريش : آية 3 - 4)

بداية يمكن القول أن خلق الإنسان منذ "آدم عليه السلام" حتى يومنا هذا لم يكن إلا لغرض العبادة " وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ " (الذاريات : آية 56) . وهذه العبادة تتطلب من الإنسان الكثير من الجهد ومواجهة الصعاب، وتقلبات الحياة مما يجعل الإنسان يعيش في حيرة وقلق عندما يبعد عن هذا الطريق ، ولكن الإنسان يحاول جاهداً أن يلبي نداء ربه مما يجعله يكابد هذه الحياة ، ويعيش معتركها بين خوف وأمن وسعادة وقلق .

والقلق - كما أسلفنا - قديم قدم آدم "عليه السلام" ولقد حدثنا القرآن الكريم عن حالة القلق التي شعر بها آدم وحواء عندما أكلا من الشجرة التي نهاهما الله عنها فقال تعالى : " وَيَا آدَمُ اسْكُنْ أَنْتَ وَزَوْجُكَ الْجَنَّةَ فَكُلَا مِنْ حَيْثُ شِئْتُمَا وَلَا تَقْرَبَا هَذِهِ الشَّجَرَةَ فَتَكُونَا مِنَ الظَّالِمِينَ * فَوَسْوَسَ لَهُمَا الشَّيْطَانُ لِيُبْدِيَ لَهُمَا مَا وُورِيَ عَنْهُمَا مِنْ سَوَاتِهِمَا وَقَالَ مَا نَهَاكُمَا رَبُّكُمَا عَنْ هَذِهِ الشَّجَرَةِ إِلَّا أَنْ تَكُونَا مَلَكَينَ أَوْ تَكُونَا مِنَ الْخَالِدِينَ * وَقَاسَمَهُمَا إِنِّي لَكُمَا لَمِنَ النَّاصِحِينَ * فَدَلَاهُمَا بِغُرُورٍ ۖ فَلَمَّا ذَاقَا الشَّجَرَةَ بَدَتْ لَهُمَا سَوَاتُهُمَا وَطَفِقَا يَخْصِفَانِ عَلَيْهِمَا مِنْ وَرَقِ الْجَنَّةِ ۗ وَنَادَاهُمَا رَبُّهُمَا أَلَمْ أَنْهَكُمَا عَنْ تِلْكَ الشَّجَرَةِ وَأَقُلْتُ لَكُمَا إِنَّ الشَّيْطَانَ لَكُمَا عَدُوٌّ مُبِينٌ * قَالَا رَبَّنَا ظَلَمْنَا أَنْفُسَنَا وَإِنْ لَمْ تَغْفِرْ لَنَا وَتَرْحَمْنَا لَنَكُونَنَّ مِنَ الْخَاسِرِينَ" . (الأعراف : آية 19 - 23)

وفي هذه الآيات وصف دقيق لحالة القلق بمفهومه النفسي الحديث ، وهو الشعور بالخوف الزائد من شر متوقع في المستقبل وإحساس بالعجز عن مواجهة هذا الشر، فأدم عليه السلام عندما أكل من الشجرة وعصا أمر ربه ، شعر بالذنب وانتابه خوف زائد من فقدان حب الله ومن المجهول الذي ينتظره بعد ذلك .

ويروي ابن كثير في تفسيره قصة تؤيد هذا التحليل لحالة آدم النفسية في موقف العصيان ؛ فيروي حديثاً عن ابن عباس رضي الله عنه جاء فيه: "فانطلق آدم عليه السلام مولياً في الجنة فعلق برأسه شجرة من الجنة فداده الله: يا آدم أمني تفر؟". (ابن كثير ، د.ت : 1341)

ويشير (الشريف ، 1987 : 64) في هذا المقام إلى أن القلق كان له عدة معاني في القرآن الكريم ومنها الضيق النفسي ، والخوف والجزع والهلع والرعب والفرع . هذا وقد كتب المسلمون عن القلق والخوف مما يدل على اهتمامهم بذلك ومنهم الغزالي، حيث عرف الخوف بأنه عبارة عن تألم القلب واحتراقه بسبب توقع مكروه وقسمه إلى قسمين : خوف عادي حميد ، وخوف مفرط مذموم يخرج الإنسان إلى اليأس. (محمد ومرسي ، 1986 : 140)

ومن الدلائل الحقيقية على اهتمام الإسلام بموضوع القلق أن الرسول صلى الله عليه وسلم فرق بين الأزمت النفسية التي يمكن أن تهاجم الإنسان وتعترض حياته، فتصيبه بالهم والغم و الكرب والحزن والأرق والقلق ، و فرق كذلك بين الأزمت النفسية وبين الأمراض البدنية (الشرقاوي ، 1983 : 167)

كل ذلك يبين مدى السبق لديننا الحنيف في توضيح مفهوم القلق منذ أربعة عشر قرناً من الزمان قبل أن يأتي علماء العصر من الشرق أو الغرب ليوضحوا هذا المفهوم . ومهما اجتهد العلماء والباحثون في الدراسة والبحث ، فلا يتسامى ما يقررون من مبادئ ونظم إلى منهج الإسلام في بناء شخصية المسلم ، فهو الطريقة المثلى لبناء الإنسان الصحيح عقلياً وجسدياً ونفسياً (محفوظ ، 1991 : 11) .

ويشير (عبد الواحد ، د.ت ، 5) إلى أن الله عز وجل جعل بعد الشدة فرجاً ، وبعد الضيق سعة ومخرجاً ، ولم تخل محنة من منحة ولا نقمة من نعمة ، ولكن الكثير من الناس يعانون من غياب الوعي الديني مما يؤدي بهم إلى القلق .

وهذا يؤكد حرص إسلامنا العظيم على أهمية مواجهة القلق والخوف ويحثنا على التفاؤل في الحياة والصبر وعدم الاستسلام للمحن مهما عظمت " فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا يُسْرًا * إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا * فَإِذَا فَرَغْتَ فَانصَبْ * وَإِلَىٰ رَبِّكَ فَارْغَبْ " . (الشرح : آية 5-8)

كما أن القلق لا يتصف به المؤمن الحقيقي ، الذي أخلص العبادة لله وحده وأحسن العمل ؛ لأن مثل هذا المسلم إنما يتسم بنفس مطمئنة يزداد اطمئنانها بالقرب من الله ، وهي ليست بحاجة إلى حيل دفاعية للتخلص من القلق، وإنما تحتاج إلى مواجهة ذاتية وتصميم ذاتي مستمر يجعل الاطمئنان سمتها في كل وقت (الهوري والشناوي ، 1987 : 173) .

ومما سبق يرى الباحث مدى اهتمام الإسلام بموضوع القلق ، ويوضح مدى إسهامات علماء المسلمين في ذلك الأمر ، مما يدل على أن ديننا الإسلامي الحنيف له شرف السبق من الحديث عن القلق وعن غيره من المواضيع ، حيث يقول تعالى : " مَا فَرَطْنَا فِي الْكِتَابِ مِنْ شَيْءٍ " (الأنعام : آية 38) .

وبناءً عليه فقد اتضح أن القلق حالة نسبية ، فبعضه يؤدي بالإنسان إلى تخطي صعاب كثيرة . أما كثيره فإنه يربك الإنسان ويعيق تقدمه وأدائه .

ثانيا : قلق الولادة

1- نفسية الأم الحامل :

عند معظم الأزواج نرى أن القلق يكون بصورة كبيرة أثناء الحمل ، فهم يتصورون أن هناك خوف من المجهول ومخاوف على صحة الجنين وعلى ولادته بصورة طبيعية ، بالإضافة إلى مخاوف أخرى تتعلق بالألم المصاحب عملية الولادة ، ومع تقدم الحمل يكون هناك شعور متزايد من الزوجين تجاه الجنين وحركته ، وتكون هذه الحركة هي وسيلة التواصل مع الأم خلال الحمل ، وتكون رؤية الجنين مثل صورة التلفزيون لها تأثير أكبر على الزوجين .

قد يحدث عدم تكيف بسبب الشخصية المضطربة لأحد الزوجين ، أو التقبل القليل للحمل ، أو قلة الدعم أو عدد كبير وغير مألوف من العوامل الضاغطة ، ويجب أن يكون التركيز من قبل المعالجين على هذه المخاوف والمشاكل منذ البداية ، ومعرفة الدينامية النفسية للحمل وخطوات العلاج قد تساعد الزوجين كثيراً .

المشاكل والاضطرابات النفسية تكون أكثر شيوعاً لدى الأم خلال الحمل والنفاس ويرجع ذلك إلى التزاوج ما بين العوامل البيولوجية والكيميائية لهرمونات الحمل والاضغوطات النفسية ، وتتراوح هذه الاضطرابات ما بين اضطراب خفيف مثل القلق أو اكتئاب ما بعد الولادة إلي اضطراب شديد يصل لحد الاضطرابات الذهانية مثل انفصام الشخصية . (Beischer and others ,1997:311)

إن نفسية الأم الحامل وسلوكها مرآة تعكس ما بداخلها من اضطرابات هرمونية لوجود كائن جديد في أحشائها ، فالاضطرابات الهضمية كالغثيان القيء والاضطرابات النفسية كتبدل المزاج والشهية ، وأحاديث النساء حولها من الأقارب والأبعاد، وضجر الزوج أحيانا من العناية المؤقتة التي تصيبها خوفا على حملها من الإسقاط نتيجة المناسبات الزوجية ، وتبدل نفسياتها نحو زوجها ، واضطراب سلوكها ، كل ذلك يجعل من الحامل إنسانة رقيقة المشاعر مرهفة الحس ، لذا يجب التعامل معها ومعاشرتها بهدوء وصبر خلال الثلاثة أشهر الأولى من حملها، وخاصة إن كانت حاملا بالولد الأول ، وكان الوحام شديداً .

كذلك يجب العناية بحالتها النفسية خلال الشهرين الأخيرين من الحمل لخوفها من الولادة المبكرة أو تعسر الولادة ، وخاصة عند سماعها الأحاديث الجانبية التي تعقد حالتها النفسية ، وكذلك يجب الإقلال من المناسبات الزوجية، وحتى الامتناع عنها نهائيا خلال الأسبوعين الأخيرين من الحمل .

والجدير بالملاحظة انه يجب على أهل الحامل ومن حولها إبعادها عن المناظر والأحاديث التي تضر بأعصابها ، كمنابر المشوهين والمعتوهين ، وأفلام الرعب ، والأحاديث عن بعض النساء

اللواتي تعرضن لاختلاطات في الحمل كالقيصرية البطنية والمجبيئات المعترضة والنزوف وحالات ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل، على الرغم من أن كل هذه الأمور لا تشكل أكثر من 5% من الحالات إلا أنها ذات تأثير سيئ على نفسية الحامل . (العلبى ، 1987: 242)

2- حالة الأم الانفعالية :

برغم انه لا يوجد اتصال مباشر بين الجهاز العصبي للام والجهاز العصبي للجنين فإن الحالة الانفعالية للام تؤثر على انفعالات الجنين وتكوينها لان انفعالات الأم مثل الغضب والخوف والقلق تثير الجهاز العصبي اللاإرادي منتجة مواد كيميائية معينة (acetylcholine) و (epinephrine) تسير في الدم وتؤدي إلي تغيير التمثيل الغذائي للمواليد . وبالاختصار يمكن القول أن مكونات الدم تتغير وتنقل مواد كيميائية جديدة عبر المشيمة محدثة تغييرا في دم الجنين .

وقد تكون هذه المواد مثيرة للجنين إذ لوحظ أن حركات الجنين ازدادت مئات المرات عندما كانت أمهاتهم تواجهن ضغوطا انفعالية ، ولو استمر التقلب الانفعالي أسابيع عديدة فإن حركات الجنين تستمر بمعدل زائد طول هذه الفترة .

وعندما تكون هذه الاضطرابات قصيرة فإن حركات الجنين الثائرة تستمر لمدة ساعات أما إذا استمرت طول مدة الحمل فسوف تحدث عواقب مستديمة في الطفل .

كذلك فإن نظرة الأم تجاه حملها قد يكون لها تأثير على الجنين، فالأم التي تستاء أن تكون حاملا لأي سبب من الأسباب انفعالاتها تكون مضطربة أكثر من التي تكون سعيدة بحملها وتنتظر طفلها، وقد يؤدي التوتر النفسي إلي أن تصبح الولادة أكثر صعوبة فحالة الأم النفسية تستطيع أن تنبئ بشكل الطفل الفيزيائي ، فمثلا يلعب الضغط الانفعالي للام بعض الأدوار في حدوث مغص عند الطفل المولود . وقد أثبتت "لاندرز" أن أمهات الأطفال الذين يعانون من المغص كانوا قلقين وأكثر عصبية من أمهات الأطفال الآخرين، وبالطبع فإن العلاقة القاسية بين الأم والطفل بعد الولادة قد تعود إلي أحداث المغص ، ويجب أن نقرر هنا أن هناك أسباباً أخرى للمغص ليس لها علاقة باضطراب الأم . (منسي وآخرون 1986: 65-73)

3- ردود الفعل للمخاض والولادة :

المخاض والولادة من أكثر الأشياء صعوبة التي قد تراها عين الأم الحامل ، مشاكل الألم ، الصدمة ، وكذلك مواجهة الجهد الجسدي الصعب التي تبذله أثناء عملية المخاض . بعد عملية الولادة وظهور الكائن الجديد المسئول بصورة كبيرة من الأم ، يكون هناك قلق من الأم تجاه التصرف الذي يجب أن تقوم به تجاه هذا الكائن الجديد .

التثقيف الصحي للام أثناء الحمل يساعد علي التغلب علي هذا القلق ويقوى مقدرتها علي مواجهة المخاوف ، كثير من الأمهات لديهن شعور عظيم بالسرور وربما بالبهجة حتى خلال عملية المخاض .

يصاحب عملية التوالد الآن تقاسم كثير من المخاوف التي كانت علي حد كبير تقع علي عاتق الأم (Beischer and others , 1997: 311-312)

إن عملية الولادة عملية يشوبها كثير من القلق ويتحدث الشربيني (2005) عن تهيؤ الأم نفسياً للولادة ويقصد بها اتخاذ جميع السبل لتخفيف شدة الولادة وآلام المخاض وأول هذه الطرق التي نلجأ إليها هي الثقافة الصحية وهي التزود بالمعلومات التشريحية والفسولوجية الكافية عن الحمل والولادة وعن فسيولوجية الجنين والوليد ، وأهم الأمور المتعلقة بصحة الطفل في أيامه الأولى التالية للولادة فهذه المعرفة تساعد في تخفيف الألم ولكن ذلك لا يؤلف إلا جزءاً بسيطاً من الموضوع والدليل أن الطبيبات والدايات يجربن آلام الولادة رغم معرفتهن الواسعة حول هذا الموضوع .

لذلك لا بد من دعم هذا الجانب التثقيفي عند بعض المعالجات البدنية وبعض المعالجات النفسية وأولها الاسترخاء فيبدأ بنوع من التنفس المقصود يتبعه تنفس بالهدوء والاسترخاء وفي بدايات الطلق يطلب الكثير من التركيز والجهد من قبل الحامل وهو أمر لا تستطيعه كامراً كما أنها تتطلب دعماً مستمراً من المحيطين بالوالدة وأفضل من هذا طريقة التنفس التلقائي وهذه طريقة الاسترخاء الذاتي وهو ينتج من الشخص الذي يمارسه ويكون خالياً من الخوف والكره". (الشربيني ، 2005 : 260)

يتحدث الشريف (2005) عن الولادة بين الأمس واليوم فيقول: " قبل سنين طويلة كان إنجاب طفل يعني الاستلقاء على الظهر للولادة وفكرة القرفصة أو الركوع خلال الولادة لم تكن واردة أو علي الأقل بعيدة ، ولكن السعي إلي ولادة طبيعية جلب أفكاراً جديدة لكثير من المسؤولين عن أقسام الولادة وتمتلك النساء اليوم فرصة جيدة لإنجاب أطفالهن بالوضعية التي تريحنه وتناسبهن بالشكل الأفضل كذلك توجد نزعة ليس للزوج فقط ولكن للأطفال أيضاً من ناحية أخرى يوجد اهتمام متزايد خاصة بين العاملين بالحقل الطبي بأنه غالباً ما يتم الإسراف في استعمال التكنولوجيا الخاصة بالولادة وهكذا نجد أن حالات الولادة القيصرية على سبيل المثال زادت في السنوات العشرين الماضية حيث يتم توليد نسبة كبيرة من الأمهات الحوامل أول مرة باستخدام وسائل تحث على الولادة بينما تخضع أكثرية النساء الحوامل لعملية شق بسيطة خلال المخاض لتجنب التمزق خلال الولادة ، ولقد أظهرت الدراسات التي أجريت على الأطفال

المولودين أنهم يظهرون عوارض الضغط النفسي كنتيجة لاستعمال وسائل خارجية في الوضع والولادة ولكن ذلك لا يعني أن التدخل الخارجي في الولادة خاطئ بل غالباً ما ينقذ حياة طفل في كثير من الأحيان إلى جانب ذلك لا تريد كل النساء ولادة طبيعية في المنزل بل بعضهن يلجأن مبكراً إلى خبراء الولادة والمهم في كل هذا الاختيار المناسب لوضع وسائل الولادة وهنا لا بد أن نتعرف الحامل على الحقائق كاملة عن الولادة بحيث يكون الاختيار سهلاً .
(الزهران ، 2005 : 235)

4- الدعم النفسي المقدم للأم في عملية الولادة :

نتيجة ما سبق بدت تظهر أهمية الدعم المقدم من قبل القابلات أو أطباء النساء للولادة ، ويعتبر هذا الدعم أحد الخدمات التي تقدم للأم أثناء عملية الولادة ، ويجب على جميع العاملين في حقل الولادة المسارعة إلى تطبيق هذا الهدف ، حيث وجد أن هذا الدعم يقلل الحاجة إلى استخدام الأدوية المخدرة وقد تم تطبيق هذا البحث بواسطة الكلية الملكية لأطباء النساء والولادة عام 2000 (Chamberlian & Steer 2001:435)

المبحث الثالث : جودة الحياة

تعريف جودة الحياة :

معنى الجودة في اللغة : تعني الجيد ضد الرديء، جيداً، وجيادات وحيائد وحاد (يجود) جودة ، صار جيداً (القاموس المحيط).

وعرفها معهد الإدارة " التميز في تقديم الخدمات المطلوبة منه بفعالية بحيث تكون خالية من الأخطاء والعيوب ، وبأقل تكلفة وترقى لمستوي توقعات ورغبات المنتفعين وتحقق رضاهم التام حاضراً ومستقبلاً ، وذلك من خلال التحسين والتطوير المستمر والالتزام بمتطلبات ومعايير الأداء، وأداء العمل الصحيح بشكل سليم من المرة الأولى وكل مرة " (المطوع ،1999:424-423)

في حين يعرف (Frank, 2000: 24) جودة الحياة بأنها حسن إمكانية توظيف إمكانيات الإنسان العقلية والإبداعية وإثراء وجدانه ليتسامى بعواطفه ومشاعره وقيمه الإنسانية . وتكون المحصلة هي جودة الحياة وجودة المجتمع ويتم هذا من خلال الأسرة والمدرسة والجامعة وبيئة العمل ومن خلال التركيز على ثلاثة محاور هامة هي التعليم والتثقيف والتدريب . عرفها فرانك بأنها إدراك الفرد للعديد من الخبرات ، وبالمفهوم الواسع شعور الفرد بالرضا مع وجود الضروريات في الحياة مثل الغذاء والمسكن وما يصاحب هذا الإحساس من شعور بالإنجاز والسعادة ، وجودة الحياة بالمفهوم الضيق خلو الجسم من العاهات الجسمية.

وتعرف منظمة الصحة العالمية (WHO,1999) جودة الحياة بأنها انطباع الفرد تجاه حياته وضمن النسق والمعايير الثقافية في مجتمعه ومستوى العلاقة بين تحقيق أهدافه وتوقعاته وفق مفاهيم معيارية محددة لديه ومن وجهة نظر أخرى هي عملية الدمج والتكامل بين جوانب صحة الفرد الفسيولوجية والنفسية ومستوى عدم الاعتمادية independency والعلاقات الاجتماعية ، وعلاقة ذلك بما يبرز في المستقبل من أحداث بيئية .

