عمادة الدّراسات العليا
جامعة القدس

اكتئاب ما بعد الولادة وعلاقته بكفاءة الدور الأمومي لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة

مجد عبد الإله حمّامي

رسالة ماجستير

القدس– فلسطين

1446 هـ / 2025 م

اكتئاب ما بعد الولادة وعلاقته بكفاءة الدور الأمومي لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة

إعداد:

مجد عبد الإله حمّامي

بكالوريوس علم نفس / تخصّص فرعي علم اجتماع – جامعة بيرزيت / فلسطين

المشرفة: الدّكتورة نجاح محمود الخطيب

قدّمت هذه الرّسالة استكمالًا لمتطلّبات درجة الماجستير في الصّحّة النّفسيّة المجتمعيّة – مسار العلاج النّفسيّ / كليّة الصّحّة العامّة / جامعة القدس.

1446هـ / 2025 م

جامعة القدس

عمادة الدّراسات العليا

برنامج الصّحّة النّفسيّة المجتمعيّة

إجازة الرّسالة

اكتئاب ما بعد الولادة وعلاقته بكفاءة الدور الأمومي لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة

اسم الطّالبة: مجد عبد الإله عبد الرّحيم حمّامي

الرّقم الجامعيّ: 22110041

المشرفة: الدّكتورة نجاح محمود الخطيب

نوقشت هذه الرّسالة وأجيزت بتاريخ: 15\1\2025 من لجنة المناقشة المدرجة أسماءهم وتواقيعهم:

1. رئيس لجنة المناقشة: د. نجاح محمود الخطيب التّوقيع:
2. ممتحنًا داخليًّا: د. سهير الصباح التّوقيع:
3. ممتحنًا خارجيًا: د. نبيل الجندي التّوقيع:

القدس/ فلسطين

1446هـ /2025

الإهداء

إلى نساء وأمّهات فلسطين، إلى أصواتهنّ وآلامهنّ، أنتنّ اللّائي تزرعن الأمل في قلوبنا، وتحملن في أرواحكنّ أروع دروس الصّبر والحبّ والعطاء. إلى كلّ امرأة فلسطينيّة تحيك بأناملها خيوطًا من الأمل، وتروي لنا بقلبها حكايات من الصّـــمود، وتعانق وطنًا بكل حبّ رغم كلّ الآلام. أنتِ نبض الأرض ووجدانها، وفي عيونك تشرق شمس الحرّية.

إلى بلادي فلسطين، إلى كلّ شجرة زيتون تضرب في الأرض جذورها بعزم وقوّة، أنتِ جذوة الأمل في كلّ وقت وحين.

إلى نفسي، الطّموحة المثابرة الّتي لم تستلم يومًا، والّتي صنعت من كلّ الصّعوبات جسرًا للنّجاح، ومن كلّ ألمٍ فرصة للنّموّ.

إلى أمّي، بدعمك وتضحياتك، ستبقين مصدرًا لقوّتي وإلهامي.

إلى أبي، من دعمني منذ بداية الطّريق ولم يتوانى لحظة عن الوقوف بجانبي في السّعي وراء أحلامي.

إلى زوجي، الّذي كان رفيقي في هذا الطّريق، وداعمًا لي في كلّ خطوة. بكَ أزداد قوّة، وبوجودك تحقّقت الكثير من الطّموحات. شكراً لكونك دائمًا سبيلي نحو الاستقرار والنّجاح.

إلى أطفالي، إبراهيم وآســـية والجنين الّذي فقدته نور، يا مهجة قلبي وقرّة عينيّ، يا من أرى بأعينكم العالم بأبهى حلّة. أهديكم بفخر كلّ لحظة إنجاز ونجاح.

الباحثة

مجد عبد الإله عبد الرّحيم حمّامي

الإقرار

أقرّ أنا معدّة الرّسالة بأنّها قُدّمت لجامعة القدس، لنيل درجة الماجستير في تخصّص الصّحّة النّفسيّة المجتمعيّة / مسار العلاج النّفسيّ، وأنّها نتيجة أبحاثي الخاصّة باستثناء ما تمّ الإشارة له حيثما ورد، وأنّ هذه الرّسالة أو أيّ جزء منها لم يُقدّم لنيل أيّة درجة عليا لأيّة جامعة أو معهد آخر.

التّوقيع:

الاسم: مجد عبد الإله عبد الرّحيم حمّامي

التّاريخ: 15\1\2025

الشّكر والعرفان

الحمد والشّكر أوّلًا لله عزّ وجلّ الّذي رزقني هذا العلم ومنحني القوّة والإرادة والصّبر لإتمام هذا العمل، فلولا توفيقه عزّ وجلّ ما استطعت الوصول إلى هذه اللّحظة. فكلّ نجاح وتقدّم هو فضل منه تعالى ورحمة.

ثمّ أتوجّه بأسمى آيات الشّكر والامتنان لكلّ من كان لهم الدَّوْر في إتمام هذا العمل، وأخصّ بالذّكر الدّكتورة نجاح الخطيب الّتي أشرفت على رسالتي بكلّ إخلاص، والّتي منحتني من وقتها وجهدها وعلمها وخبرتها وملاحظاتها لإتمام العمل على هذه الرّسالة بكلّ إتقان.

إلى أساتذتي الأفاضل الّذين رافقوني في مسيرتي الأكاديميّة. الدّكتورة نجاح الخطيب، والدّكتورة منى احميد، والدّكتورة سهير الصّبّاح، والأستاذة لمى عودة، والدّكتور إياد الحلّاق، والدّكتور عفيف زيدان، شكرًا لكم على كلّ إرشادكم القيّمة ودعمكم المتواصل.

إلى الأمّهات اللّواتي كنّ جزءًا من عيّنة الدّراسة، أودّ أنْ أعبّر عن امتناني لهنّ على مشاركتهنّ في الدّراسة، وعلى شجاعتهنّ في مشاركة تجاربهنّ، وعلى عطائهنّ من وقتهنّ، فكنّ مصدر إلهام وإثراء لهذا البحث. لقد تشرّفت بالسّماح لي بالاستماع لكنّ والكتابة بقلمكنّ والتّحدّث بصوتكنّ.

إلى صديقاتي العزيزات، اللّاتي وقفن إلى جانبي في مختلف اللّحظات، دعمكنّ كان القوّة الّتي مكّنتني من تخطّي التّحدّيات. شكرًا لكلّ كلمة تشجيع، وكلّ لحظة استماع، وكلّ ابتسامة تذكّرني بأنني لم أكن وحدي في هذا الطّريق.

وأخيرًا، أودّ أنْ أتقدّم بخالص الشّكر للأساتذة أعضاء لجنة المناقشة والتّحكيم الّذين تفضّلوا بمراجعة رسالتي بعين فاحصة، وأسهموا بنقدهم البنّاء وإشارتهم القيّمة الّتي ساعدت في تحسين هذا العمل العلميّ. شكرًا لوقتكم وجهدكم، الّذي أضاف للبحث أبعادًا جديدة من التّفكير والتّحليل.

الباحثة

مجد عبد الإله عبد الرّحيم حمّامي

الملخص

هدفت الدّراسة إلى دراسة العلاقة الارتباطيّة بين اكتئاب ما بعد الولادة وكفاءة الدَّوْر الأموميّ لدى عيّنة من الأمّهات الفلسطينيّات اللّواتي أنجبن حديثًا واللّواتي يعشن في محافظة رام الله والبيرة. ولتحقيق أهداف الدّراسة استخدمت الباحثة المنهج الوصفيّ، والمقياسَيْن التّاليَيْن: مقياس إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة، ومقياس كفاءة الدَّوْر الأموميّ، وقد تمّ اختيار العيّنة بالطّريقة المتاحة.

بيّنت نتائج الدّراسة بأنّ 50.9%من المبحوثات لديهن مستوى اكتئاب منخفض، وأن 18.3% لديهنّ اكتئاب متوسّط، بينما 4.3% لديهنّ اكتئاب شديد. وجاء المتوسّط الحسابيّ للدّرجة الكلّيّة بقيمة 10.01 وانحراف معياريّ 4.974، ولمعرفة نسبة المبحوثات اللّواتي يحتجن لتدخّل علاجيّ نفسيّ أو دوائيّ تمّ التّأكّد من نقطة الحسم لمقياس الاكتئاب وهي 17، حيث تبين أن 11.2% لديهنّ اكتئاب ويحتجن إلى تدخّلات علاجية.

كما أظهرت النّتائج أنّ مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى المبحوثات جاءت بدرجة عالية، بأنّ المتوسّط الحسابيّ للدّرجة الكلّيّة 8.019 وانحراف معياري 1.40، وبنسبة مئوية 80% كما تبيّن وجود علاقة سلبيّة عكسيّة دالّة إحصائيًّا بين مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ واكتئاب ما بعد الولادة لدى المبحوثات، أي أنّه كلّما زاد مستوى اكتئاب ما بعد الولادة قلّل ذلك من مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى المبحوثات، والعكس صحيح، وكذلك للمجالات. كما وتوضّح النّتائج أنّ هناك فروق في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى المبحوثات يُعزى لمتغيّر الدّعم الأسريّ لصالح اللّواتي لم يتلقّيْن الدّعم الأسريّ، وفروق تُعزى لمتغيّر الرّغبة بالحمل الأخير لصالح اللّواتي لم يرغبن بالحمل الأخير، وفروق تُعزى لمتغيّر التّاريخ السّابق لاكتئاب ما بعد الولادة لصالح اللّواتي سبق وأن أصبن به من قبل، وفروق تُعزى لمتغيّر الاكتئاب اثناء الحمل لصالح اللّواتي حدث لهنّ أعراض اكتئاب أثناء الحمل. كما وتبيّن وجود فروق في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى المبحوثات يُعزى لمتغيّر التّعليم لصالح التّعليم الثّانويّ، وفروق تُعزى لمتغيّر الدّعم الأسريّ لصالح اللّواتي تلقَّيْن الدّعم الأسريّ، وفروق تُعزى لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة لصالح اللّواتي لم تحدث لهن مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة، وفروق تُعزى لمتغيّر التّثقيف الصّحّيّ لصالح اللّواتي حصلن على تثقيف صحّيّ.

وبناءً على نتائج الدّراسة توصي الباحثة بدمج الخدمات النّفسيّة في المراكز المتخصّصة في الرّعاية الصّحّيّة للأمّهات في فترة ما قبل وبعد الولادة، وكذلك بالاهتمام بالنّساء اللّواتي لديهنّ أعراض اكتئابيّة أثناء الحمل

وتقديم الدّعم لهنّ للتّقليل من احتماليّة ظهور أعراض الاكتئاب في فترة ما بعد الولادة، كما توصي الباحثة بالاهتمام بالتثقيف النفسي الوقائي للأمهات قبل الولادة وذلك فيما يتعلق بملاحظة أعراض اكتئاب ما بعد الولادة وكذلك فيما يتعلق بممارسة الدور الأمومي بكفاءة بجوانبه المختلفة.

الكلمات المفتاحيّة: الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ، اكتئاب ما بعد الولادة، أمّهات أنجبن حديثًا، محافظة رام الله والبيرة.

Postpartum Depression and Its Relationship with Maternal Role Attainment Among Recently Delivered Mothers in the Ramallah and Al-Bireh Governorate.

Prepared by: Majd Abed-Ellah Hamami

Supervisor: Dr. Najah AL-Khatib

Abstract

The study aimed to examine the correlational relationship between postpartum depression and maternal role Attainment among a sample of recently delivered Palestinian mothers living in the Ramallah and Al-Bireh Governorate. To achieve the study objectives, the researcher used the descriptive methodology and two scales: the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Maternal Role attainment Scale. The sample was selected through the convenience sampling method.

The results of the study showed that 50.9% of the respondents had a low level of depression, 18.3% had moderate depression, and 4.3% had severe depression. The overall mean score was 10.01 with a standard deviation of 4.974. To determine the percentage of respondents who required psychological or medical intervention, the cut-off point for the depression scale, which is 17, was used. It was found that 11.2% had depression and needed therapeutic interventions.

The results also showed that the level of maternal role attainment among the respondents was high, with an overall mean score of 8.019, a standard deviation of 1.40, and a percentage of 80%. There was a statistically significant negative inverse relationship between the level of maternal role competence and postpartum depression among the respondents. That is, the higher the level of postpartum depression, the lower the level of maternal role competence, and vice versa, and this applied to the subdomains as well. The results also indicated that there were differences in the mean levels of postpartum depression among respondents based on the variable of family support, in favor of those who did not receive family support; differences based on the variable of desire for the last pregnancy, in favor of those who did not desire it; differences based on the variable of previous history of postpartum depression, in favor of those who had it before; and differences based on the variable of depression during pregnancy, in favor of those who had symptoms of depression during pregnancy.

It was also found that there were differences in the mean levels of maternal role attainment among the respondents based on the variable of education, in favor of secondary education; differences based on the variable of family support, in favor of those who received family support; differences based on the occurrence of health complications during childbirth, in favor of those who did not experience such complications; and differences based on the variable of receiving health education, in favor of those who received it.

Based on the study results, the researcher recommends integrating psychological services in specialized healthcare centers for mothers during the prenatal and postnatal periods. Attention should also be paid to women who have depressive symptoms during pregnancy, and support should be provided to reduce the likelihood of postpartum depression. The researcher also recommends focusing on preventive psychological education for mothers before childbirth, particularly in terms of recognizing the symptoms of postpartum depression and in performing the maternal role competently across its various dimensions.

Keywords: Maternal Role attainment, Postpartum Depression, Recently Delivered Mothers, Ramallah and Al-Bireh Governorate.

الفصل الأوّل

خلفية الدراسة

1.1 مقدّمة

2.1 مشكلة الدّراسة

3.1 أهمّيّة الدّراسة

4.1 أهداف الدّراسة

5.1 أسئلة الدّراسة

6.1 حدود الدّراسة

7.1 مصطلحات الدّراسة

الفصل الأوّل

خلفية الدراسة

1.1 مقدّمة

تعدّ مرحلتا الحمل وما بعد الولادة من المراحل الانتقاليّة الّتي تمرّ بها المرأة في حياتها، وعلى الرّغم من أنّهما تعتبران مرحلتين انتقاليّتَيْن طبيعيّتَيْن لدى الأمّهات إلّا أنّهما قد تشكّلان أزمة حقيقيّة لدى الكثير منهنّ، بما تحملانه من تغيّرات تختبرها الأمّ على أصعدة مختلفة، سواء على الصّعيد الجسديّ أو النّفسيّ أو العاطفيّ أو الاجتماعيّ أو المهنيّ أو الماليّ (شاهين واعمية، 2015) ،ويختلف أثر هذه التّغيّرات من أمّ لأخرى، فبعض الأمّهات يتكيّفن مع الحمل والأمومة، وأخريات قد تشكّل الأمومة لهنّ فرصة للنّموّ والازدهار، وأخريات لا يتمكَّنَّ من ذلك، فتتحوّل لديهنّ مشاعر السّعادة بالمولود إلى مشاعر ثقيلة وصعبة تبعًا لأسباب متداخلة مختلفة. يُعتبر تدنّي معرفة الأمّ بكيفيّة التّعامل مع هذه المشاعر أحد هذه الأسباب، كما أنّ معتقدات الأمّ ورؤيتها لنفسها وإيمانها وإمكانيّاتها وقدراتها، وأفكارها وتصوراتها الذاتية عن الأمومة وطبيعتها ومسؤوليّاتها ومهمّاتها تلعب دورًا هامًّا في سلوكيّات الأمّ ومدى توافقها النّفسيّ، بالإضافة لمدى الجاهزية النفسية لهذا التحول، وشبكة الدعم المتوفرة للأم. فقد تتطوّر هذه المشاعر أكثر لتصبح حالة مَرَضيّة تصيب الأمّ دون أن تدرك ذلك، فينتقل أثر هذه الحالة المَرَضيّة من الأمّ نفسها إلى مولودها وأسرتها، ممّا يستدعي الوقاية والتّشخيص والعلاج للتّخفيف من آثارها. ومن خلال تجربتي المهنية كعملي مختصة نفسية متخصصة بالصحة النفسية للأمهات في فترة ما حول الولادة، لمست الباحثة عن كثب حجم المعاناة الصامتة التي تعيشها العديد من الأمهات. مشاعر الذنب، الانهاك، وتضارب الأدوار لا تكون دائماً مرئية أو مفهومة من المحيطين، بل كثيراً تُقابل بالإنكار أو التبسيط. ومن هذه الحالات المرضيّة حالة اكتئاب ما بعد الولادة، الذي يظهر كظلٍ ثقيل على الأم الجديدة ويؤثر ليس فقط على تكيفها الشخصي، بل أيضاً على علاقتها بمولودها، وعلى كفاءتها في أداء دورها الأمومي.

وهو أحد الاضطرابات النّفسيّة الّتي تصيب واحدة من كلّ سبع نساء حسب الجمعيّة الأمريكيّة للطّبّ النّفسيّ APA.

دفعت الخبرات اليومية للباحثة، إضافة إلى جانب تجربتها كأم، للتوقف مطولاً عند سؤال مركزي ويتمثل في: " كيف تؤثر الحالة النفسية للأم بعد الولادة، وتحديداً اكتئاب ما بعد الولادة، على مدى شعورها بالكفاءة في ممارسة الدور الأمومي؟ " من هنا، جاءت هذه الدراسة كمحاولة علمية لفهم العلاقة الارتباطية بين اكتئاب ما بعد الولادة وكفاءة الدور الأمومي، ضمن سياق محلي فلسطيني غني بتحدياته وخصوصيته.

2.1 مشكلة الدّراسة

يُعتبَر اكتئاب ما بعد الولادة سببًا مُعيقًا أمام عمليّة تكوين علاقة صحّيّة بين الأمّ وطفلها؛ فينعكس ذلك على تقبّلها لدورها الأموميّ ومسؤوليّاتها المترتّبة عليه، ليس ذلك فحسب؛ بل قد يمتدّ إلى تطوّر الأمّ وازدهارها في جوانب حياتها المختلفة. ورغم هذا التّأثير لاكتئاب ما بعد الولادة على علاقة الأمّ بنفسها وعلاقتها بطفلها، إلّا أنّه لم يصنّف كاضطراب منفصل بل يتمّ تشخيصه كجزء من الاضطرابات المزاجيّة في الدّليل التّشخيصيّ للاضّطرابات العقليّة والنّفسيّة DSM-5، وحسب الجمعيّة الأمريكيّة لعلم النّفس فإنّ 6-3% من النّساء يعانين من الاكتئاب الشّديد، وتبدأ نوبات الاكتئاب المزاجيّة إمّا أثناء الحمل أو في الأسابيع أو الأشهر الّتي تلي الولادة وحسب الدّليل؛ فإنّ 50% من نوبات الاكتئاب تبدأ فعليًّا بعد الولادة (APA, 2013). كما يُعرّف اكتئاب ما بعد الولادة في التّصنيف الدّوليّ للأمراض الصّادر عن منظّمة الصّحّة العالميّة ICD-10، بأنّه اضطراب عقليّ وسلوكيّ مرتبط بالنّفاس (WHO, 2010). وتتراوح نسبة النّساء العربيّات المصابات باكتئاب ما بعد الولادة في محافظة القدس بين 21.9-25.5% (Shahwan,2011). أمّا في محافظة بيت لحم فتبلغ النّسبة 56.6% (شاهين واعمية، 2015)، أمّا في منطقة النّقب فتتراوح نسبة النّساء المصابات بهذا الاكتئاب بين 32.6-12.3% (الجنديّ وأبو مديغم، 2020). وتبلغ نسبة الإصابة به لدى الأمّهات السّعوديّات في المنطقة الغربيّة من المملكة العربيّة السّعوديّة 17.1% (الزّهراني، 2015). أمّا في مصر فتتراوح النسبة بين 36-14% (حمود، 2020). كما بلغت 35.6% لدى النّساء في لاغوس، نيجيريا (أديمو وآخرون، 2020)، وفي رسم خرائط الانتشار العالميّ لاكتئاب ما بعد الولادة، بلغت نسبة إصابة النّساء حول العالم بهذا النّوع من الاكتئاب 17.22% (Wang, Liy et, al., 2021). ورغم كلّ هذه المعطيات لم يحظ اكتئاب ما بعد الولادة بقدرٍ كافٍ من الاهتمام من قِبَل الباحثين مقارنة بالأبحاث والدّراسات الّتي ركّزت بشكل أساسيّ على دراسة تأثير المشكلات الّتي تعاني منها الأمّ على الطّفل نفسه بعيدًا عن الحالة النّفسيّة للأمّ وكفاءة

ممارستها لدَوْرها الأموميّ. لذا جاءت هذه الدّراسة لتبحث مدى تأثّر كفاءة الدَّوْر الأموميّ باكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات المقيمات في محافظة رام الله والبيرة، اللّواتي وَضعن حملهنّ، ويتابعن في مستشفيات ومراكز رعاية الأمومة والطّفولة، نظرًا لقلّة الدّراسات الّتي تقيّم وجود علاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة ومستوى أداء الأمّهات لدَوْرهنّ الأموميّ في محافظة رام الله والبيرة، بالإضافة إلى اهتمام الباحثة بالأمومة وماهيّتها، وما يتعلّق بالدَّوْر الأموميّ، وكذلك اهتمامها بالاضطرابات المزاجيّة الّتي تصيب الأمّ خلال الحمل وما بعد الولادة، وتحديدًا باضطراب اكتئاب ما بعد الولادة، وأسباب الإصابة به، ورغبتها الحثيثة في التّخصّص في علاجه. وقد أثّرت التّجربة الشّخصيّة للباحثة بكَوْنها أمًّا في محاولة فهم عالم الأمومة، كما ساعد على ذلك العمل مع الأمّهات على مدار السّنوات العشر الأخيرة.