وعرف (Rubin, 2000:19) جودة الحياة بأنها الدمج والتكامل بين عدة اتجاهات لدى الفرد من ناحية الصحة الجسمية والنفسية والحياة الاجتماعية ، متضمنة كلا من المكونات الإدراكية (cognitive component) والذي يشمل الرضا (satisfaction) والمكونات العاطفية (emotional component) والتي تشمل السعادة (happiness)

ومن الملاحظ أن تعريفات الجودة قد تباينت بتباين الأطر النظرية التي طرحت بها التعريفات ، إذ يمكن القول أن التعريفات أخذت اتجاهات مختلفة وهي :

1- الاتجاه الاجتماعي.

2- الاتجاه النفسي.

3- الاتجاه الطبي.

أولاً : الاتجاه الاجتماعي :

يرى المير هانكس . (Hankiss,1984) أن الاهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأت منذ فترة طويلة وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد ، معدلات الوفيات ، معدل ضحايا المرض ، نوعية السكن ، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع ، إضافة إلى مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر، وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه الفرد من عائد مادي من وراء عمله والمكانة المهنية للفرد وتأثيره على الحياة ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء peer relationship تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله.(الغندور ، 1999 : 18-27)

ثانياً : الاتجاه النفسي :

إن الحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها حتى أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته كالدخل ، المسكن ، العمل ، والتعليم يمثل انعكاساً مباشراً لإدراك الفرد لجودة الحياة في وجود هذه المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد وذلك في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة ' ويظهر ذلك في مستوى السعادة والشقاء الذي يكون عليه، ويرتبط بمفهوم جودة الحياة العديد من المفاهيم النفسية منها : القيم ، الإدراك الذاتي ، الحاجات ، مفهوم الاتجاهات ، مفهوم الطموح ، مفهوم التوقع ، إضافة إلى مفاهيم الرضا ، التوافق ، الصحة النفسية ويرى البعض أن جوهر جودة الحياة يكمن في إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة ، وذلك وفقاً لمبدأ إشباع الحاجات في نظرية ابرهام ماسلو.

ثالثاً : الاتجاه الطبي :

ويهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسدية مختلفة ، أو نفسية أو عقلية وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية (جودة الحياة . 1999)

تعتبر جودة الحياة من الموضوعات الشائعة للمحاضرات التي تتعلق بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة .

إن تطوير جودة الحياة هو الهدف المتوقع لمقدمي الخدمة الصحية ، وتقييم حاجة الناس لجودة الحياة تشمل أيضاً تقييم احتياجات الأفراد و توفير البدائل لهذه الاحتياجات حتى ولو لم يكن هناك تشخيص لمرض معين أو مشكلة أخرى .

جودة الحياة تعطي مؤشراً للمخاطر الصحية والتي من الممكن أن تكون جسدية أو نفسية ، وذلك في غياب علاج حالي أو الاحتياج للخدمات (Rapheal and others,1996:66)

إن التغيير الدراماتيكي وزيادة معدل الأعمار في البلدان المتقدمة قد أوجب الإدراك بضرورة أن طول العمر يجب أن يترافق مع تحسين الصحة المتعلقة بجودة الحياة (health related quality of life) (HRQOL) ، بعض الباحثين رفعوا الاحتمالية التي تقول أن العمر المتوقع يؤدي إلي زيادة نسبية في عدد السكان الذين يعيشون في بيئة فقيرة وتؤدي إلي نتيجة وهي زيادة الأعباء علي المجتمع والخدمات الصحية المقدمة. (Schultz, 2004:407) (Manuel and

ولقد اقترح كلٌ من (Mcdowell&Mewell,1987:205) تعريف لجودة الحياة " علاقة كلٌ من كفاية الظروف المادية وشعور الناس حول هذه الظروف " .

عرف Coulter جودة الحياة " الإحساس الشخصي بالإشباع من الحياة والتي هي أكثر من فقط سرور أو شعور بالسعادة رغم أنها أقل من معنى أو انجاز " (Coulter,1990:127) وعرفه (Rapheal and others,1996:67) " الدرجة التي من خلالها يستمتع الشخص بالإمكانيات المهمة بحياته "

وتعرفه منظمة الصحة العالمية (WHO) "إدراك الأشخاص إلى مواقعهم في الحياة وتشمل العديد من المكونات منها الثقافة والقيم والنظام الذي من خلاله يعيشون وله علاقة مع أهدافهم وتطلعاتهم ومعاييرهم وكذلك اعتباراتهم "

منظمة الصحة العالمية (WHO) أجملت هذه الاعتبارات بالمقولة القائلة " إضافة سنوات إلي الحياة يعتبر نصراً غير ذي مضمون ما لم تكن هناك إضافة حياة لهذه الأعوام " .

(WHO ,1998)

وحدة أبحاث جودة الحياة التابعة لقسم الصحة العامة بجامعة تورنتو بكندا تقول " إن الهدف النهائي من دراسة جودة الحياة وتطبيق ذلك على حياة الناس هو جعل الناس تعيش حياة ذات جودة ، حياة لها معنى ويتم الاستمتاع بها". (Renwick,2002/www.utoronto.ca/qo1)

مقومات جودة الحياة

نستطيع القول بأنه تعريف نسبي يختلف من شخص لآخر حسب ما يراه من معايير تقييم

حياته. وتوجد عوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة:

- 1- القدرة على التفكير وأخذ القرارات.
- 2- القدرة على التحكم.
- 3- الصحة الجسمانية والعقلية.
- 4- الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية.
- 5 - المعتقدات الدينية - القيم الثقافية والحضارية.
- 6- الأوضاع المالية والاقتصادية والتي عليها يحدد كل شخص ما هو الشيء الأهم بالنسبة له والذي يحقق سعادته في الحياة التي يحيها.

وإذا تحدثنا عن مقومات جودة الحياة ونعني هنا الناحية الصحية نجدها تتمثل في أربع نواح أساسية والتي تؤثر بشكل أو بآخر على صحة الإنسان بل وعلى نموه كما أنها تتفاعل مع بعضها البعض:

أ- الناحية الجسمانية.

ب- الناحية الشعورية.

ت- الناحية العقلية

ث- الناحية النفسية

وتتمثل هذه النواحي الأربع في الاحتياجات الأساسية الأخرى الضرورية لحياة الإنسان التي لا يستطيع العيش بدونها والتي يمكن أن نطلق عليها الاحتياجات الأولية .

وهذه الاحتياجات تقف جنباً إلى جنب مع مقومات جودة الحياة بل تعتبر جزءاً مكماً لها والإخلال بأي عنصر فيها يؤدي إلى خلق الصراع. ولكن هذا لا يمنع من وجود عوامل أخرى خارجة عن إرادة الإنسان تؤثر على مقومات حياته والتي تتصل بالناحية الصحية وتتمثل في: العجز - التقدم في العمر - الألم - الخوف - ضغط العمل - الحروب - الموت - الإحباط - الأمل - اللياقة الجسمانية بل والراحة أيضاً، لكنه لا بد أن نفرق بين ما هو طبيعي وبين ما يحدث نتيجة إتباع أسلوب حياة خاطئ أو مرض (2008, www.montada.com).

ويتحدث الفرماوى (1999) عن جودة الحياة يقول: جوهر الإنسان بمكوناته وخصائصه فيه أسباب جودة الحياة وبهجتها، إن جوهر الإنسان يتمثل في عمق الفطرة وراثتها وفيه إمكانيات الإنسان الكامنة، وطاقته المتأصلة، تلك التي تجسد الطبيعة الإنسانية وتعطي للإنسان معنى لوجوده وهدفاً لحياته، فيه تحقيق لإنسانيته وإعلاء لنفسه فوق مادياتها .

ولجوهر الإنسان خصائص مهمة تكشف الكثير من مكنوناته وتوجهات هذه المكنونات وعلاقتها البيئية ، تلك التي تشكل بنية الإنسان النفسية ومن هذه الخصائص :-

1- التكامل الوظيفي بين قوى الذات :

يمكن تمييز ثلاث قوى في بنية الإنسان النفسية هي : قوة الروح - قوة العقل - قابلية الفطرة ، هذه القوى الثلاث تشكل الجوهر وتعطي الطابع العام للفطرة فقد سما الإنسان بالروح فوق مستوى الخصائص الحيوانية ، وتوجهت بالإنسان إلى القيم والمعارف ، تلك التي من أهمها معرفة الله سبحانه وتعالى

2- الازدواجية السوية في سلوك الإنسان :

السلوك الإنساني يتصف بازدواجية التوجه، بمعنى أن السلوك الواحد يجمع بين إشباع الحاجات الروحية، بقدر ما يكون السلوك طبيعياً بقدر ما يحقق للإنسان ارتباطه بالأرض التي هو منها كما يحقق له في نفس الوقت تطلعه إلى السماء مدفوعاً بإشعاعات الروح فيه

3- النزعة للتدين والنزعة للإجابة :

إن السبيل لجودة الحياة يكمن في ثلاثة أمور مهمة هي: (مجاهدة النفس ، تمسك الإنسان بالكينونة وتعميق الوجود ، استشراف أفق الحرية الأرحب) (الفرماوي ،1999: 218)

نظرة تاريخية عن جودة الحياة (QOL):

على كل حال فإن استخدام مصطلح جودة الحياة كان مقتصرأً في البداية على الأبحاث العملية المبنية على حياة المرضى ، واستمر توظيف هذا المصطلح في هذا المجال لفترة طويلة من الزمان . (King & Hinds , 1996)

من ناحية تاريخية أول استخدام لمصطلح جودة الحياة ظهر في الفلسفة الإغريقية ، وافترض أرسطو أن السعادة مشتقة من فعالية ونشاط الروح وبالتالي تحقق حياة سعيدة .

(In King , 1996 Mckeon 1947,)

في الأوقات المعاصرة ، أعضاء من منظمة الصحة العالمية (WHO) عام 1947 اقترحوا مفهوماً ضمناً لجودة الحياة وتوجه هذا المفهوم إلى الرعاية الصحية عندما تم تعريف الصحة " حالة صحية جيدة تشمل الجوانب الفسيولوجية والعقلية والاجتماعية وليس بالضرورة غياب المرض أو المرض "وبقي هذا المصطلح حتى عام 1978 ، حيث وسعت (WHO) المصطلح وأوضحت أن للأفراد الحق في الرعاية النفسية و جودة حياة كافية وذلك طبعاً بالإضافة إلى الرعاية الفسيولوجية . (King & Hinds , 1996)

في العام 1975 بدأ استخدام مصطلح جودة الحياة (QOL) وأصبح جزءاً من المصطلحات الطبية المستخدمة ، وبدأ استخدامه بصورة منهجية ومنتظمة في أوائل الثمانينيات عندما تم استخدام هذا المصطلح مع مرضى الأورام ، لما واجه الأطباء مشكلة بأن العلاج لمرضى السرطان ذو تكلفة دفع عالية وذلك بغرض زيادة المدى المتوقع لعمر لهؤلاء المرضى. جودة الحياة قدمت مساهمة فعالة في الأبحاث المتعلقة بالعناية بالمرضى وأن تبتكر هذه الأبحاث أي مستويات ملاحظة حتى إلى ما بعد الموت .
وتستخدم لتعكس مدى الاحترام المتزايد لأهمية كيفية شعور المريض ورضاه عن الخدمات الصحية المقدمة ، بجانب النظرة التقليدية التي تتركز على نتائج المرض .
(Berlim and Fleck ,2003:249)

قياس جودة الحياة :

نظراً لعدم وجود معايير واضحة ومحددة لقياس مفهوم جودة الحياة ، لذا كان هناك حذر شديد لعمل قياس لجودة الحياة مع ضرورة هذا القياس ولتخصيص مصادر للرعاية الصحية .
(King & Hinds , 1996)

والأبحاث التي تتعلق بجودة الحياة أظهرت الفرق ما بين تقييم جودة الحياة الذي يقوم به مقدمو الخدمات الصحية وبين المرضى .

وعند مناقشة مفهوم جودة الحياة من المهم أن نميز هذا المفهوم عن مفاهيم ذات علاقة ولكن تختلف من حيث المضمون مثل الصحة الجيدة ، الحالة الصحية ، الرضا عن الحياة ، والأمل ومن المهم تقييم العلاقة ما بين الثقافة وجودة الحياة لأن الإدراك لجودة الحياة ذو ارتباط وثيق مع الحدود الثقافية والتي تختلف من مجتمع لمجتمع .

جهد قليل تم بذله في الأبحاث التي توضح العلاقة ما بين القضايا الثقافية وجودة الحياة من حيث تأثير الثقافة عليها. (Fowlie and others,1989:55)

هناك بعض الأمور التي يمكن من خلالها قياس جودة الحياة وهي أمور يمكن قياسها مثل الحالة الصحية ، قابلية الحركة ، جودة المنزل وغيرها .

- وهناك أمور أخرى لقياس جودة الحياة عن طريق الحصول على معلومات دقيقة عن حياة الشخص أو مدى كفاءة وفعالية النظام الذي يحياه الإنسان مثل توزيع الدخل، توفر الوصول إلى الخدمات الصحية وغيرها .

- وهناك سؤال آخر عن قياس جودة الحياة ويكون هذا القياس مستنداً على قيمة الجودة مثل مدى قدرة الإنسان على الاستقلالية والتحكم ، تعتبر مؤشراً على جودة حياة جيدة أو وقد توصف لبعض الأشخاص وليس للجميع . (Rapheal and others,1996)

إن تقييم نوعية جودة الحياة هو أمر معقد وذلك بسبب حقيقة أنه لا يوجد تعريف عالمي واضح أو متفق عليه لجودة الحياة .
في الماضي كثير من الباحثين قاموا بقياس الأمر من جانب واحد مثل الوظائف الفسيولوجية ،
الاعتبارات الاقتصادية ، أو الوظائف الجنسية .

جدول رقم (2.4) مقياس جودة الحياة

النظرة	التركيز	التعريف
الطب	الأشخاص والأمراض	جودة الحياة تمثل التأثير الوظيفي للمرض وتبعات العلاج على المريض كما ينظر إليها المريض (Schipper and others,1990)
أمور تتعلق بالصحة	أشخاص مع أمراض أو إعاقات	جودة الحياة تفهم كمعنى يمثل استجابة الأفراد الجسدية ، العقلية ، والاجتماعية للمرض على الوظائف الحياتية اليومية وتمتد لتشمل مدى رضا الإنسان بظروف الحياة المحيطة التي يمكن إنجازها. (Bowling .1991)
التشخيص الاجتماعي	الأشخاص في المجتمعات	التكيف والرضا عن الحياة لأعضاء المجتمع (Green & Kreuter,1991)
التركيز على تطوير الصحة	لكل الأشخاص	الدرجة التي فيها يستمتع الإنسان بكل الإمكانيات المتاحة في حياته. (Rootmannand others,1992)

ويتضح من الجدول رقم (2.4) أن هناك وجهات نظر مختلفة لتعريف جودة الحياة (Schipper and others ,1990) ينظر لجودة الحياة من جانب فسيولوجي وتأثير المرض على حياة الأشخاص ، في حين ينظر إليه (Bowling .1991) بمعنى أكثر شمولية و يضيف جوانب أخرى سواء كانت جسدية أو اجتماعية أو عقلية تتعلق باستجابة الأفراد للمرض أي الانتقال من النظرة السلبية للمرض إلى نظرة ايجابية أو النظرة للصحة وليس للمرض، في حين ذهب آخرين إلى جانب آخر مثل (Green & Kreuter,1991) اللذين توجهها بتعريف معنى جودة الحياة من جوانب استجابة الجسم للمرض إلى التشخيص الاجتماعي لجودة الحياة وربط المصطلح بين التكيف والرضا عن الحياة الذي يعيشه الأفراد مع مجتمعهم بمعنى انه كلما زاد التكيف والرضا عن الحياة كلما كانت جودة الحياة أفضل بمعنى انتقال تعريف جودة الحياة

وربطها بقضايا تغيير السلوك ، وهذه النظرة تتناسق مع نظرة العاملين في مجال الصحة وتركز نظرتهم على :

- أ- منع المرض .
- ب- الحالة الصحية .
- ت-سلوك ونمط الحياة.
- ث-التعليم الصحي.

وأخيراً كان هناك المفهوم الأخير لجودة الحياة وهو التركيز على تطوير الصحة (Rootmann and others,1992) والذي ربط بين جودة الحياة وبين درجة استمتاع الفرد بكل الإمكانيات المتاحة بحياته وتسخير الإمكانيات الصحية الموجودة لتطوير هذا المفهوم .
وخلاصة هذا الأمر هي أن الباحثين اقتبسوا تعريف منظمة الصحة العالمية والذي عرف جودة الحياة بأنه مفهوم متعدد الجوانب وعرفته بالتالي " إدراك الأفراد لمواقعهم في الحياة في سياق نظام الثقافة والقيم التي يعيشونها وعلاقة هذا الأمر مع أهدافهم ومعاييرهم واعتباراتهم " (WHO,1993) .

التعريف يشمل ستة مجالات واسعة :

- ج- الصحة الجسدية .
- ح- الحالة النفسية .
- خ- مستوى الاستقلالية .
- د- العلاقات الاجتماعية .
- ذ- المميزات البيئية .
- ر- الاعتبارات الدينية

فوائد عمل مقياس لجودة الحياة :

جودة الحياة استخدمت للتمييز بين مرضى مختلفين أو مجموعات مختلفة من المرضى وذلك للتنبؤ بالنتائج المختلفة للأفراد ، وكذلك لتقييم فعالية البدائل والطرق العلاجية التي تم استخدامها .

تقييم وعمل قياس لجودة الحياة من الممكن أن يكون له العديد من الاستخدامات المختلفة في مساعدة العلاج السريري الروتيني حيث يساعد الأطباء في (وضع المشاكل صاحبة الأولوية ، التخاطب بصورة أفضل مع المرضى ، البحث واكتشاف المشاكل المحتملة ، وكذلك معرفة الأشياء والأمور التي يفضلها المريض). (Berlim & Fleck ,2003 :249-252) .

يوجد هناك منطقة أخرى تختص بجودة الحياة وهي (الصحة المرتبطة بجودة الحياة (HRQOL) health related to quality of life) وهذا الجانب من التقييم والقياس الصحي يختص بتقييم جودة الحياة المتعلقة بالصحة بالنسبة للأفراد ، مثل تأثير الحالة الصحية للفرد على مقدرته بالقيام بالوظائف المختلفة بالوظائف المختلفة في جوانب مهمة ومتعددة في حياته . ومجمل الأمر (HRQOL) تشمل إحساس المريض بحالته الصحية والتي تشمل جوانب وظيفية متعددة مثل السيكولوجية ، الاجتماعية ، الجسدية ، وكذلك الأمر الجوانب التي تتعلق بالمرض والتي تعكس الإحساس بمدى تأثير مرض معين على الوظائف الرئيسية الثلاثة السيكولوجية ، الاجتماعية ، الجسدية لهذا الشخص . (Trief and others,2002:1154)

من منظور المرضى هناك فرق ما بين جودة الحياة والحالة الصحية المحسوسة للمرضى ، حيث وجد أن جودة الحياة والحالة الصحية لكل منها تركيبه المميز الخاص به ، وعندنا نعطي معدل لجودة الحياة نجد أن المرضى يركزون على الحالة العقلية أكثر من تركيزهم على الوظائف الجسدية .

وهذا النمط عكس التقييم للحالة الصحية حيث تكون الحالة الجسدية أكثر أهمية من الحالة العقلية ، بمعنى أن جودة الحياة والحالة الصحية كل منهما لها وصفه وتركيبه الخاص به ولا يجب التبادل في استخدام هذين المصطلحين . (Smith ,1999 :447) .

أدوات لقياس جودة الحياة :

قسم ويكلاند (2000) (Wiklund and others., 2000) أنواع قياس جودة الحياة إلى ثلاثة أنواع هي: عالمي ، عام ، خاص .

أولاً : القياس العالمي

وصمم أسلوبه العام من أجل قياس جودة الحياة بصورة متكاملة وشاملة، وهذا قد يكون سؤالاً وحيداً يتم سؤاله للشخص لحساب مقياس جودة الحياة بصورة عامه له مثل مقياس فلاناجان لجودة الحياة الذي يسأل الناس عن رضاهم عن 15 مجالاً من مجالات الحياة .

ثانياً : المقياس العام

له أمور مشتركة مع القياس العالمي وصمم من أجل مهام وظيفية ، في الرعاية الصحية تم تحديده ليكون بصورة شاملة مثل احتمالية تأثير المرض أو أعراض هذا المرض على حياة المرضى .

ويطبق المقياس الخاص على مجموعة كبيرة من السكان ، والميزة الكبرى لهذا المقياس هي تغطيته الشاملة وكذلك حقيقة أنه يسمح بعمل مقارنة مجموعات مختلفة من المرضى ، أما عيوب هذا القياس فإنه لا تعطي عناوين ذات صلة بمرض معين .

ثالثا : المقياس الخاص بالمرض

تم تطويره لمراقبة ردة الفعل للعلاج في حالات خاصة ، وهذه الخطوات محصورة لمشاكل تميز مجموعة خاصة من المرضى ، حيث يكون لهؤلاء المرضى حساسية للتغيير وكذلك قلة التصور لديهم في الربط مع تعريف معنى جودة الحياة .

مجالات المقياس الخاص : حيث يركز على مشكلة معينة لمجموعة من المرضى مثل الألم ، التعب ، الوظائف الجسدية .

هذه الإجراءات والقياسات مفيدة في ملاحظة مشاكل خاصة يمكن أن تحل بواسطة التدخل العلاجي .

هذه الطرق المتعددة تختلف في الاستخدام ، الاستبيانات القياسية تسمح بالإدارة الموحدة والقياس غير المتحيز في البيانات ، كاستجابة للخيارات المحددة سلفا ومتساوية عند المستجيبين لهذا الاستفتاءات .

المقابلة مع المرضى لها ميزة وهي أن معظم المرضى يمكن استيفاء المعلومات منهم بصورة شاملة وكافية وهذه الميزة تعوض عن العيب في هذا الاستبيان وهي وقته الطويل وتكلفته العالية.

الفصل الثالث دراسات سابقة

- أولاً : دراسات تناولت قلق الولادة وعلاقته ببعض المتغيرات
- ثانياً : دراسات تناولت جودة الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات
- تعقيب عام على الدراسات

دراسات سابقة

يتناول هذا الفصل الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع القلق والولادة وجودة الحياة ، ثم يليها تعقيب عام علي الدراسات السابقة

أولاً: دراسات السابقة التي تناولت القلق بصورة عامة وقلق الولادة وعلاقتها ببعض المتغيرات .

1- دراسة (النيال، 1991) :

هدفت الدراسة إلى فحص الفروق في كل من القلق كحالة وقلق الموت قبل إجراء العملية الجراحية وبعدها ، وكانت الفرضية الموضوعية من قبل الباحثة أن هناك فروقاً جوهرية في هذين المتغيرين بين مرحلتي ما قبل إجراء الجراحة وبعدها إذ يرتفعان قبل العملية وينخفضان بعدها.

وتكونت العينة للدراسة من (23) مريضاً عضوياً ذكراً كانوا يجرون عمليات جراحية من النوع الكبير، وكان متوسط أعمارهم (36.2) سنة .
واستخدمت (النيال) مقياساً لحالة القلق و مقياساً لقلق الموت ، وتم تطبيقهما مرتين ، الأولى قبل إجراء الجراحة بأربع وعشرين ساعة و الثانية بعد إجراء الجراحة بخمسة أيام .
وأشارت النتائج إلى وجود فروق جوهرية في مقياس حالة القلق وقلق الموت بين حالتي ما قبل الجراحة وبعدها .

هنا يتضح أن دراسة (النيال، 1991) قد اختلفت فيها العينة عن كثير من الدراسات السابقة حيث كانت العينة من المرضى ، والتي اقتصر على جنس واحد وهو الذكور والذين خضعوا لإجراء عمليات جراحية كبرى واللافت للنظر هنا أنه كانت الفروق جوهرية في حالة القلق وقلق الموت قبل وبعد العملية وذلك لصالح قبل العملية في ارتفاع مستوى القلق .

2- دراسة (حداد، 1995) :

هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة الارتباطية بين سمة القلق ومستوى الدعم الاجتماعي لدى طلبة بكالوريوس التربية الابتدائية في الجامعة اليرموك بالأردن والفروق بين هذه العلاقات وفقاً لمتغيري الجنس ومكان الإقامة .

وقام (حداد) بتطبيق مقياس سمة القلق ومقياس اليرموك للتقييم الذاتي ومقياس للدعم

الاجتماعي

تكونت العينة للدراسة من (157) طالباً وطالبة . واستخدم (حداد) من الناحية الإحصائية اختبار (ت) واختبارات إحصائية أخرى .

وأظهرت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سمة القلق تعزى إلى الجنس أو مكان الإقامة و إلى وجود فروق في مستوى الدعم الاجتماعي بين سكان المدينة وسكان القرية لصالح سكان المدينة . ودلت النتائج أيضاً على وجود علاقة ارتباطية عكسية بين سمة القلق ومستوى الدعم الاجتماعي ، وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية وفقاً لمتغيري الجنس ومكان الإقامة .

واللافت للنظر هنا أنه من إحدى نتائج الدراسة تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سمة القلق تعزى للمتغيرين الموجودين في الدراسة وهذا ربما يخالف بعض الدراسات التي بينت نتائجها وجود فروق في سمة القلق تعزى للجنس .

3- دراسة (Perkin and Others, 1992)

هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير كل من القلق والاكتئاب أثناء الحمل على حدوث مضاعفات أثناء عملية الولادة وقد جمعت المعلومات من دراسة St George's لقياس وزن الطفل بعد الولادة

عينة الدراسة وهي عبارة عن دراسة استشرافية للسكان أخذت العينة من داخل المستشفى العام بمدينة لندن ، عينة البحث عبارة عن سلسلة متتالية من 1860 سيدة بيضاء حيزن لاقترب موعد الولادة لديهن ، 136 رفضن التعامل مع الدراسة ، و 209 لم يكملن البحث لأسباب خاصة بهن ، وبقي عدد 1515 سيدة أكملن البحث .

نتائج قياس البيانات الرئيسية تم الحصول عليها عن طريق البحث في حجز المقابلات ، 17 ، 28 ، و 36 أسبوعاً من الحمل وقبل الولادة لسيدات منتظمات الحضور لعيادة النساء والولادة ، ولتنبؤ المتغيرات فإن القلق والكآبة تقاس نتائجها باستخدام استبيان الصحة العامة ، ونتائج المتغيرات بينت بان هناك عدة مشاكل ولادية وهي : الولادة المبكرة ، عملية الولادة غير تلقائية ، استخدام الأدوية المخدرة في المرحلة الأولى والثانية للحمل ، ولادة غير تلقائية من المهبل .

نتائج الدراسة بينت أن العوامل التي كانت تمتلك اقوي العلاقات في نتائج البحث كانت هي عدد الولادات ، عمر الأم ، الاكتئاب خلال فترة الحمل لا يمت بصلة إلى مضاعفات الولادة . القلق علي علاقة بسيطة بضعف الوعي / التخدير في المرحلة الثانية من الولادة .

وفي الاستنتاجات العامة للسكان من النساء الحوامل ، القلق والاكتئاب خلال فترة الحمل ، في حين أنه غير مرغوب فيهما بحد ذاتهما ، وليست لها أهمية في تطور مضاعفات الولادة.

4- دراسة (Ahmad & Others, 1994) .

هدفت الدراسة إلى التعرف على وجود أعراض القلق والاكتئاب لدى النساء الحوامل ومدى تأثير المفاهيم الخاطئة على ذلك ، ومقارنة النساء الحوامل بغير الحوامل .

وتكونت عينة الدراسة من (50) امرأة حامل تم اختيارهن عشوائياً من العيادة النسائية في مدينة الحسين الطبية بالأردن ، و(50) امرأة غير حامل كعينة ضابطة وممثلة لعينة الدراسة من حيث الخلفية الاجتماعية والسن ، والثقافة .

وقام الباحثون بتطبيق مقاييس متعددة منها مقياس بيك للاكتئاب ومقياس للقلق والمقابلات الشخصية . وعمل الباحثون على معالجة البيانات إحصائياً بعدة أساليب .

أشارت نتائج الدراسة إلى أن النساء الحوامل لديهن ارتفاع في مستوى القلق وبعض المفاهيم الخاطئة أكثر من النساء غير الحوامل . ودعمت هذه النتائج فكرة النظرية المعرفية بأن المفاهيم والاتجاهات الخاطئة قد ينتج عنها قلق واكتئاب .

ومن تلك الدراسة أنها أجريت على عينة مشتركة من النساء الحوامل وغير الحوامل والتي استخدم فيها الباحثون المنهج التجريبي ليصلوا إلى مدى تأثير المفاهيم الخاطئة على أفراد العينة مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة والتي جاءت نتائجها لتؤكد مدى تأثير المفاهيم الخاطئة والشائعة بين الناس على مستوى القلق والاكتئاب لدى النساء الحوامل أكثر من قرنائهن من النساء غير الحوامل .

5-دراسة (Dayan, C. and Others,2002)

هدفت الدراسة والتي أجريت في الأعوام 1997-1998 في فرنسا إلى البحث عن تأثير كلا من القلق والاكتئاب على حدوث الولادة المبكرة .

وتكونت عينة الدراسة علي سلسلة متتالية من 634 امرأة حملن لمرة واحدة ،القلق والاكتئاب تم تقييمه بواسطة استبيان يتم تعبئته ذاتيا ، واستخدم لقياس القلق Spielberger's State-Trait واستخدم لقياس الاكتئاب Inventory and the Edinburgh depression scale، معيار الاكتئاب تم تقسيمه إلى أجزاء ذات قيم معينة تتعلق باضطراب الاكتئاب النفسي الكبير، ال75% من المعيار استخدمت لقياس القلق ، تم التحكم في العوامل الاجتماعية والديموغرافية وكذلك عوامل طبية حيوية ويضمن ذلك شروط التفاعل .

نتائج الدراسة بينت أن الاكتئاب مرتبط بصورة إيجابية مع النساء قليلات الوزن ، نفس النتيجة تم ملاحظتها مع السيدات الحوامل اللاتي يعانين من اضطراب القلق ولهن تاريخ مرضي سابق في الولادة المبكرة ، وكان هناك ارتباط ملحوظ ما بين القلق وما بين النساء اللاتي عانين

في السابق من النزيف المهيلي، وتظهر النتائج أن القلق والاكتئاب عندما يترافقان مع بعض العوامل الحيوية والطبية فإنه ينتج عنهما ولادة تلقائية مبكرة للام ، وتوجد هناك فرضية بأن هناك توافقاً ما بين إفراز corticotropin-releasing factor من المشيمة وما بين بعض العوامل النفسية والحيوية .

وخلصت الدراسة إلى أن القلق، كتلة الجسم، إفراز هرمون corticotrophin ، الاكتئاب، العمل الولادة المبكرة كل هذه عوامل تؤثر بعملية الولادة .

6-دراسة (Halldorsdottir & Karlsdottir, 1996)

هدفت الدراسة إلى استكشاف البنية الأساسية لمن عاش تجربة الإنجاب ، كما يراها وذلك من وجهة نظر المرأة التي تتجرب.

تصميم ، وتحديد المشاركين : بحث نوعي ووجهت الأسلوب المنهجي لهذه الدراسة ، التي أجرت مقابلات تفاعلية هادفة.

عينة الدراسة من أربعة عشر للأمهات لديهن حالة صحية للوضع في "أكوريري وريكيافيك" ، وهما أكثر الأماكن الآهلة بالسكان في أيسلندا.

أظهرت نتائج الدراسة أن اختيار نساء من اللاتي يسافرن خلال المخاض والولادة واخترن رمزاً لمعاشتهن تجربة إنجاب طفل سليم. وهذا يشمل أربع فئات رئيسية : تأثير الظروف والتوقعات قبل بدء الرحلة، الشعور الذاتي خلال الرحلة التي تشمل الشعور بعالم خاص، الشعور بالسيطرة والتحكم ، والحاجة إلى الرعاية والتفاهم ، والحاجة إلى الشعور بالأمن الرحلة عن طريق العمل والإنجاز في حد ذاته ، وأخيراً أول ساعة من حساسية الأمومة وتصور تفرد الولادة باعتبارها تجربة الحياة في نهاية الرحلة .

7-دراسة (أبو المعاطي و الرحاب، 2001) :

هدفت الدراسة إلى التعرف بأهمية التنبؤ بالعيوب الخلقية للجهاز العصبي في الفترة ما بين الأسبوع الرابع عشر حتى الأسبوع الثاني والعشرين في السيدات الحوامل .

إن هذه الدراسة تبين أهمية التنبؤ بالعيوب الخلقية للجهاز العصبي في السيدات الحوامل اللاتي حملن بأطفال ذوى عيوب في الجهاز العصبي في نفس الفترة .

وتكونت عينة الدراسة من 50 سيدة حامل ولها تاريخ لطفل يعاني عيوب خلقية وتم وضعهن تحت الفحص الشامل والمتابعة المستمرة وتم عمل قياس نسبة الفا-فيتوبروتين وتم عمل قياس نسبة الجونادوتروبيين ونسبة الاستريول وعمل موجات صوتية لاكتشاف العيوب الخلقية .

وكان من أهم نتائج الدراسة اكتشاف أن هناك علاقة مباشرة بين تغير نسبة هذه المواد ووجود عيوب خلقية بالجهاز العصبي في هذه الفترة الزمنية من الحمل.

8- دراسة (صلاح الدين و نجيب ، 2001) :

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير ارتفاع ضغط الدم المصاحب للحمل لأنه كثيراً ما يتسبب في أمراض أو يقضي على حياة الأم أو الجنين. عينة الدراسة اشتملت على عدد 150 سيدة حاملاً ممن تتوفر لديهن أسباب تجعلهن أكثر عرضة للإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم المصاحب للحمل. وكانت الأشعة تستعمل في تحديد مكان المشيمة وسمك الحبل السري. أما بالنسبة لقياسات الدوبلر فقد تم قياس نسبة الضغط الإنبساطي و الإنقباضي للضغط الإنبساطي، قياس معامل المقام ووجود أو عدم وجود الحسر الإنبساطي للشريان الرحمي.

وكان من أهم نتائج الدراسة أنه إذا جمع التواجد الجانبي للمشيمة مع تغيرات في دوبلر الشريان الرحمي فإنه على العكس من ذلك فإن قياس سمك الجبل السري كان غير مؤثر في التنبؤ بهذا المرض. أما بالنسبة لجرعات الأسبرين المنخفضة فإنها لم تمنع حدوث المرض ولكنها قللت من شدته.

9- دراسة (فكيرة ، 2001) :

هدفت الدراسة إلى معرفة الاتجاهات الحالية نحو الزواج والإنجاب في المجتمع الحضري بمدينة جدة .

عينة الدراسة طبقت الدراسة على 270 فتاة غير متزوجة .

ومن أجل تحقيق هذا الهدف استعانته الدراسة بالمنهج الوصفي التحليلي والطرق الإحصائية في إيجاد العلاقات الارتباطية بين بعض المتغيرات، بالإضافة إلى بعض الأدوات البحثية وهي الاستبانة، وصحيفة المقابلة، اعتمدت الدراسة على النظريات المتعلقة بالزواج مثل نظرية التجانس ونظرية التجاور المكاني ونظرية القيمة ونظرية الحاجة التكميلية ، وكذلك النظريات الخاصة بالإنجاب مثل نظرية تدفق الثروة ونظرية تكلفة الأطفال ونظرية التطور العصري .

بينت نتائج الدراسة أن معظم الفتيات السعوديات يفضلن الزواج من الشباب السعودي ومن خارج القرابة، وأن معظم الفتيات يفضلن أن يكون تعليم الزوج أعلى من الزوجة والاتجاه السائد هو تفضيل الشباب الجامعي، وأن الصفات المفضلة في شريك الحياة مرتبةً حسب الأهمية هي : الدين، الأخلاق، الأصل، السمعة، الوسامة، الثروة وأن معظم الفتيات يفضلن وجود شروط

في عقد الزواج لضمان مستقبلهم واستقراراً للحياة الأسرية، وأن الاختيار المرتب من قبل الوالدين في المحيط القرابي لازال قائماً بشكل كبير إلا أن الاتجاه السائد لدى الفتيات في الجيل الجديد هو الميل نحو الاختيار الحر، وأن العدد المثالي المرغوب إنجابهم في الأسرة ما بين (1-5 أطفال) وبروز أهمية العامل الاقتصادي في تحديد عدد الأطفال إلى جانب العوامل الاجتماعية الأخرى أما بالنسبة لتوقيت الإنجاب فإنه يفضل أن يكون بعد الزواج مباشرة، أما بالنسبة للمعرفة بوسائل منع الحمل وطرق استخدامها فقد اتضح أن معظم الفتيات يعرفن ببعض وسائل منع الحمل وطرق استخدامها وأن أفضل وسيلة للحصول على المعلومات بالخصوص هي الطبيبة أو الطبيب ، و أن السن المفضلة للزواج عند الفتاة من (18-25) سنة وأن لا يزيد الفرق في السن بين الزوجين أكثر من (5-10) سنوات لصالح الزوج. أما بالنسبة لتفضيل جنس المولود نجد أن معظم أفراد العينة لا يفضلن جنس مولود على آخر.

10- دراسة (العيسي، 2004) :

هدفت الدراسة إلى تقييم درجة المعرفة لدي السيدات المتزوجات اللاتي يذهبن بشكل دوري إلى مراكز الأمومة والطفولة بخصوص موضوع الحمل والولادة. عينة الدراسة تم اختيار ثمانية مراكز صحية للأمومة والطفولة عشوائياً من ستة وأربعين مركزاً صحياً يخدم مدينة عمان وتم اختيار مائتي سيدة بطريقة عشوائية منظمة . وقد تم استخدام الاستبيان كوسيلة لقياس درجة المعرفة لدى السيدات المختبرات للمشاركة في الدراسة .

تضمنت عملية تقييم درجة المعرفة العديد من المواضيع مثل مستوى الهيموجلوبين ، العامل الرايزيسي ، الوزن المكتسب خلال فترة الحمل ، ضغط الدم ، حبوب الحديد ، العناية بالصدر ، الرضاعة الطبيعية ، الفطام ، معلومات عن العناية بالأسنان ، العواقب المترتبة على التدخين ، منغصات الحمل خلال الأشهر الثلاثة الأولى ، التغيرات التي تطرأ علي جسم الحامل، عوامل الحمل الخطر .

استخدمت الباحثة معياراً وهو نسبة السيدات اللواتي يعرفن المعلومة بنسبة 70% أو أكثر كان الحكم على مستوى المعرفة على انه مقبول ، بينما في حالة السيدات اللاتي عرفن المعلومة أقل من 70% كان الحكم على مستوى المعرفة انه ضعيف .

وكان من أهم نتائج الدراسة أن مستوى المعرفة كان جيداً لدى السيدات بخصوص الفحوص الدورية التي تجري للسيدة الحامل بالمركز الصحي مثل تحديد السيدة لفصيلة دمها ، العامل الرايزيسي والوزن الحالي لها ، كذلك كان مستوى المعرفة كان جيد لدى السيدات بخصوص المواضيع التالية : التغذية ، الرضاعة الطبيعية ، تعريف الفطام ، معلومات عن

العناية بالأسنان العواقب المترتبة على التدخين ، منغصات الحمل ، وأهمية النزيف المهبل في كونه علامة تحذير لحدوث الإجهاض أو الحمل خارج الرحم .
كان مستوى المعرفة ضعيف في المواضيع الآتية : معرفة مستوى خضاب الدم الحالي وتحديد المستوى القياسي له للسيدة الحامل .معرفة متوسط الوزن المكتسب خلال فترة الحمل . ومعرفة السيدة لضغط الدم الحالي لها ، وتحديد المستوي القياسي لضغط الدم .
كما كان هناك ضعف في مستوى المعرفة بخصوص : الأعراض الجانبية لتناول حبوب الحديد، العناية بالصدر، عمر الأطفال المناسب لبدء عملية الفطام، علامات الحمل الخطرة مثل تسمم الحمل والالتهابات المهبلية .