3.1 أهميّة الدّراسة

تكمن أهمّيّة دراسة اكتئاب ما بعد الولادة والتّعرّف عليه، وبحث علاقته بكفاءة الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات في محافظة رام الله والبيرة، لاستكشاف مدى ارتباط أحد هذين المتغيّرين بالآخر، في محاولة لمساعدة الأمّهات على اكتشاف أعراض هذا الاكتئاب، والحدّ من تأثير تداعياته على تقبُّل دَوْرهنّ الأموميّ، ولمساعدتهنّ على بناء علاقة صحّيّة وآمنة بأطفالهنّ، مع الحفاظ على رعاية ذواتهنّ وحماية صحّتهنّ النّفسيّة. إذن، يمكن القول إنّ مبرّرات هذه الدّراسة هي:

- أنّ هذه الدّراسة هي الأولى من نوعها في المجتمع الفلسطينيّ حسب علم الباحثة، حيث لا توجد دراسات محليّة تناولت موضوع اضطراب اكتئاب ما بعد الولادة وكفاءة الدَّوْر الأموميّ وارتباط أحدهما بالآخر، فكانت هذه الدّراسة لإثراء الأدب النّظريّ والأبحاث العلميّة حول الموضوع.
- من النّاحية التّطبيقيّة؛ فإنّ تعرّض النّساء عمومًا والأمّهات بشكل خاصّ للاكتئاب لا يتمّ التّعامل معه على اعتبار أنّه مشكلة صحّيّة طبّيّة ونفسيّة تستدعي التّدخّل الوقائيّ والعلاجيّ في مجتمعنا؛ لذا جاءت هذه الدّراسة لتسليط الضّوء على الصّحّة النّفسيّة للأمّهات على وجه التّحديد.
- وضع خطط إرشاديّة وقائيّة وتدخّلات علاجيّة بالاستفادة من نتائج هذه الدّراسة، لمساعدة الأمّهات اللّواتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة، وإعطائهنّ الشّرعيّة للحديث عن معاناتهنّ، عبر برامج التّحضير الصّحّيّ والنّفسيّ للأمّهات، والجلسات الإرشاديّة والعلاجيّة الّتي تحتاج إليها الأمّهات عند التّخطيط للحمل، وخلال مرحلة الحمل، ومرحلة ما بعد الولادة.

4.1 الهدف العامّ من الدّراسة

الهدف العامّ هو دراسة العلاقة الارتباطيّة بين اكتئاب ما بعد الولادة وكفاءة الدَّوْر الأموميّ لدى عيّنة من الأمّهات الفلسطينيّات، اللّواتي أنجبن حديثًا، ويعشن في محافظة رام الله والبيرة.

5.1 أهداف الدّراسة

تهدف هذه الدّراسة إلى:

1 - فحص مدى انتشار اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة.

2 - فحص مستوى كفاءة الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة من وجهة نظرهنّ.

3 - فحص مدى وجود علاقة ارتباطيّة بين اكتئاب ما بعد الولادة وكفاءة الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة.

4 - فحص الفروقات في درجات عيّنة الدّراسة في مستوى انتشار اكتئاب ما بعد الولادة تبعًا للمتغيّرات (العمر، الحالة الاجتماعيّة، منطقة السّكن، عدد الأطفال، مستوى التّعليم، العمل، الدّعم الأسريّ، مدى الرّغبة بالحمل، التّاريخ المَرَضيّ لاضطراب اكتئاب ما بعد الولادة، مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل، مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة، أعراض اكتئاب الحمل، الحصول على التّثقيف الصّحّيّ).

5 - فحص الفروقات في درجات عيّنة الدّراسة في مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ تبعًا للمتغيّرات (العمر، الحالة الاجتماعيّة، منطقة السّكن، عدد الأطفال، مستوى التّعليم، العمل، الدّعم الأسريّ، مدى الرّغبة بالحمل، التّاريخ المَرَضيّ لاضطراب اكتئاب ما بعد الولادة، مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل، مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة، أعراض اكتئاب الحمل، الحصول على التّثقيف الصّحّيّ).

6.1 أسئلة الدّراسة

بناءً على مشكلة الدّراسة يتحدّد السّؤال الرّئيس التّالي: هل توجد علاقة ارتباطيّة ذات دلالة إحصائيّة بين اكتئاب ما بعد الولادة وكفاءة الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات في محافظة رام الله والبيرة؟

كما ستتناول الدّراسة الأسئلة التّالية:

1- ما مدى انتشـــار اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة؟

2- ما مدى كفاءة الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة من وجهة نظرهنّ؟

3- ما هي طبيعة العلاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة وكفاءة الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة؟

4- هل توجد فروقات في درجات عيّنة الدّراسة في مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تبعًا للمتغيّرات (العمر، الحالة الاجتماعيّة، منطقة السّكن، عدد الأطفال، مستوى التّعليم، العمل، الدّعم الأسريّ، مدى الرّغبة بالحمل، التّاريخ المَرَضيّ لاضطراب اكتئاب ما بعد الولادة، مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل، مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة، أعراض اكتئاب الحمل، الحصول على التّثقيف الصّحّيّ)؟

5- هل توجد فروقات في درجات عيّنة الدّراسة في مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تبعًا للمتغيّرات (العمر، الحالة الاجتماعيّة، منطقة السّكن، عدد الأطفال، مستوى التّعليم، العمل، الدّعم الأسريّ، مدى الرّغبة بالحمل، التّاريخ المَرَضيّ لاضطراب اكتئاب ما بعد الولادة، مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل، مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة، أعراض اكتئاب الحمل، الحصول على التّثقيف الصّحّيّ)؟

7.1 حدود الدّراسة

اقتصرت هذه الدّراسة على الموضوع الّذي تتناوله، وهو اكتئاب ما بعد الولادة وعلاقته بكفاءة الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات في محافظة رام الله والبيرة، بالاعتماد على المنهج الوصفيّ الارتباطيّ وأسلوب العيّنة المتاحة، كما سيتمّ تحديد تعميم نتائج الدّراسة بالمحدّدات الآتية:

- الحدود البشريّة: اقتصرت الدّراسة على الأمّهات في محافظة رام الله والبيرة اللّواتي تتراوح أعمارهنّ بين 18-45 عامًا وهنّ في سنّ الإنجاب، وأنجبن مرّةً واحدة على الأقلّ، ومضى على وضعهنّ حملهنّ فترة تتراوح بين 4 أسابيع إلى 6 أشهر.
- الحدود المكانيّة: تم تنفيذ هذه الدّراسة في محافظة رام الله والبيرة من خلال عيادات مستشفيات التّوليد، وعيادات جمعيّة تنظيم الأسرة، ومراكز رعاية الأمومة والطّفولة الخاصّة، ووكالة الغوث الّتي تقدّم خدمات رعاية الأمومة والطّفولة.
- الحدود الزّمانيّة: تم تطبيق هذه الدّراسة في العامّ 2024-2025

- الحدود المفاهيميّة: اقتصرت الدّراسة على المفاهيم والمصطلحات الواردة في هذه الدّراسة، والّتي تتضمّن مفهومي؛ اكتئاب ما بعد الولادة وكفاءة الدَّوْر الأموميّ.
- الحدود الإجرائيّة: اقتصرت الدّارسة على أدوات الدّراسة ودرجة صدقها وثباتها، وعلى عيّنة الدّراسة وخصائصها، والمعالجات الإحصائيّة المستخدمة.

8.1 مصطلحات الدّراسة

- اكتئاب ما بعد الولادة: هو نوبة اكتئاب شديدة تظهر خلال ٤ أسابيع من الولادة، وتتضمّن أعراضًا اكتئابيّةً تظهر مع بداية الفترة الّتي تلي الولادة، ولا يتمّ ذكر اكتئاب ما بعد الولادة في الدّليل التّشخيصيّ والإحصائيّ للاضطرابات العقليّة كاضطرابٍ منفصلٍ (APA, 2013).

وتعرّف الباحثة اكتئاب ما بعد الولادة إجرائيًّا بمجموع الدّرجات الّتي تحصل عليها المشارِكة في الدّراسة على مقياس إدنبرة المستخدم في الدّراسة الحاليّة.

- الأمومة: تعرّف ميرسير الأمومة بأنّها التزامٌ لمدى الحياة، يتطوّر بمرور الوقت وينطوي عليه تحوّل في مفهوم المرأة الذّاتيّ وهويّتها، بحيث لا يقتصر هذا التّحوّل على الفعل الفسيولوجيّ للولادة، بل يشمل الجوانب العاطفيّة والاجتماعيّة لتولّي دَوْر الأمّ.(Mercer, 1995)
- الدَّوْر الأموميّ: يُعرَّف مفهوم الدَّوْر الأموميّ بأنّه عمليّة تفاعليّة وتنمويّة تحدث مع مرور الوقت؛ بحيث تصبح الأمّ مرتبطة برضيعها، ومتمكّنة من ممارسة دَوْرها الأموميّ، وممتلكة للمهارات الّتي تساعدها على الارتباط بطفلها والتّواصل معه والاهتمام به.(Mercer, 1995)
- كفاءة الدَّوْر الأموميّ: تعرّف ميرسر كفاءة دَوْر الأمّ بأنّه العمليّة الّتي تكتسب فيها الأمّ الكفاءة في الدَّوْر وتدمج سلوكيّاتها في مجموعة أدوارها المحدّدة، وفيه تشعر الأمّ بالانسجام الدّاخليّ مع دورها وتوقّعاته، كما تعكس استجاباتها السّلوكيّة لدورها الأموميّ اهتمامها في رعاية طفلها الرّضيع وفي سعادتها به، وفي مدى تطوير علاقة من الارتباط والحبّ والعاطفة معه، وفي تقبّلها للمسؤوليّات الّتي يتطلّبها الدَّوْر الأموميّ.(Mercer, 1995)

وتُعرّف الباحثة مفهوم كفاءة الدَّوْر الأموميّ إجرائيًّا بأنّه الدّرجة الّتي تحصل عليها من تمّ فحصها على قائمة مقياس كفاءة الدَّوْر الأموميّ، الّذي يقيس قدرة الأمّ على القيام برعاية طفلها وتغذيته، والعناية به جسديًّا وعقليًّا ونفسيًّا، وكذلك تقييمها الذّاتيّ لنفسها ولطفلها.

- محافظة رام الله والبيرة: تمّ تنفيذ هذه الدّراسة في محافظة رام الله والبيرة (مدينة، قرية، مخيّم)، من خلال عيادات مستشفيات التّوليد، ومراكز رعاية الأمومة والطّفولة الخاصّة، ووكالة الغوث الّتي تقدّم خدمات رعاية الأمومة والطّفولة.

- اللّواتي أنجبن حديثًا: تعرّف الباحثة مفهوم "اللّواتي أنجبن حديثًا إجرائيًّا" بأنّهنّ الأمّهات اللّواتي مضى على إنجابهنّ فترة تتراوح بين 4 أسابيع إلى 6 أشهر.

الفصل الثّاني

مراجعة الأدبيّات والدّراسات السّابقة والإطار المفاهيميّ

1.2 مقدّمة

2.2 الإطار النّظريّ

2.1.2 الاكتئاب

3.1.2 الكآبة النّفاسيّة

4.1.2 اكتئاب ما بعد الولادة

5.1.2 ذهان ما بعد الولادة

6.1.2 مدى انتشار اكتئاب ما بعد الولادة

7.1.2 أسباب وعوامل الخطر لاكتئاب ما بعد الولادة

8.1.2 نتائج عدم علاج اضطراب اكتئاب ما بعد الولادة

3.2 الأمومة

4.2 الدَّوْر الأموميّ

5.2 كفاءة الدَّوْر الأموميّ

6.2 الإطار المفاهيميّ

الفصل الثّاني

مراجعة الأدبيّات والإطار النّظريّ والدّراسات السّابقة

1.2 الإطار النظري

يعرض هذا الفصل الإطار النّظريّ للدّراسة الحاليّة، بالإضافة إلى مراجعة الأدبيّات والدّراسات السّابقة حول موضوع الدّراسة، والإطار المفاهيميّ للدّراسة.

1.1.2 المقدمة

تعتبر مرحلة الحمل والولادة وما بعد الولادة مرحلة انتقاليّة وتجربة معقّدة ومتنوّعة ومختلفة من أمّ لأخرى، تحمل معها الكثير من التّغيّرات الجسديّة والنّفسيّة والعاطفيّة والعقليّة والاجتماعيّة والمهنيّة، ونظرًا لهذه التّغيّرات فإنّ هذه المرحلة تجلب معها مجموعة مختلفة من المشاعر المتراوحة بين الفرح إلى الإرهاق والتّعب تحدث من أسبوع إلى آخر، بالنّسبة لبعض الأمّهات فإنّ هذه المرحلة تعتبر ممتعة ومفرحة، بينما قد تكون مرهقة بالنّسبة لأمّهات أخريات. حيث أنّ 1- 5 من الأمّهات تتأثّرن نفسيًّا كأن يحصل لهنّ اكتئاب أو قلق أو اضطراب ما بعد الصّدمة المرتبط بالولادة (American Hospital Association, 2023)، وهي المضاعفات الأكثر شيوعًا للحمل والولادة، وتتراوح الاضطرابات العاطفيّة الّتي تلي في شدّتها من "كآبة الأمومة" إلى "ذهان ما بعد الولادة" والّتي تعتبر حالة خطيرة تؤثّر على الأمّهات وتتطلّب عادة دخول المستشفى (شهوان ،2011). وذلك تبعًا لكَوْن فترة ما بعد الولادة فريدة من نوعها فيما يتعلّق بدرجة تغيّرات الغدد الصّماء العصبيّة والتّغيّرات النّفسيّة والاجتماعيّة، والتّأثير

المحتمل للرّضاعة الطّبيعيّة والآثار طويلة المدى لتاريخ اضطراب المزاج بعد الولادة على تنظيم الأسرة. (APA, 2013)

2.1.2 الاكتئاب Depression

عرّفت الجمعيّة الأمريكيّة لعلم النّفس (APA, 2013) الاكتئاب المعروف باضطراب الاكتئاب الشّديد أو الاكتئاب السّريريّ، أنّه اضطراب مزاجيّ يشير إلى مجموعة واسعة من مشاكل الصّحّة العقليّة الّتي تتميّز بمزاج متقلّب معظم الوقت، والشّعور بالحزن، والشّعور بالفراغ، تغيّرات جسديّة، وتغيّرات ذهنيّة وتغيّرات وظيفيّة.

3.1.2 الكآبة النّفاسيّة Baby Blues

هي حالة نفسيّة شائعة يشير إليها الدّليل التّشخيصيّ والإحصائيّ للاضطرابات العقليّة في طبعته الخامسة
الصّادر عن الجمعيّة الأمريكيّة للطّبّ النّفسيّ APA على أنّها ردّ الفعل التّكيّفيّ مع المزاج، والّتي تبدأ عادة مباشرة بعد الولادة أو في غضون أسبوعين، وتشير إلى انخفاض الحالة المزاجيّة وأعراض اكتئابيّة غير مستوفية لمعايير اضّطراب الاكتئاب الرّئيسيّ major depression، أو معايير اضطراب اكتئاب ما بعد الولادة Postpartum Depression (Balaram et al., 2023) وتتمكّن الأمّ من الشّفاء منها خلال 6 إلى 9 أسابيع بعد الولادة، وتشمل الأعراض الأكثر شيوعًا للكآبة النّفاسيّة تدهور المزاج، والبكاء، والتّقلّب العاطفيّ، وزيادة التّعرّض للإحباط، والصّداع، ومشاكل التّركيز، وفقدان الشّهيّة، واضطرابات النّوم، وتصيب55-85% من الأمّهات وهي لا تؤثّر على قدرة الأمّ على القيام بدَوْرها الأموميّ. (Banasiewicz et al., 2020)

4.1.2 اكتئاب ما بعد الولادة Postpartum Depression

يُعرَّف اكتئاب ما بعد الولادة على أنّه أحد أشكال الاكتئاب الّذي يتمّ تشخيصه عند ظهور خمسة من الأعراض على الأقلّ وتستمرّ لمدّة أسبوعين على الأقلّ، عندما تعاني الأمّ من نوبة اكتئاب شديدة بعد بالولادة. كما وضّحها الدّليل التّشخيصيّ والإحصائيّ للاضطرابات العقليّة DSM-5والّذي أصدرته الجمعيّة الأمريكيّة للطّبّ النّفسيّ (APA, 2013)، وتشمل المزاج المكتئب الّذي يتميّز بغياب المتعة للقيام بالأنشطة، وتغيّرات الشّهية، واضطرابات النّوم، والانفعالات الجسديّة، والتّباطؤ النّفسيّ الحركيّ،

وفقدان الطّاقة، والشّعور بعدم القيمة، والشّعور بالذّنب، وعدم القدرة على اتّخاذ القرارات، والأفكار المتكرّرة لإنهاء الحياة والانتحار. وفيه تشعر الأمّ بقلق شديد ونوبات هلع وكآبة نفاسيّةbaby blues، الّتي بتطوّرها قد تزيد من خطر التّعرض لنوبة اكتئاب شديدة بعد الولادة، تتطوّر خلالها الأعراض لتصبح أكثر حدّة وتستمرّ لفترة أطول، فتتأثّر قدرة الأمّ على العناية بطفلها والقيام بمهمّاتها اليوميّة (شاهين، 2015)أمّا الجمعيّة الامريكيّة للطّبّ النّفسيّ فتُعرّف اكتئاب ما بعد الولادة على أنّه نوبة اكتئاب شديدة تحدث بعد الأسابيع الأربعة الأولى (APA, 2013)، وأطلقت عليها اسم (حلقات ما حول الولادة postpartum episodes). وتختلف أعراض اكتئاب ما بعد الولادة من أمّ لأخرى، ويجب أن يشتمل التّشخيص على أعراض الاكتئاب وفقدان الاهتمام (Mughal et al., 2022) بالإضافة إلى ما يلي:

- المزاج المكتئب لمعظم الوقت.
- فقدان المتعة بما كانت الأمّ تستمتع بالقيام به سابقًا.
- اضطرابات النّوم بما فيها الأرق أو فرط النّوم.
- عدم القيمة والشّعور بالذّنب.
- فقدان الطّاقة والتّعب.
- ضعف التّركيز والتّردّد.
- تغيّر في الشّهيّة والوزن بنسبة 5% خلال شهر واحد.
- اللّامبالاة أو الاستثارة الانفعالية.
- التّفكير المتكرّر بالموت أو محاولة الانتحار.

وبحسب التّصنيف الإحصائيّ الدّوليّ للأمراض والمشكلات الصّحّيّة ذات الصّلة (ICD-10)، فيصف نوبة الاكتئاب الّتي تظهر في غضون 6أسابيع بعد الولادة على النّحو التّالي:

- نوبات اكتئاب خفيفة أو متوسطة أو شديدة، بالاعتماد على شدّة الأعراض وتكرارها.
- فتور في النّشاط والطّاقة.
- انخفاض القدرة على الاستمتاع والاهتمام والتّركيز.
- التّعب الشّديد بعد أقلّ مجهود.
- اضطراب النّوم.
- انخفاض الشّهيّة.
- الشّعور بالذّنب وانعدام القيمة.
- انخفاض الاحترام الذّاتيّ والثّقة بالنّفس.
- أعراض جسديّة مثل الانفعالات الجسديّة والحركة السّريعة.
- فقدان الوزن.

- فقدان الرّغبة الجنسيّة.
- انخفاض الشّهيّة.
- التّخلّف الحركيّ النّفسيّ marked psychomotor retardation.
- عدم القدرة على التّركيز.
- المعاناة من القلق.
- التّفكير في الانتحار.

وبحسب الجمعيّة الأمريكيّة للطّبّ النّفسيّ فإنّ النّوبات المزاجيّة قد تبدأ أثناء الحمل أو بعد الولادة، وتنتشر بين 3–6% من النّساء اللّواتي يعانين من بداية نوبة اكتئاب شديدة أثناء الحمل أو في الأسابيع أو الأشهر التالية للولادة(APA, 2013) ، بينما في دراسة بعنوان Mapping global prevalence depression among postpartum women of والّتي شملت ما مجموعة 565 دراسة من 80 دولة أو منطقة، فقد تمّ التّوصّل إلى النّتيجة الّتي تشير إلى أنّ 17.22% من النّساء من سكّان العالم يصبن باكتئاب ما بعد الولادة. (Wang et al., 2021).

ونظرًا لوجود مظاهر نمطيّة ملحوظة ومرافقة لفترة ما بعد الولادة مثل صعوبة النّوم والتّعب وقلّة الاهتمام كنتيجة لمسؤوليّات المولود الجديد، فهذا قد يجعل التّعرُّف على أعراض اكتئاب ما بعد الولادة من النّاحية الإكلينيكيّة صعبًا (شاهين، اعمية 2015). ويرتبط اكتئاب ما بعد الولادة بعوامل مختلفة؛ منها العنف المنزليّ، والمشكلات الزّوجية، والتّاريخ العائليّ والشّخصيّ للأمراض النّفسيّة، وكيفيّة الاستجابة للضّغوطات الحياتيّة، وتدنّي الوضع الماديّ، وغياب الدّعم الاجتماعيّ، بالإضافة لعوامل الحمل غير المتوقّع، وعدم التّحضير النّفسيّ والجسديّ للولادة، وتوقّعات الأمّ من نفسها، وعدم المعرفة بكيفيّة الرّعاية الذّاتيّة ورعاية المولود، بالإضافة إلى تدنّي المعرفة بكيفيّة الرّضاعة، وكذلك تعدّد المسؤوليّات مع رعاية أبناء أكبر دون مساعدة من المحيط الاجتماعيّ.