11- دراسة (Wing Cheung and Others,2006)

هدفت الدراسة إلي استكشاف ودراسة العلاقة بين مستوى قلق الأم ومشاعر السيطرة خلال عملية الولادة للنساء الصينيات في هونج كونج الحوامل لأول مرة .
عملية استكشافية وصفية ارتباطية التصميم ، المعلومات جمعت في ثلاث مناسبات، خلال المرحلة الأولى من الولادة ، أثناء عملية الولادة ، بعد 24 ساعة إلى 48 ساعة من عملية الولادة ، وجمعت العينات من قسم الولادة في المستشفى التعليمي العام في هونج كونج .
عينة الدراسة تتألف من 90 أم من هونج كونج الصينية حوامل لأول مرة، جدول العمل the Labour Agency Scale (LAS) وهو معيار ذاتي تم تصميمه بحيث يهدف إلى قياس مشاعر السيطرة أثناء الولادة.(A Visual Analogue Scale for anxiety (VAS-A) تستخدم للقياس الذاتي للمرأة وتحديد مستوى القلق أثناء الولادة .
وبينت نتائج الدراسة اختبار معامل الارتباط بيرسون على وجود علاقة سلبية كبيرة بين مشاعر القلق والأم أثناء المخاض، لا علاقات الإحصائية تم الكشف عنها عن العلاقات وحضور المرأة قبل الولادة الدروس المتعلقة برعاية الأم الحامل وما بين السيطرة على مشاعر أثناء الولادة
وأظهرت الدراسة علاقة سلبية كبيرة بين مشاعر وقلق الأم والقدرة على السيطرة خلال عملية الولادة الآثار المترتبة على هذه الممارسة (حضور دروس الأم الحامل)، وأظهرت الدراسة توصيات للقابلات اللاتي يعملن من الأمهات من أجل تعزيز قدرتهن على التحكم في أثناء المخاض والولادة مع الارتياح ، وعلاقة بسيطة ما بين ضالة الحضور في فصول ما قبل الولادة والسيطرة على المشاعر وتقترح ضرورة تقييم مضمون الولادة والتعليم من أجل تقوية قدرة المرأة على التحكم أثناء عملية الولادة .

ثالثاً : دراسات تناولت جودة الحياة

1- دراسة (Mendlowicz, and Stein, 1999)

هدفت الدراسة 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

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 مرضي مركز الرعاية الصحية الأولية،

نتائج الدراسة تم التعرف على 319 مريضاً كانت لديهم تلبية معيار تشخيص واحد أو أكثر من ستة اضطرابات القلق (اضطرابات القلق العام، والاضطراب ، رهاب بسيط ، رهاب اجتماعي ، واضطرابات الهلع أو خوف من الأماكن المكشوفة ، واضطراب الوسواس القهري) هذه المجموعة : 137 مريض (43 %) لديهم اضطراب واحد، و 182 مريض (57 %) وكان لديهم العديد من الاضطرابات.

راجعت الدراسة تصوراً موحداً تقريباً من اضطراب القلق العام كمرض ممكن أن يؤدي إلى خلل في جودة الحياة النسبة 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 خوف من الأماكن المكشوفة ، رهاب اجتماعي، أو اضطراب ما بعد الحدث الصادم PTSD .

2- دراسة (Gerber and Others,2000)

هدفت إلي دراسة أحداث نادرة الوقوع نسبياً مثل موت الأم ، موت المولود ، معدل العمليات القيصرية أو معدل دخول الأجنة إلى وحدات العناية المركزة .

أدوات تساعد وتستخدم بصورة عامة لقياس حالة الصحة والمرض ، ولأن لم تكن هناك أدوات قياس لجودة الحياة أثناء أو بعد الحمل .

تصميم أداة قياس يتم استخدامها بعد السنة الأولى من الحمل لقياس جودة الحياة وإعطاء الفرصة لقياس حالة المريض الجسدية .

عينة الدراسة تم توزيعها على مجموعتين للدراسة ، الأولى : شملت 13 سيدة من اللائي وضعن مولوداً في العام السابق للدراسة ، الثانية شملت (لجنة خبراء) ضمت 7 من مقدمي الخدمة الصحية (أطباء ذكور وإناث ، ممرضات ، قابلات) .
محتوى المقابلات اشتمل على مدى العمر، العرق ، الحالة الاجتماعية ، نوعية التأمين الصحي ، طبيعة السكن، طرق الولادة المختلفة سواء كانت ولادة مهبلية طبيعية أو بواسطة الملقط أو عملية قيصرية .

نتائج الدراسة : القضايا التي تم طرحها من قبل النساء ومن قبل مقدمي الخدمات لهن تم تقسيمها إلى 5 مجموعات (جسدية ، نفسية ، عاطفية ، جنسية ، وعلاقة العمل) ، أما الأشياء التي تم التطرق إليها بعد الولادة فشملت النوم ، العناية بالطفل، نظام الدعم والعودة إلي المدرسة أو العمل وشمل ذلك 75% من الذين تم مقابلتهم .

محور الرئيس الاهتمام بدون خسائر مادية كان بالنسبة لهم هو الوقت ، الحرية ، العزلة عند 30% من المتقابلين ، أما القضايا التي تم الاهتمام بها من قبل مقدمي الخدمة الصحية فكانت تشمل النوم ، النزيف المهلي ، نظام الدعم والعلاقة مع الشريك عند 80% من السيدات.
النساء ومقدمي الخدمة الصحية لديهن يفضلون القضايا تبعاً لاهتمامهم ونظرتهم لجودة الحياة في السنة الأولى بعد الولادة ، على أي حال هناك قضايا مشتركة ما بين النساء ومقدمي الرعاية الصحية لديهن مثل السياسة أو عملية الولادة، مع ملاحظة أن نتائج هذه المقابلات كانت لا تتناسق مع استبيان جودة الحياة المستخدم بعد السنة الأولى من الولادة .

3- دراسة (Bruggenjurgen and others, 2002)

هدفت إلى تحديد وتمييز اختلاف جودة الحياة لدى النساء اللاتي يلدن بطرق ولادية مختلفة (ولادة مهبلية طبيعية ، ولادة بالملقط ، ولادة بتمزق شرطي أو مهلي ، ولادة بالشفط ، ولادة بخزع شق العجان ، الولادة القيصرية) وتأثير الألم على جودة الحياة .
عينة الدراسة تكونت من النساء المرضي اللاتي ادخلن في أربع مستشفيات للنساء والولادة،

أدوات القياس: جودة الحياة تم قياسها بواسطة مقياس سان فرانسيسكو-36 (SF-36)
تم تعبئة الاستبيان في اليوم السابع للولادة ، الألم تم قياسه بواسطة 10 درجات في كل يوم في الصباح والظهيرة ، المساء ، الليل.
عينة الدراسة شملت 150 سيدة .

نتائج الدراسة :

- 1- السيدات اللاتي يلدن بواسطة خزع شق العجان أو الولادة القيصرية لديهن درجات أقل من اللاتي ولدن بصورة طبيعية، وهذه الاختلافات كانت أكثر وضوحاً وإقناعاً عندما تم نقاش الجوانب الجسدية والعاطفية من مقياس (SF-36) .
- 2- 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 .
- 3- جودة الحياة تختلف تبعاً لمتوسط الألم في الأيام الثلاثة الأولى بعد الولادة، حيث إن السيدات اللاتي كان لديهن ألم أكثر من خمس درجات لديهن معيار جودة حياة أقل في جميع المجالات الاجتماعية.

4- دراسة (Jones and others, 2006)

هدفت الدراسة إلى اختبار مدى جودة البيانات ، وسجل حجم الافتراضات التي تقوم عليها الخوارزميات لدى السيدات اللاتي يعانين من بطانة الرحم المهاجرة ، (Endometriosis Health Profile EHP) - 30 ، واستبيان لقياس الصحة المتعلقة بنوعية الحياة (HRQoL) لدي النساء اللاتي يعانين من بطانة الرحم المهاجرة .

عينة الدراسة عينة مسحية عرضية لعدد 727 سيدة من اللاتي تم تشخيصهن طبيياً من هذا المرض والنساء المترددات على العيادات الخارجية الخاصة بأمراض النساء والولادة بمستشفى John Radcliffe في أكسفورد،

أدوات الدراسة: تضمنت اختبارات لنوعية البيانات التي تشتمل تحليل عامل ثانوي ، اتساق ثقة داخلي، وإحصاء وصفي للبيانات.

نتائج الدراسة حيث أن 610 سيدة قمن بتعبئة الاستبيان أي ما نسبته (83.9%).

حقق تحليل العامل الثانوي وتركيب مجال (Endometriosis Health Profile EHP) - 30، الأبعاد 11 من المجال.

والخلاصة أن النتيجة أثبتت تركيب العوامل، والنتائج والمعايير الموجودة في الاستبيان، ومعدل الاستجابة العالي من إكمال البيانات أثبت الفرضية بأن (Endometriosis Health Profile EHP) - 30 كانت مقبولة ومفهومة لدى المستجيبين وبذلك تحقق ملائمتها لقياس نوعية الحياة الصحية لدى السيدات المصابات بمرض بطانة الرحم المهاجرة .

5- دراسة (Demoncada, Feuerstein,2006)

هدفت إلى دراسة آثار العلاج السلوكي الإدراكي cognitive behavioral therapy (CBT)، وتنقيف المريض patient education (PE) على المشاكل الشائعة (الاكتئاب، القلق، الألم، وظائف الجسد، وجودة الحياة) على المرضى البالغين الناجين من السرطان .

عينة الدراسة : تم البحث في الفترة من سنة 1993 حتى نوفمبر 2004 ، تأثيرات الفرد مقابل تدخلات المجموعة، ومتابعة قصيرة اقل من 8 شهور مقابل متابعة أكثر من 8 شهور تم تسجيلها . حجم العينة الدارسة كان 1492 شخص من الفئة العمرية من 18-84 ، 790 منهم تم اختيارهم بشكل عشوائي كمجموعة للتدخل و 702 هي مجموعة التحكم

نتائج الدراسة أن العلاج السلوكي الإدراكي cognitive behavioral therapy يتراوح من أربع جلسات أسبوعيا لمدة نصف ساعة إلى 55 جلسة لمدة ساعتين أسبوعيا وجلسات تنقيف المريض patient education تراوحت من جلسة واحدة امتدت 20 دقيقة إلى جلسات امتدت إلى 6 أسابيع بواقع ساعة للجلسة، وامتدت الجلسات من أسبوع إلى 14 شهر وذلك حسب حالة كل مريض ، (CBT) كان فعال لمريضى الاكتئاب والقلق بنسبة 95% ، بينما (CBT) كان فعالاً لمريضى الاكتئاب والقلق ، و كان (PE) أكثر شيوعا وفعالية للتعامل مع الألم.

6- دراسة (Jeong and others ,2008)

هدفت الدراسة إلى تقييم حدوث الأعراض المعوية المزمنة وتأثيرها على جودة الحياة الصحية (HRQOL) لدى سكان كوريا

عينة الدراسة : مسحية عرضية موثوق بها استخدمت استبيان Rome II ، تم استخدامه علي عينة عشوائية مختارة من السكان من الأعمار ما بين 18 إلى 69 سنة ، كل المستطلعة آراؤهم تم مقابلتهم سواء كان في بيوتهم أو مكاتبهم من قبل فريق مختص بالمقابلة ، تأثير الأزمة المعوية المزمنة على جودة الحياة تم قياسه بواسطة المنظور الكوري بهذا الموضوع والمتكون من 36 عنصر ومسح الصحة العامة بشكل قصير (سان فرانسيسكو-36).

عدد العينة التي تم مسحها والبالغ عددها 1807 تمت الدراسة علي عدد 1417 أي ما نسبته 78.4% من حجم العينة وتوزعت عينة الدراسة على عدد رجال وبلغ 762 وعدد النساء بلغ 655 ، 18.7% من أفراد العينة تعرضوا على الأقل لعرض من أعراض النزلة المعوية المزمنة أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة حدوث مرض الارتجاع المريئي المعدي gastro-esophageal reflux disease (GERD) وهو عبارة عن حموضة معوية وتقيئ حامضي يعاني منه المريض بمعدل مرة واحدة أسبوعيا وهي 3.5% . نسبة حدوث سوء الهضم الذي لم

يتم تشخيصه %11.7، مرض تهيج الأمعاء (IBS) irritable bowel syndrome %2.2 وإمساك مزمن %2.6 وذلك بالاستناد إلى استبيان Rome II بالمقارنة مع أشخاص لا يعانون من الأعراض المعوية المزمنة

أن الصحة المتعلقة بجودة الحياة كان لها ضرر بشكل كبير على الأشخاص الذين يعانون من مرض الارتجاع المريئي المعدي (GERD) gastro- esophageal reflux disease ولا زال هناك تحقيق في العلاقة ما بين الصحة المتعلقة بجودة الحياة وما بين مرض تهيج الأمعاء (IBS) bowel syndrome ، وسوء الهضم .

تعقيب عام على الدراسات السابقة :-

بعد استعراض الدراسات السابقة والتي تناولت متغيرات الدراسة الحالية ومن خلال اطلاع الباحث عليها فقد تبين له ما يأتي :

1- رغم ما قام به الباحث من الاطلاع الدعوب على الدراسات المتعلقة بموضوع الدراسة، إلا أن هذه الفئة لم تتل قسطاً وافراً من الدراسات بشكل عام خصوصاً في الوسط العربي، فعلى حد علم الباحث فإن الدراسات في ميدان الولادة وعلاقتها بجودة الحياة في قطاع غزة لا تزال شحيحة للغاية . من هنا تأتي أصالة هذا البحث و لعله البحث الأول في قطاع غزة الذي يتناول موضوع قلق الولادة .

2- يتضح من الدراسات السابقة أهمية موضوع الولادة وعلاقته بمستوى القلق وجودة الحياة لما يمثله هذا الموضوع من أهمية خاصة في المجتمع ككل والعملية العلاجية بوجه خاص .

3- الدراسات السابقة تنوعت في استخدامها لإجراءات البحث من حيث الأدوات والمعالجة الإحصائية كل حسب هدفه وفروضة، مما أتاح للباحث الحالي فرصة الاستفادة والاستتارة بها وفق متطلبات البحث الحالي.

4- بنظرة فاحصة نجد التباين بين هذه الدراسات في الأهداف والفروض والأدوات والعينة والأساليب الإحصائية والنتائج

5- بالنسبة الأدوات والمقاييس فمنها ما قام الباحثون بإعدادها أو تعريبها أو تكييفها مع البيئة التي أجريت فيها الدراسة، ومنهم من استخدم مقاييس وأدوات من إعداد باحثين آخرين لملاءمتها لطبيعة دراساتهم، أو لكونها قننت في نفس بيئة الدراسة المعنية. ولكن الدراسة الحالية اعتمدت على أدوات قام الباحث الحالي بتقنينها على البيئة الفلسطينية والتأكد من صدقها وثباتها قبل تطبيقها.

6- أما بخصوص اختيار عينة الدراسة فقد اختلفت من حيث نسبة حجم العينة إلى مجتمعها الأصلي، وهناك بعض الدراسات التي اعتمدت المجتمع الأصلي كله كعينة للدراسة لصغره، أو لضرورته حسب طبيعة الدراسة، كما اختلفت هذه العينات من حيث الفئة المستهدفة حيث كانت بعض العينات من الطلاب ومن السيدات الحوامل و المرضى والطواقم الصحية العاملة وغيرهم.

7- تتوعت الأساليب الإحصائية المتبعة في هذه الدراسات طبقا لتنوع الهدف منها، ومن أكثر الأساليب الإحصائية شيوعا في هذه الدراسات: حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعاملات الارتباط وتحليل التباين واختبار "ت" وبعضها استخدم التحليل العاملي.

8- الدراسة الحالية استضاعت بهذه الأساليب فاستخدمت النسبة المئوية والتكرارات، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والوزن النسبي، تحليل التباين الأحادي لدراسة الفروق لأكثر من متغيرين، ومعامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين متغيرين أحدهما تابع والآخر مستقل، واختبار (ت) T- Test لعينتين مستقلتين وكذلك للمقارنة بين متوسط فئتين مختلفتين بالنسبة لمتغير تابع.

وبالرغم من قلة الدراسات السابقة إلا أن الباحث الحالي قد استفاد منها في صياغة أهداف الدراسة وأسئلتها وفروضها وكذلك الأساليب الإحصائية المستخدمة في تلك الدراسات، كما استفاد منها في استخدام أدوات البحث.

حيث أن الدراسات السابقة هذا وقد تنوعت في طرح المواضيع المختلفة كل حسب متغيرات الدراسة:

(أ) في الدراسات التي تعلقت بموضوع القلق وقلق الولادة:

- كانت هناك تشابه إلى حد كبير في الموضوعات التي تناولتها الدراسات ، فبعضها ركزت على موضوع القلق وربطه بعدة متغيرات مثل دراسة (محمد، 1988) ودراسة الصبوة ، (1994) ،
- في حين تناولت بعض الدراسات القلق كحالة والقلق كسمة مع ربط ذلك بمتغيرات أخرى مثل، دراسة (القشيش ، 1991) ودراسة (حداد ، 1995).
- وبعض الدراسات ربطت بين عملية الولادة وبعض العوامل النفسية التي تؤثر على عملية الولادة مثل المفاهيم الخاطئة عن الأمراض النفسية مثل القلق والاكتئاب بالنسبة للحوامل مثل دراسة (Ahmad & Others, 1994)
- أما عن دور القلق والاكتئاب في حدوث الولادة المبكرة فهذا ما تطرقت إليه دراسة (Thouin and others,2002)

(ب) في الدراسات التي تعلق بموضوع الولادة.

بعض الدراسات ركزت على تأثير ارتفاع ضغط الدم على الجنين مثل دراسة (صلاح الدين و نجيب، 2001) ، بعضها يركز على مدى التحكم بمشاعر القلق والسيطرة عليها مثل دراسة (تشيونغ، 2005) ، حتى موضوع السفر وتأثيره على عملية الولادة تم التطرق إليه في دراسة (Halldorsdottir & Karlsdottir ,1996) ، ودراسة (فكيرة ، 2001) التي هدفت الدراسة إلى معرفة الاتجاهات الحالية نحو الزواج والإنجاب ، دراسة (العيسي ، 2004) التي هدفت إلى تقييم درجة المعرفة لدى السيدات المتزوجات بخصوص موضوع الحمل والولادة.

(ج) في الدراسات التي تعلق بموضوع جودة الحياة .

كثير من الأبحاث السابقة التي تطرقت إلى موضوع جودة الحياة وإلي علاقة جودة الحياة بقضايا تتعلق بالنساء والولادة مثل دراسة (Gerberr and others , 2000) والتي تحدثت عن جودة الحياة لدي الأمهات في السنة الأولى بعد الولادة ، أما دراسة (Bruggenjurgan and others (2002) فكانت بهدف تمييز جودة الحياة لدى السيدات اللاتي يلدن بطرق ولادية مختلفة ، وفي دراسة (Jones and, 2006) فكان الهدف دراسة جودة الحياة لدى النساء اللاتي يعانين من مرض بطانة الرحم .

ما تنفرد هذه الدراسة عن الدراسات السابقة في أربعة أمور:

الأول: اختيار موضوع الدراسة وهو قلق الولادة وهو من المواضيع التي لم تدرس في قطاع غزة.

الثاني: عينة الدراسة وهن الأمهات في حالة الولادة اللاتي لم يجر عليهن أي دراسة تتحدث عن مشاعر القلق لديهن أثناء عملية الولادة ولعل الطبيعة الثقافية المجتمعية الفلسطيني والتي تميل إلى التحفظ في مثل هذه الأمور جعلت الباحث يطرق هذا الباب ويفتح هذا المجال للدراسة.

الثالث : ربط موضوع قلق الولادة بجودة الحياة وهذا باب جديد من أبواب البحث .

الرابع : إن الحرمان والحصار الذي يعاني منه أهل قطاع غزة ووقوع القطاع تحت الاحتلال الإسرائيلي لفترة طويلة من الزمن ساهم في حرمان القطاع من كثير من أوجه التقدم والبحث وهذا ما حاول أن يتغلب عليه الباحث من خلال موضوع جديد يمس صحة الأم الفلسطينية وخاصة الجانب النفسي .

فروضيات الدراسة :

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة وبين عمر الأم .
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة وعدد الولادات التي مرت بها الأم .
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة و نوع الأسرة .
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة المؤهل العلمي للام
5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة وعمل الأم .
6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة وبين الأم المصابة بمرض سكري الحمل وبين الأم الغير مصابة .
7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة وبين الأم المصابة بمرض ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل وبين الأم الغير مصابة.
8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة ومعرفة الأم أو عدم معرفتها مسبقا بجنس الجنين.

الفصل الرابع إجراءات الدراسة

- منهج الدراسة
- مجتمع الدراسة
- عينة الدراسة
- أدوات الدراسة
- المعالجة الإحصائية
- خطوات الدراسة
- صعوبات واجهت الباحث أثناء الدراسة

تمهيد :

في هذا الفصل يتناول الباحث بالشرح والتوضيح أهم الإجراءات التي قام بها لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على أسئلتها والتحقق من فروضها ولقد تمثلت الإجراءات في اختيار منهج الدراسة الملائم، واختيار مجتمع وعينة الدراسة وتوزيع أفراد العينة والتأكد من صدق أدوات الدراسة من خلال الدراسة الاستطلاعية من حيث بناؤها واختبار صدقها وثباتها ، وأهم الخطوات التي قام بها لتحقيق أهدافه وملخصاً لأهم الأساليب الإحصائية التي سيستخدمها في استخراج النتائج ثم ينهي الباحث بالأدوات المستخدمة في الدراسة.

أولاً: منهج الدراسة:

اتباع الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي لملاءمته لطبيعة الدراسة الحالية " قلق الولادة لدي الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة " يتناول المنهج دراسة أحداث وظواهر وممارسات قائمة ومتاحة للدراسة دون أن يتدخل الباحث في مجرياتها ، وعلى الباحث أن يتفاعل معها بالوصف والتحليل.(الأغا ، 1997 : 41) ويعتبر هذا المنهج طريقة في البحث عن الحاضر للإجابة عن تساؤلات محددة دون تدخل من الباحث في ضبط المتغيرات أو إدخال معالجات جديدة، وإنما يدرس ما هو موجود أو كائن. (دياب، 2003: 82)

ثانياً: مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة الأصلي من جميع الأمهات اللاتي ترددن علي قسم استقبال الولادة في شهر أكتوبر 2009 بمستشفى الهلال الإماراتي بمحافظة رفح ومستشفى مبارك بمحافظة خانينوس بغرض الولادة وليس الفحص ، حيث استند الباحث على الإحصائيات المتعلقة بمعدل دخول الحالات في كل من القسمين في المستشفيات المذكورين، وتوزع العدد كالتالي :

- بلغ معدل الولادات في مستشفى الهلال الإماراتي عام 2008 حوالي 4852 سنوياً أي بمعدل شهري يبلغ 405 شهرياً .

= بينما بلغ معدل الولادات السنوية بمستشفى مبارك بمحافظة خانينوس عام 2008 حوالي 9152 سنوياً أي بمعدل 763 حالة شهرياً كما هو موضح في الجداول التالية والتي تم الحصول عليها من أقسام خدمات المرضى في كل من المستشفيات .

وبناء على ما سبق واستنادا إلى الإحصائيات يكون العدد الكلي للمجتمع الأصلي الدراسة

$$\text{وبصورة دقيقة هو } 405 + 736 = 1141 \text{ أم}$$

جدول رقم (4.1) الإحصائية السنوية للولادات الشهرية لمستشفى الهلال الإماراتي - رفح سنة 2008

الشهر	الولادات الشهرية	الولادات الطبيعية
يناير	430	368
فبراير	434	375
مارس	399	365
أبريل	315	258
مايو	357	306
يونيو	350	310
يوليو	422	368
أغسطس	465	413
سبتمبر	392	332
أكتوبر	423	357
نوفمبر	410	347
ديسمبر	455	389
الاجمالي	4852	4188

جدول رقم (4.2) الإحصائية السنوية للولادات الشهرية لمستشفى مبارك - خانيونس سنة 2008

الشهر	الولادات الشهرية	الولادات الطبيعية
يناير	916	777
فبراير	758	656
مارس	723	599
أبريل	696	585
مايو	737	632
يونيو	690	584
يوليو	812	682
أغسطس	843	730
سبتمبر	743	642
أكتوبر	770	666
نوفمبر	744	630
ديسمبر	720	597
الاجمالي	9152	7780

ثالثاً: عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من عينتين:

1- عينة استطلاعية Study Sample :

حيث بلغت (50) سيدة توزعت علي ما يأتي :

30- أم بمستشفى مبارك -خانيونس .

20- أم بمستشفى الهلال الإماراتي -رفح تم توزيع هذا العدد بين المستشفيات بناء على نسبة كل مستشفى من العدد الكلي للحالات والبالغة 60% لمستشفى مبارك و 4% لمستشفى الهلال الإماراتي ، حيث تراوحت أعمار الأمهات من (18-39) عاماً .

2- عينة الدراسة الفعلية:

تم اختيار عينة الدراسة بصورة عشوائية لتمثل الأمهات اللاتي ترددن على قسم استقبال الولادة في كل من مستشفى الهلال الإماراتي - رفح ومستشفى مبارك -خانيونس ، وذلك في الفترة الممتدة من 20-10-2009 وحتى 30-10-2009 وبلغ عدد أفراد العينة 203 أمهات من اللاتي ترددن على قسم استقبال الولادة في هذه الفترة بغرض الولادة مع العلم أن العدد الكلي للمجتمع الأصلي الدراسة وبصورة دقيقة هو 1141 أم .

ووزع العدد كالتالي :-

1- مستشفى الهلال الإماراتي وبلغ عدد أفراد العينة 82 أم أي ما نسبته 40% تقريباً من أفراد العينة بناءً على نسبة المستشفى من العدد الكلي للحالات طبقاً لإحصائيات حالات الولادة في شهر أكتوبر عام 2008 تقريباً .

2- مستشفى مبارك بخانيونس وبلغ عدد أفراد العينة 121 أي ما نسبته 60% تقريباً من أفراد العينة بناءً على نسبة المستشفى من العدد الكلي للحالات طبقاً لإحصائيات حالات الولادة في شهر أكتوبر عام 2008 .

3- جداول توزيع عينة الدراسة

جدول رقم (4.3) يوضح عينة الدراسة حسب رضا الأم عن جودة الحياة التي تعيشها

النسبة	التكرار	مستوى القلق
22.4	45	قلق بصورة قليلة
66.7	134	قلق بصورة متوسطة
10.9	22	قلق بصورة كبيرة
100.0	201	المجموع

جدول رقم (4.4) يوضح عينة الدراسة حسب عمر الأم

النسبة	التكرار	عمر الأم
55.9	113	أقل من 28 سنة
44.1	89	من 29-39 سنة
100.0	202	المجموع

جدول رقم (4.5) يوضح عينة الدراسة حسب عدد الولادات

النسبة	التكرار	عدد الولادات
59.1	120	ولادتين وأقل
28.6	58	من 3-5 ولادات
12.3	25	6 ولادات وأكثر
100.0	203	المجموع

جدول رقم (4.6) يوضح عينة الدراسة حسب نوع الأسرة

النسبة	التكرار	نوع العائلة
76.8	156	نووية
23.2	47	ممتدة
100.0	203	المجموع

جدول رقم (4.7) يوضح عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي للام

النسبة	التكرار	المؤهل العلمي
3.0	6	ابتدائي
18.2	37	اعدادي
46.3	94	ثانوي
32.5	66	فوق ثانوي
100.0	203	المجموع

جدول رقم (4.8) يوضح عينة الدراسة حسب عمل الأم

النسبة	التكرار	عمل الأم
22.5	45	عاملة
77.5	155	ربة منزل
100.0	200	المجموع

جدول رقم (4.9) يوضح عينة الدراسة حسب مرض سكري الحمل

النسبة	التكرار	مرض سكر الحمل
5.4	11	نعم
94.6	192	لا
100.0	203	المجموع

جدول رقم (4.10) يوضح عينة الدراسة حسب مرض ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل

النسبة	التكرار	مرض ضغط الحمل
9.4	19	نعم
90.6	184	لا
100.0	203	المجموع

جدول رقم (4.11) يوضح عينة الدراسة حسب معرفة الأم المسبقة بنوع الجنين

النسبة	التكرار	معرفة جنس الجنين
55.4	112	نعم
44.6	90	لا
100.0	202	المجموع

رابعاً: أدوات الدراسة :

أولاً: الاستبانة كوسيلة قياس للتعرف على قلق الولادة.

1- وصف الاستبانة وخطوات بنائها :

قام الباحث بالاطلاع على مقاييس متعددة في موضوع القلق مثل: تيلور سبيلبرجر وكاتل ... الخ وذلك بغرض الاستفادة منها في إعداد أداة الدراسة من خلال الإطار النظري الذي تناول فيه الباحث موضوع قلق الولادة و بعض المقابلات الشخصية التي أجراها الباحث مع الأمهات اللاتي ترددن على قسم استقبال الولادة بغرض الولادة وليس الفحص ، وكذلك المقابلات والأطباء القائمين على عملية الولادة ، وتم إعادة صياغة بعض الفقرات لتناسب مع موضوع الدراسة .
وقد صاغ الباحث فقرات الاختبار في صورته الأولية حيث تكونت من (47) فقرة وتم توزيع الفقرات على ثلاثة أبعاد تم اشتقاقها من الإطار النظري لمفاهيم الدراسة ، وقد عرف الباحث الأبعاد إجرائياً كالتالي: -

1- **الأعراض الفسيولوجية الناتجة عن القلق:** وهي تلك الآثار التي تتمثل بمدى تأثير القلق على أعضاء الجسم المختلفة وهي تنتج من التغيرات الفسيولوجية التي تحدث داخل جسم الإنسان مثل اضطرابات الهضم وجفاف في الفم والحلق وارتجاف الأطراف والعرق الزائد وزيادة ضربات القلب وضيق في النفس وبرودة في اليدين والقدمين والصداع والدوخة واحمرار الوجه وتدهور الحالة الصحية.

2- **التأثيرات النفسية الناتجة عن القلق:** والتي يعرفها الباحث إجرائياً بأنها تتمثل في بعض التصرفات والأفعال التي تكون نتيجة لتأثير القلق على الإنسان مثل القلق من تعسر عملية الولادة والقلق من الألم المرافق للعملية ، والقلق من قلة السائل الامينوسي المحيط بالجنين ، والقلق من نزول الجنين بالمقعدة والنوم المتقطع والعصبية الزائدة والأحلام المزعجة وعدم الراحة والسعادة وضعف القدرة على التركيز .

أما في الجزء المتعلق بجودة الحياة بالنسبة للام فقد قام الباحث بالاطلاع على مقاييس خاصة بجودة الحياة ومنها مقياس (الجدي ، 2004) المتعلق بمرض السكري لدى اللاجئيين الفلسطينيين بقطاع غزة نحو جودة حياة أفضل ، وقد تم الاتصال بالباحث وأخذ الموافقة منه على الاستعانة بالمقياس .

ثانياً: **الاستبانة كوسيلة قياس للتعرف جودة الحياة التي تعيشها الأم :** والذي يتمثل بمدى تقييم الأم لجودة الحياة التي تعيشها ومدى رضاها عن الحياة التي تعيشها سواء من نواحي جسدية ، مادية ، القدرة على أداء الوظائف اليومية ، ومدى الرضي عن الدعم المقدم للام سواء من

العائلة أو الأصدقاء وغير ذلك من الأمور المعيشية الخاصة بالأم الحامل والتي تؤثر على جودة الحياة بالنسبة لها.

ثالثاً: صدق الاختبار

اعتمد الباحث على أنواع من الصدق وهي: -

1- صدق المحكمين :

"وهو المظهر العام للاختبار أو الصورة الخارجية له من حيث نوع المفردات وكيفية صياغتها ومدى وضوحها ، ويشير هذا النوع من الصدق أيضا إلى كيف يبدو الاختبار مناسباً للغرض الذي وضع من أجله" (الغريب ، 1981:680).
حيث قام الباحث بعرض الاختبار على مجموعة من الأساتذة ، وهم أساتذة علم النفس للحكم على مدى انتماء الفقرات للأبعاد الواردة تحته والمجموعة الثانية كانت من الأطباء والذين يقومون بالإشراف العملي على طلاب مادة النساء والولادة بجامعة الأزهر وملاءمتها للبعد التي وردت تحته.

وقد بلغ عدد المحكمين (8) محكمين في. والملحق رقم (1) يوضح أسماء المحكمين لاختبار قلق الولادة. وبناءً على آراء المحكمين تم استبعاد فقرة واحدة فقط، كما تم تعديل صياغة بعض الفقرات بناءً على رأي المحكمين ، وأصبح الاختبار في صورته الثانية الذي طبق على العينة الاستطلاعية يشتمل على (46) فقرة موزعة على بعدين هما الآثار الفسيولوجية الناتجة عن القلق والآثار النفسية لقلق الولادة وكذلك الجزء المتعلق باختبار جودة الحياة بالنسبة للام .
والملاحق رقم (2) يوضح اختبار القلق في صورته الثانية .

2- صدق الاتساق الداخلي :

وتقوم فكرة هذا النوع من الصدق على حساب ارتباطات درجات الفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس ، وكذلك مع الأبعاد التي ينتمي إليها ، إضافة إلى حساب الارتباطات البيئية للأبعاد المكونة للاستبانة (حبيب، 1996 :322)
وقد تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس ، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس بهدف التحقق من مدى صدق المقياس وقد تم الاعتماد على معامل الارتباط بيرسون بدرجة دلالة موضحة أسفل الجدول.

جدول رقم (4.12) معاملات الارتباط بين ابعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس

ومدى انسجام كل فقرة مع السياق العام للمقياس

السؤال	معامل الارتباط	السؤال	معامل الارتباط
q1	-0.40365**	q24	-0.34181**
q2	-0.17624*	q25	-0.18878**
q3	-0.23521**	q26	-0.0821
q4	-0.35021**	q27	-0.31516**
q5	-0.28855**	q28	-0.22473**
q6	-0.33756**	q29	-0.13183
q7	-0.43451**	q30	-0.10899
q8	-0.26367**	q31	-0.01635
q9	-0.17775*	q32	-0.01184
q10	-0.28007**	q33	0.323895**
q11	-0.2546**	q34	0.195465**
q12	-0.32517**	q35	0.155488*
q13	-0.10063**	q36	0.103415
q14	-0.33431**	q37	-0.19703**
q15	-0.51621**	q38	0.066916
q16	-0.2809**	q39	-0.01465
q17	-0.24223**	q40	-0.07293
q18	-0.40529**	q41	-0.04191
q19	-0.43197**	q42	-0.1732*
q20	-0.41368**	q43	-0.19685**
q21	-0.56725**	q44	-0.27482**
q22	-0.30623**	q45	0.031257
q23	-0.21851**	q46	-0.01145

** دالة عند مستوى 0.01

* دالة عند مستوى 0.05

ومن الجدول تبين ما يأتي:

- حققت اغلب فقرات الاستبانة وعددها 34 فقرة ارتباطات جوهرية مع الدرجة الكلية للاستبانة (جميعها بلغ مستوي الدالة الإحصائية عند اقل من 0.01 و 0.05)

ثالثاً : ثبات الاختبار:

وقد تم حساب معامل الثبات بالطرق التالية:-

1- طريقة ألفا كرونباخ:

تعتمد طريقة ألفا كرونباخ على الاتساق في أداء الفرد من فقرة إلى أخرى وتستند إلى الانحراف المعياري للاختبار والانحرافات المعيارية للفقرات مفردة، وهذه الطريقة تسمى (معامل ألفا كرونباخ α krombakh coefficient)" وكانت النتيجة لعدد 46 بنداً في الاستبانة هي $\alpha = .705$ ، وهذا دليل كافي على أن مقياس مستوى قلق الولادة يتمتع بمعامل ثبات عالي ومرتفع .

مقياس الثبات	
عدد البنود	كرونباخ الفا
46	.705

جدول رقم (4.13) طريقة ألفا كرونباخ

رقم البند	كرونباخ الفا اذا تم حذف البند	رقم البند	كرونباخ الفا اذا تم حذف البند
q1	.723	q24	.689
q2	.701	q25	.706
q3	.701	q26	.702
q4	.705	q27	.705
q5	.696	q28	.711
q6	.696	q29	.703
q7	.702	q30	.693
q8	.691	q31	.691
q9	.701	q32	.705
q10	.691	q33	.722
q11	.708	q34	.700
q12	.709	q35	.707
q13	.696	q36	.700
q14	.700	q37	.706
q15	.707	q38	.702
q16	.707	q39	.695
q17	.719	q40	.682
q18	.706	q41	.676
q19	.705	q42	.689

.704	q43	.682	q20
.707	q44	.691	q21
.693	q45	.699	q22
.699	q46	.695	q23

2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية

وذلك بأن يتم قسمة بنود المقياس الكلي إلى نصفين ثم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول (الفقرات الفردية) ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس (الفقرات الزوجية) ، فقد بلغ معامل الارتباط لبيرسون للمقياس بهذه الطريقة (0.693) وباستخدام معادلة سبيرمان - براون أصبح معامل الثبات (0.81)

$$0.81 = 1 + 0.693 \setminus 0.693 * 2$$

وهذا دليل كافي على إن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية (حنفي ، 1980 : 45)
جدول رقم (4.14) الثبات بطريقة التجزئة النصفية

Reliability Statistics			
Cronbach's Alpha	Part 1	Value	.773
		N of Items	23 ^a
	Part 2	Value	.693
		N of Items	23 ^b
Total N of Items			46
Correlation Between Forms			.095
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		.174
	Unequal Length		.174
Guttman Split-Half Coefficient			.172

a. The items are: q1, q2, , q4, q5, q6, q7, q8, q9, q10, q11, q12, q13, q14, q15, q16, q17, q18, q19, q20, q21, q22, q23.

b. The items are: q24, q25, q26, q27, q28, q29, q30, q31, q32, q33, q34, q35, q36, q37, q38, q39, q40, q41, q42, q43, q44, q45, q46.

ومن الجدول السابق يتضح أن قيمة معامل الارتباط بين المجموعتين 0.95 وهي تمثل نسبة ثبات معقولة .

خامسا : الأساليب الإحصائية المستخدمة

لتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المعالجات الإحصائية التالية:

- 1- Chi-Square Test
- 2- التكرارات والنسب المئوية
- 3- معامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين متغيرين أحدهما تابع والآخر مستقل .
- 4- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والوزن النسبي .
- 5- أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA لمعرفة الفروق التي تعزى إلي عدة متغيرات .
- 6- اختبار T.Test لعينيتين مستقلتين لمعرفة الفروق بين متغيرين .

سادسا : خطوات الدراسة

من أجل تحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بإجراء الخطوات التالية :

- 1- وضع إطار نظري للدراسة .
- 2- تصميم أدوات الدراسة .
- 3- أخذ الموافقة من الجهات المختصة لتطبيق أدوات الدراسة .
- 4- عمل صدق وثبات لأدوات الدراسة بعد تطبيقها على العينة الاستطلاعية.
- 5- اختيار العينة الممثلة في المجمع الأصلي .
- 6- تطبيق أدوات الدراسة على العينة الفعلية .
- 7- القيام بتسجيل وتفسير النتائج .
- 8- وضع التوصيات والمقترحات

سابعا : صعوبات واجهت الباحث أثناء الدراسة

- 1- موضوع الدراسة بعنوانه الكامل يعتبر من المواضيع الجديدة والتي لم يتم التطرق إليها بصورة كافية خاصة الدراسات التي طبقت على المجتمع العربي مما تسبب بصعوبة في الحصول على المعلومة سواء كانت من المراجع أو من باب طرح الموضوع كمادة للدراسة .
- 2- الروتين الموجود بالمؤسسات الحكومية وبالرغم أنني موظف بوزارة الصحة الفلسطينية إلا أن اخذ الموافقات الخاصة بتعبئة الاستبانة استغرقت ما يزيد عن شهر وهذا تسبب في بعض التأخير .

3- عند تطبيق استبانة الدراسة على الأمهات كان يجب أن يتم توضيح الأمر للأمهات وللطاقم الطبي العامل سواء تمريض أو أطباء وذلك باعتبار أن هذا الموضوع لم يتم التطرق له من قبل مما استغرق بعض الوقت في التوضيح .

الفصل الخامس

نتائج البحث وتفسير نتائج الدراسة

- تعقيب عام على نتائج الدراسة

- توصيات

- مقترحات الدراسة

النتائج وتفسيرها

سيقوم الباحث في هذا الفصل بعرض تفصيلي للنتائج التي تم التوصل إليها من خلال تطبيق أدوات الدراسة، بالإضافة إلى تفسير ومناقشة ما تم التوصل إليه من نتائج من خلال الإجابة على تساؤلات الدراسة:

عرض ومناقشة التساؤل الرئيس:

ما علاقة قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة بجودة الحياة ؟
جدول رقم (5.1) يوضح العلاقة بين قلق الولادة و رضا الأم عن نوعية الحياة التي تعيشها

نوعية الحياة * مقياس القلق				
مقياس القلق				
المجموع	قلق بصورة كبيرة	قلق بصورة متوسطة	قلق بصورة قليلة	نوعية الحياة
180	20	120	40	راضية
13	2	9	2	غير راضية
193	22	129	42	المجموع

Chi-Square Tests

القيمة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
.467 ^a	2	.792

استخدم الباحث Chi-Square Tests ويتضح ان عند درجة حرية =2 نلاحظ قيمة مربع كاي = (.467^a) وأن (Sig= .792) أي اكبر من (Sig= .05).