5.1.2 ذهان ما بعد الولادة postpartum psychosis

يُعرَّف ذهان ما بعد الولادة بأنّه مرض عقليّ شديد يصيب الأمّهات بعد فترة قصيرة من الولادة، ويتميّز بأعراض ذهانيه، وهي حالة نفسيّة طارئة، حيث يصعب فيها التّمييز بين ما هو حقيقيّ وما هو غير حقيقيّ، وتحدث هذه الأعراض خلال الأيّام أو الأسابيع القليلة الأولى بعد الولادة. وتظهر الأعراض لدى بعض الأمّهات بارتفاع الطّاقة والأفكار المتسارعة، ولأخريات هناك أعراض اكتئابيّة ملحوظة، مع مشاعر اليأس، وعدم الجدوى وعدم القيمة، وعادة ما يكون هناك مزيج بين هذه الأعراض. (Berrisford, 2015) وكذلك تظهر أعراض اضطرابات النّوم، والهوس الخفيف، والتّهيّج، والأوهام والهلوسة، وضعف الأداء، والّتي تنتج عن عدّة أسباب بيولوجيّة(Shahwan,2011)

وبحسب الدّليل التّشخيصيّ والإحصائيّ للاضطرابات العقليّة فإنّ نوبات المزاج في الفترة المحيطة بالولادة إمّا أن تكون مع أو بدون مظاهر ذهانيه، فغالبًا ما يرتبط إنجاب الطّفل بنوبات ذهان ما بعد الولادة وتتميّز بهلوسة بقتل الرضيع أو أوهام أنّ الرّضيع ممسوس، وتحدث النّوبات الذهانيه في 1من 500 إلى 1 من 1000ولادة. ويزداد خطر حدوث ذهان ما بعد الولادة لدى النّساء اللّاتي يعانين من نوبات مزاجيّة سابقة بعد الولادة، ولكنّه يرتفع بالنّسبة لمن لديهنّ تاريخ سابق من الاضطراب الاكتئابيّ أو ثنائيّ القطب، وأولئك اللّواتي لديهن تاريخ عائليّ من الاضطرابات ثنائيّة القطب. كما وتجدر الإشارة إلى أنّ خطر تكرارها مع كلّ ولادة لاحقة يتراوح بين 30–50% (APA, 2013) .

6.1.2 مدى انتشار اكتئاب ما بعد الولادة

تختلف طبيعة الأمّهات وأجسادهنّ واستجاباتهنّ تجاه التّغيرات المرافقة لمرحلة ما بعد الولادة، كما وتختلف الأمّهات في كيفيّة تعاملهنّ مع الأزمات الّتي يمررن بها، حيث تعتبر فترة ما بعد الولادة ممتعة للبعض، بينما بالنّسبة لأمّهات أخريات فإنّهنّ لا يتمكّنّ من التّكيّف مع طبيعة المرحلة، ومتطلّباتها، وتحدّياتها، ومع الطّفل واحتياجاته ومتطلّباته، وفي هذه الحالة قد تكون هؤلاء الأمّهات أكثر عرضة لاكتئاب ما بعد الولادة. بالإضافة إلى هذه العوامل السّابقة، يعتبر عامل المنطقة والثّقافة الّتي تأتي منها الأمّهات عاملًا مهمًّا في التّعرّف على معدّلات انتشار اضطراب اكتئاب ما بعد الولادة (شاهين، اعمية 2018).

وتبعًا لما سبق، فقد تكون المعدّلات الدّقيقة لاكتئاب ما بعد الولادة غير معروفة، حيث يقدّر معدّل الانتشار بشكل عامّ لاكتئاب ما بعد الولادة بين 10–15%، وهو ما تمّ تقديره باستخدام مقياس إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة (EPDS) (شهوان، 2011). بينما أظهرت دراسة تلويّة meta-regression القائمة على تحليل النّتائج لعدد من الدّراسات الّتي تمّ إجراءها بعدّة مناطق جغرافيّة تبيّن الاختلاف في معدّلات انتشار اضطراب اكتئاب ما بعد الولادة من منطقة جغرافيّة إلى أخرى، حيث حصلت منطقة جنوب أفريقيا على أعلى معدّل انتشار (39.96%) تليها منطقة جنوب آسيا (22.32%) وفي المرتبة الثّالثة تأتي منطقة أمريكا الجنوبيّة (21.71%) وبعدها منطقة غرب آسيا (19.83%) أمّا المرتبة الخامسة فقد احتلّتها منطقة شمال أفريقيا (18.75%) تتبعها منطقة شرق آسيا (17.39%) وتليها منطقة أمريكا الشّماليّة (17.01%) ومن ثمّ تأتي منطقة أوروبا الشّرقيّة في المكان الثّامن (16.62%) ثمّ منطقة جنوب أوروبا (16.62%) بعد ذلك نجد منطقة أوروبا الشّماليّة (13.78%) ثمّ تليها غرب أفريقيا (13.62%) أمّا أدنى معدّل انتشار فنجده في جنوب شرق آسيا (13.53%) (Wang et al., 2021).

قام (Ayoub et al.,2020) بمراجعة الأدبيّات المتعلّقة بانتشار اكتئاب ما بعد الولادة في المنطقة العربيّة تشمل البحرين، مصر، العراق، الأردن، لبنان، المغرب، عُمان، قطر، المملكة العربيّة السّعوديّة،

تونس، اليمن، الإمارات العربيّة المتّحدة، وتمّ تضمين 25 دراسة في المراجعة الّتي أظهرت أنّ معدّلات الانتشار لاكتئاب ما بعد الولادة كانت قريبة من المعدّلات الملاحظة في البلدان الأخرى المنخفضة الدّخل، والبلدان ذات الدّخل المتوسّط الأدنى. حيث أفادت 12 دراسة أنّ معدّلات انتشار اكتئاب ما بعد الولادة في المنطقة تبلغ حوالي 15-25%، وأفادت 7 دراسات عن معدّلات انتشار أقلّ من 15%، وأفادت 6 دراسات عن معدّلات انتشار أقلّ من 25%، وذلك تبعًا لعوامل انخفاض الدّخل والحالة الاجتماعيّة والاقتصاديّة، ومضاعفات الولادة أثناء الحمل، والحمل غير المرغوب به، ومرض الرّضيع، والتّغذية الصّناعيّة، وانخفاض الدّعم الاجتماعيّ ودعم الزّوج، والصّراعات الزّوجيّة والعائليّة، وأحداث الحياة المجهدة أثناء الحمل، والمشكلات الشّخصيّة والتّاريخ العائليّ للاكتئاب (Ayoub et, al., 2020).

كما قامت (Mattar et al.,2023) بتحليل بيانات من دراسة مقطعيّة cross-sectional study من فلسطين في الضّفّة الغربيّة وقطاع غزّة، حيث تمّ إجراء 745 مقابلة هاتفيّة مع الأمّهات خلال 2-4 أسابيع بعد الولادة، وتمّ استخدام مقياس صحّة المريض The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) كأداة فحص لاضطراب اكتئاب ما بعد الولادة، واستخدام الحزمة الإحصائيّة للعلوم الاجتماعيّة (SPSS)، وأظهرت النّتائج أنّ معدّل انتشار اكتئاب ما بعد الولادة بين الأمّهات الفلسطينيّات بلغ 12.6% مع ارتفاع معدّل الانتشار بين الأمّهات في قطاع غزّة وهي المنطقة غير المستقرّة سياسيًّا واقتصاديًّا في فلسطين. وتبيّن بحسب النّتائج أنّ الأمّهات الأكبر سنًّا أكثر عرضة للإصابة باكتئاب ما بعد الولادة بمرّتين مقارنة بالأمّهات الشّابّات، وكذلك وجدت الدّراسة أنّ هناك علاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة وسوء معاملة الأمّهات أثناء الولادة، حيث أنّ الأمّهات اللّاتي تعرّضنَ لإساءة أو إهمال، أو هجر، أو عدم تواصل فعّال، أو سوء تعامل مع الألم في أماكن الولادة هنّ أكثر عرضة لاكتئاب ما بعد الولادة من أولئك اللّواتي لم يتعرّضن لهذه الإساءات (Mattar et al., 2023).

7.1.2 أسباب وعوامل الخطر لاكتئاب ما بعد الولادة

ترجع أسباب الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة إلى عوامل مختلفة، وتتضمّن التّغير في مستويات الهرمونات بعد الولادة وبشكل أساسيّ هرمونيّ الأستروجين والبروجستيرون، والتّعرّض لتجربة اكتئاب أو قلق سابقة، وكذلك العمر، والحالة الاجتماعيّة، ومنطقة السّكن، ومستوى التّعليم، وطبيعة عمل الأمّ، وتجربة الحمل والولادة فيما إذا كانت الأمّ تتلقّى الرّعاية والدّعم، والرّغبة بالحمل، ومدّة الحمل، وطريقة الولادة فيما إذا كانت طبيعيّة أو قيصريّة، تجربة الرّضاعة فيما إذا كانت طبيعيّة أو صناعيّة، والتّاريخ العائليّ للاكتئاب أو المرض العقليّ، وضغوطات الحياة، والإجهاد النّاتج عن رعاية المولود الجديد، وإدارة التّغيّرات الحياتيّة الجديدة، ووجود طفل يبكي أكثر من المعتاد مع صعوبة تهدئته، وحاجته غير المنتظمة للنّوم والجوع مع

صعوبة التّنبّؤ بها، أو إنجاب طفل من ذوي الاحتياجات الخاصّة كنتيجة للولادة المبكّرة أو المضاعفات الطّبّيّة أو المرض، وكذلك التّجربة الأولى للأمومة أو السّنّ المبكرة للأمومة، والضّغوطات العاطفيّة الأخرى مثل وفاة أحد أفراد الأسرة أو المشاكل العائليّة والماليّة والوظيفيّة، وكذلك العزلة ونقص الدّعم الاجتماعيّ (APA, 2022).

8.1.2 نتائج عدم علاج اضطراب اكتئاب ما بعد الولادة

يؤثّر اكتئاب ما بعد الولادة على الأمّهات والأطفال الرّضع والأسرة ككلّ، حيث يُحدث خللًا وظيفيًا فيها في حال عدم تلقّي الأمّ للعلاج، حيث يؤثّر على الأمّهات فيما يتعلّق بحالتها العقليّة والنّفسيّة والجسديّة والوظيفيّة والاجتماعيّة، وارتباطها برضيعها، مما يسبّب معاناة كبيرة للأسرة ككلّ.

إنّ تأثير اكتئاب ما بعد الولادة على الأمّ متعدّد المظاهر، فهو يحرمها من الشّعور بالمتعة والحبّ وبناء التّرابط مع طفلها، بالإضافة إلى الشّعور بتدنّي القيمة الذّاتيّة وفقدان الطّاقة وضعف القدرة على التّركيز ومشكلات النّوم والأكل (APA, 2013).

وعلى اعتبار أنّ الأمّهات هنّ مقدّمات الرّعاية الأساسيّات للأطفال الرّضع، فإنّ أيّة عوامل بما فيها اكتئاب ما بعد الولادة ستؤثّر على الرّضيع، وعلى قدرة الأمّ على القيام بوظيفتها وبدَوْرها الأموميّ تجاه طفلها، بما يشمل العناية الجسديّة به، والتّواصل العاطفيّ والنّفسيّ وتحقيق التّرابط الآمن معه. (Logsdon et al., 2005)

كما يؤثّر اكتئاب ما بعد الولادة على العلاقة الزّوجيّة ومدى الرّضا الزّواجيّ، حيث أنّ هناك علاقة عكسيّة بين الرّضا الزّواجيّ واكتئاب ما بعد الولادة (Abadi et al., 2014)، حيث كلّما انخفضت درجة الرّضا الزّواجيّ فإنّ شدّة الاكتئاب تزيد، مما ينعكس على استقرار الأسرة والتّسبّب بالضّيق فيها.

9.1.2 الأمومة

تعتبر تجربة الأمومة تجربة إنسانيّة معقدّة ومرتبطة بعوامل نفسيّة واجتماعيّة وثقافيّة وسياسيّة واقتصاديّة مختلفة. وعلى الرّغم من اعتبار الأمّ محورًا في تشكيل هويّة أفراد أسرتها، إلّا أنّ إدراك الأمّهات لدَوْرهنّ الأموميّ يتفاوت في مختلف المجتمعات، وذلك لتأثّرهنّ بالعوامل السّابق ذكرها. فمثلًا في الثّقافة الفلسطينيّة، نجد أنّ الأمّ هي رمزٌ هامٌّ وعامل حيويّ في الحفاظ على الرّوابط الأسريّة، وهي تحمل رمزيّة الحفاظ على القيم الدّينيّة والوطنيّة والمجتمعيّة، وكذلك تحمل رمزيّة الصّمود والمقاومة في مواجهة العنف السّياسيّ كمحدّد لهويّة الأمّ. (Broekhuysen & Shaer, 2023).

أمّا في السّياق العربيّ، فالأمّ تحمل دَوْر المحافظة على استمراريّة الأسرة، فرغم التّغيّرات الّتي حدثت على صورة الأمّ في العقود الأخيرة كنتيجة للعوامل الاجتماعيّة والاقتصاديّة والسّياسيّة، وما تطلّبه ذلك من تغيّر في الأدوار الممارَسة في المجتمع، إلّا أنّه لا يزال للأمّ دَوْرها الفعّال والأساسيّ في الحفاظ على توازن الأسرة.

أمّا الثّقافة الغربيّة، فإنّها تقدّم صورة الأمّ الأكثر استقلاليّة وذلك لتوافر خيارات مختلفة عن السّياق العربيّ فيما يتعلّق بالدَّوْر الأموميّ والمشاركة في سوق العمل وكذلك الحياة الاجتماعيّة والعائليّة والنّمط الفرديّ في الحياة للأسر في الغرب، إلّا أنّها بالمقابل تواجه تحدّيات أكبر فيما يتعلّق بضغط التّوازن والكمال الأموميّ، من حيث توقُّع الوصول للمعايير المرتفعة لرعاية الأمّ لأطفال في سياقات العمل والاستقلاليّة (Collins, 2019).

وفي مقارنة السّياق الثّقافيّ الّذي تعيش فيه الأمّهات، فعلى الرّغم من مركزيّة دَوْر الأمّ في السّياق العربيّ، وتحمّلها لمسؤوليّة الحفاظ على الهويّة الثّقافيّة والوطنيّة والدّينيّة، ورمزيّة هويّتها الأموميّة في مجتمعها، وفي المقابل المساحة الأوسع والأكثر حرّية للأمّهات في السّياق الغربيّ، إلّا أنّ مفهوم الكمال الأموميّ والمثاليّة في ممارسة الدَّوْر يبقى موجودًا، وهذا يعكس الدَّوْر المحوريّ للأمّ في هذه السّياقات الثّقافيّة المختلفة في رعاية الأطفال وتربيتهم.

كما تُعتبَر ميرسير (Mercer, 1985) من أهمّ الباحثين في مجال الأمومة والطّبّ النّفسيّ والّتي ساهمت بأبحاث مختلفة حول كيفيّة تأثير الأمومة على هويّة المرأة وصحّتها النّفسيّة، وفي كتابها الّذي كان بعنوان:"Becoming a mother, from early pregnancy to maternity leave, 1985" تحدّثت ميرسير حول مفهوم الانتقال إلى الأمومة والّذي توضّح فيه أنّ الأمومة ليست مجرّد حدث بيولوجيّ وإنّما عمليّة نفسيّة معقّدة تتضمّن تغيّرات ضخمة في هويّة المرأة ودورها في مجتمعها.

وفي حين تُعتبَر الأمومة حدثًا متوقّعًا وإيجابيًّا للعديد من الأمّهات، فقد تكون حدثًا مخيّبًا للآمال للكثيرات أيضًا، وذلك بسبب عوامل مختلفة، تتحدد بمعايير الارتقاء للأمومة الّتي أعطاها إيّاها المجتمع والصّور المثاليّة لها (Mary, 2015) وتسبّب خيبة الأمل هذه، ردود فعل عاطفيّة كالشّعور بالخجل، والشّعور بالغضب، والشّعور بالذّنب، والشّعور بالخوف، وقد يرافقها عدم توافق وتقبّل للدَّوْر الأموميّ، وذلك بسبب الفجوة بين الذّات الفعليّة للأمّ الّتي تحمل خيبة الأمل، وبين الذّات المثاليّة لها والّتي تحمل معايير وتوقّعات المجتمع والمعتقدات والأفكار الّتي توارثتها وحملتها الأمّ حول الأمومة أو بسبب الخبرات المؤلمة الماضية الّتي مرت بها الأمّ بدءًا من طفولتها، مرورًا بمراهقتها، ووصولًا لهذه المرحلة من حياتها. أو قد يرافقها تكيّف بالحدّ الأدنى من ردود الفعل العاطفيّة، وفقًا لما تصفه نظرية التّناقض الذّاتيّ الّتي تتعلّق بالنّفس، والتّأثير، والصّراعات الدّاخليّة والخارجيّة بين المفهوم الفعليّ والمثاليّ والوجوبيّ، وما يتبع ذلك من تأثّر نفسيّ عاطفيّ(Tory, 1987) ، وكلا الحالتين قد يدفع بالأمّ إلى حالات مَرَضيّة واضطرابات نفسيّة.

10.1.2 الدَّوْر الأموميّ

تلعب الأمّ دَوْرًا أساسيًّا في رعاية المولود وحمايته، ويشمل هذا الدَّوْر الأبعاد السّلوكيّة القائمة على الرّعاية الجسديّة، والتّرابط العاطفيّ، والاستجابة لاحتياجات الرّضيع، وتهيئة البيئة الآمنة، والتّعامل مع التّحديات المختلفة المرافقة لمرحلة ما بعد الولادة. ويعدّ هذا الدَّوْر مهمًّا في إنشاء الرّابطة مع الطّفل وإمداده بالحبّ، ومهمًّا في تحقيق الرّضا الذّاتيّ للأمّ، وشعورها بقيمتها ممّا يساهم في نموّها وازدهارها هي وطفلها. وحتّى يتحقّق ذلك، لا بدّ من فهم طبيعة مرحلة ما بعد الولادة باعتبارها مرحلة انتقاليّة جديدة تتطلّب ممارسةً لدَوْرٍ جديد، وكذلك لا بدّ من فهم الأمّ لاحتياجاتها حتّى تتمكّن من رعاية ذاتها، وحتّى يمتدّ أثر هذه الرّعاية الذّاتيّة ليشمل العناية بالرّضيع والاستجابة لسلوكيّاته. وحتّى يتحقّق هذا الدَّوْر لا بدّ من التّعلّم والتّكيّف مع المرحلة والتّغيّرات الجسديّة والنّفسيّة والاجتماعيّة والمهنيّة والوظيفيّة المرافقة لها، بما يعود على الأمّ بشعور الارتياح والرّضا بهويّتها الجديدة كأمّ، وما تحمله من ممارستها لدَوْرها الجديد.

تُستخدم مصطلحات مختلفة لتعريف دَوْر الأمّ كمفهوم، حيث يشير مفهوم "الأمومة"، "هوية الأمومة"، ومفهوم "كفاءة دَوْر الأمّ" إلى مفهوم الدَّوْر الّذي يحَدَّد على أنّه الاستجابات السّلوكيّة للتّوقّعات من الأمّ الجديدة، وتصوّر الأمّ لأمومتها (Shrestha et al., 2019).

11.1.2 كفاءة الدَّوْر الأمومي

يُعتبر دَوْر الأمّ من أهمّ الأدوار الّتي تقوم بها المرأة المتزوجة بعد الزواج، فهو التزامٌ لمدى الحياة يتطوّر بمرور الوقت (Meighan, 2014) وهو حدثٌ تنمويٌّ في حياة المرأة، حيث ينطوي هذا الدَّوْر على التّنوّع الواسع من التّجارب بما في ذلك الألم، والضّغط العاطفيّ، والضّعف، والتّغيّرات الجسديّة، وتغيّر الأدوار، وقبول المسؤوليات الجديدة (Rafii et al., 2020)، ونظرًا لأهميّته فإنّ هناك عناصر أساسيّة لا بد من توفّرها في الأمّ حتّى تتمكّن من القيام بدورها بكفاءة.