تفسير ومناقشة نتائج السؤال الأول

يتفق هذا التساؤل مع ما جاء في الإطار النظري وما جاء كذلك في الدراسات السابقة، مثل ما ورد في دراسة (Perkin , and others,1992) والتي كانت بعنوان تأثير القلق والاكنتاب أثناء الحمل على حدوث مضاعفات أثناء الولادة حيث بينت أن العوامل التي كانت تمتلك أقوى العلاقات في نتائج البحث كانت هي عدد الولادات ، عمر الأم ، والاكنتاب خلال فترة الحمل لا يمت بصلة إلى مضاعفات الولادة ، القلق على علاقة بسيطة بضعف الوعي وكذلك التخدير في المرحلة الثانية من الولادة

وكذلك دراسة (Bruggenjurgen and others, 2002) والتي كانت بعنوان الاختلافات في نوعية الحياة في الاستراتيجيات المختلفة لعملية الولادة حيث بينت الدراسة أن السيدات اللاتي يلدن بواسطة خزع شق العجان أو الولادة القيصرية لديهن درجات أقل من اللاتي ولدن بصورة طبيعية، هذه الاختلافات كانت أكثر وضوحاً وإقناعاً عندما تم نقاش الجوانب الجسدية والعاطفية.

وكذلك دراسة (Jones and others, 2006) والتي كانت بعنوان "قياس جودة الحياة لدى السيدات اللاتي يعانين من بطانة الرحم المهاجرة (وجود بطانة الرحم في منطقة غير موضعها الطبيعي)" حيث بينت الدراسة أن النتيجة أثبتت تركيب العوامل، والنتائج والمعايير الموجودة في الاستبيان، ومعدل الاستجابة العالي من إكمال البيانات اثبت الفرضية بأن (Endometriosis) - 30 (Health Profile EHP) كانت مقبولة ومفهومة لدي المستجيبين وبذلك تحقق ملائمتها لقياس نوعية الحياة الصحية لدى السيدات المصابات بمرض بطانة الرحم المهاجرة .

تتفق النتيجة مع ما جاء في الإطار النظري للدراسة أن هناك وجهات نظر مختلفة لتعريف جودة الحياة (Schipper and others, 1990)، ينظر لجودة الحياة من جانب فسيولوجي وتأثير المرض على حياة الأشخاص، في حين ينظر إليه (Bowling, 1991) بمعنى أكثر شمولية ويضيف جوانب أخرى سواء كانت جسدية أو اجتماعية أو عقلية تتعلق باستجابة الأفراد للمرض، أي الانتقال من النظرة السلبية للمرض إلى نظرة ايجابية أو النظرة للصحة وليس للمرض، في حين ذهب آخرون إلى جانب آخر مثل (Green & Kreuter, 1999) الذين توجهوا بتعريف معني جودة الحياة من جوانب استجابة الجسم للمرض إلى التشخيص الاجتماعي لجودة الحياة وربط المصطلح بين التكيف والرضا عن الحياة الذي يعيشه الأفراد مع مجتمعهم بمعنى انه كلما زاد التكيف والرضا عن الحياة كلما كانت جودة الحياة أفضل بمعنى انتقال تعريف جودة الحياة وربطها بقضايا تغيير السلوك ، وهذه النظرة تتناسق مع نظرة العالمين في مجال الصحة وتركز نظرتهم علي :

أ- منع المرض

ب- الحالة الصحية

ت- سلوك ونمط الحياة

ث- التعليم الصحي

وكذلك ما جاء في الإطار النظري للدراسة ومنها دراسة (Bruggenjurgen and others, 2002) والتي كانت بعنوان : الاختلافات في نوعية الحياة في الاستراتيجيات المختلفة لعملية الولادة

حيث هدفت الدراسة إلى تحديد وتمييز اختلاف جودة الحياة لدى النساء اللاتي يلدن بطرق ولادية مختلفة (ولادة مهبلية طبيعية ، ولادة بالملقط ، ولادة بتمزق شرجي أو مهبلي ، ولادة بالشفط ، ولادة بخزع شق العجان ، الولادة القيصرية) وتأثير الألم علي جودة الحياة وأظهرت نتائج الدراسة : السيدات اللاتي يلدن بواسطة خزع شق العجان أو الولادة القيصرية لديهن درجات اقل من اللاتي ولدن بصورة طبيعية .

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 .

ويرى الباحث : أن ذلك الفلق بمثابة المتلازم الذي يلزم السيدات اللاتي يذهبن إلى قسم استقبال حالات الولادة بغرض الولادة وليس الفحص ، حيث التأثير على النواحي الثلاث المشمولة في القياس وهي (الناحية الجسدية ، النفسية ، جودة الحياة) ويمكن أن نعزو هذا الأمر إلى للتخوف من عملية الولادة بشكل عام و توقع مضاعفات لعملية الولادة على ، مما يجعل هؤلاء السيدات في حالة من الخوف والخشية المستمرين .

ومن خلال نتائج الدراسة تم ملاحظة أمور عديدة ومنها أن السيدات اللاتي يذهبن إلى عملية الولادة غالبيةن العظمي راضيات عن جودة الحياة التي يعشنها وأن أكثر جوانب الرضا تم ملاحظتها في جانب مدى الرضا عن العلاقات الشخصية حيث بلغت نسبة الأمهات اللاتي عندهن رضا في هذا الجانب % 80.89 ويمكن أن نرجع هذا الأمر إلى التقارب الأسري والجغرافي الموجود والذي يميز أهل قطاع غزة عن بقية المناطق الأخرى في العالم مما يزيد من الألفة والمحبة بين المجتمع ، وبتعزز هذا الأمر بصورة اكبر في لدى السيدات .

أما اقل الأبعاد في جودة الحياة التي تم ملاحظتها وبلغت النسبة فيها % 64.25 هو مدى شعور الأم أن حياتها ذات معنى وقد يبدو الأمر منطقياً في كثير من الأحيان نظراً للحجم الهائل من الضغوط الذي تتعرض له الأم ، ومع ذلك تبدو النسبة معقولة نظراً لعدة عوامل منها :

أ- الوازع الديني الموجود عند سكان قطاع غزة باعتبار أن كل ما يصيب الإنسان سواء كان ذلك خيراً أو مكروهاً فهو من الله عز وجل وأنه يجب أن يحمد الله على هذا الأمر مما يجعل الإنسان يشعر بالرضى عن حياته .

ب- تأقلم كثير من السكان على ظروف الحياة غير الطبيعية التي يعيشونها والشعور حتى أصبح كثير من الأمور غير المألوفة عند ناس كثير في العالم هي طبيعية بالنسبة لنا.

ت- عملية الولادة رغم ما فيها من مخاطر إلا أنها تعتبر إضافة نوعية للأسرة وللأم وتزيد من الروابط في الأسرة، وتعتبر في كثير من الأحيان دعماً لمجهود المقاومة ضد الاحتلال .

لذا نجد أن القلق من عملية الولادة عند الأمهات الراضيات عن الحياة التي يعشنها وهن الغالبية العظمى ممن طبق عليهن الاستبانة هو في معظمه ما بين قلق قليل ومتوسط ونجد أن نسبة القلق لديهن بصورة كبيرة كانت قليلة وهذا الأمر يعكس بصورة عامة مدى الرضا عن المعيشة التي تعيشها الأمهات بشكل عام.

الأسئلة الفرعية للدراسة

1. عرض وتفسير الفرض الأول والذي نصه: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة تعزى لمتغير عمر الأم (أقل من 28 سنة ، من 29 سنة- 39 سنة)؟

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام T- Tests .

جدول رقم (5.2) استخدام T-Tests لمتغير العمر

اختبار T لتساوي للأوساط الحسابية				
درجة الحرية	قيمة الدلالة	درجة الحرية	T	
0.805	0.325	200	0.247	المتغيرات المفترضة المتساوية
0.809	0.325	170.68	0.242	المتغيرات المفترضة غير المتساوية

استخدم الباحث T-Tests ويتضح من نتائج الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أكبر من قيمة "ف" الجدولية عند مستوي دلالة (0.05) وبهذا نقبل بالفرضية وهي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة وطبيعة متغير بالنسبة للام .

تفسير ومناقشة نتائج الفرض الأول :

تتفق هذه الفرضية مع ما جاء في الإطار النظري وما جاء كذلك في الدراسات السابقة ، مثل ما ورد في دراسة (فكيرة ، 2001) والتي كانت بعنوان : الاتجاهات الحالية نحو الزواج و الإنجاب في المجتمع الحضري : دراسة تطبيقية على مدينة جدة ونتائج الدراسة وقد أسفرت الدراسة الميدانية عن نتائج عديدة أهمها : أن السن المفضلة للزواج عند الفتاة من (18-25) سنة وأن لا يزيد الفرق في السن بين الزوجين أكثر من (10-5) سنوات لصالح الزوج

ويري الباحث :

أن السيدات الأكثر تعرضاً لقلق الولادة في الفئة العمرية من 19-28 سنة وهذا قلق منطقي نظراً لأن معظم السيدات يتزوجن في هذه السن ويتعرضن إلى عملية الحمل والولادة كذلك فإن قلق الولادة في مثل هذه السن يكون أكثر من غيره ، في حين أن السيدات أقل من 18 سنة لا تكون لديهن الخبرة الاجتماعية الكافية التي تؤهلن للتعامل مع أحداث مهمة في الحياة سواء كان هذا الأمر يتعلق بالزواج أو الإنجاب مما جعل نسبة قلق الإنجاب لديهن أقل من بقية الفئات الأخرى .

ومع ذلك أنه كلما تقدمت السيدة في العمر كلما زادت الخبرة لديها بعملية الحمل والولادة مما يخفف نسبة القلق وهذا الأمر يتماشى مع فرضية الدراسة .

2. عرض وتفسير الفرض الثاني والذي نصه : هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في

قلق الولادة تعزى لمتغير عدد الولادات (ولادتان فأقل ، من 3-5 ولادات ، أكثر من 6

ولادات)؟

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام أسلوب التباين الأحادي One Way ANOVA.

جدول رقم (5.3) استخدام أسلوب التباين الأحادي لمتغير عدد الولادات

الأبعاد	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	0.263	10	0.26	0.141	0.963	غير دالة
داخل المجموعات	14.088	192	0,073			إحصائياً
المجموع	14.351	202				

استخدم الباحث ANOVA Tests ويتضح من نتائج الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أكبر من قيمة "ف" الجدولية عند مستوي دلالة (0.05) ، وبهذا نقبل بالفرضية وهي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة وبين عمر الأم.

تفسير ومناقشة نتائج الفرض الثاني :

وتتفق هذه الفرضية مع ما جاء في الإطار النظري ، بما أن عملية الولادة عملية يشوبها كثير من القلق (الشربيني، 2005: 260) حيث تعاني النساء من بعض جوانب القلق أثناء الحمل أو الولادة ، وكثير من هذه المخاوف ليس لها أساس .

فبعض النساء قد يكون عندهن قلق من عملية الولادة وعلى سبيل المثال في عملية إخراج الجنين وما يتبع ذلك من تدخل جراحي .

وعلى كل حال ما لم يكن هناك جهد بصورة يومية ومستمرة في أقسام الولادة فقد يكون هناك خوف وقلق لا مبرر له .

هذا ويمكن الاستفادة من الأمهات صاحبات الخبرة للتقليل من هذا القلق باعتبار أنهن مررن بهذه التجربة من قبل واكتسبن الخبرة ، باعتبار انهن مررن بتجربة الحمل والإنجاب أكثر من مرة .

وتتلقي الأم الحامل الكثير من المعلومات الخاطئة التي تؤثر عليها، وبعض الأمهات تكون غير قادرة على مقاومة إغراء ذكر تجربتها المرعبة في الحمل ومحاولة ذكر هذه التجربة للام التي نلد لأول مرة ، مع العلم أن الأم صاحبة التجارب الأكثر في عملية الحمل والولادة تكون مصدراً جيداً للدعم والمعلومات المنظمة (V.ruth Bennett, Linda k, brown) (391:1999,

وهذا يعزز الفرضية الموجودة بأن الأم صاحبة التجارب تكون أقل قلقاً أكثر من غيرها من النساء في موضوع الإنجاب وعملية الولادة

وعزز هذا الأمر دراسة (فكيرة ، 2001) والتي كانت بعنوان: الاتجاهات الحالية نحو الزواج والإنجاب في المجتمع الحضري، دراسة تطبيقية على مدينة جدة وخاصة الجزء المتعلق بالتوجهات ناحية الإنجاب حيث بينت نتائج الدراسة أن العدد المثالي المرغوب إنجابهم في الأسرة ما بين (1-5 أطفال) وبروز أهمية العامل الاقتصادي في تحديد عدد الأطفال إلى جانب العوامل الاجتماعية الأخرى أما بالنسبة لتوقيت الإنجاب فإنه يفضل أن يكون بعد الزواج مباشرة.

وعزز هذا الأمر أيضا دراسة (Wing Cheung and Others, 2006) والتي كانت بعنوان: الأم ومشاعر القلق من خلال التحكم في العمل، دراسة على النساء الصينيات الحوامل للمرة الأولى.

حيث هدفت الدراسة إلى استكشاف ودراسة العلاقة بين مستوى قلق الأم ومشاعر السيطرة خلال عملية الولادة للنساء الصينيات في هونج كونج الحوامل لأول مرة .

وبينت نتائج الدراسة اختبار معامل الارتباط بيرسون حيث دل على وجود علاقة سلبية كبيرة بين مشاعر القلق والألم أثناء المخاض ، ولا علاقات الإحصائية تم الكشف عنها عن العلاقات بين المرأة قبل الولادة وحضور الدروس المتعلقة برعاية الأم الحامل وما بين السيطرة على مشاعرها أثناء الولادة .

ويرى الباحث :

أنه كلما قل عدد الولادات كلما زادت نسبة القلق المتعلقة بعملية الولادة وأن أكثر السيدات قلن من عملية الولادة هن السيدات صاحبات العدد الأقل في عملية الولادة (ولادتان فأقل) وتبع ذلك عدد السيدات أكثر من (ولادتان - 5 ولادات) حيث اظهرن قلق بصورة متوسطة . أما أقل نسبة من قلق الولادة فكانت للسيدات اللاتي ولدن أكثر من 6 مرات وهذا الأمر يتماشى مع فرضية الدراسة .

3. عرض وتفسير الفرض الثاني والذي نصه : هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في

قلق الولادة تعزى لمتغير نوع الأسرة (نوية، ممتدة) ؟

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام T- Tests .

جدول رقم (5.4) استخدام T-Tests لمتغير نوع الأسرة

اختبار T لتساوي للأوساط الحسابية				
درجة الحرية	قيمة الدلالة	درجة الحرية	T	
0.062	0.157	201	1.419	المتغيرات المفترضة المتساوية
0.062	0.244	60.125	1.176	المتغيرات المفترضة غير المتساوية

استخدم الباحث T-Tests ويتضح من نتائج الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوي دلالة (0.05) وبهذا نقبل بالفرضية وهي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بصورة كبيرة بين قلق الولادة و نوع الأسرة.

تفسير ومناقشة نتائج الفرض الثالث :

ويرى الباحث : أن هذه الفرضية مقبولة جداً في ظل مجتمع شرقي نعيش فيه يحافظ على التواصل والامتداد الأسري ، حيث نلاحظ أنه غالباً عندما يتزوج الشاب والفتاة فإن كثيراً منهم يتزوج في نفس المكان الخاص بسكن العائلة بمعنى آخر أن هناك امتداد للسكن وللأسرة ومن خلال الاستبانة ومن خلال السؤال للسيدات تبين أن السيدات اللاتي يعشن في أسر ممتدة يعانين

من قلق الولادة بصورة اقل ويصوره ملحوظة أيضا حيث تجاوزت نسبة الأمهات اللاتي يعانين من قلق سواء كان ذلك بصورة متوسطة أو كبيرة في الأسر النووية أكثر بكثير من الأمهات اللاتي يعشن بأسر ممتدة.

4. عرض وتفسير الفرض الرابع والذي نصه : هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة تعزى لمتغير المؤهل العلمي للأم (ابتدائي ، إحصائي ، ثانوي ، فوق ثانوي) ؟

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام أسلوب التباين الأحادي One Way ANOVA

جدول رقم (5.5) استخدام أسلوب التباين الأحادي لمتغير المؤهل العلمي للأم

الأبعاد	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	9.264	51	0.182	0.687	0.939	غير دالة
داخل المجموعات	39.908	151	0.264			إحصائياً
المجموع	49.172	202				

استخدم الباحث ANOVA Tests ويتضح من نتائج الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أكبر من قيمة "ف" الجدولية عند مستوي دلالة (0.05) وبهذا نقبل بالفرضية وهي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة وبين المؤهل العلمي للأم.

تفسير ومناقشة نتائج الفرض الرابع :

تتفق هذه الفرضية مع ما جاء في الإطار النظري وما جاء كذلك في الدراسات السابقة ،مثل ما ورد في دراسة (عبد الباقي ، 1993) والتي كانت بعنوان : "مسببات القلق ، خبرات الماضي و الحاضر و مخاوف المستقبل " .

و كانت نتائج البحث على النحو التالي :

- الإناث أكثر قلقاً من الذكور .

- عدم وجود فروق جوهرية في مستوى القلق بين المتعلمين تعليماً جامعياً و تعليماً أعلى من جامعي .

ويري الباحث : انه من خلال النتائج التي حصل عليها في الاستبانة أن أكثر الفئات قلقاً من عملية الولادة هن السيدات أصحاب الشهادات التعليمية المتدنية (ثانوية عامة أو أقل) وهذا

الأمر يبدو منطقياً لأن جهل الأم وعدم الاطلاع في هذا الأمر يجعل الأم أكثر عرضة لهواجس القلق المتعلقة بالولادة ، في حين انه كلما زاد المستوى التعليمي (دبلوم ، بكالوريوس ، دراسات عليا) كلما زادت المعرفة والاطلاع مما يخفف من أعراض قلق الولادة .

5. عرض وتفسير الفرض الخامس والذي نصه : هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في

قلق الولادة تعزى لمتغير عمل الأم (عاملة ، ربة بيت) ؟

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام T- Tests .

جدول (5.6) استخدام T-Tests لمتغير عمل الأم

اختبار T لتساوي للأوساط الحسابية				
درجة الحرية	قيمة الدلالة	درجة الحرية	T	
0.648	0.152	198	1.440	المتغيرات المفترضة المتساوية
0.648	0.116	83.935	1.578	المتغيرات المفترضة غير المتساوية

استخدم الباحث T-Tests ويتضح من نتائج الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أكبر من قيمة "ف" الجدولية عند مستوي دلالة (0.05) وبهذا نقبل بالفرضية وهي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة تعزى لمتغير عمل الأم (عاملة ، ربة بيت).

تفسير ومناقشة نتائج الفرض الخامس :

تتفق هذه النتيجة مع ما جاء في الدراسات السابقة ،مثل ما ورد في دراسة (الحسن ، 2003) والتي كانت بعنوان : "التغير الذي يطرأ على المتغيرات الوجدانية للسيدة الحامل خلال مراحل حملها الثلاث وتتمثل هذه المتغيرات في: الاتجاه النفسي نحو الحمل الحالي الضغوط النفسية ضغوط العمل، القلق كحالة، القلق كسمة.

وأظهرت نتائج الدراسة : وجود فروق ذات دلالة إحصائية خلال مراحل الحمل المتعاقبة في الآتي: اتجاه السيدات الحوامل نحو الحمل الحالي، الضغوط النفسية أثناء الحمل، القلق كحالة، القلق كسمة، بينما لا توجد تغيرات في ضغوط العمل لدى السيدات الحوامل العاملات عدم وجود علاقة ارتباطيه بين العمر والمتغيرات الوجدانية أثناء الحمل وجود علاقة ارتباطيه طردية بين المستوى التعليمي وضغوط العمل لدى السيدات الحوامل العاملات خلال مراحل الحمل الثلاث.

ويرى الباحث: أن هذه النتيجة تتفق مع الدراسات السابقة ومع ما جاء في الاستبانة أن الحمل والولادة لا يزيد القلق عند الأم العاملة ، ويمكن تفسير هذا الأمر بأن السيدات العاملات الحوامل يكن أكثر احتكاكاً مع المجتمع المحلي وزميلاتهن العاملات حيث يعرض خلال هذا الاحتكاك كثير من المخاوف والهواجس والتي قد تجد الإجابة على كثير من الأسئلة التي تتخوف منها الأم الحامل، في حين على العكس تماما بالنسبة ربة البيت تكون رهينة لكثير من المخاوف التي تتعلق بالحمل والولادة مما يجعلها أكثر عرضة لقلق الولادة وهذا ما أثبتته الدراسة .