لقد اعتبرت ميرسر أنّ ثقة الأمّ بنفسها هي أهمّ عنصر عاطفيّ لا بدّ من توفّره لتتمكّن من القيام بدَوْرها، إلى جانب إدراكها لقدرتها على تقديم الرّعاية للطّفل والاستجابة له، وشعورها بالرّضا عن الدَّوْر الّذي تقوم به. واعتبرت ميرسر أنّ هناك عدّة عوامل تؤثّر على الكفاءة الذّاتيّة للأمّ وثقتها بنفسها، وبقدرتها على ممارسة دَوْرها، مثل عمر الأمّ ومستوى التّعليم، والتّاريخ المَرَضي للاكتئاب والمزاج، والخبرة العمليّة، وجنس المولود، وعدد الولادات، والحالة الصّحّيّة، وتلقّي الدّعم العاطفيّ من الزّوج وأفراد الأسرة ومقدّمي الرّعاية الصّحّيّة. وبحسب ميرسر فإنّ انخفاض ثقة الأمّهات بأنفسهنّ يؤدّي إلى تأخّر انتقالهنّ بشكل صحّيّ إلى هويّة الأمّ وأدائها لدورها بفاعلية، حيث تُعتبر ثقة الأمّ بنفسها مهمّة من أجل الانتقال لمرحلة الأمومة، وتساهم في تشكيل هويّتها الأموميّة.(Mercer,1986)

تمّ تقديم مصطلح "كفاءة الدَّوْر الأموميّ" "Maternal role attainment" في السّتينيّات من قبل Rubinكمرحلة انتقاليّة في حياة المرأة، ثم قدّمت Mercer في الثّمانينات إطارًا لدراسة المتغيّرات الّتي اعتقدت أنّها ستؤثّر على كفاءة دَوْر الأمّ، حيث اعتبرت أنّ الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لها تأثير على جودة سلوكيّات الأمومة. ويمتدّ ذلك إلى التّأثير على النّموّ والتّطوّر المعرفيّ واللّغويّ والنّفسيّ والعاطفيّ والاجتماعيّ للطّفل، وذلك من حيث نوعيّة التّفاعلات بين الأمّ والطّفل في السّنوات الأولى من حياة الطّفل.(Marshall, 1987)

2.2 الإطار النّظريّ

يُعتبر اكتئاب ما بعد الولادة حالة معقّدة ذات أسباب محتملة متعدّدة، ولا يوجد تفسير واحد لأسباب اكتئاب بعد الولادة، لذا فقد حاولت العديد من الأطر النّظريّة شرحه وتفسير الإصابة به، ومن هذه النّظريّات نظريّة التّطوّر، النّظريّة البيولوجيّة، نظريّة الوراثة والجينات، النّظريّة المعرفيّة، نظريّة التّعلّق، النّظريّة التّحليليّة، النّظريّة الاجتماعيّة والبيئيّة، ونظريّة تسمية الذّات، والنّظريّة النّسويّة والجندريّة، ونظريّة العلاقات الشّخصيّة. فيما يلي شرح لتفسير هذه النّظريّات.

1.2.2 نظريّة التّطوّر

تشرح هذه النظريّة أنّ اكتئاب ما بعد الولادة قد يتطوّر كاستجابة ووظيفة تكيّفيّة تساعد الأمّ في التّكيّف، وذلك حماية لها ولطفلها في ظلّ غياب الدّعم الأسريّ والضّغوطات الّتي قد تعاني منها الأمّ في مرحلة ما بعد الولادة مثل وجود أطفال آخرين، أو تحديّات واجهتها أثناء الولادة.(Tracy, 2005)

2.2.2 النّظريّة البيولوجيّة

تفسر هذه النّظريّة اكتئاب ما بعد الولادة من ثلاث أبعاد وهي:

- **التّغيّرات الهرمونيّة الجذريّة:** الّتي تحدث بعد الولادة في جسم المرأة، حيث ترتفع مستويات هرمونات الأستروجين والبروجستيرون أثناء الحمل، ثمّ ما تلبث أن تنخفض بشكل حادّ وسريع بعد الولادة، الأمر الّذي يؤثّر بطبيعة الحال على المزاج للأمّ، وذلك بتأثير هذا الانخفاض على النّاقلات العصبيّة في المزاج والّتي تعمل على تنظيم المزاج وهذا ما تمّ توضيحه في دراسة قام بها باين وماجواير حول الآليّات المَرَضيّة الفسيولوجيّة المسبّبة لاكتئاب ما بعد الولادة.(Payne, Maguire, 2019)
- **الالتهابات وتأثّر وظيفة الاستجابة المناعيّة بعد الولادة:** حيث لوحظ في دراسة باين وماجواير حول الآليّات المَرَضيّة الفسيولوجيّة المسبّبة لاكتئاب ما بعد الولادة أنّ الأمّهات المصابات باكتئاب ما بعد

الولادة لديهنّ علامات التهابيّة عالية، وهذا ما يعزّز العلاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة والاستجابة المناعيّة.(Payne, Maguire, 2019)

- **اختلال توازن النّاقلات العصبيّة:** المتمثّلة بالدوبامين السّيروتونين الّتي تساهم في تنظيم المزاج والمرتبطة باكتئاب ما بعد الولادة (Payne, Maguire, 2019).

3.2.2 نظريّة الجينات

توضّح هذه النّظريّة أنّ الاستعداد الوراثيّ يؤثّر على كيمياء الدّماغ وكيفيّة الاستجابة للضّغوطات والتّحديات والأزمات الّتي قد تمرّ بها الأمّ في فترة ما بعد الولادة، وهذا ما يجعل احتماليّة إصابة بعض الأمّهات باكتئاب ما بعد الولادة أعلى من غيرهنّ من الأمّهات، فالنّساء اللّواتي لديهنّ تاريخ عائليّ من الاكتئاب هنّ أكثر عرضة للإصابة باكتئاب ما بعد الولادة.(Luo, et, al. 2023)

4.2.2 النّظريّة المعرفيّة

تفسّر هذه النّظريّة أنّ الأمّهات اللّواتي يواجهن محفّزات في فترة ما بعد الولادة ولا يتمكّنّ من التّكيّف بشكل إيجابيّ معها، هؤلاء الأمّهات يحملن معتقدات غير صحّيّة، وسيتمّ تحفيزها في هذه المرحلة وستظهر التّحيّزات المعرفيّة والأفكار السّلبيّة والتّجارب العاطفيّة السّلبيّة الّتي قد تؤدّي بالأمّ لاكتئاب ما بعد الولادة .(Hu et, al., 2024) وكما أشار بيك (Beck, 2001) في نظريّته المعرفيّة إلى أنّ أنماط التّفكير السّلبيّة ستظهر لدى الأمّهات مثل فكرة الأمّ السّيّئة، ويتبعها مشاعر الذّنب والعار والتّقصير والعجز، وهذا ما يفسّر إصابة الأم باكتئاب ما بعد الولادة.

5.2.2 نظريّة التّعلّق

شرحت نظريّة التّعلّق أنّ جودة العلاقة ورابطة التّعلّق الّتي تتكوّن بين الأمّ وطفلها في فترة ما بعد الولادة تؤثّر بشكل واضح على الصّحّة النّفسيّة للأمّ وعلى كفاءة الدّوْر الأموميّ، حيث أنّ الأمّهات المتمكّنات من بناء علاقة ورابطة تعلّق آمنة مع أطفالهن، سيشعرن بالرّضا والاكتفاء، والعكس صحيح؛ حيث أنّ الأمّهات غير القادرات على بناء رابطة آمنة مع أطفالهنّ، ولا يتمكنّ من الاستجابة لاحتياجات أطفالهنّ، فإنّ ذلك سيرفع من مشاعر الحزن والوحدة والذّنب والقلق، وبالتّالي فإنّ ذلك يعزّز إصابتهنّ باكتئاب ما بعد الولادة. (Sroufe et al., 2007) ، كما توضّح نظريّة التّعلّق أنّ لتجارب التّعلّق السّابقة للأمّ

تأثيرها على شكل الرّابطة مع طفلها، فالأمّ الّتي لها تجارب تعلّق غير صحّيّة وغير آمنة وقلقة في طفولتها وتحديدًا مع مقدّم الرّعاية الأوّل لها (Bowlby, 1988) ، قد يؤثّر ذلك على نمط تعلّقها مع طفلها، وبالتّالي قد يولد عندها اكتئاب ما بعد الولادة، حيث يعزّز هذا النّمط من مشاعر العزلة والعجز والألم الّتي اختبرتها في طفولتها وتصبح عاملًا محدّدًا في استجابتها لدَوْرها الأموميّ والتّحدّيات التّابعة له.

6.2.2 النّظريّة التّحليليّة

من وجهة نظر التّحليل النّفسيّ في تفسير اكتئاب ما بعد الولادة وكفاءة الدَّوْر الأموميّ، فإنّ الأمّ ربّما تكون قد عانت من قضايا لم يتمّ حلّها في علاقتها مع أمّها في طفولتها، فوفقًا لفرويد (Freud, 1917) فإنّ الصّراعات الدّاخليّة والتّغيّرات في الدّيناميّة النّفسيّة ستؤثّر على الأمّ وعلى كل ما يتعلّق بهويّتها ونظرتها الذّاتيّة وهذا الأمر بطبيعة الحال؛ قد يجعلها أكثر عرضة لاكتئاب ما بعد الولادة. حيث أنّ التّغيّرات الجذريّة الّتي تتعرّض لها الأمّ تبعًا لدَوْرها الجديد وهو دَوْرها الأموميّ ومتطلّباته في التّكيّف، مع جوانب مختلفة متعلّقة به فيما يتعلّق بذاتها وبرعايتها لطفلها، قد تؤثّر على صحّتها النّفسيّة وكفاءة دَوْرها الأموميّ، حيث تفسّر النّظريّة التّحليليّة أنّ هذا الانتقال الكبير من امرأة عزباء ثمّ إلى زوجة ثمّ إلى أمّ من الممكن أن يسبّب صراعات نفسيّة لاواعية، هذه الصّراعات قد تتطلّب من الأمّ أن تُحدث تغيّرات على أصعدة مختلفة، وعندما لا تتمكّن من التّعامل مع هذه الصّراعات، فإنّ ذلك يجعلها أكثر عرضة لمشاعر الحزن والقلق والإحباط لخسارتها جانبًا من حريّتها واستقلاليّتها، وتبعًا لذلك فإنّ الأمّ قد تشعر بفقدها لجزءٍ من هويّتها، وهذا الفقد سيعزّز لديها الصّراعات الدّاخليّة الّتي قد تستخدم ضدّها دفاعات نفسيّة كالإنكار لتجنب مشاعر الحزن، وعندما تكون هذه الدّفاعات غير كافية في التّعامل مع هذه التّحدّيات، فإنّ ذلك قد يدفع الأمّ للشّعور بالانفصال عن الذّات وبالتّالي الاكتئاب، مما يعيق قدرتها على القيام بدَوْرها الأموميّ بشكل أكثر كفاءة. (Blat,Zuroff.1992)

كما أنّ ولادة طفل جديد حسب النّظريّة التّحليليّة وحسب ميلاني كلاين قد يولّد صراعات نفسيّة لاواعية لدى الأمّ في فترة ما بعد الولادة تحفّز تجارب طفولة الأمّ نفسها. فمشاعر الحبّ الّتي تحملها الأمّ باتّجاه طفلها قد يقابلها مشاعر الإحباط تجاهه ومن نفسها، عندما تكون غير متمكّنة من القيام بدَوْرها الأموميّ وغير متمكّنة من تقبّله والتّكيّف معه. وقد تولّد هذه الصّراعات وهذا التّناقض في مشاعر الأمّ شعورًا بالغضب موجّهًا لنفسها أو لطفلها، الأمر الّذي قد يولّد مشاعر الخوف من إيذاء الطّفل، وبالتّالي هذه الصّراعات النّفسيّة اللّاواعية تعني إسقاط مشاعر القلق والتّهديد من الأمّ تجاه طفلها، يتبعها عدم قدرتها على التّصالح مع نفسها وأفكارها ومشاعرها ممّا يؤثّر على دَوْرها الأموميّ، وعلى علاقتها مع طفلها، وفي هذه الحالة ستكون الأمّ أكثر عرضة لاكتئاب ما بعد الولادة.(Klein,1946)

أمّا فيما يتعلّق بمفهوم التّعلّق الأوّلي (Primary Maternal Preoccupation)، فعلى الرّغم من أنّ هذه الفترة ضروريّة لنموّ رابطة تعلّق آمنة بين الأمّ وطفلها، إلا أنّه في حال لم تحصل الأمّ على الدّعم الكافي، ومع عدم قدرتها على العناية بنفسها وتلبية احتياجاتها فقد تشعر بالعجز والإنهاك، وهذا سيجعلها مستنزفة عاطفيًّا، فيتشكّل لدى الأمّ مفهوم الأمّ المثاليّة وغير الكافية، وتُخلق حالة الصّراع بين الذّات الحقيقيّة والذّات الزّائفة لتلبّي توقّعات الدَّوْر الأموميّ من نفسها، وتوقّعات المجتمع منها فيما يتعلّق بأمومتها، فيعزّز ذلك شعورها بالعزلة والإحباط، ويجعلها أكثر عرضة لاكتئاب ما بعد الولادة (Winnicott, 1956).

7.2.2 النّظريّة الاجتماعيّة والبيئيّة

تركّز هذه النّظريّة على تأثير العلاقات الاجتماعيّة والبيئة المحيطة بالأمّ على صحّتها النّفسيّة، وذلك من خلال دراسة التّفاعل الّذي يحدث بين الأمّ ومحيطها الاجتماعيّ وتأثير ذلك على تجربة الأمومة والصّحة النّفسيّة، والّذي يتضمّن مفاهيم الضّغط الاجتماعيّ، تأثير الثّقافة والعادات والتّقاليد والدّين، والدّعم الأسريّ. فالضّغوطات الاجتماعيّة بصورة عامّة تُعتبر واحدة من أهمّ العوامل الّتي قد تؤثّر في إصابة الأمّ باكتئاب ما بعد الولادة(Warren et al., 2011) ، حيث تشير دراسة أجريت على نساء بعد الولادة في الأردن، أنّ هناك علاقة عكسيّة بين الدّعم الاجتماعيّ واكتئاب ما بعد الولادة، فكلّما زاد الدّعم المجتمعيّ انخفضت مستويات الاكتئاب بين النّساء في فترة ما بعد الولادة (Abuhammad et al., 2023)، حيث يخفّف هذا الدّعم من الضّغوطات الاجتماعيّة والتّحدّيات اليوميّة وبالتّالي يخفّف من المشاعر الصّعبة الّتي قد ترافق فترة ما بعد الولادة، أمّا مع غياب الدّعم وازدياد الضّغوطات، فيزيدان من شعور الأمّ بالعزلة ويعزّز من أعراض الاكتئاب. وفي دراسة لكوهنير (Kuehner, 2017) فقد أضاف أنّ الضّغوط الاقتصاديّة تعتبر جزءًا من المنظومة البيئيّة الّتي من الممكن أن تؤثّر على الصّحّة النّفسيّة للأمّ مثل فقدان العمل وعدم الاستقرار الماليّ، حيث تفقد الأمّ الشّعور بالأمان لتلبية متطلّبات الرّعاية الأساسيّة للطّفل، فيزيد شعورها بالعبء والضّغط النّفسيّ، وبطبيعة الحال فإنّ الضّغوطات الاجتماعيّة والاقتصاديّة قد تتسبّب في التّأثير على التّفاعل بين الأمّ والطّفل، وبغياب الأمن الاقتصاديّ والدّعم الأسريّ والعاطفيّ، من الممكن أن تواجه الأمّ تحدّيات في علاقتها مع طفلها ممّا سيؤثّر على حالتها النّفسيّة وكفاءة دَوْرها الأموميّ وإصابتها باكتئاب ما بعد الولادة.

8.2.2 نظريّة تسمية الذّات

تشرح نظريّة تسمية الذّات (self-labeling theory) تأثير تصنيف الفرد لذاته على حالته النّفسيّة والسّلوكيّة، وفي سياق اكتئاب ما بعد الولادة وكفاءة الدَّوْر الأموميّ، فتوضّح هذه النّظريّة تأثير التّصنيف الذّاتيّ السّلبيّ على الصّحّة النّفسيّة للأمّ في فترة ما بعد الولادة وشعورها بكفاءة دَوْرها، وتوضّح أنّ هذا التّصنيف يؤثّر على التّجربة الأموميّة للأمّ وعلاقتها مع طفلها. فعندما تعرّف الأمّ نفسها على أنّها أمّ فاشلة أو غير كفؤ لكونها غير قادرة على القيام برعاية طفلها، أو تبعًا لمقارنات اجتماعيّة وثقافيّة سلبيّة، فإنّ ذلك يعزّز مشاعر الذّنب والعار، وبالتّالي العجز في أداء الدَّوْر. فعلى سبيل المثال عندما تكون الأمّ غير قادرة على الحصول على احتياجها من النّوم مع عدم قدرتها على التّكيّف مع هذا التّغيّر الطّبيعيّ تبعًا للمرحلة، فإنّ ذلك يعزّز شعورها بالفشل، لزيادة الضّغط النّفسيّ عليها والّذي قد يؤثّر على تلبيتها لاحتياجات رضيعها. فتذهب الأمّ إلى تصنيف نفسها بشكل سلبيّ، وتبدأ بفقدان الاهتمام بما حولها وبنفسها، وقد يضعف ذلك استعداديّتها لطلب المساعدة كونها تصنّف نفسها على أنّها لم تنجح في أنّ تكون أمًّا مثاليّة، ولم تكن قريبة من توقّعاتها من نفسها ومن توقّعات المحيطين حولها. (Hammen, 2005)

9.2.2 النّظريّة النّسويّة

تركّز هذه النّظريّة على فهم العلاقات بين الجنسين والظّروف الثّقافيّة والاجتماعيّة الّتي تشكّل الخبرات النّفسيّة للأشخاص. وهذا ما يوضّح أنّ اكتئاب ما بعد الولادة قد تصاب به الأمّ نتيجة لتفاعل الأدوار الاجتماعيّة التّقليديّة والتّوقّعات المجتمعيّة من الأمّ والتّمثيلات الثّقافيّة لمفهوم الأمّ المثاليّة، والّتي بدورها تشكّل عبئًا ثقيلًا على الأمّ يشعرها بعجزها وفشلها إذا كان واقعها غير ملائم لتلك التّوقّعات الّتي تضع الأمّ تحت مفهوم التّضحيّة الّتي يجب أن تقدّمها الأمّهات، وأن تهمل احتياجاتها لأجل تلبية احتياجات الطّفل، كالتّضحية بالرّعاية الذّاتيّة، بالعمل، بالوقت، والنّوم. فالتّوقّعات المجتمعيّة الّتي تطالب الأمّ بأن تضع نفسها جانبًا من أجل رعاية الطّفل، يعزّز لديها شعور الإحباط لعدم قدرتها على الاهتمام بنفسها، الأمر الّذي قد يؤثّر بدوره على رعايتها لطفلها. (MacKinnon, 1989)

وفي هذا السّياق، فإنّه من الجدير بالذّكر التّطرّق لمفهوم التّوازن بين حياة الأمّ الخاصّة ومهنتها وبين دَوْرها الأموميّ والأسريّ الّذي تُطالَب به من قبل وسائل الإعلام المختلفة، والمجتمع المحيط بها. فعليها ألّا تظهر بصورة الأمّ المرهقة بل يجب أن تبدو دائمًا سعيدة ومبتهجة حتّى وإن واجهت مشاعر الحزن والتّعب والإحباط والفشل. ونتيجة لذلك فإنّ هذا المفهوم سيزيد شعورها بالضّغط وبالتّالي تصبح أكثر عرضة للاكتئاب.

وتَعتبِر هذه النّظريّة أنّ الدّعم الّذي تتلقّاه الأمّ من زوجها في هذه المرحلة أمرًا أساسيًّا لتفادي الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة، فالدّعم الكافي يقلّل من مشاعر الوحدة والتّعب ويخفّف من العبء الواقع عليها في رعاية الأطفال، وبالتّالي لن تكون هي الرّاعية الوحيدة، مما يقلّل احتماليّة إصابتها باكتئاب ما بعد الولادة وتصبح أكثر قدرة على القيام بدَوْرها الأموميّ بشكل أكثر كفاءة (Mauthner, 2010).

10.2.2 النّظريّة النّسويّة الرّاديكاليّة

تُعتبر النّظريّة النّسويّة الرّاديكاليّة أحد التّيّارات المتفرّعة من النّظريّة النّسويّة ولكنّها أكثر جذريّة وأيديولوجيّة. فهذه النّظريّة تَعتبِر أنّ الهيمنة الذّكوريّة هي أساس جميع أشكال القمع والاضطهاد الّذي تتعرّض له المرأة في النّظام الاجتماعيّ والسّياسيّ والاقتصاديّ. وتعتقد أنّ نظام الأبوّة البطريركيّ يرى نفسه في موقع متفوّق هيكليًّا على النّساء (Mackinnon, 1989).
وفي تأثير الهيمنة الذّكوريّة من منظور النّسويّة الرّاديكاليّة على الصّحّة النّفسيّة للأمّهات فإنّ تركيز النّظريّة على كون النّظام الأبويّ هو الّذي ينظّم العلاقات الاجتماعيّة ويضع النّساء في أدوار محدّدة، لذا فإنّ تجربة الأمومة هي تجربة محكومة اجتماعيًّا وثقافيًّا واقتصاديًّا بتوقّعات المجتمع لما يجب أن تكون عليه الأمّهات، وبالتّالي فإنّ هذه التّوقّعات تولّد ضغطًا على النّساء في أداء دورهنّ الأموميّ، فتوقُّع التّضحية وتقديم الرّعاية الكاملة والمتواصلة بالطّفل دون الحصول على الدّعم الكافي، وتوقُّع ممارسة الدَّوْر الأموميّ كمعمل غير مدفوع الأجر وغير معترف به كجزء من الاقتصاد (Friedman,1994)، من الممكن أن يعرّض الأمّ للإحباط والشّعور بالذّنب والفشل والعزلة عندما لا تستطيع أن تلائم توقّعات المجتمع حول مفهوم الأمّ المثالية. وبطبيعة الحال فإنّ هذه المشاعر تولّد صراعات داخليّة لدى الأمّهات، وقد تتطوّر هذه الصّراعات لاضطرابات الصّحّة النّفسيّة ومنها اكتئاب ما بعد الولادة. لذا فإنّ الرّاديكاليّة النّسويّة تدعو إلى إعادة توزيع أدوار الرّعاية باقتراح المسؤوليّة المشتركة بين الأب والأمّ، وتحدّي توقّعات المجتمع، وذلك من أجل إعادة التّفكير في معنى الأمومة بالشّكل الّذي يضمن حصول الأمّهات على الدّعم الكافي وحقوقهنّ في الرّعاية والمساواة. (Lerner, 1993)

11.2.2 النّظريّة النّسويّة البراجماتيّة

تركّز هذه النّظريّة على التّفاعل العمليّ والمستمّر مع الواقع الاجتماعيّ، وهي تؤمن أنّ التّغييرات في الحياة اليوميّة للنّساء هي ما يساعد في حلّ قضاياهنّ، وذلك بتطبيق حلول عمليّة للمشكلات الاجتماعيّة للنّساء، وهي تَعتبر أنّ مواضيع الصّحّة النّفسيّة للأمّهات هي إحدى هذه المشكلات (Barnett & Hyde, 2001)،

لذا فمن خلال هذه النّظريّة، يمكن النّظر إلى اكتئاب ما بعد الولادة على أنّه قضيّة متشابكة مع الظّروف الحياتيّة اليوميّة والتّفاعلات الاقتصاديّة والاجتماعيّة الّتي تتعامل معها الأمّهات. وذلك من خلال التّعامل مع ضغوط العمل والمسؤوليّة في البيت ورعاية الأطفال. فمن خلال تعزيز الدّعم الاجتماعيّ وإحداث تغييرات وتحسينات في الواقع اليوميّ المُعاش للمرأة في مجتمعها، فإنّ ذلك سيساعد في التّخفيف من القلق والتّوتّر (Friedan, 1997)، ممّا يساهم في التّقليل من الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة، ورفع جودة الصّحّة النّفسيّة للأمّهات.