6. عرض وتفسير الفرض السادس والذي نصه : هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة بين الأم المصابة بمرض سكري الحمل وبين الأم الغير مصابة؟

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام T- Tests .

جدول رقم (5.7) استخدام T- Tests لمتغير الإصابة بمرض سكري الحمل

اختبار T لتساوي للأوساط الحسابية				
درجة الحرية	قيمة الدلالة	درجة الحرية	T	
0.040	0.626	201	0.488	المتغيرات المفترضة المتساوية
0.040	0.640	11.136	0.488	المتغيرات المفترضة غير المتساوية

استخدم الباحث T-Tests ويتضح من نتائج الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أكبر من قيمة "ف" الجدولية عند مستوي دلالة (0.05) وبهذا نقبل بالفرضية وهي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة بين الأم المصابة بمرض سكري الحمل وبين الأم الغير مصابة .

تفسير ومناقشة نتائج الفرض السادس :

تتفق النتيجة مع ما جاء في الإطار النظري للدراسة حيث يعتبر سكر الحمل من المخاطر المحتملة والمؤثرة بعلميتي الحمل والولادة ولكن مع التقدم العلمي لوحظ قلة المخاوف من هذا المرض بصورة كبيرة وعزز هذا الأمر (روحية ، 1986 : 103) : قبل اكتشاف الأنسولين كان من النادر أن تحمل امرأة مصابة بمرض السكري وتحفظ بالحمل إلي آخره ، لأن السكري احد عوامل العقم واكتشاف الأنسولين وإدخاله ميدان المعالجة الطبية هيأت للمصابات بالسكري إمكانية الحمل واستمراره تحت مراقبة الطبيب واستمرار معالجة الداء .

وكذلك لقد تضاءلت الأخطار الحامل المصابة بداء السكر في الوقت الحاضر بسبب

التدابير العلاجية واستعمال الأنسولين ولكن يهمننا أمور ثلاثة :

1- إبقاء الأمهات على قيد الحياة وهذا أصبح سهلاً وتبلغ نسبة سلامتهن 99.7% بعد المعالجة .

2- إنقاذ الأجنة من الموت حيث تبلغ وفيات الأجنة عند الحوامل المصابات بداء السكر ستة أضعاف وفيات الأجنة عند غير المصابات، وتتراوح نسبة سلامة الأجنة من 80-90% .

4- إنقاذ الذرية من الإصابة بداء السكري : ويكون ذلك بالابتعاد عن زواج الأقارب أو السؤال عن أهل كل من الزوجين وعدد الإصابات بالسكري في العائلة .

(العلي ، 1987 : 281)

ويرى الباحث : أن النتيجة تتفق مع الإطار النظري للدراسة حيث إن المخاوف من هذا المرض أصبحت أقل من الماضي نظراً للتقدم العلمي الذي قلل من هذه المخاطر بصورة ملحوظة وبالتالي قلت نسبة القلق من هذا المرض ، حتى النساء اللاتي عانين من المرض في فترة الحمل كانت عندهن بصورة بسيطة أو متوسطة، أما بالنسبة للأمهات اللاتي لا يعانين من مرض السكري أثناء الحمل فقد تكون عندهن المخاوف أكثر من اللاتي يعانين من المرض باعتبار أن الأمر مجهول وغير معروف مما يسبب قلق أكثر وهذا ما تم ملاحظته في نتيجة البحث .

7. عرض وتفسير الفرض السابع والذي نصه : هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة بين الأم المصابة بمرض ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل وبين الأم الغير مصابة ؟ وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام T- Tests .

جدول رقم (5.8) استخدام T-Tests لمتغير الإصابة بمرض ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل

اختبار T لتساوي للأوساط الحسابية				
درجة الحرية	قيمة الدلالة	درجة الحرية	T	
0.197	0.759	201	0.307	المتغيرات المفترضة المتساوية
0.197	0.774	21.409	0.291	المتغيرات المفترضة غير المتساوية

استخدم الباحث T-Tests ويتضح من نتائج الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أكبر من قيمة "ف" الجدولية عند مستوي دلالة (0.05) وبهذا نقبل بالفرضية وهي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة بين الأم المصابة بمرض ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل وبين الأم الغير مصابة.

تفسير ومناقشة نتائج الفرض السابع : تتفق النتيجة مع ما جاء في الإطار النظري للدراسة، حيث تعتبر مضاعفات اضطراب ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل واحدة من الثالوث القاتل للأم والذي يشمل (ضغط الدم ، النزيف ، الالتهاب) ، ونتائج الإصابة بهذا الاضطراب تتحكم إلي حد كبير بنسبة الإصابة بالأمراض والوفيات لدى الأم الحامل .

مصطلح ضغط الدم الناتج عن الحمل يطلق لوصف أي بداية أو حمل جديد ناتج عنه ارتفاع في ضغط الدم ، وفي مراحل متأخرة من ضغط الدم المرتفع قد تنتج مشاكل تكون أكثر خطورة وهي تسمم الحمل وتسمم ما قبل الحمل ، يكون هناك تدهور في وظائف عدد من الأجهزة في جسم المريضة الحامل بارتفاع ضغط الدم ويمتد التدهور إلى الجنين أيضا ، ويشمل هذا التأثير أو التدهور كلا من القلب والشرايين، الدورة الدموية ، الغدد، وعملية التمثيل الغذائي بالجسم. (F.Gary Cunningham, and others, 2001: 568)

وكذلك الدراسات السابقة ومنها دراسة (صلاح الدين و نجيب ، 2001) والتي كانت بعنوان : الموجات فوق الصوتية والتغيرات في دوبلر الشريان الرحمي في التنبؤ بمرض ارتفاع ضغط الدم المصاحب للحمل و تأثير جرعات منخفضة من الأسبرين حيث هدفت الدراسة إلى التعرف علي تأثير ارتفاع ضغط الدم المصاحب للحمل كثيراً ما يتسبب في أمراض أو يفض بحياة الأم أو الجنين.

وكان من أهم نتائج الدراسة أنه إذا جمع التواجد الجانبي للمشيمة مع تغيرات في دوبلر الشريان الرحمي على العكس من ذلك فإن قياس سمك الجبل السري كان غير مؤثر في التنبؤ بهذا المرض. أما بالنسبة لجرعات الأسبرين المنخفضة فإنها لم تمنع حدوث المرض ولكنها قللت من شدة المرض.

ويرى الباحث : أن النتيجة تتفق مع الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة حيث إن المخاوف من هذا المرض أصبحت أقل من الماضي وبالتالي قلت نسبة القلق من هذا المرض، حتى النساء اللاتي عانين من المرض في فترة الحمل كانت عندهن النسبة تتراوح من قلق بسيط إلى قلق متوسط ، أما بالنسبة للأمهات اللاتي لا يعانين من مرض ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل فقد تكون عندهن المخاوف أكثر من اللاتي يعانين من المرض باعتبار أن الأمر مجهول وغير معروف مما يسبب قلق أكثر .

8. عرض وتفسير الفرض الثامن والذي نصه : هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة بين الأم التي لديها معرفة مسبقة بجنس الجنين وبين التي ليس لديها معرفة ؟
وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام T- Tests .
جدول رقم(5.9) استخدام T-Tests لمتغير معرفة للأم بجنس الجنين

اختبار T لتساوي للأوساط الحسابية			
درجة الحرية	قيمة الدلالة	درجة الحرية	T
0.047	0.208	200	1.2 62
0.047	0.220	167.096	1.2 31

استخدم الباحث T-Tests ويتضح من نتائج الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أكبر من قيمة "ف" الجدولية عند مستوي دلالة (0.05) وبهذا نقبل بالفرضية وهي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الولادة ومعرفة الأم أو عدم معرفتها مسبقا بجنس الجنين.

تفسير ومناقشة نتائج الفرض الثامن :

حيث يرى الباحث : إن معرفة جنس الجنين من خلال التصوير التلفزيوني أثناء المراحل الأخيرة من الحمل أصبح عادة عند كثير من الأسر وقد نرجع ذلك إلى حب الفضول أو الاطمئنان على حال الجنين ، وبالتالي فعند تحليل النتائج للفئة التي لديها معرفة مسبقة بنوع الجنين نجد أن هناك عدم قلق بصورة كبيرة مقارنة مع الفئة التي ليس لديها معرفة بنوع الجنين وبنسبة فد تقترب من الضعف ، وكذلك القلق بصورة متوسطة وبصورة قليلة يكون أقل من العائلات التي لديها معرفة مسبقة بجنس الجنين حيث تسود حالة من القلق أيضا ولكن القلق قد يكون لخطأ في تشخيص جنس الجنين وهذا يحدث كثيراً ، أو القلق المعتاد من عملية الولادة ومخاطرها.

تعقيب عام على نتائج الدراسة

لم يخضع موضوع قلق الولادة إلى كثير من البحث خاصة في الوطن العربي رغم أهمية هذا الموضوع إذ إنه يدخل كل بيت وتمر به كل أم، لذا تم بذل كثير من الجهود والدراسات المتعلقة بهذا الأمر، ولقد كان الهدف من وراء تلك الدراسات والجهود التعرف إلى كيفية التعامل مع هؤلاء الأمهات، وفي هذه الدراسة اختيرت عينة من الأمهات اللاتي ترددن على قسم استقبال الولادة في كل من مستشفى مبارك بخانيونس ومستشفى الهلال الإماراتي برفح.

ولتحقيق أهداف الدراسة واختبار فرضياتها، استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي وبعض المعالجات الإحصائية المناسبة لطبيعة هذه الفروض ، وقام الباحث بتصميم أداة تضمنت قياس قلق الولادة لدى الأمهات وعلاقته بجودة الحياة ، وبالتالي توصلت الدراسة إلى عدة استنتاجات أهمها ما يأتي :

1- أظهرت النتائج أن أكثر مستويات قلق الولادة كانت في الأسرة النووية وان أكثر الأبعاد التي كانت على علاقة كبيرة بعملية الولادة والقلق الناتج عنها كان طبيعة الأسرة التي تعيش بها الأم ، حيث كان لهذا العامل بالغ الأثر في الحالة النفسية للأم لحظة الولادة ، حيث إن الحمل والولادة تعتبران مزيجاً ما بين خبرة متراكمة تنتقل بواسطة الأجيال مع تأثير طبيعة السكن الذي تعيشه الأم الحامل من حيث المعيشة في بيت مستقل أو مع الأسرة ونلاحظ أنه في الأسرة النووية تفقد الأم الحامل جميع هذه الأبعاد مما يزيد مستوي القلق والدعم النفسي لها .

2- ودعمت نتائج الدراسة الفرضيات التالية :

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة وكل من :

ت- وعمر الأم .

ث- متغير عدد الولادات التي مرت بها الأم.

ج- متغير المؤهل العلمي للأم .

ح- متغير عمل الأم.

خ- الأم المصابة بمرض سكري الحمل وبين الأم الغير مصابة.

د- الأم المصابة بمرض ضغط الدم المرتفع أثناء الحمل وبين الأم الغير مصابة.

ذ- الأم التي لديها معرفة مسبقة بجنس الجنين وبين التي ليس لديها معرفة .

ر- رضا الأم عن جودة الحياة التي تعيشها .

ز- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة ونوع الأسرة

توصيات الدراسة

في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة وفي ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج ، فإن الباحث يقدم بعض التوصيات التي من شأنها أن تفيد الأمهات الحوامل و المقبلات علي عملية الولادة والقائمين على رعايتهم على النحو الآتي :

أ- تصميم برامج إرشادية للأمهات الحوامل والمقبلات على عملية الولادة للعمل على تخفيف الضغوطات النفسية لديهن.

ب- العمل على زيادة الوعي الصحي لدى الأمهات الحوامل وتوضيح كثير من المشاكل التي تعترض عمليتي الحمل والولادة

ت- أن تقوم الجهات المشرفة على رعاية الأمهات بعمل لقاءات ميدانية معهن للوقوف على المشاكل التي تعاني منها المريضات والعمل على حلها .

ث- أن يتم عمل برامج إعلامية وتثقيفية تعنى بمشاكل الحمل والولادة والتي من شأنها أن تساعد كثيراً من الناس على الاكتشاف المبكر للمرض .

ج- العمل على تفعيل دور الأسرة والتي لها الأثر الكبير في التغلب على عقبات ومشاكل عمليتي الحمل والولادة.

ح- توعية الأمهات للتعرف بمخاطر قلق الولادة ومدى تأثيرها على صحة الأم .

خ- العمل من قبل الجهات المعنية على تحديث أساليب التعامل مع الأمهات الحوامل واللاتي يدخلن على قسم استقبال حالات الولادة وزيادة احترام خصوصية الأمهات في حالة الولادة.

د- تطوير مراكز الرعاية التي تعنى بالأمهات الحوامل وذلك بالتركيز علي الأبعاد النفسية لعملية الولادة.

ذ- عقد ورشات عمل في مجال الإرشاد النفسي وذلك بغية محاولة الوصول إلي معايير معينة تساعد في تخفيف حدة وطأة الآثار النفسية المترتبة على مضاعفات الولادة لدي الأمهات.

مقترحات الدراسة

نظراً لندرة الأبحاث التي تعنى بموضوع قلق الولادة وعلاقة هذا القلق بجودة الحياة وخاصة على الصعيد المحلي ، يمكن اقتراح بعض الموضوعات التي يمكن دراستها في هذا المقام:

❖ أثر الدعم الأسري في تخفيف الضغوط النفسية لدى الأمهات المقبلات علي عملية الولادة

❖ فعالية تصميم برنامج إرشادي مقترح للأمهات المقبلات علي عملية الولادة.

❖ إجراء دراسة للخصائص النفسية والاجتماعية و الديموغرافية للأمهات المقبلات علي عملية الولادة .

❖ عمل مزيد من الدراسات عن التكيف عند الأمهات المقبلات علي عملية الولادة

❖ دراسة البناء النفسي للام الحامل وفي ضوء بعض المتغيرات .

المراجع

- المراجع العربية
- المراجع الأجنبية

قائمة المصادر و المراجع

المراجع والمصادر العربية

أولاً : القرآن الكريم

ثانياً : المصادر العربية

- 1- إبراهيم ، وآخرون (1973) : المعجم الوسيط ، ط2، دار المعارف، القاهرة.مصر
- 2- ابن كثير ، إسماعيل (د. ت). تفسير القرآن الكريم ، جزء (7) ، دار إحياء التراث، بيروت.
- 3- ابن منظور ، محمد بن مكرم (د. ت) . لسان العرب ، دار المعارف، القاهرة.
- 4- أبو مصطفى، نظمي (1998): دراسة مقارنة لسمات الشخصية بين أبناء البدو والحضر في البيئة الفلسطينية ، مجلة مستقبل التربية العربية . القاهرة .
- 5- أبو المعاطي ، الرحاب (2001) : الدراسات الوراثية لتشوهات الجهاز العصبي ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة القاهرة .
- 6- أبو هين ، فضل (1988): القلق لدي الأطفال الفلسطينيين في غزة "دراسة مقارنة بين المواطنين واللاجئين". رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة عين شمس .
- 7- أحمد ، سهير ، (1991) : قلق الشباب دراسة عبر حضارية في المجتمعين المصري والسعودي. مجلة دراسات نفسية ، عدد (3)، ص387-414.
- 8- اسبخلر، وآخرون (1996) : هاريسون، مبادئ الطب الباطني ، مكتبة دار المعلقة الجامعية، دمشق .
- 9- الأغا ، إحسان (1997) : البحث التربوي عناصره مناهجه أدواته ، ط2، مطبعة مقداد، غزة. فلسطين
- 10- جاكوبسون ، جودي (1993): صحة المرأة في فترة الإنجاب ، ترجمة احمد عبد الله، الجمعية المصرية لنشر المعرفة والثقافة العالمية، القاهرة .
- 11- حامد، حامد (1996) :الآيات العجاب في رحلة الإنجاب ، ط1، دار القلم ، بيروت .
- 12- حافظ ، نوزت (2003): رعاية الأم والطفل . ط1 ، جامعة دمشق ، دمشق.
- 13- حبيب، مجدي (1991): القلق العام والخاص ، دراسة عامليه لاختبارات القلق، المؤتمر السابع لعلم النفس ، جامعة عين شمس 2-4 سبتمبر، ص15-32.

- 14- حجازي، عائشة بنت علي (2003): فروق أعراض القلق و الاكتئاب و المخاوف المرضية لدى الأطفال (6-12) سنة و المصابين ببعض الأمراض النفسية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، قسم علم النفس، جامعة الملك سعود .
- 15 - حداد، عفاف (1995): سمة القلق وعلاقتها بمستوي الدعم الاجتماعي. مجلة دراسات العلوم الإنسانية ، مجلد 22 (أ) عدد2.
- 16- حنفي، قدرى (1980): المقياس النفسي ، جي جي لطباعة الاوفست ، مكتبة الانجلو مصرية ، القاهرة .
- 17- دسوقي ، كمال (1974): علم النفس ودراسة التوافق ، ط2 ، دار النهضة ، بيروت.
- 18- الدسوقي ، مجدي (1997): مقياس القلق للمراهقين . مجلة الإرشاد النفسي، عدد (7).
- 19- دياب ، سهيل (2003): مناهج البحث العلمي ، أدواته وأساليبه ، مكتبة آفاق، غزة. فلسطين
- 20- رضوان، فوقية (1991): المكونات الإدراكية للقلق الموضوعي . المؤتمر السابع لعلم النفس ، جامعة عين شمس 2-4 سبتمبر .
- 21- رفعت ، محمد (1988): قاموس الرجل الطبي ، دار مكتبة الهلال للطباعة والنشر: بيروت.
- 22- روحية ، أمين (1986): المرأة في سن الإخصاب و سن اليأس ،بيروت .
- 23- روس ، هيلين (1986): مخاوف الأطفال ، كيف نفهم الأطفال ، ترجمة محمد خيرى، الطبعة الرابعة ، القاهرة .
- 24- الزعبي ، أحمد (1997): مستوي القلق كحالة وكسمة لدي طلبة جامعة صنعاء ، مجلة البحوث التربوية بجامعة قطر ، عدد (12)، ص105-128 .
- 25- الزهراء ، فاطمة (2005): سيكولوجية الولادة ، ط1، مكتبة جزيرة الورد، القاهرة.
- 26- زهران ، حامد (1982): الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط2، عالم الكتب، القاهرة.
- 27- سرحان ، وليد (1999): القلق النفسي . مجلة الشريعة، عدد (399).
- 28- السباعي، زهير و عبد الرحيم، شيخ إدريس (1995): القلق كيف نتخلص منه ، دار القلم، دمشق.

- 29- شارلز ، شيفر وميلمان ، هوارد (1989): **مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها**، (ترجمة فسيحة داود ونزيه حمدي) ، منشورات الجامعة الأردنية ، عمان.
- 30- الشرقاوي، حسن(1983): **الطب النفسي النبوي**، دار المطبوعات الجديدة، الإسكندرية.
- 31- الشريف ، عدنان (1987) : **علم النفس القرآني** ، ط1 ، بيروت ، دار العلم للملايين.
- 32- الصبوة ، محمد (1994): **التفكير التجريدي والإبداعي لدى مرتفعي القلق ومنخفضيه** من طلاب الجامعة . **المجلة المصرية للدراسات النفسية** ، عدد (8)، ص17-45.
- 33- الصفتي ، مصطفى (1995): **قلق الامتحان وعلاقته بدافعية الإنجاز لدى عينات من طلاب المرحلة الثانوية العامة في جمهورية مصر العربية ودولة الإمارات العربية المتحدة . مجلة دراسات نفسية** ، مجلد 5 ، عدد (1) ، ص71-101.
- 34- صلاح الدين و نجيب (2001): **الموجات فوق الصوتية و التغيرات في دوبلر الشريان الرحمي في التنبؤ بمرض ارتفاع ضغط الدم المصاحب للحمل و تأثير جرعات منخفضة من الأسبرين** ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة القاهرة .
- 35- عبد الباقي ، سلوى (1993): **مسببات القلق خبرات الماضي و الحاضر و مخاوف المستقبل . مجلة دراسات تربوية** ، مجلد 8 عدد (58)، ص120-145.
- 36- عبد الغفار، عبد السلام (1976): **مقدمة الصحة النفسية** ، دار النهضة العربية، القاهرة.
- 37- عبد الواحد، محيي الدين (د.ت). **دع القلق واستعن بالله** ، دار أسامة للنشر والتوزيع، الرياض.
- 38- عكاشة، أحمد (1998): **الطب النفسي المعاصر**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- 39- عبد الخالق، أحمد محمد (1983): **الأبعاد السياسية للشخصية**، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- 40- العليبي . احمد (1987): **مشاكل الحمل**، دار المعارف، القاهرة .
- 41- العيسي ، رائدة (2004): **الحمل والولادة العناية بالمرأة الحامل** ، رسالة ماجستير منشورة ، المكتبة الوطنية ، عمان.
- 42- الغريب، رمزية (1981): **التقويم والقياس النفسي والتربوي**، مكتبة الانجلومصرية، القاهرة.