12.2.2 نظريّة العلاقات الشّخصيّة

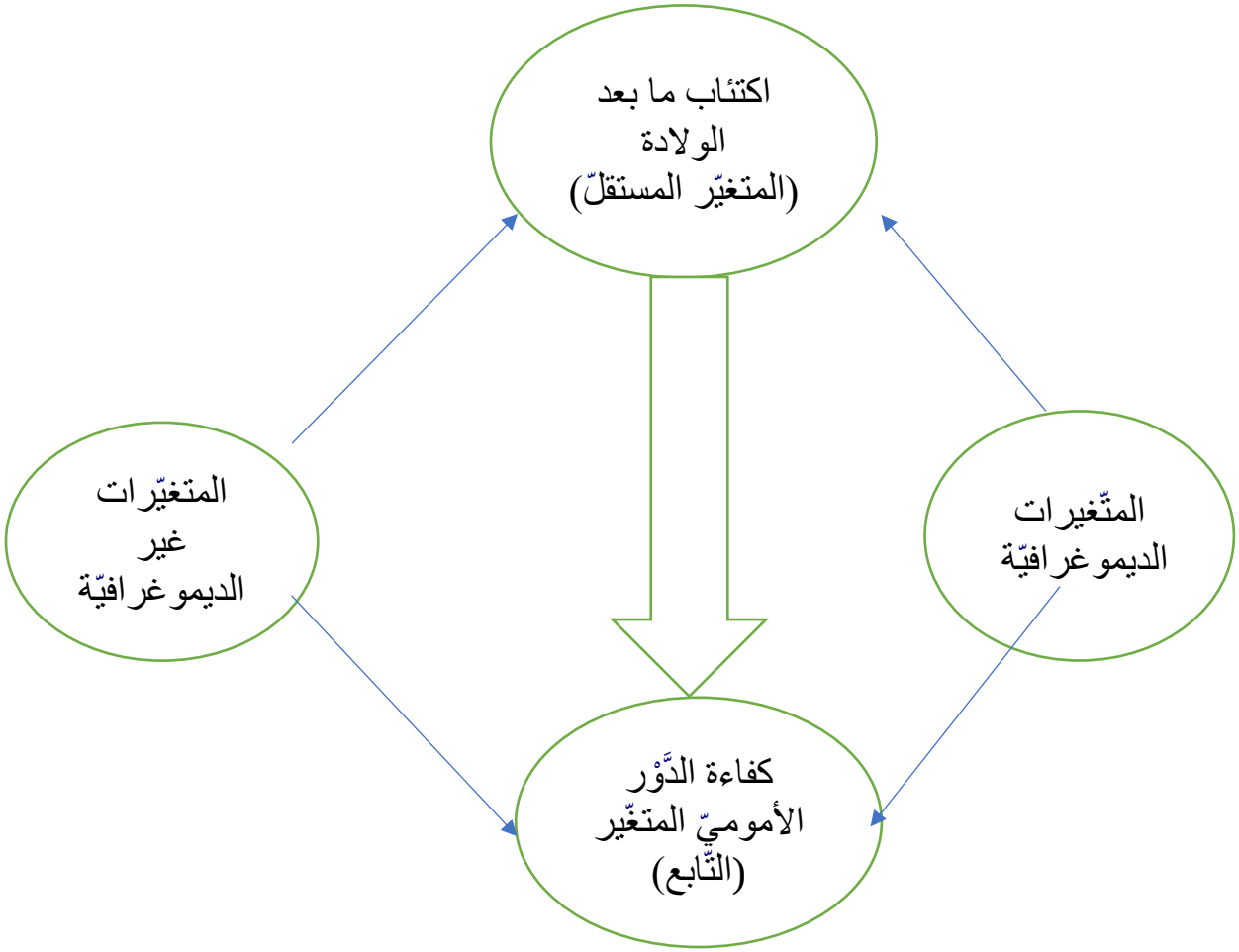
تركّز هذه النّظريّة على تأثير التّفاعلات الاجتماعيّة والعاطفيّة بين الأمّ وشريكها وأطفالها ومجتمعها المحيط، على تجربتها في الأمومة من ناحية إيجابيّة كشعورها بالتّوازن النّفسيّ والتّفاعل الإيجابيّ الّذي يعزّز كفاءة دَوْرها الأموميّ وصحّتها النّفسيّة ووقايتها من أعراض اكتئاب ما بعد الولادة، ومن ناحية سلبيّة من حيث تحديّات الصحّة النّفسيّة وقيامها بدَوْرها الأموميّ.
حيث توضّح هذه النّظريّة الارتباط الوثيق بين تجربة الأمومة وبين العلاقات الشّخصيّة للأمّ، فالدّعم العاطفيّ سواء من الزّوج أو من العائلة أو الأصدقاء، أو مجموعات الدّعم المهنيّة المتمثّل بالرّوابط القويّة والصّحّيّة، وبالتّواصل الإيجابيّ، وبتقديم الدّعم العاطفيّ والماديّ، والمساعدة في مهمّات البيت، ومتطلبات رعاية الطّفل، والأطفال الآخرين، سيوفّر للأمّ بيئة حاضنة ويعزّز ثقتها بنفسها وبقدرتها على القيام بدَوْرها الأموميّ، أمّا في حالة غياب هذا الدّعم، أو في حالة وجود العلاقات غير الصّحّيّة، وفي حالة العنف الأسريّ، والتوتّر المستمرّ فإنّ ذلك سيدفع الأمّ إلى الشّعور بالعزلة، وبالتّالي شعورها بعدم الكفاءة وعدم القدرة على القيام بالدَّوْر الأموميّ ممّا يعزّز لديها أعراض اكتئاب ما بعد الولادة (Teti, Gelfand, 1991).

13.2.2 نظريّة دائرة حياة الأسرة family life cycle

تُعتبر نظريّة دائرة حياة الأسرة إحدى أهمّ النّظريّات الاجتماعيّة الّتي تساعد في فهم التّغيّرات المرحليّة الّتي تمرّ بها الأسرة على مدار حياتها، فهي توضّح كيفيّة تفاعل أفراد الأسرة خلال كلّ مرحلة، وطرقهم التّكيفيّة مع التّغيّرات الّتي تحدث في كلّ مرحلة (McGoldrick et al., 2012). وبالنّسبة لهذه النّظريّة فإنّ للأمّ دَوْرًا محوريًّا في فهم دورة حياة الأسرة وفهم التّفاعلات الأسريّة. ففي المراحل العمريّة المبكرة من حياة الطّفل، تلعب الأمّ دَوْرًا محوريًا في تلبية احتياجات الطّفل الجسديّة والعاطفيّة والاجتماعيّة،

وكذلك في مرحلة المراهقة للأطفال الّتي تُعتبر مرحلة انتقاليّة من الطّفولة للبلوغ، فإنّ الأمّ ستواجه تحديّات أكثر في ظلّ التّغيّرات الفسيولوجيّة الّتي يمرّ بها أطفالها، ممّا قد يؤثّر على فهم عالمهم والمحافظة على التّفاعل والتّواصل معهم. وفي ظلّ هذه التّغيّرات والانتقالات في المراحل؛ فإنّ ذلك سيجعل الأمّ تواجه تحدّيات في إعادة ترتيب أدوارها مع اختلاف كلّ مرحلة ليكون أكثر موائمة مع المرحلة الجديدة. لذا فإنّ صحّتها النّفسيّة واستقرارها وتوازنها النّفسيّ يلعب كذلك دَوْرًا هامًّا في الشّكل الّذي سيكون عليه هذا التّفاعل بينها وبين الطّفل، وكذلك في التّعامل مع هذه التّغيّرات والانتقالات. فالتّغيّرات الحياتيّة الشّخصيّة الكبيرة الّتي تطرأ على المرأة عندما تصبح أمًّا، وما يتبع ذلك من تغيّرات في الهويّة والدَّوْر والتّحدّيات اليوميّة والتّغيّرات الّتي تحدث على أطفالها باختلاف مراحلهم العمريّة، وبالتّالي طرق تعامل الأمّ معهم، سيكون له الأثر على توازن الأسرة ككلّ (Benget & Hareven, 1978)، وبالتّالي فإنّ تأثّر الأمّ بتحدّيات الصّحّة النّفسيّة بما فيها اكتئاب ما بعد الولادة في مرحلة رعاية الأطفال الصّغار، وفي محاولة الأمّ في التّوفيق بين دَوْرها كأمّ وعلاقتها مع زوجها وأدوارها الحياتيّة الأخرى والتّوازن بين العمل والحياة الأسريّة، وما يصاحب ذلك من مشاعر القلق والتّعب، فمن الممكن أن يؤثّر ذلك على العلاقة بين الأمّ والطّفل (Beck,2001).

14.2.2 الإطار المفاهيميّ Conceptual Frame work



3.2 الدّراسات السّابقة

يمثّل اكتئاب ما بعد الولادة أحد الاضطرابات النفسية شيوعاً خلال مرحلة ما بعد الولادة، وتتزايد الأبحاث التي تتناول أثره العميق على صحة الأم النفسية، وجودة العلاقة مع الطفل، وكفاءة أداء الأم لدورها. وقد ركّزت العديد من الدراسات السابقة على فهم طبيعة هذا الاكتئاب، وأسبابه، وأنماطه، إلى جانب فحص تأثيراته الممتدة على التفاعل الأمومي، والارتباط العاطفي، ومستوى الكفاءة الذاتية التي تشعر بها الأم تجاه دورها.

يسعى هذا الفصل إلى استعراض ما توصلت إليه الأدبيات العلمية ذات الصلة، مع التركيز على الأبحاث التي تناولت العلاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة وكفاءة الدور الأمومي. كما يهدف إلى تسليط الضوء على الفجوات المعرفية في هذا المجال، وتوضيح السياق العلمي الذي تنبثق منه الدراسة الحالية، بما يثري الإطار النظري ويعزّز من أهميتها البحثية.

- دراسة (Titi et al., 2024)

هدفت الدّراسة إلى فحص العوامل المحدّدة لاكتئاب ما بعد الولادة بين الأمّهات الفلسطينيّات في محافظة الخليل. ولتحقيق الهدف من الدّراسة فقد أجريت دراسة مقطعيّة في 122عيادة رعاية صحّيّة أوّليّة حكوميّة في محافظة الخليل، وتمّ أخْذ العيّنات الملائمة لجمع البيانات من 435 أمًّا باستخدام استبيان مقياس إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة. وخلصت النّتائج إلى وجود أعراض اكتئاب متوسّطة إلى شديدة بنسبة 36.1%. ووجدت الدّراسة أنّ عامل تاريخ الاكتئاب لدى الأمّ، وعامل التّعرّض للعنف المنزليّ قبل وأثناء الحمل، وضعف دعم الزّوج، والحمل غير المخطّط له، والخوف من جنس الطّفل، وعامل فقر الدّمّ أكثر العوامل الّتي تساهم بشكل كبير في تطوّر اضطراب ما بعد الولادة. وبناءً على ما سبق؛ فإن الدّراسة تقترح التّقييم النّفسيّ للنّساء وتقديم الدّعم المهنيّ لهنّ، ومناقشة تنظيم الأسرة، بالإضافة إلى التّأكد من تقديم مكمّلات الحديد لهنّ، وذلك بتضمين خدمات الصّحّة العقليّة ضمن بروتوكول رعاية الأمّهات في فترة ما بعد الولادة.

- دراسة (البقميّ، 2023)

هدفت الدّراسة إلى معرفة القدرة التّنبّؤيّة لكلّ من أنماط التّعلّق غير الآمن (القلق/المتجنّب) واكتئاب ما بعد الولادة، والضّغوط الوالديّة في التّنبّؤ باضطراب الارتباط الأموميّ لدى الأمّهات حديثات الولادة، بالإضافة إلى الكشف عن الدَّوْر الوسيط لكلّ من اكتئاب ما بعد الولادة، والضّغوط الوالديّة في هذه العلاقة.

استخدمت الدّراسة المنهج الوصفيّ لوصف الظّاهر وتوضيح العلاقة ومقدارها وتفسير العلاقات بين المتغيّرات. وشمل مجتمع الدّراسة على جميع الأمّهات النُّفَساء اللّاتي ولدن طفلًا كامل المدّة (فوق 37 أسبوع من الحمل)، وتجاوزت أعمارهنّ ال-18 عامًا، ومضى على إنجابهنّ فترة تتراوح بين أسبوع إلى

شهر. وتمّ جمع عيّنة مكوّنة من 250 أمًّا من الأمّهات اللّاتي مضى على إنجابهن فترة زمنية تتراوح ما بين أسبوع إلى شهر، مع استبعاد الأمّهات اللّاتي تمّ تشخيصهنّ بأمراض نفسيّة، وأمّهات الأطفال الّذين يعانون من مشاكل طبّيّة، أو الّذين تمّ إدخالهن إلى وحدة العناية المركزة لحديثي الولادة، وبلغ المتوسّط العمريّ لعيّنة الدّراسة 30 سنة.

وشملت أدوات الدّراسة على البيانات الدّيموغرافيّة والصّحّيّة: العمر، والمستوى التّعليميّ، والمستوى الاقتصاديّ، والرّغبة في الحمل، ونوع الولادة، ونوع الرّضاعة، وعدد الولادات، ووجود مضاعفات أثناء الحمل، وإذا ما كانت الأمّ تعاني من مشاكل وأمراض وتتلقّى علاجًا طبيًا أو نفسيًا لها، وإذا ما كان المولود يعاني من مشاكل طبّيّة، أو تمّ وضعه في وحدة العناية المركّزة لحديثي الولادة. كذلك تمّ استخدام استبيان ارتباط ما بعد الولادة Postpartum bonding questionnaire PBQ، ومقياس اليرموك لأنماط التّعلّق لدى الرّاشدين (Yarmouk Scale of adult Attachment Styles (Y-SAAS، وكذلك مقياس الضّغوط الوالديّة Parental Stress Scale –PS.

وتوصّلت النّتائج إلى أنّه يمكن التّنبؤ بدرجة الاضطراب الأموميّ من درجات كلّ من اكتئاب ما بعد الولادة، والنّمط المتجنّب من أنماط التّعلّق والضّغوط الوالديّة، وأكّدت النّتائج الدَّوْر الوسيط لاكتئاب ما بعد الولادة في العلاقة بين نمط التّعلّق القلق والارتباط الأموميّ، إضافة إلى أنّ الضّغوط الوالديّة كانت وسيطًا هامًّا في العلاقة بين نمط التّعلّق القلق واضطراب الارتباط الأموميّ.

- دراسة (Mattar et al.,2023)

هدفت الدّراسة إلى تقييم مدى انتشار اكتئاب ما بعد الولادة بين النّساء الفلسطينيّات في الضّفّة الغربيّة وقطاع غزّة، وتحديد الأمّهات الأكثر عرضة لخطر الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة، ودراسة العلاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة وسوء المعاملة أثناء الولادة.

استخدمت الدّراسة تحليلًا ثانويًّا للبيانات من دراسة مقطعيّة في الأراضي الفلسطينيّة المحتلّة secondary data analysis from a cross- sectional study، وقد تمّ إجراء مقابلات هاتفيّة مع الأمّهات خلال 4-2أسابيع بعد الولادة، وتمّ استخدام استبيان صحّة المريض (PHQ-9) كأداة فحص لاكتئاب ما بعد الولادة.

وتوصّلت النّتائج إلى أنّ معدّل انتشار اكتئاب ما بعد الولادة بين الأمّهات الفلسطينيّات في الضّفّة الغربيّة وقطاع غزّة بلغ 12.6% مع ارتفاع معدّل الانتشار بين الأمّهات اللّاتي يعشن في قطاع غزّة وهي منطقة غير مستقرّة سياسيًّا واقتصاديًّا في فلسطين. كما توصّلت النّتائج إلى أنّ الأمّهات الأكبر سنًّا أكثر عرضة للإصابة باكتئاب ما بعد الولادة بمرّتين مقارنة بالأمّهات الشّابات. وكذلك هناك علاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة وسوء معاملة الأمّهات أثناء الولادة، حيث النّساء اللّاتي تعرّضن لسلوكيّات تتضمّن الإساءة والإهمال والتّواصل غير الفّعال وسوء التّعامل مع الأمّ في أماكن الولادة هم أكثر عرضة للإبلاغ عن اكتئاب ما بعد الولادة من أولئك اللّواتي لم يتعرضن لهذه الإساءات.

- دراسة (Zedan et al.,2023)

هدفت الدّراسة إلى التّعرف على خطر الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة في عيّنة وطنيّة من النّساء في المملكة العربيّة السّعوديّة وعلاقته بالعديد من الحالات الصّحّيّة ونمط الحياة والعوامل الاجتماعيّة والدّيموغرافيّة. واعتمدت الدّراسة على تصميم المسح المقطعيّ cross-sectional studyباستخدام نموذج استبيان لتقييم خطر الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة حسب مقياس إدنبرة لقياس اكتئاب ما بعد الولادة، لدى عينّة من الأمّهات بلغ عددهنّ التّقديريّ 385أمًّا، تتراوح أعمارهنّ بين 18-50 سنة خلال سنة واحدة بعد الولادة، في الفترة الواقعة من نيسان إلى أيلول 2021، وتضمّنت أسئلة تمّ توجيهها للأمّهات المشتركات عبر الانترنت حول الحالة الصّحّيّة بعد الولادة، وعوامل نمط الحياة. وسجلت 75% من النّساء خطر الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة، وفي ذلك ارتباطات كبيرة مع انخفاض دخل الأسرة، وصغر سنّ الطّفل، وصعوبة الولادة، ونقص دعم الأسرة، ومستوى النّشاط البدنيّ، وعمر الأمّ، ومستوى تعليمها، وتوظيفها، ومستوى الدّخل، ومنطقة الإقامة.

- دراسة (Abdelmola et al., 2023)

هدفت الدّراسة إلى اكتشاف مدى شيوع اكتئاب ما بعد الولادة في محافظة جازان في السّعوديّة، وتحديد عوامل الخطر الأكثر أهمّيّة، وقياس مدى احتماليّة سعي الأمّهات المصابات باكتئاب ما بعد الولادة إلى المساعدة. ولتحقيق هدف الدّراسة تمّ إجراء مسح مقطعيّ رصديّ يستهدف عيّنة من 444 أمًّا في العام الأوّل بعد الولادة باستخدام أداة معياريّة تمّ اختبارها والتّحقق من صحّتها لتقييم انتشار اكتئاب ما بعد الولادة بين النّساء المشاركات في الدّراسة.

واستخدام الإحصاءات الوصفيّة والاستدلاليّة، والانحدار اللّوجستيّ المتعدّد المتغيّرات لتقييم عوامل الخطر المرتبطة باكتئاب ما بعد الولادة. وأشارت النّتائج أنّ انتشار اكتئاب ما بعد الولادة في محافظة جازان مرتفعة للغاية بنسبة 75.7%، وبلغت نسبة انتشار الأمّهات اللّواتي لديهنّ أفكار انتحاريّة 6.3% في كثير من الأحيان، و5.0% في بعض الأحيان، و 7.9% بالكاد. وفيما يتعلّق بمدّة ظهور أعراض الاكتئاب، فقد كانت 34.78% في أقلّ من شهر، و 20.72% في أقلّ من ستّة أشهر، وفي 13.06 % في أقلّ من عام واحد. وأنّ تطوّر الاكتئاب حدث في أقلّ من أسبوع لدى 30.4% من النّساء. وأظهرت النّتائج أنّ غياب الدّعم الأسريّ أدّى إلى ازدياد خطر الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة بشكل ملحوظ.

- دراسة (Ahmadpour et al., 2023)

هدفت هذه الدّراسة إلى تحديد العلاقة بين تجربة الولادة والقلق والاكتئاب بعد الولادة، وتمّ إجراء دراسة مقطعيّة على 399 امرأة من شهر إلى أربع أشهر بعد الولادة، وتمّ استخدام استبيان الخصائص الاجتماعيّة والدّيموغرافيّة والتّوليديّة، واستبيان تجربة الولادة (CEQ 2.0)، ومقياس إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة، ومقياس القلق النّوعيّ بعد الولادة (PSAS)، وخلصت النّتائج إلى أنّ الاكتئاب والقلق بعد

الولادة مرتبطان بتجارب الولادة، وبالتّالي فإنّه من المهمّ مراعاة الصّحّة العقليّة للأمّهات وتأثيراتها على جوانب مختلفة من حياة الأمّ وأسرتها، لذا من المهمّ لمقدّمي الرّعاية الصّحّيّة المساعدة في خلق تجارب ولادة إيجابيّة.