- 43- الغندور، محمد (1999): أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة ، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي (جودة الحياة) . جامعة عين شمس. القاهرة.
- 44- الفرماوي، عبد العزيز (1999): جودة الحياة في جوهر الإنسان ، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي (جودة الحياة) . جامعة عين شمس .القاهرة.
- 45- فرويد ، سيجموند (1983) :الكف والعرض والقلق ، (ترجمة محمد نجاتي)، ط4. دار الشروق ، القاهرة .
- 46- فضة ، وآخرون (2002): العناية التمريضية السريرية ، أمراض النساء والتوليد ط1 . دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ،عمان .
- 47- فكيرة ، فريدة (2001): الاتجاهات الحالية نحو الزواج والإنجاب في المجتمع الحضري دراسة تطبيقية علي مدينة جدة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الأمير نايف . السعودية .
- 48- فهمي، مصطفى (1976): الصحة النفسية دراسات في سيكولوجية التكيف، مكتبة الخانجي، القاهرة.
- 49- الفيومي، محمد(1985): القلق الإنساني، مصادره، تياراته، التدن كعلاج له، ط3 دار الفكر العربي، القاهرة.
- 50- كفاي ، علاء (1990) : الصحة النفسية ، ط3 ، هجر للطباعة والنشر. القاهرة.
- 51- مجلة المنطلق، (1398هـ-): القلق في حياة العاملين للإسلام والموقف الرسالي المطلوب ، عدد 2 .
- 52- القريظي، عبد المطلب (1998): في الصحة النفسية ، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 53- القشيش ، هبة (1991): سمة القلق وعلاقتها بالبيئة الاجتماعية . رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة المنيا ، جمهورية مصر العربية .
- 54- محفوظ ، سامية (1989) : رؤية الشباب لبعض القضايا الاجتماعية المعاصرة دراسة استطلاعية ، مجلة علم النفس ، العدد (211) ، الهيئة المصرية العامة للكتاب القاهرة.ص82-115.
- 55- محمد ، عبد الصبور ، (1988): دراسة العلاقة بين مستوى القلق بين تلاميذ الحلقة الثانية في التعليم الأساسي وبعض متغيرات البيئة المدرسية، رسالة ماجستير غير منشورة . كلية التربية ، جامعة قناة السويس ، مصر.
- 56- مرسي ، كمال (1978): القلق وعلاقته بالشخصية في مرحلة المراهقة ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة الرياض، السعودية ، ص329-351.

- 57- المطوع ، عبد العزيز (1999): برنامج تحسين الجودة في الأداء الفني للمرشد المدرسي ، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، القاهرة.
- 58- منسي ، وآخرون (1986): مرحلة ما قبل الميلاد، منشأة المعارف، الإسكندرية.
- 59- منسي، حسن (1988): الصحة النفسية ، دارة الكندي للنشر و التوزيع .
- 60- النبال، مایسة (1991): الفروق في كل من حالة القلق وقلق الموت قبل إجراء الجراحية وبعدها. مجلة دراسات نفسية ، مجلد 1 عدد (1). ص 37-53.
- 61- هارفي . ديفيد (1999): الحياة الجديدة ، الحمل والولادة ، ترجمة إسماعيل كيوان ، دار علاء الدين للنشر والتوزيع: دمشق.
- 62- الهواري ، ماهر والشناوي ، محمد (1987): مقياس الاتجاه الاختبارات ، مجلة رسالة الخليج العربي ، عدد (22) .
- 63- _____ (2003): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة، مصر.

ثانياً المراجع الأجنبية :-

- 1-Angelique C. Demoncada, Michael Feuerstein,(2006): **Psychological Interventions For Depression, Anxiety, And Quality Of Life In Cancer Survivors , Meta-Analysis**, Intl'l. J. Psychiatry In Medicine, Vol. 36(1) 13-34, 2006.
- 2- Beischer,Na.&others (1997) : **Obstetric & The Newborn** ,3rd edition ,London .W.B.Sauders CompanyLtd.
- 3- Berlim,M.T.,& Fleck,M.P.(2003) : " **Quality Of Life**": **abrand new concept for research and practice in psychiatry** . Revista Brasileirs de Psiquiatria,25(4),249-52.
- 4- Bowling,A.(1997) : **Measuring Health: A Review Of. Quality Of Life Measurement Scales**. Philadelphia, Open University Press.
- 5- Bruggenjurgan B,& Others (2002). **Differences in quality of life in alternative strategies of delivery**, Technol Assess Health Care Meet. 2002; 18:
- 6-Cassem, N. (1991). **Handbook of General hospital psychiatry**, 3rd edition, United States of America: Mosbey company.
- 7-Chamnberlain.Goeffery, Morgan.Margery.(2002) .**ABC Of Antenatal Care**, fourth edition ,London.BMJ Books
- 8- Chamberlain ,Geoffrey(2001).**Turnbulls Obstetrics**,3rd edition, United States of America: Harcourt Publishers Limited .
- 9-Cunninham,Gary.& others(2001).**Willimas Obstetric**, 21st edition, United States of America :Megraw.Hill . Medical Publishing Division.
- 10-Coulter,D. (1990). **Home is the place: Quality of life for young children with developmental disabilities** .Center for Health Promotion, University of Toronto , Toronto ,Canada
- 11- Dayan, C. Creveuil, ,& Others (2002). **Role of Anxiety and [The Johns](#) Depression in the Onset of Spontaneous Preterm Labor**, ,American [Hopkins University School of Hygiene and Public Health](#) Journal of Epidemiology Vol. 155, No. 4 : 293-301

12-Decherney,Aaln.,Nothan.,Lauren.(2003).**Current Obstetric &Gynecologic Diagnosis&Treatment**,9th edition, United States of America: a Lange medical book.

13-Fowlie,M.,Berkeley,J.,&Dingwall-Fordyce,I,(1989). **Quality Of Life In The Advanced Cancer**: the benefits of asking the patients. Palliative Medicine,3,55-59.

14- Georgina Jones &Others (2006). **Measuring quality of life in women with endometriosis: tests of data quality**, School of Health and Related Research (ScHARR), University of Sheffield, Sheffield Health Services Research Unit, Department of Public Health and Primary Care, University of Oxford, UK

15-Gerber SE,& Others(2000). **Maternal Quality of Life in the First Year Following Delivery: Development of a New Assessment Tool**, Institute for Health Services Research and Policy Studies; Department of Obstetrics and Gynecolgy, Northwestern University.

16-Green,L.,& Kreuter,M,(1991). **Health Promotion Planning**. Toronto ,Canada.

17- Jeong-Jo Jeong, ,& Others(2008). **Chronic gastrointestinal symptoms and quality of life in the Korean population**, World Journal of Gastroenterology, World J Gastroenterol 2008 November 7; 14(41).

18- King,C.,&Hinds,P.(1996) **Quality Of Life From Nursing and Patients Prospective** , Jones and Bartlett Publishers, Canada.

19-Manuel,D., &Schultz,s.(2004). **Health Related Quality of life and health- Adjusted Life Expectancy of People with Diabetes in Ontario,1996-1997**.Diabetes Care,27.407-414.

20- *Mauro V. Mendlowicz, M.D., and Murray B. Stein(1999). **Quality of Life in Individuals With Anxiety Disorders**, Department of Psychiatry, University of California .San Diego.*

21-McDowell,I.,& Newell,C.(1987). **Measuring Health**, New York: Oxford University.

22-PERKIN M. R. , BLAND J. M.(1992). **The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications.** Department of Public Health Sciences, St George's Hospital Medical School, London .

23- Rapheal,D.,Brown,I. Renwick,R.,&Rootman,I.(1996).**Quality –1 Of Life Indicator and Health: Current Status and Emerging Conceptions.** Center for Health Promotion ,University of Toronto, Canada.

24- Rootman,I., & Others (1992) . **Development of an approach and instrument package for measure quality of life of persons with developmental disabilities ,** Toronto: Center of health promotion.

25- Rubin, Richerd.(2000). **diabetes quality of life ,**biabetes spectrum , volume 13 number ,(p21) Looksmart.com.looksmart Ltd,USA .

26- Schipper,H., Clinch,J.,&Powell ,V.(1990) **Definitions and conceptual issues .** In B.spilker(Ed) Quality Of Life In Clinical Trials.New York: Raven.

27-Scott,Ronads S., & O others(2003). **Danforths Obstetric And Gynecology ,** 9th edition , United States of America :Lippicott Williams &Wilkin Publishers.

28- Sigridur ,Halldorsdottir.& Others (1996). **Journeying through labour and delivery: perceptions of women who have given birth,**University of Akureyri, [wifery. Volume 12, Issue 2](#), 1996, 48-61.

29-Simpsons & Others. (2002).**Obstetric- Normal &Problem Pregnancies,** 4th edition , United States of America:Churchil Livingstotne Inc.

30-Smith,K,W., & Others (1999) **Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research:** ameta- analysis . quality of life research,8(5).

31-Snock, Frank,J., (2000). **in quality of life a closer look at measuring pateit will being ,** diabetes spectrum, 13.(24).

32-Townsend,Mary C.,(2002).**Psychiatric Mental Health Nursing**,2nd edition, , United States of America:F.A.Davis Company.
15-Word Health Organization, WHO (1998), **Word Health Report 1998: life in the 21st century**: A Vision for All , WHO, Geneva.

33-Trief,P., & Others(1999). **Impact of the work environment on glycemic control and adaptation to diabetes**, Diabetes Care.22.569-574.

34-V.Ruth Bennett, Linda K Brown (1999).**Myles Textbook For Midwives**, Thirteen edition, United States of America: Mosbey company

35-Watkins,K,W., & Others (2000).**Effect of adults" self – regulation of diabetes on quality-of-life outcomes** ,Diabetes Care.23.

36- Wing Cheung MN,& Others (2006). **Maternal anxiety and feelings of control during labour: A study of Chinese first-time pregnant women**, Obstetrics and Gynecological Department, Prince of Wales Hospital, Hong Kong .

37-Word Health Organization, WHO (1998), **Word Health Report 1998: life in the 21st century**: A Vision for All , WHO, Geneva

38-(Renwick,2002/www.utoronto.ca/qol)

39-([net,www.montada.com](http://net.www.montada.com) ,2008)

.

الملاحق

ملحق رقم (1)

قائمة بأسماء المحكمين لاختبار قلق وجودة الحياة

- 1- أ.د / نظمي أبو مصطفى - جامعة الأقصى
- 2- د. / بسام أبو حمد- جامعة القدس (أبو ديس)
- 3- د. / سمير قوتة- الجامعة الإسلامية
- 4- د. / عبد الرازق الكرد - جامعة الأزهر
- 5- د./ عبد الكريم رضوان - الجامعة الإسلامية
- 6- د. / محمد عسليّة- جامعة الأقصى
- 7- د. / وليد عفانة - جامعة الأزهر
- 8- د. / يحيى عابد - جامعة القدس (أبو ديس)

ملحق رقم (2) الاستبانة

نموذج موافقة

عزيزتى الأم

إنه من دواعي فخري وابتهاجي العميقين أن أتقدم إليك بالمشاركة في بحثي هذا ، حيث إن دراسة البحث تهدف بالدرجة الأولى إلى الكشف عن مدى تأثير القلق على عملية الولادة لدي الأمهات ومدى علاقة قلق الولادة بجودة الحياة بالنسبة للأم .

علاوة على ذلك تهدف الدراسة إلى صياغة توصيات تساهم في تحسين الأوضاع الخاصة بالأمهات الحوامل.

أختي المشاركة : المعلومات المستقاة من هذا الاستبيان سينظر إليها نظرة سرية تامة ، بالتالي فإن جميع المعلومات الخاصة بالبحث سيتم معالجتها علمياً بغرض البحث العلمي فقط ، وستقدم وتشرح بشكل جداول وأعداد ونسب مئوية بدون أي أسماء تذكر . كذلك لك الحق الكامل في المشاركة أو الرفض أو الانسحاب من هذه الدراسة في أي وقت تشائين فأرجو منك المشاركة وتعبئة الاستبانة الموجودة بين يديك.

مع تمنياتي لك بالسلامة التامة

الطالب : صالح إسماعيل الهمص

جوال : 0599527667

أولاً : معلومات تتعلق بالأسرة

عمر الأم : _____ عام

عدد ولادات الأم : _____

نوع الأسرة : أسرة نووية (بيت مستقل) أسرة ممتدة (مع العائلة)

المؤهل العلمي للأم: ابتدائي إعدادي ثانوي

دبلوم متوسط بكالوريوس اعلي من بكالوريوس

عمل الأم : أم عاملة ربة بيت

طبيعة الحمل : حمل طبيعي تلقيح صناعي (مجهري)

هل لديك مشكلة ارتفاع السكر أثناء الحمل؟ نعم لا

هل لديك مشكلة ارتفاع الضغط أثناء الحمل؟ نعم لا

هل لديك معرفة سابقة بجنس الجنين أثناء الحمل؟ نعم لا

ثانياً : استبانة قياس القلق

أمامك اختبار يهدف إلى التعرف على مستوى القلق وعلاقته بعملية الولادة .

ملاحظة : الرجاء وضع علامة (✓) أسفل دائماً أو أحياناً أو نادراً بما يتفق مع مشاعرك

الحقيقية دون ترك أي سؤال بدون إجابة حيث إنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة .

م.	الفقرة	بصورة كبيرة	بصورة متوسطة	بصورة قليلة
البعد الأول "الأعراض الفسيولوجية (الجسدية) لنقل الولادة				
1.	أشعر بضيق في التنفس .			
2.	أشعر بجفاف في الفم والحنك .			
3.	أشعر بزيادة في ضربات القلب.			
4.	أشعر ببرودة في اليدين .			

م	الفقرة	بصورة كبيرة	بصورة متوسطة	بصورة قليلة
5.	أشعر ببرودة في القدمين .			
6.	أعاني من الإمساك بشكل مستمر .			
7.	أعاني من اضطرابات في الهضم .			
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 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 الامينوسي المحيط بالجنين .			
20.	أشعر بالقلق من نزول الجنين بالمقعدة .			
21.	أتصبب عرقا بسبب التوتر .			
22.	أصاب بالهلع من تدهور صحي .			
23.	أفقد القدرة علي التركيز .			
24.	أشعر بعدم الراحة .			
25.	قدرتي على التركيز ضعيفة .			
26.	أخاف من المستقبل .			
27.	أشعر أن أعصابي مشدودة .			

م	الفقرة	بصورة كبيرة	بصورة متوسطة	بصورة قليلة
28.	تنتابني الأحلام المزعجة في النوم .			
29.	أشعر بالتوتر والارتباك لأدني سبب .			
30.	أشعر بأن نومي متقطع ومضطرب .			
31.	أخاف من المجهول .			

ثالثا : استبانة جودة الحياة

هذا الاختبار يهدف إلى معرفة تقييمك لجودة الحياة التي تعيشينها ،

ملاحظة ويتضمن هذا الجزء معلومات تتعلق بتقييمك لجودة الحياة التي تعيشينها ، وتحتوي (15) ، بحيث تحتوي كل فقرة على إجابات متدرجة ، الرجاء وضع علامة بما يتفق مع مشاعرك الحقيقية دون ترك أي سؤال بدون إجابة حيث إنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة وإذا لم تكوني متأكدة من إجابة سؤال الرجاء اختيار الإجابة التي ترين أنها اقرب إلي وجهة نظرك.

• الأسئلة التالية هي للسؤال عن الشعور بالرضي عن بعض جوانب الحياة

م.	الفقرة	غير راضية إطلاقا	غير راضية	لا راضية ولا مستاءة	راضية	راضية جدا
1.	كيف تقيمين نوعية الحياة الخاصة بك .	1	2	3	4	5
2.	مدى رضاك عن وضعك الصحي.	1	2	3	4	5
3.	مدى رضاك عن نومك .	1	2	3	4	5
4.	مدى رضاك عن قدرتك علي أداء وظائفك اليومية .	1	2	3	4	5
5.	مدى رضاك عن قدرتك على أداء العمل .	1	2	3	4	5
6.	مدى رضاك عن علاقتك الشخصية .	1	2	3	4	5

5	4	3	2	1	7. مدى رضاك عن الدعم المقدم لك من قبل العائلة .
5	4	3	2	1	8. مدى رضاك عن ظروف المعيشية التي تعيشينها .

• الأسئلة التالية عبارة عن قياس تجربتك بالنسبة لأشياء حدثت معك

ملاحظة : يتضمن هذا الجزء معلومات تتعلق بتقييمك لجودة الحياة التي تعيشينها ، حيث تحتوي كل فقرة علي إجابات متدرجة ، الرجاء وضع علامة بما يتفق مع مشاعرك الحقيقية دون ترك أي سؤال بدون إجابة حيث أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة وإذا لم تكوني متأكدة من إجابة سؤال الرجاء اختيار الإجابة التي ترين أنها اقرب إلي وجهة نظرك.

م .	الفقرة	ليس لدي على الاطلاق	قليلا	بصورة متوسطة	كثيرة	بصورة مبالغ فيها
9.	إلى أي مدى تستمتعين بالحياة .	1	2	3	4	5
10.	إلى أي مدى تشعرين أن حياتك ذات معنى .	1	2	3	4	5
11.	إلى أي مدى لديك القدرة على التركيز .	1	2	3	4	5
12.	إلى أي مدى تشعرين أن حياتك اليومية آمنة .	1	2	3	4	5
13.	إلى أي مدى بيئتك مناسبة من ناحية صحية .	1	2	3	4	5
14.	هل لديك المال لتوفير حاجاتك .	1	2	3	4	5
15.	هل لديك طاقة كافية للقيام بوظائفك الحياتية اليومية .	1	2	3	4	5

اسم المستشفى : الهلال الإماراتي - رفح مستشفى مبارك - خانيونس

Abstract

This study tackles Labor anxiety and its relationship with life quality of mothers live in southern governorate of Gaza strip .The study exposes a new topic that was not discussed before, especially in the local surrounding. Moreover, it deals with mothers who is giving birth soon . The study sample was randomly chosen among mothers were being treated, From 20-10-2009 t0 30-10-2009 , in labor and delivery unit at UAE Red Crescent hospital in Rafah and Mubarak hospital in Khan Yunis . The sample consists of 203 mothers divided into two parts . The first part include 82 mothers, from UAE Crescent and it represents 40%. The second one consists of 121 , from Mubarak hospital and it represents 60%. Meanwhile ,the total number of study sample was 1141 mothers.

The main question was" **What is the relation between labor anxiety and quality of life of the mothers in the southern governorates of Gaza strip?"**

Many minor questions emerged related to variables such as : age , number of delivers, family type, qualification, pregnancy , gestational diabetes, gestational hypertension , predicting baby gender.

To fulfill study objectives, the researcher prepared Labor Anxiety test, quality of life test to be applied on study sample .He also used many statistical methods as:

Statistics

- 1-Chi-Square Test
- 2- T . test
- 3- Pearson's correlation coefficient
- 4-Freqencies and percentages
- 5- One Way Anova
- 6-Arithmetic Mean

Results of the study:

The study finds that most anxiety levels are existed at nuclear families , and families that mothers live at a significant effect on the physiological status before delivering, beside residence place, it is noticed that pregnant mother loses these aspects in the nuclear family , where anxiety increases and physiological support deceases.

The study supports the following assumptions:

1. There are no statistical dissimilarities between labor anxiety and mothers age on one hand , and the number of deliveries , academic qualification , healthy mother , mothers job, gestational diabetes, gestational hypertension , predicting baby gender.
2. There are statistical dissimilarities between labor anxiety and type of family .

Islamic University – Gaza
Dean Of Higher Studies
Faculty Of Education
Psychology Department

**labour anxiety of the mothers in the south governorates of
Gaza strip and its relation to the quality of life**

Thesis submitted for Master Degree

**By
Saleh Esmail El-Hams**

Supervisor

Jameel Hassan El-Tahrawi Abed Fattah A . El-Hams

**Thesis submitted to Faculty of Education in the Islam University for
the Master Degree in Psychology**

April 2010