- دراسة (Dlamini et al., 2023)

هدفت الدّراسة إلى دراسة العلاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة وكفاءة الدَّوْر الأموميّ واختبار ما إذا كانت الكفاءة الذّاتيّة للأمّ تتوسّط العلاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة وكفاءة الدَّوْر الأموميّ، وذلك بتصميم مقطعي بأخْذ عيّنة من 343 أمًّا بعمر 18–44 عامًا، في مرحلة ما بعد الولادة من 3 مرافق للرّعاية الصّحّيّة الأوّليّة في اسواتيني، وتمّ استخدام مقياس إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة واستبيان كفاءة الذّات الأموميّة ومقياس الكفاءة المتصوّرة. ثمّ تمّ تطبيق نماذج الانحدار الخطّيّ المتعدّد ونمذجة المعادلات البنيويّة في IBM SPSS وSPSS Amos وذلك من أجل فحص ارتباطات الدّراسة واختبار تأثير العلاقة. وخلصت نتائج الدّراسة أنّ كفاءة الدَّوْر الأموميّ ارتبطت ارتباطًا إيجابيًا بكفاءة الدَّوْر الأموميّ، وارتبط اكتئاب ما بعد الولادة ارتباطًا سلبيًّا بكفاءة الأمّ الذّاتيّة، وفي تحليل المسار هناك ارتباط غير مباشر لاكتئاب ما بعد الولادة بكفاءة الدَّوْر الأموميّ من خلال كفاءة الأمّ الذّاتيّة. وهذا يعني أنّ تحسين الكفاءة الذّاتيّة للأمّهات قد يحسّن من كفاءة الدَّوْر الأموميّ ويخفّض من اكتئاب ما بعد الولادة.

- دراسة (Kakasci et al., 2023)

هدفت الدّراسة إلى تحديد تأثير التّثقيف الّتي تحصل عليه الأمّ قبل الولادة على موقف الأمّ الحامل تجاه الولادة وتحقيق دور الأمّ ومستويات الثّقة بالنّفس. تمّ إجراء الدّراسة شبه التّجريبيّة العشوائيّة في مستشفى يقع في إسطنبول، في نموذج ما قبل التّثقيف وما بعده. حضرت النّساء في المجموعة التّعليميّة 6 أسابيع من التّثقيف. شاركت النّساء في المجموعة الضّابطة في زيارة متابعة دوريّة. تمّ جمع البيانات باستخدام استبيان الموقف من الولادة (CAQ)، ومقياس الثّقة بالنّفس لفارس (PSCS)، ومقياس التّفاضل الدّلاليّ– نفسي كأم (MMS). وتمّ تطبيق المقاييس في الزّيارة الأولى، بعد ستّة أسابيع، وفي الأسبوع السّادس بعد الولادة. وخلصت نتائج الدّراسة إلى أنّ متوسّط الدّرجات للقياس الثّاني لاستبيان الموقف من الولادة ومقياس الثّقة بالنّفس ومقياس نفسي كأمّ ذات دلالة إحصائيّة لصالح المجموعة الّتي حضرت للتّثقيف قبل الولادة. لذا فإنّ التّثقيف قبل الولادة يؤثّر بشكل واضح وإيجابيّ على المواقف من الولادة وعلى تحقيق دَوْر الأمّ ومستوى ثقة الأمّ بنفسها.

- دراسة (Broekhuysen, Shaer, 2023)

هدفت الدّراسة إلى مشاركة أصوات الأمّهات الفلسطينيّات الفئة الأكثر تهميشًا بسبب الصّراع والاحتلال، بمشاركة تجاربهنّ في الأمومة بكلماتهنّ الخاصّة. ولتحقيق هذا الهدف تمّ إجراء مناقشة جماعيّة مركزة مع 19أمًّا فلسطينيّة تعيش في مخيم الأمعري للّاجئين في رام الله في الضّفّة الغربيّة. وخلصت نتائج الدّراسة إلى أنّ هناك طرقًا مختلفة لتجربة الأمومة ودَوْر القوميّة والتّضامن الاجتماعيّ الفلسطينيّ والدّين

في التّعامل مع تداعيات الصّراع والاحتلال والصّدمات، وذلك من حيث المعاناة المشتركة والمقاومة والقدرة على التّعامل مع الصّراع، والقدرة على حمل أدوات تمكّن الأمّهات في تحمّل ومواجهة العنف السّياسيّ الّذي يعتبر موضوعًا محدّدًا لهويات الأمّهات كما أظهرت نتائج الدّراسة.

- دراسة (Kakasci et al., 2023)

هدفت الدّراسة إلى استكشاف آراء النّساء حول العوامل داخل مجالات الرّعاية الصّحّيّة والاجتماعيّة والثّقافيّة والتّنظيميّة والبيئيّة والسّياسيّة الّتي تعمل أو يمكن أن تعمل بشكل جيد في خلق تجارب إيجابيّة في الفترة المحيطة بالولادة. واعتمدت الدّراسة التّصميم الوصفيّ النّوعيّ بمشاركة 24 امرأة من مستخدمي خدمة رعاية الأمومة اللّواتي ولدن في أيرلندا. وتوصّلت النّتائج إلى تطوير ثلاثة محاور رئيسة حول خدمات الرّعاية المقدّمة للأمّ في فترة ما حول الولادة، وتتضمّن: أسلوب الرّعاية الّذي يتعلّق بتفاعل الطّواقم الطّبّيّة ومواقفهم في الرّعاية الصّحّيّة للأمّ في فترة ما حول الولادة. والحضور والدّعم المهنيّ بعد الولادة الّتي استفدن منها الأمهات في مرحلة الانتقال إلى الأمومة. والمرونة للعائلات الجديدة من حيث القضايا والشّؤون الاجتماعيّة والتّنظيميّة المتعلّقة بالعودة إلى العمل بعد الولادة لكلا الوالدين. كما توصّلت الدّراسة إلى تقدير الأمّهات في مرحلة ما حول الولادة لحصولهنّ على الرعاية الصّحّيّة، وتحديدهنّ لأهميّة دَوْر التّثقيف في مجال صحّة الأمّ والّذي يدعم عمليات صنع القرار وحصولهنّ على موارد دعم إيجابيّة وداعمة لصحتهنّ النّفسيّة ومخفّفة لأعراض القلق. وكذلك على تشجيع الأمّهات للقيام بدورهنّ الأموميّ وإشراك الأزواج بشكل فعّال في تقديم الرّعاية. ودَوْر الوصول للدّعم المهنيّ الموسّع بعد الولادة من خلال اقتراح عيادات خارجيّة وخطوط اتصال لتلقّي الدّعم من متخصّصي الرّعاية الصّحّيّة لتمكين الأمّهات من حيث المهارات والاهتمامات. وذلك من أجل الوصول لتحقيق التّوازن في العائلة ومساعدتها على التّكيّف والتّقبّل للمرحلة الجديدة.

- دراسة (Hannon et al., 2022)

هدفت الدّراسة إلى استكشاف آراء النّساء حول العوامل داخل مجالات الرّعاية الصّحّيّة والاجتماعيّة والثّقافيّة والتّنظيميّة والبيئيّة والسّياسيّة الّتي تعمل أو يمكن أن تعمل بشكل جيد في خلق تجارب إيجابيّة في الفترة المحيطة بالولادة. واعتمدت الدّراسة التّصميم الوصفيّ النّوعيّ بمشاركة 24 امرأة من مستخدمي خدمة رعاية الأمومة اللّواتي ولدن في أيرلندا. وتوصّلت النّتائج إلى تطوير ثلاثة محاور رئيسة حول خدمات الرّعاية المقدّمة للأمّ في فترة ما حول الولادة، وتتضمّن: أسلوب الرّعاية الّذي يتعلّق بتفاعل الطّواقم الطّبّيّة ومواقفهم في الرّعاية الصّحّيّة للأمّ في فترة ما حول الولادة. والحضور والدّعم المهنيّ بعد الولادة الّتي استفدن منها الأمهات في مرحلة الانتقال إلى الأمومة. والمرونة للعائلات الجديدة من حيث القضايا والشّؤون الاجتماعيّة والتّنظيميّة المتعلّقة بالعودة إلى العمل بعد الولادة لكلا الوالدين. كما توصّلت الدّراسة إلى تقدير الأمّهات في مرحلة ما حول الولادة لحصولهنّ على الرعاية الصّحّيّة، وتحديدهنّ لأهميّة دَوْر التّثقيف في مجال صحّة الأمّ والّذي يدعم عمليات صنع القرار وحصولهنّ على موارد دعم

إيجابيّة وداعمة لصحتهنّ النّفسيّة ومخفّفة لأعراض القلق. وكذلك على تشجيع الأمّهات للقيام بدورهنّ الأموميّ وإشراك الأزواج بشكل فعّال في تقديم الرّعاية. ودَوْر الوصول للدّعم المهنيّ الموسّع بعد الولادة من خلال اقتراح عيادات خارجيّة وخطوط اتصال لتلقّي الدّعم من متخصّصي الرّعاية الصّحّيّة لتمكين الأمّهات من حيث المهارات والاهتمامات. وذلك من أجل الوصول لتحقيق التّوازن في العائلة ومساعدتها على التّكيّف والتّقبّل للمرحلة الجديدة.

- دراسة (Naphapunsakul et al., 2020)

هدفت الدّراسة إلى دراسة العوامل الّتي تؤثّر في أداء دَوْر الأمّ، وتتضمّن الدّعم الاجتماعيّ، والاكتئاب، وتصوّر الأمّ لسلوك الرّضيع، وتصوّر الأمّ للتّربية، والكفاءة الأموميّة. ولإجراء الدّراسة تمّ أخْذ عيّنة قصديّة من 200أمٍّ لأوّل مرّة بعد شهر واحد من الولادة في مستشفى إقليميّ في المنطقة الجنوبيّة في تايلاند والّذين استوفوا معايير الإدراج. وتمّ استخدام استبيانٍ واحدٍ يتعلّق بالبيانات الدّيموغرافيّة للمشتركات، وستّة استبيانات متعلّقة بعوامل الدّراسة والّتي تشمل جرد تصوّر حديثي الولادة، مقياس الشّعور بالكفاءة، مقياس الاكتئاب، مقياس أداء دَوْر الأمّ، مقياس الدّعم الاجتماعيّ، مقياس كيف تكونين أمًّا لطفل حديث الولادة. وتمّ استخدام تحليل الانحدار المتعدّد لتحليل البيانات. وأظهرت النّتائج أنّ العوامل الّتي تؤثّر على أداء الدَوْر الأموميّ هي عامل الدعم الاجتماعيّ وعامل إدراك الأمّ للتّربية وعامل الاكتئاب وعامل الكفاءة الأموميّة بنسبة 34%. وأوصت الدّراسة تبعًا لما سبق بأهميّة دَوْر الممرّضات في أقسام ما بعد الولادة في المستشفيات، والممرّضات في المجتمعات المحليّة بأن يكون لديهنّ أدوات واستراتيجيّات تمريضيّة في تعميق مفهوم الدّعم الاجتماعيّ وتحسين تصوّر الأمّ للتّربية وزيادة كفاءة الأمومة وخفض الاكتئاب وذلك من أجل تعزيز الأداء الإيجابيّ لدَوْر الأمّ في انتقالها للأمومة لأوّل مرّة.

- دراسة (Ahmed et al., 2021)

هدفت الدّراسة إلى تحديد مدى انتشار اكتئاب ما بعد الولادة في مراكز الرّعاية الصّحّيّة الأوّليّة الّتي تقدّم خدمات التّطعيم للأطفال في مدينة أسيوط في صعيد مصر، وتقييم عوامل الخطر المحتملة المرتبطة باكتئاب ما بعد الولادة. ولتحقيق هدف الدّراسة تمّ تطبيقها على 275 أمًّا تابعن في مراكز الرّعاية الصّحّيّة الأوّليّة لتطعيم أطفالهنّ من كانون الثّاني يناير 2019 إلى كانون الثّاني يناير 2020، وتمّ تقييم جميع المشتركات من حيث السّمات الاجتماعيّة والدّيموغرافيّة ومقياس ثراء الأسرة (FAS) ومقياس إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة وعوامل الخطر المرتبطة بها. وبلغ معدّل انتشار اكتئاب ما بعد الولادة حوالي 33.5%، ووجد أنّ عوامل تاريخ الاكتئاب وتاريخ الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة وتاريخ الظّروف المجهدة وغياب الدّعم الأسريّ والحمل غير المرغوب به وتفضيل الذّكور على الإناث والحالة الاجتماعيّة والاقتصاديّة المنخفضة عوامل خطر وذات دلالة إحصائيّة في الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة.

- دراسة Badakhsh et al (2020)

هدفت هذه الدّراسة إلى وصف التجربة الحيّة للنّساء أثناء الحمل عالي الخطورة، واستخدم البحث دراسة ظاهراتيّة تأويليّة، وتمّ إجراءها في مركز صحّيّ في منطقة حضريّة في جنوب شرق إيران، وذلك بأخذ عيّنة قصديّة من 20 أمّ يعانين من حمل عالي الخطورة. وتمّ عمل مقابلات وجهًا لوجه لجمع البيانات ثمّ تحليلها باستخدام نهج التّحليل الموضوعيّ المكوّن من ستّ مراحل لكلارك وبراون. وخلصت النّتائج إلى استخراج أربعة مواضيع هي تحدّي التّوقّع للأمومة، تحدّي الحمل المستقبليّ، تحدّي الأسرة في حمل عالي الخطورة، تحدّي التّكيّف. وتبيّن من النّتائج أنّ النّساء اللّواتي يعانين من حمل عالي الخطورة قد وجدن صعوبة في التّعامل مع المخاوف بشأن الحمل الرّاهن والحمل المستقبليّ، وكذلك وجدن صعوبة في التّكيّف مع متطلبات دَوْر الأمّ ووظائف الأسرة.

- دراسة (Rafii et al.,2020)

هدفت الدّراسة إلى إظهار الخصائص الأساسيّة والتّعريف العمليّ لكفاءة دَوْر الأمّ لدى الأمّهات حديثات الولادة في سياق جديد.

مزجت الدّراسة بين مراجعة الأدبيّات والبحث النّوعيّ، فاستخدمت نموذجًا هجينًا لتحليل المفاهيم ثلاثيّ الخطوات: المراحل النّظريّة الّتي هدفت بها إلى إنشاء وتطوير خلفيّة مناسبة للتّحليل العميق وإعادة تعريف المفهوم، وتضمّنت هذه المرحلة اختيار المفهوم، ومراجعة الأدبيّات، والتّعامل مع معنى المفهوم وقياساته، لتحديد التّعريف التّشغيليّ. ولتحقيق الهدف من هذه المرحلة تمّ تحليل 33 مقالة من المقالات المفهرسة في قواعد بيانات الاعتماد باستخدام الكلمات الرّئيسيّة. وفي مرحلة العمل الميدانيّ تمّت مقابلة 12 أمّ ولدن حديثًا، وتمّ اعتماد طريقة أخْذ العيّنات الهادفة وأخْذ أقصى قدر من التّنوّع في الاعتبار من حيث العمر، ومستوى التّعليم، وعدد الأطفال، واعتمدت الدّراسة على أداة المقابلات الفرديّة لمدة 75 دقيقة وجهًا لوجه والمتعمّقة وشبه المنظّمة ومراقبة السّلوكيّات غير اللّفظيّة لجمع البيانات. وتمّ تصميم أسئلة المقابلة لتوضيح المفهوم، مثل: اشرحي تجربتك في الأمومة؟ ماذا حقّقتِ في هذه التّجربة؟ كيف تختلف هذه التّجربة؟ ما هي العوامل الأكثر أهمّيّة في هذا الإنجاز؟ ومن ثمّ تمّ تحليل البيانات باستخدام تحليل المحتوى التّقليديّ. وفي مرحلة التّحليل النّهائيّ تمّ تحليل نتائج المرحلتين السّابقتين بمقارنة المواضيع المستخرجة في مرحلتي العمل النّظريّ والميدانيّ ومن ثمّ تقديم تعريف شامل للمفهوم، واشتقاق وحدات المعنى بناءً على أهداف البحث، ثمّ تصنيف سماته وسوابقه ونتائجه. وامتدّت الدّراسة من شهر آب إلى شهر تشرين الثّاني 2018.

توصّلت النّتائج إلى تعريف مصطلح "الأمومة" أي كلّ ما يتعلّق بالأمّ، أثناء الحمل أو بعد الولادة بفترة قصيرة. ثمّ تمّ تعريف مصطلح "الدَّوْر" على أنّه الوظيفة الّتي يؤدّيها أو يلعبها شخص أو شيء في موقف معيّن. وتمّ تعريف مصطلح "الكفاءة" على أنّه العمل على تحقيق هدف يرغب الشّخص بتحقيقه، وخاصّة تحصيل المهارات أو التّحصيل التّعليميّ.

كما توصّلت النّتائج إلى تعريف مفهوم "كفاءة الدَّوْر الأموميّ" على أنّه عمليّة تنمويّة وتفاعليّة وتكيّفيّة وملتزمة متعدّدة الأبعاد تعتمد على اكتشاف الحمل، وخصائص الأمّ، وتلقّي الدّعم الاجتماعيّ، مما يساهم في تشكيل هويّة الأمّ، وتشكيل الشّخصيّة الأموميّة، بما تملكه من مهارات تساعدها في تنمية الأطفال الرّضع ورفع جودة التّفاعلات بين الأمّ والطّفل ورفع رفاهية الأمّ.

- دراسة (Warsiti 2020)

هدفت الدّراسة إلى التّحقيق في تأثير تدخّل دَوْر الأمّ على زيادة تحقيق هويّة دَوْر الأمّ أثناء الحمل ونموّ الرّضيع، وذلك من خلال إجراء تحليلًا تلويًّا للمقالات البحثيّة المنشورة حول تأثير تدخّل دَوْر الأمّ على زيادة تحقيق هويّة دَوْر الأمّ أثناء الحمل ونموّ الرّضيع. وكانت النّتيجة أنّ هناك تسع دراسات أجرت مراجعة منهجيّة ثم استمرّت بتحليل تَلَويّ للبيانات ذات الصّلة وكان العدد الإجماليّ للعيّنات 1474 موضوعًا. وأظهرت النّتائج أنّ هناك تأثيرًا لدَوْر الأمّ مع زيادة الرّضا عن أن تصبح أمًّا وانخفاض اكتئابها. ودور الأمّ في دعم صحّة الرّضيع وكفاءة دورها والثّقة في رعاية الرّضيع لا يرتبط بتحقيق هويّة دَوْر الأمّ.

- دراسة (Slomian et al., 2019)

هدفت الدّراسة إلى تقييم كلّ من الرّضيع والأمّهات من عواقب اكتئاب ما بعد الولادة غير المعالج، من خلال المراجعات المنهجيّة والتّحليلات الوصفيّة للدّراسات المنشورة في الفترة ما بين 1 كانون الثّاني لعام 2005و17 آب لعام 2016 باستخدام قواعد البيانات التّالية: MEDLINE and PSYCINFO، بتطبيق الكلمات الرّئيسيّة في قواعد البيانات أثناء البحث في الأدبيّات: "اكتئاب ما بعد الولادة، اكتئاب النّفاس" واقتصر البحث على الدّراسات الإنسانيّة المنشورة باللّغة الإنجليزية. وتمّ تضمين ما مجموعه 122 دراسة من أصل 3712 مرجعًا تمّ استرجاعها من قواعد البيانات، وتمّ تجميع نتائج الدّراسات في ثلاث فئات: 1) العواقب الأموميّة لاكتئاب ما بعد الولادة، بما في ذلك الصّحّة البدنيّة، والنّفسيّة، والعلاقة الزّوجيّة، والسّلوكيّات المحفوفة بعوامل الخطر. 2) عواقب اكتئاب ما بعد الولادة على الرّضع، بما في ذلك القياسات البشريّة، والصّحّة البدنيّة، والنّوم، والنّمو الحركيّ، والمعرفيّ، واللّغويّ، والعاطفيّ، والاجتماعيّ، والسلوكيّ. 3) والتّفاعلات بين الأمّ والطّفل، بما في ذلك التّرابط والرّضاعة الطّبيعيّة ودَوْر الأمّ.

وتوصّلت النّتائج إلى أنّ اكتئاب ما بعد الولادة يخلق بيئة غير مناسبة للنّمو الشّخصي للأمّهات، والنّمو الأمثل للطّفل. لذا لا بدّ من اكتشاف الأعراض وتلقّي العلاج مبكّرًا لتجنّب هذه العواقب.

- دراسة (Kaya et al., 2019)

هدفت هذه الدّراسة الارتباطيّة للتّحقيق في تأثير طريقة الولادة على حدوث اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات البكريّات على 244 امرأة تتراوح أعمارهنّ بين 49–15 عامًا في 17 مركز للرّعاية الصّحّيّة الأوّليّة. وتمّ جمع البيانات الاجتماعيّة والدّيموغرافيّة والتّوليديّة والمتعلّقة باكتئاب ما بعد الولادة، باستخدام

الاستبيانات ومقياس إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة في الشّهرين الأوّل والثّالث بعد الولادة. إضافةً إلى إجراء مقابلة لمدّة 25–30 دقيقة مع الأمّهات المشتركات بالدّراسة. وخلصت النّتائج إلى وجود ارتباط عكسيّ بين المستوى التّعليميّ ودرجات اكتئاب ما بعد الولادة، بالمقابل لا يوجد أيّ علاقة بين الفئات العمريّة والدّخل ومكان الإقامة والمهنة ودرجات اكتئاب ما بعد الولادة. كما كشفت الدّراسة أنّ طرق الولادة المرغوبة والمنفّذة والتّحريضيّة وشقّ العجان والتّخدير لم تكن مرتبطة بدرجات اكتئاب ما بعد الولادة. وأنّ سلوك ما بعد الولادة وطريقة تغذية الرّضع مرتبطين بدرجات اكتئاب ما بعد الولادة في الشّهر الأوّل وليس في الشّهر الثّالث.

- دراسة (Matsumura et al., 2019)

هدفت هذه الدّراسة إلى فحص العلاقة بين الوضع الاجتماعيّ والاقتصاديّ بناءً على أعلى مستوى تعليميّ للأمّهات أثناء الحمل في اليابان. وذلك باستخدام مقياس إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة، وإجراء تحليلات بناءً على الدّرجات الفرعيّة للقلق والاكتئاب وانعدام المتعة، ثمّ تمّ استخدام تحليل نموذج الانحدار الخطيّ اللّوجستيّ والمعمّم لحساب نِسَب اكتئاب ما بعد الولادة وفقًا لمستوى التّعليم. وأظهرت نتائج التّحليل أحاديّ المتغيّر أنّ انخفاض مستوى التّعليم كان مرتبطًا بارتفاع معدّل انتشار اكتئاب ما بعد الولادة وأعراضه، وأنّه كلّما انخفض مستوى التّعليم فإنّ ذلك يُعتبر عامل خطر مستقلّ لاكتئاب ما بعد الولادة.

- دراسة (Qandil et al.,2016)

هدفت الدّراسة إلى تقدير مدى انتشار أعراض اكتئاب ما بعد الولادة بين النّساء في الأراضي الفلسطينيّة المحتلّة، ووصف خصائص أعراض الاكتئاب، بما في ذلك البداية والمدّة والتّحقيق في عوامل الخطر المرتبطة باكتئاب ما بعد الولادة.

استخدمت الدّراسة تصميم الدّراسة الطوليّة المستقبليّة باستخدام البيانات الّتي تمّ جمعها في مدينة بيت لحم في الضّفّة الغربيّة جنوب مدينة القدس، والّتي تتكوّن من 10بلديّات، و3 مخيّمات للّاجئين، و58 منطقة ريفيّة.

وتمّت إجراءات الدّراسة بالزّيارة المنزليّة للأمّهات اللّواتي بلغ عددهنّ 101أمًّا وإجراء المقابلة الأوّليّة معهنّ، وذلك بعد أن جئن لتسجيل أطفالهنّ حديثي الولادة في وزارة الداخليّة فرع بيت لحم، وأخْذ الموافقة منهنّ. ثمّ تمّت متابعة الأمّهات عن طريق المقابلات الهاتفيّة الّتي تضمّنت جمع البيانات والمعلومات الاجتماعيّة والدّيموغرافيّة حول التّاريخ الطّبّيّ للأمّ، وآخر ولادة، والولادات السّابقة، وأعراض الاكتئاب الحاليّة وما قبل الحمل، وخصائص الطّفل حديث الولادة، ومستوى الدّعم الاجتماعيّ المتصوَّر للأمّ، وذلك في الفترة الزّمنيّة: أسبوع واحد، أسبوعين، 6أسابيع، 3 أشهر، 6 أشهر بعد المقابلة الأوّليّة، وتمّ جمع البيانات في الفترة من شهر تشرين الأوّل 2013إلى شهر آذار 2015.

وتوصّلت النّتائج إلى أنّ انتشار أعراض الاكتئاب كان ثابتًا إلى حدّ ما 14–19% خلال فترة المتابعة، وتظهر معظم الأعراض خلال شهر واحد من الولادة، واستوفت 27.7% من الأمّهات المعايير الخاصّة باكتئاب ما بعد الولادة، وتمّ تحديد ارتفاع عدد الولادات والحمل غير المخطّط له كعوامل خطر للإصابة باكتئاب ما بعد الولادة.

- دراسة (Nakamura et al., 2015)

هدفت الدّراسة إلى توضيح العلاقة بين الرّاحة في أواخر الحمل وكفاءة دَوْر الأمّ ورعاية الأطفال أثناء فترة ما بعد الولادة المبكّرة، ولتحقيق هدف الدّراسة تمّ تصميم دراسة وصفيّة وطوليّة وارتباطيّة باستخدام مقياس الرّاحة قبل الولادة ومقياس ثقة دَوْر الأمّ بعد الولادة ومقياس رضا الأمّ بعد الولادة. وتمّ تطبيق الدّراسة على 339 أمًّا تلقّوا الرّعاية في مستشفى جامعي في مدينة سينداي في اليابان، وأكملت 215 أمًّا الدّراسة الطوليّة من خلال الإجابة على الاستبيان في وقت متأخّر من الحمل وأثناء فترة ما بعد الولادة المبكّرة. وخلصت النّتائج إلى أنّ النّساء الحوامل لأوّل مرّة، ارتبطت لديهنّ الرّاحة مع الأمومة بثقة الأمّ فيما يتعلّق بالمعرفة والمهارات اللّازمة لرعاية الطّفل وشعورها بالرّضا عن نفسها. وفي النّساء الحوامل لأكثر من مرّة، ارتبطت لديهنّ الرّاحة في أواخر الحمل بثقة الأمّ ورضاها، وارتبط التأثير الإيجابيّ بثقة الأمّ ورضاها في مرحلة ما بعد الولادة المبكّرة.

- دراسة (Ayoub,2014)

هدفت الدّراسة المقطعيّة إلى تحديد مدى انتشار اكتئاب ما بعد الولادة والعوامل المرتبطة به بين النّساء اللّواتي تتراوح أعمارهنّ بين 18–45 عامًا في محافظة نابلس. ولتحقيق هدف الدّراسة أُجريت مقابلات مع 246أمًّا بطريقة غير عشوائيّة من 12 عيادة من عيادات الرّعاية الصّحّيّة الأوليّة وصحّة الأمّ والطّفل التّابعة لوزارة الصّحّة الفلسطينيّة ووكالة الغوث في محافظة نابلس، وأُجريت المقابلات بين الأسبوع السّابع والثّاني عشر بعد الولادة في شهر أيّار وحزيران عام 2013، وتمّ استخدام مقياس إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة، مع إضافة أسئلة أخرى مرتبطة بعوامل ذات صلة باكتئاب ما بعد الولادة.

وخلصت نتائج الدّراسة إلى أن 17% من الأمّهات عيّنة الدّراسة يعانين من الاكتئاب، و 8.9% من الأمّهات يعانين من الاكتئاب الشّديد. وأظهرت النّتائج أنّ عامل الاكتئاب أثناء الحمل ووجود التّاريخ المَرَضيّ للاضطرابات النّفسيّة والتّعرض لضغوطات الحياة الشّديدة أثناء الحمل ومشكلات العلاقة الزّوجيّة وعدم الرّضا عنها، عدم دعم الزّوج، وعدم الرّضا عن العلاقة مع عائلة الزّوج، وانخفاض الدّعم الاجتماعيّ، كلّها عوامل تعزّز إصابة الأمّ باكتئاب ما بعد الولادة. ولم يلاحَظ في هذه الدّراسة أيّ ارتباطات ذات دلالة إحصائيّة بين اكتئاب ما بعد الولادة والخصائص الاجتماعيّة والدّيموغرافيّة، وهي العمر والتّعليم والسّكن والدّخل. والعوامل المرتبطة بالحمل نفسه والولادة والمولود.

- دراسة (Barkin et al., 2013)

هدفت الدّراسة إلى دراسة تصوّرات المرأة حول دَوْر الأمّ. واعتمدت الدّراسة على إجراء ثلاث مجموعات تركيز focused group وتقنيّة تحليل البيانات النّوعيّة من أجل دراسة وجهات نظر المرأة فيما يتعلّق بالمكوّنات الرّئيسيّة للأمومة الجديدة والّتي تمّ تحديدها في ثلاث فئات وهي: تقييمات المرأة للرّعاية الذّاتيّة، التّطبيقات الفعّالة للرّعاية الذّاتيّة، العوائق الّتي تحول دون ممارسة الرّعاية الذّاتيّة الجيّدة. وتمّ تطبيق الدّراسة في مقاطعة Allegheny surrounding Pittsburgh وشاركت في الدّراسة 31 امرأة أنجبت في العام السّابق للالتحاق بالدّراسة.

وأظهرت النّتائج أيديولوجيّتان فيما يتعلّق بدَوْر الرّعاية الذّاتيّة. حيث توصّلت تصوّرات الأمومة الفّعالة إلى أنّ الرّعاية الذّاتيّة ذات أهمّيّة أساسيّة في مساعدة الأمّ للقيام بدَوْرها الأموميّ، وشملت الرّعاية الذّاتيّة تخصيص وقت لممارسة التّمارين الرّياضيّة والخروج للتّرفيه، وطلب الدّعم من الزّوج. بينما توصّلت تصوّرات الأمومة غير الفعّالة إلى أنّ التّضحية بالنّفس في مقابل الأمومة الجديدة وعدم طلب الدّعم الاجتماعيّ وصعوبة قبول المساعدة ووضع الحدود وعدم توفّر الموارد الماليّة فإنّ ذلك يؤثّر سلبًا على قيام الأمّ بدَوْرها الأموميّ.

- دراسة (Emmanuel et al., 2011)

هدفت الدّراسة إلى التّعرف على العلاقة بين تطوير الدَّوْر الأموميّ والضّائقة الأموميّة والدّعم الاجتماعيّ في فترة ما بعد الولادة، ولتحقيق هدف الدّراسة تمّ تصميم مسح طوليّ مستقبليّ. وتمّ تطبيق الدّراسة في ثلاث أقسام ولادة في مستشفيات عامّة في أستراليا. وشاركت بالدّراسة 630أمًّا حاملًا باستخدام مقياس توقّعات الأمّ قبل الولادة في الأسبوع 36 من الحمل، واستخدام مقياس إدنبرة لقياس اكتئاب بعد الولادة لقياس الضّائقة الأموميّة، ومقياس الدّعم الاجتماعيّ. خلصت النّتائج إلى أنّ الانتقال للأمومة يكون مرهقًا، ولكن مع الدّعم المناسب فمن الممكن أن يكون هذا الانتقال أسهل على الأمهات.

- دراسة (Ozkan et al., 2011)

هدفت الدّراسة إلى تقييم تأثير تعليم تنمية هويّة الأمّ على تحقيق دَوْر الأمومة، وتمّ إجراء البحث باستخدام النّموذج شبه التّجريبيّ بتطبيق الاختبار القبليّ والبعديّ مع المجموعة الضّابطة. وشاركت في هذه الدّراسة ما مجموعه 120أمًّا وطفلها. وتمّ استخدام نموذج المعلومات الشّخصيّة Personal Information Form، ومقياس التّمايز الدّلاليّ (نفسي كأمّ وطفلي) ومقياس Pharis لفحص الثّقة بالنّفس Semantic Differentiation Scale-Myself as mother and the Pharis Self -Confidence Scale

وتوصّلت النّتائج إلى أنّ التّدريب على تطوير الهويّة المقدّم للأمّهات يؤدّي إلى زيادة متوسّطات الدّرجات المأخوذة من مقاييس نفسي كأمّ وطفلي ومقياس Pharis للثّقة بالنّفس، وكانت هذه الزّيادات ذات دلالة إحصائيّة. وكان هناك ارتباط إيجابيّ بين متوسّطات درجات ما بعد الاختبار في مقياس Pharis للثّقة بالنّفس ومقياسي نفسي كأمّ وطفلي Myself as Mother and My Baby.

وخلصت هذه النّتائج إلى أهمّيّة التّعليم وتنمية هويّة الأمّ من خلال تدريبها خلال الحمل لدعم عمليّة إدراك التّعامل مع الطّفل في المراحل المبكّرة بعد الولادة، والمساعدة في تطوير ثقة الأمّ بنفسها حتّى تتمكّن من تطوير سلوكيّات توافقيّة ولتكون أكثر نجاحًا في أمومتها.

- دراسة (Shahwan,2011)

هدفت الدّراسة إلى تحديد مدى انتشار اكتئاب ما بعد الولادة بين النّساء العربيّات اللّاتي يعشن في مدينة القدس الشّرقيّة، ودراسة العلاقة الارتباطيّة بين عدد من العوامل الدّيموغرافيّة وتطوّر اضطراب اكتئاب ما بعد الولادة.

استخدمت الدّراسة تصميم الدّراسة المقطعيّة cross-sectional study على عيّنة مكونّة من 274 أمّ، تتراوح أعمار أطفالهنّ بين شهر إلى سنة، وتمّ أخذ العيّنة من أربعة مراكز لصحّة الطّفولة والأمومة في القدس. واستخدمت الباحثة أساليب التّكرارات والنّسب المئويّة والمتوسّطات والانحرافات المعياريّة واختبار ارتباط بيرسون وسيبرمان ومربّع كاي لفحص العلاقة الارتباطيّة بين انتشار اكتئاب ما بعد الولادة والمتغيّرات الدّيموغرافيّة والّتي تتضمّن عدد الأطفال، عدد الولادات، العمر عند الزّواج الأوّل، العمر عند الحمل الأوّل، مكان الإقامة، المستوى التّعليميّ للأمّ، الرّغبة في الحمل، المستوى التّعليميّ للزّوج، الوضع الاقتصاديّ للأسرة، العمر، الممتلكات، دخل الأسرة. وتوصّلت النّتائج إلى أنّ معدل الانتشار الإجماليّ لاكتئاب ما بعد الولادة بلغ 55.1% بين الأمّهات المشتركات في الدّراسة، منهنّ 25.55% يعانين من الاكتئاب الشّديد، و29.56% يعانين من الاكتئاب المتوسّط، كما بيّنت النّتائج أنّ هناك علاقة ارتباطيّة بين انتشار اكتئاب ما بعد الولادة و المتغيّرات الدّيموغرافيّة الّتي تتضمّن العمر، ومكان الإقامة، وملكيّة السّكن، والمستوى التّعليميّ، ودخل الأسرة، وكذلك هناك علاقة ارتباطيّة بين انتشار اكتئاب ما بعد الولادة والمتغيّرات غير الدّيموغرافيّة الّتي تتضمّن العمر عند الزّواج الأوّل، العمر عند الحمل الأوّل، عدد الغرف والحمّامات في المنزل، عدد الأطفال، عدد الولادات، المستوى التّعليميّ للزّوج، وضع العمل للزّوج، الرّغبة في الحمل والتّخطيط له.

– دراسة (Mercer, 2004)

هدفت الدّراسة إلى تقديم أدلّة لاستبدال مصطلح "كفاءة الدور الأمومي" بمصطلح "أن تصبح أمًّا"، واعتمدت الدّراسة المنهج النوعيّ مستخدمة أسلوب تحليل المحتوى والمقابلة المفتوحة المعمّقة غير المنضبطة، حيث اعتمدت منهجيّة الدّراسة على إجراء مراجعة لتطوّر مصطلح "كفاءة دَوْر الأمّ" وتوليف البحوث المنبثقة عن النّظريّة، تليها توليف البحوث الحاليّة حول الانتقال إلى الأمومة. ثم حلّلت ما أخبرت به النّساء وربطته مع الدّراسات السّابقة. وتكوّنت العيّنة من ثلاث مجموعات من الأمّهات (15–19، 20–29، 30–40 سنة) خلال عامهم الأوّل من الأمومة.

توصّلت الدّراسة إلى أنّ المرأة تؤسّس هويّة الأمومة عندما تصبح أمًّا من خلال التزامها ومشاركتها في تحديد نفسها الجديدة، وتستمرّ هويّة الأمّ في التّطوّر واكتسابها لمهارات جديدة لاستعادة ثقتها بنفسها مع

ظهور تحدّيات جديدة. حيث أظهرت الدّراسات أنّ الأمّ الّتي شكّلت رابطة مع طفلها أثناء الحمل من خلال كلامها وأحلامها وتفكيرها، فإنّ هذه الرّابطة تمتدّ بشكل ملاحَظ بعد الولادة من خلال التّلامس والتّواصل، وينعكس على صّحّتها النّفسيّة وحالتها المزاجيّة. وذلك على خلاف الأمّ الّتي لم تتمكّن من بناء رابطة صحّيّة مع الطّفل فإنّها تكون عرضة أكثر لاكتئاب ما بعد الولادة وتشكيل تصوّرات سلبيّة عن طفلها وقدرتها على رعايته، وكذلك تشكيل تصوّرات سلبيّة عن نفسها وعن أمومتها، وتمتدّ من شهرين إلى ثلاثة أشهر بعد الولادة. وتوصّلت الدّراسة أنّ الأمّهات اللّواتي أبلغن عن مستويات عالية من الاكتئاب والقلق والمشكلات الزّوجيّة والصّراعات خلال الحمل، قد بلّغن عن كفاءة أقلّ في ممارسة دور الأمّ. بينما الأمّ الّتي أبلغت عن تواصل إيجابيّ مع الطّفل، فإنّ ذلك مرتبط بثقتها بنفسها وبكفاءة دَوْرها الأموميّ خلال الحمل، فيمتدّ لما بعد الولادة.

1.3.2 تعقيب على الدّراسات السّابقة

تعكس الدّراسات السّابقة أنّ اكتئاب ما بعد الولادة هو مشكلة صحّيّة معقدّة ومتعدّدة الأبعاد، وليس مجرّد اضطراب نفسيّ مؤقّت، بل له آثاره على الجوانب الطّبّيّة والنّفسيّة والاجتماعيّة للأمّ وطفلها وأسرتها. فقد عكست الدّراسات السّابقة جوانب مختلفة متعلّقة بكيفيّة تأثير اضطراب اكتئاب ما بعد الولادة على حياة الأمّ وطفلها. ويظهر ذلك من خلال نقاش المحاور التّالي ذكرها:

- التّفاوت الجغرافيّ والثّقافيّ: فالبيئة المحيطة والظّروف السّياسيّة والاقتصاديّة وتفاوتها بين منطقة وأخرى تساهم في اختلاف معدّلات الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة. فعلى سبيل المثال تمّ ملاحظة ارتفاع معدّلات الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة في المناطق الأكثر اضطرابًا سياسيًّا واقتصاديًّا مثل قطاع غزّة في فلسطين، وهذا ما عكسته دراسة مطر وآخرون (2023) كذلك، ففي دراسة زيدان وآخرون (2023) في السّعودية، فقد برزت الفوارق بين المناطق تبعًا للموقع الجغرافيّ ونمط الحياة المحليّة المختلف بين المناطق وأثرها على ارتفاع معدّلات اكتئاب ما بعد الولادة. لذا فهذا يتطلّب تدخّلًا مختلفًا حسب الثّقافة وخصوصيّة البيئات المختلفة.
- تنوّع العوامل المؤثّرة باكتئاب ما بعد الولادة وتداخلها: فقد أظهرت الدّراسات السّابقة أنّ اكتئاب ما بعد الولادة هو نتيجة لتفاعل مجموعة من العوامل المشتركة والّتي تشمل نقص الدّعم الاجتماعيّ وغياب الدّعم العاطفيّ، والتّاريخ المَرَضي للاضطراب، والتحدّيات الحياتيّة المجهدة مثل الظّروف الاقتصاديّة وتوتّر العلاقة الزّوجية وعدم الحصول على الدّعم.
- العلاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة وممارسة الدَّوْر الأموميّ: فقد تناولت دراسة البقمي (2024) العلاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة وتحقيق الارتباط الأموميّ، حيث يؤثّر الاكتئاب على قدرة الأمّ على تحقيق التّرابط الصّحّيّ والآمن مع طفلها وكذلك القيام بدَوْرها بالأمومة والرّعاية لاحتياجات

طفلها. وذلك له أثره في التّطوّر النّفسيّ والعاطفي للطّفل. وكذلك أثره في نظرة الأم لنفسها وثقتها بأدائها.

- الاختلاف في المعايير التّشخيصيّة وأدوات القياس: فقد تمّ اعتبار مقياس إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة أداة قياس رئيسيّة كما تمّ ملاحظته في العديد من الدّراسات، إلّا أنّ هناك اختلاف وتفاوت في النّتائج بناءً على الاختلاف والتّفاوت في العوامل النّفسيّة والاجتماعيّة والسّياقات الثّقافيّة والسّياسيّة والاقتصاديّة. وذلك قد يظهر الحاجة إلى تطوير أدوات قياسيّة أكثر ملائمة للاختلافات الّتي سبق ذكرها في قياس أعراض اكتئاب ما بعد الولادة.
- الحاجة للتّقييم والدّعم والتّشخيص المبكّر: فقد بيّنت العديد من الدّراسات أهمّية التّدخل المبكّر في التّخفيف من الإصابة باضطراب اكتئاب ما بعد الولادة. فالعلاج المبكّر كما تمّ الإشارة له في الدّراسة الّتي قدّمها Slomian et al (2019) يمكن أن يقلّل من العوامل الخطر طويلة المدى للاضطراب على الأمّ والطّفل والأسرة. وظهرت الحاجة في العديد من الدّراسات على دور التّمريض في الملاحظة والتّقييم باعتبارهم المدخل الطّبّيّ الأوّل للأمّهات خلال متابعتهنّ في المراكز أثناء الحمل وما بعد الولادة.

بالإضافة إلى ما سبق؛ فإنّه في تحليل الدّراسات السّابقة المتعلّقة بكفاءة الدَّوْر الأموميّ، فإنّ كفاءة الدَّوْر الأموميّ لا يُعتبر أمرًا فطريًّا فقط، بل يتشكّل ويُبنى من خلال تداخل عوامل عدّة، مثل الدّعم الاجتماعيّ والصّحّة النّفسيّة والهويّة الأموميّة والتّثقيف والتّدريب المسبق. وكذلك يتطلّب تعاونًا متكاملًا من النّواحي الطّبّيّة والنّفسيّة والاجتماعيّة بتوفير الدّعم لتمكين الأمّهات من أداء دَوْرهنّ الأموميّ بكفاءة وفاعلية. فهناك عدّة عوامل وجوانب نفسيّة واجتماعيّة وصحيّة وتعليميّة تؤثّر في كيفيّة تطوّر الدَّوْر الأموميّ من مرحلة الحمل إلى مرحلة ما بعد الولادة، كما وعكست هذه العوامل التّأثير على الصّحّة النّفسيّة للأمّهات. فمن خلال دراسة العلاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة وكفاءة الدَّوْر الأموميّ في دراسة دلاميني وآخرون Dlamini et al (2023)، فقد ظهرت بشكل واضح العلاقة العكسيّة بين اكتئاب ما بعد الولادة وكفاءة الدَّوْر الأموميّ، وذلك بالتّأثير السّلبيّ لاكتئاب ما بعد الولادة على كفاءة الدَّور الأموميّ، فالأمّهات اللّواتي يعانين من أعراض اكتئاب ما بعد الولادة تنخفض ثقتهنّ بأنفسهنّ وبالتّالي تنخفض قدرتهنّ على القيام بدَوْرهنّ الأموميّ ومتابعة احتياجات أطفالهنّ وتقديم الرّعاية لهم. وهذا يدلّ على أهمّية توفير الدّعم والرّعاية النّفسيّة المهنيّة للأمّ أثناء الحمل وبعد الولادة من خلال المتابعة والتّقييم والفحوصات النّفسيّة الدّوريّة وتقديم برامج الدّعم النّفسيّ المهنيّة الموجّهة للأمّهات الجدد وتقديم العلاج المناسب. هذه الممارسات الصّحّيّة من شأنها أن تعزّز الصّحّة النّفسيّة للأمّهات وتوفيرها يدفع الأمّهات للانضمام لها لتحسين التّجربة الأموميّة لهنّ، وتعزيز كفاءة أدوارهنّ في رعاية أنفسهنّ وأطفالهنّ.

كما أظهرت العديد من الدّراسات أهمّية التّثقيف والتّعليم والتّدريب قبل الولادة على كفاءة الدَّوْر الأموميّ، مثل دراسة أوزكان وآخرون Ozkan et al (2011) الّتي أظهرت أنّ حصول الأمّهات على التّثقيف

حول طبيعة الانتقال لمرحلة الأمومة وتحدّيات هذا الانتقال وكيفيّة التّعامل مع الطّفل والتّفاعل معه وكيفيّة الرّعاية الذّاتيّة، سيرفع من ثقتهنّ بأنفسهنّ وبقدرتهنّ على أداء دَوْرهنّ الأموميّ بفاعليّة.

كما أنّ العديد من الدّراسات قد أظهرت أنّ تواجد الدّعم الاجتماعيّ من الزّوج والأهل والأصدقاء من شأنه أن يعزّز كفاءة الدَّور الأموميّ، فالأمّ الّتي تتلقّى دعمًا اجتماعيًّا تشعر باستقرار وتوازن نفسيّ أكثر، سيمكّنها من تعزيز قدرتها في رعاية طفلها، وذلك كما بيّنته دراسةّ إيمانويل وآخرون Emmanuel et, al. (2011) ودراسة نافابونساكول آخرون Naphapunsakul et, al. (2020).

وأظهرت مراجعة لدراسة ميرسر Mercer (2004) أنّ بناء هويّة الأمّ يعتبر عمليّة مستمرّة تبدأ من الحمل وتستمرّ لما بعد الولادة. فيتشكّل شعور المرأة بذاتها كأمّ. هذا التّشكّل يتأثّر بالعوامل العاطفيّة والعلاقات مع الطّفل. لذا فأيّ تعطيل لهذه العمليّة سواء بغياب الدّعم الاجتماعيّ أو تواجد الأمّ ضمن سياق اقتصاديّ وثقافيّ وسياسيّ متدنّي كما أظهرت دراسة شاعر وبرويخوسين Broekhuysen, Shaer (2023) يؤثّر على الأمّ الفلسطينيّة في مخيّمات اللّاجئين وعلى قدرتها في ممارسة دَوْرها الأموميّ بشكل فعّال، أو بعوامل نفسيّة كاكتئاب ما بعد الولادة، فإن دَوْر الأمّ سيتأثّر بشكل سلبيّ وسيتمّ إعاقته. لذا فإنّ التّدخّلات الدّاعمة من شأنها أن تعمّق هويّة الأمّ وتساعد في تشكيلها بشكل صّحّيّ وتعزّز شعور الأمّ بنفسها وثقتها بقدرتها على القيام بدَوْرها الأموميّ.

قدّمت الدراسات السابقة التي تمّ استعراضها في هذه الدراسة أساساً معرفياً مهماً ساعد في بلورة الإطار النظري وتشكيل فرضيات وأسئلة الدراسة الحالية. فقد تنوعت الدراسات السابقة من حيث السياقات الثقافية والجغرافية، وتناولت كلٌّ منها جانباً من جوانب العلاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة وعوامل مثل الدعم الاجتماعي أو خصائص الأم أو مضاعفات الحمل. كما أن بعض الدراسات مثل شاهين واعمِيّة، (2015؛ الزهراني، 2015؛ Wang et al., 2021) ركزت على مدى انتشار اكتئاب ما بعد الولادة، بينما دراسات أخرى مثل (Mercer, 1995) تناولت مفهوم الأمومة وكفاءة الدور الأموميّ من منظور نفسي–نمائي.

غير أن معظم هذه الدراسات افتقرت إلى الربط المباشر بين اكتئاب ما بعد الولادة وكفاءة الدور الأموميّ كعلاقة ارتباطية واضحة ومباشرة، وخصوصًا في السياق الفلسطيني المحلي. كما أن غالبيتها لم تتطرق إلى التداخل بين المتغيرات النفسية والاجتماعية) مثل الدعم الأسري، الرغبة بالحمل، وجود مضاعفات الولادة، التثقيف الصحي) وتأثيرها على هذه العلاقة.

من هنا، جاءت دراستي الحالية لتسد هذه الفجوة من خلال:

1. الدمج بين البُعدين النفسي والسلوكي للأمومة، عبر قياس كفاءة الدور الأمومي في تسع مجالات شاملة، إلى جانب رصد الاكتئاب باستخدام مقياس معتمد.(TOPSI)
2. تطبيق الدراسة في سياق فلسطيني معاصر، في محافظة رام الله والبيرة، وهو ما يمنحها خصوصية ثقافية واجتماعية مهمة لم تكن مغطاة بشكل كافٍ في الدراسات السابقة.

3. التحليل الإحصائي للفروق حسب متغيرات متعددة مثل: الرغبة بالحمل، الدعم الأسري، وجود أعراض خلال الحمل، وغيرها من المتغيرات، مما أتاح فهماً أعمق للظروف المحيطة بالحالة النفسية للأم وعلاقتها بكفاءتها الأمومية.
4. إبراز العلاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة وكفاءة الدور الأمومي بشكل إحصائي دال، وهو ما يدعم الحاجة لتضمين برامج دعم نفسي وتمكين للأمهات في منظومة رعاية الأمومة.

وبذلك، فإن الدراسة الحالية لم تكتف بتأكيد بعض ما جاءت به الدراسات السابقة، بل وسّعت الفهم النظري والتطبيقي لعلاقة اكتئاب ما بعد الولادة بكفاءة الأمومة، وساهمت في إثراء الأدبيات العربية حول هذا الموضوع ببحث ميداني موثّق ومترابط النظريات والمعايير العلمية.

الفصل الثّالث
الطريقة والاجراءات

1.3 مقدّمة

2.3 منهج الدّراسة

3.3 مجتمع الدّراسة

4.3 عيّنة الدّراسة

5.3 معايير اشتمال العيّنة

6.3 معايير استبعاد العيّنة

7.3 أدوات الدّراسة

8.3 صدق وثبات الأداة

9.3 اجراءات الدّراسة

10.3 الاعتبارات الاخلاقيّة والإداريّة

11.3 متغيّرات الدّراسة

12.3 المعالجة الإحصائيّة

الفصل الثّالث

الطّريقة والإجراءات

1.3 مقدّمة

يتناول هذا الفصل الطّرق والإجراءات الّتي ستُتَّبع في الدّراسة، والّتي ستقوم على تحديد منهجيّة الدّراسة، ومجتمع الدّراسة والعيّنة، وعرض الخطوات والإجراءات العمليّة الّتي ستُتَّبع في بناء أدوات الدّراسة وخصائصها، والّتي تتضمّن تحديد منهجيّة الدّراسة المتّبعة، ومجتمع الدّراسة والعيّنة، ثمّ شرح تصميم الدّراسة ومتغيّراتها، والإشارة إلى أنواع الاختبارات الإحصائيّة المستخدمة في تحليل بيانات الدّراسة.

2.3 منهجيّة الدّراسة

لتحقيق أهداف الدّراسة والإجابة عن أسئلتها، استخدمت الباحثة المنهج الوصفيّ الارتباطيّ إذ يعتمد هذا المنهج على جمع البيانات حول المتغيّرات الّتي يتناولها، ومن ثمّ تحديد إذا كانت هناك علاقة بينهما، وتقصّي طبيعة تلك العلاقة ووصف العلاقة بين المتغيّرات وصفًا كميًّا باستخدام مقاييس كميّة، كما يعتمد المنهج الوصفيّ الارتباطيّ على وصف العلاقات بين المتغيّرات موضوع الدّراسة (العمر، الحالة الاجتماعيّة، منطقة السّكن، عدد الأطفال، مستوى التّعليم، العمل، الدّعم الأسري، مدى الرّغبة بالحمل، طريقة الولادة، التّاريخ المَرَضيّ لاضطراب اكتئاب ما بعد الولادة، مضاعفات صّحّيّة أثناء الحمل، مضاعفات صّحّيّة أثناء الولادة، أعراض اكتئاب الحمل، الحصول على التّثقيف الصّحّيّ). وهذا النّوع من المناهج فعّال في تحديد أيّ ارتباط بين المتغيّرات التّابعة والمستقلّة، وهو الأنسب لهذه الدّراسة ويحقّق أهدافها بالشّكل الّذي يضمن الدّقّة والموضوعيّة.

3.3 مجتمع الدّراسة

تكوّن مجتمع الدّراسة من الأمّهات الفلسطينيّات المسجّلات في عيادات صّحّة الأمّ والطّفل ومراكز الامومة والطفولة واللّواتي يسكنّ في محافظة رام الله والبيرة واللّواتي حصلن على خدمات صحّة الأمّ والطّفل خلال فترة جمع البيانات واللّواتي تبلغ أعمارهنّ 18–45 عامًا اللّواتي في سنّ الإنجاب، وأنجبن مرّة واحدة على الأقلّ، ومضى على إنجابهنّ فترة تتراوح بين 4 أسابيع إلى 6 أشهر، ولم يتمّ تشخيصهنّ بأيّ إعاقات عقليّة وأمراض نفسيّة.

4.3 عيّنة الدّراسة

تم اختيار عيّنة قصديّة من النّساء اللّواتي تنطبق عليهنّ شروط الدّراسة ووافقنّ على المشاركة في الدّراسة، وتبلغ أعمارهن 18–45 عامًا وفي سنّ الإنجاب، وأنجبن مرّة واحدة على الأقلّ، ومضى على إنجابهنّ فترة تتراوح بين 4 أسابيع إلى 6 أشهر، ولم يتمّ تشخيصهنّ بأيّ إعاقات عقليّة وأمراض نفسيّة.

5.3 معايير اشتمال العيّنة

تشتمل الدّراسة على المعايير التّالية:

1- مراكز الأمومة والطّفولة الخاصّة والحكوميّة وغير الحكوميّة وعيادات جمعيّة تنظيم الأسرة الّتي تقدّم خدمات رعاية الأمومة والطّفولة في محافظة رام الله والبيرة.
2- الأمّهات اللّواتي حصلن على خدمات صحّة الأمّ والطّفل خلال فترة جمع البيانات واللّواتي تبلغ أعمارهنّ 18–45 عامًا وهنّ في سنّ الإنجاب.
3- الأمّهات اللّواتي أنجبن مرّة واحدة على الأقلّ.
4- الأمّهات اللّواتي مضى على إنجابهن فترة تتراوح بين 4 أسابيع إلى 6 أشهر.
5- الأمّهات اللّواتي لم يتمّ تشخيصهنّ بأيّ إعاقات عقليّة وأمراض نفسيّة.

6.3 معايير استبعاد العيّنة

تستبعد الدّراسة المعايير التّالية:

1- الأمّهات اللّواتي تقلّ أعمارهنّ عن 18 عامًا.
2- الأمّهات اللّواتي لم يسبق لهنّ الإنجاب.

3- الأمّهات اللّواتي مضى على إنجابهن أقلّ من 4 أسابيع وأكثر من 12 شهر.
4- الأمّهات اللّواتي تمّ تشخيصهنّ بإعاقات عقليّة وأمراض نفسيّة.

وصف متغيّرات أفراد العيّنة

يبيّن الجدول (1.3) توزيع أفراد عيّنة الدّراسة حسب متغيّر العمر أنّ نسبة 63.7% من 18-30، ونسبة 36.3% من 31-40. ويبيّن متغيّر الحالة الاجتماعيّة أنّ نسبة 99.1% متزوجة، ونسبة 0.9% مطلقة. ويبيّن متغيّر منطقة السّكن أنّ نسبة 60.9% قرية/بلدة، ونسبة 39.1% مدينة. ويبيّن متغيّر عدد الأطفال أنّ نسبة 55.3% من 1-2، ونسبة 44.7% من 3 فأكثر. ويبيّن متغيّر مستوى التّعليم أنّ نسبة 5.6% أساسيّ، ونسبة 22% ثانويّ، ونسبة 72.4% جامعيّ. ويبيّن متغيّر العمل أنّ نسبة 29.5% تعمل، ونسبة 70.5% لا تعمل. ويبيّن متغيّر الدّعم الأسريّ أنّ نسبة 92.2% تلقّت الدّعم، ونسبة 7.8% لم تتلقّ الدّعم. ويبيّن متغيّر مدى الرّغبة في الحمل الأخير أنّ نسبة 76.1% كانت ترغب بالحمل، ونسبة 23.9% لم تكن ترغب بالحمل. ويبيّن متغيّر التّاريخ السّابق لاكتئاب ما بعد الولادة أنّ نسبة 77% لم تصب من قبل، ونسبة 23% سبق أن أصيبت من قبل. ويبيّن متغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل أنّ نسبة 29.8% نعم حدثت مضاعفات، ونسبة 70.2% لا لم تحدث مضاعفات. ويبيّن متغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة أنّ نسبة 16.8% نعم حدثت مضاعفات، ونسبة 83.2% لا لم تحدث مضاعفات. ويبيّن متغيّر وجود أعراض اكتئاب أثناء الحمل أنّ نسبة 25.2% نعم حدثت أعراض اكتئاب أثناء الحمل، ونسبة 74.8% لا لم تحدث أعراض اكتئاب أثناء الحمل. ويبيّن متغيّر الحصول على تثقيف صحّيّ أنّ نسبة 50.6% نعم حصلت على محاضرات أو تثقيف صحّيّ، ونسبة 49.4% لا لم تحصل.

جدول (1.3-أ): توزيع أفراد عيّنة الدّراسة حسب متغيّرات الدّراسة.

المتغيّر	المستوى	العدد	النّسبة المئويّة
العمر	30-18	205	63.7
	40-31	117	36.3
الحالة الاجتماعيّة	متزوّجة	319	99.1
	مطلّقة	3	0.9
منطقة السّكن	قرية/بلدة	196	60.9
	مدينة	126	39.1
عدد الأطفال	2-1	178	55.3
	3 فأكثر	144	44.7

جدول (1.3–ب): توزيع أفراد عيّنة الدّراسة حسب متغيّرات الدّراسة.

المتغيّر	المستوى	العدد	النّسبة المئويّة
مستوى التّعليم	أساسيّ	18	5.6
	ثانويّ	71	22.0
	جامعيّ	233	72.4
العمل	أعمل	95	29.5
	لا أعمل	227	70.5
الدّعم الأسريّ	تلقّيت الدّعم	297	92.2
	لم أتلقى الدعم	25	7.8
مدى الرّغبة في الحمل الأخير	كنت أرغب بالحمل	245	76.1
	لم أكن أرغب بالحمل	77	23.9
التّاريخ السّابق لاكتئاب ما بعد الولادة	لم أصب من قبل	248	77.0
	يسبق ان أصبت	74	23.0
هل حدثت مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل	نعم حدثت مضاعفات	96	29.8
	لا لم تحدث مضاعفات	226	70.2
هل حدثت مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة	نعم حدثت مضاعفات	54	16.8
	لا لم تحدث مضاعفات	268	83.2
هل كان لديك أعراض اكتئاب أثناء الحمل	نعم حدثت لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	81	25.2
	لا لم يحدث لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	241	74.8
هل حصلت على التّثقيف الصّحّيّ	نعم حصلت على محاضرات أو تثقيف صحّيّ	163	50.6
	لا لم أحصل	159	49.4

7.3 أدوات الدّراسة

لتحقيق الأهداف، اعتمدت الدّراسة استبانة تتضمّن جزء البيانات الدّيموغرافيّة والعوامل المستقلّة، والجزء الآخر يتضمّن مقياسين لجمع البيانات، وهما: مقياس أدنبرة لقياس اكتئاب ما بعد الولادة، ومقياس كفاءة الدَّوْر الأموميّ.

- **مقياس إدنبرة:** وهو أداة تشخيصيّة تمّ تطويرها من قبل Scottish Health Center (1987) في Edinburgh UK للمساعدة في تحديد الأعراض المحتملة للاكتئاب في فترة ما بعد الولادة تتألّف من عشر فقرات يتمّ طرحها على الأمّ لتحديد فيما إذا كانت مصابة باكتئاب ما بعد الولادة، أو أنّ

هناك احتمال لإصابتها. وتم في هذه الدّراسة استخدام مقياس إدنبرة الّذي تمّ استخدامه في دراسة (Shahwan,2011) وتمّ استخدامه مترجم ومقنّن ومصاغ بطريقة مناسبة للبيئة العربيّة والفلسطينيّة، حيث تمّ استخدامه في دراسة (Jaber et al, 2016)، ودراسة (Shaheen,2015). ويتضمّن المقياس الفقرات التّالية: القدرة على الشّعور بالفرح والسّعادة، التّطلع إلى الأمور بتشوّق، لوم الذّات عندما لا تسير الأمور على ما يرام، الشّعور بالقلق وانشغال البال، الشّعور بالخوف والذّعر، تراكم الأعمال، الشّعور بالتّعاسة لدرجة عدم القدرة على النّوم، الشّعور بالبؤس، البكاء، إلحاق الأذى بالنّفس.

- **مقياس كفاءة الدَّوْر الأموميّ TOPSI** الّذي تمّ تصميمه وتطويره استجابة لممرّضات الصّحّة العامّة اللّواتي حدّدن الحاجة إلى أداة موثوقة وصالحة لتقييم كفاءة الدَّوْر في التّربية في المملكة المتّحدة والّذي يحتوي على 44 فقرة، تمت ترجمته ومن ثمّ عرضه على 6 محكّمين بدرجة الماجستير والدّكتوراة في علم النّفس والعلاج النّفسيّ ووضع ملاحظاتهم عليه. فأصبح يحتوي على 55 فقرة، ومنه ثماني فقرات مصاغة بشكل سلبيّ وسيتمّ تحليلها بشكل عكسيّ. ويتضمّن المقياس الجوانب التّالية:
  - المحور الأوّل: العاطفة والمشاعر، ويشمل الفقرات من 6-1.
  - المحور الثّاني: اللّعب والاستمتاع، ويشمل الفقرات من 11-7.
  - المحور الثّالث: التّعاطف والتّفاهم، ويشمل الفقرات من 17-12.
  - المحور الرّابع: السّيطرة على الأمور، ويشمل الفقرات من 23-18.
  - المحور الخامس: الحزم ووضع الحدود، ويشمل الفقرات من 29-24.
  - المحور السّادس: التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة، ويشمل الفقرات من 35-30.
  - المحور السّابع: قبول الذّات، ويشمل الفقرات من 41-36.
  - المحور الثّامن: التّعلّم والمعرفة، ويشمل الفقرات من 47-42.
  - وبعد ملاحظة المحكّمين تمّ إضافة المحور التّاسع حول القدرة على قيام الأمّ بالرّعاية الأساسيّة لأطفالها وهو يتضمّن 8 فقرات، ثنتان منهنّ مصاغتان بشكل سلبيّ، ويشمل هذا المحور الفقرات من 55-48.

8.3 صدق الأداة validity

للتّحقق من صدق الأداة الظّاهريّ تمّ عرضها في صورتها الأوّليّة على مجموعة من المتخصّصين من حملة درجة الدّكتوراه في العلاج النّفسيّ وعلم النّفس، والّذين بلغ عددهم (6) محكمين، إذ تمّ اعتماد معيار الاتّفاق (80%) كحدّ أدنى لقبول الفقرة. وبناءً على ملاحظات وآراء المحكّمين، تمّ إجراء التّعديلات

المقترحة. وصولًا للصّورة المعدّة للتّطبيق على العيّنة الاستطلاعيّة، وفحص الخصائص السّيكومتريّة لكلّ منها.

وتمّ التّحقّق من صدق البناء أو ما يُعرف بصدق الاتّساق الدّاخلي الخاصّ بالدّراسة، وحساب معامل بيرسون Pearson Correlation لاستخراج قِيَم معاملات ارتباط الفقرة بالمجال الّذي تنتمي إليه، وقِيَم معاملات ارتباط الفقرات مع الدّرجة الكلّيّة لكلّ مقياس من مقاييس الدّراسة الثّلاثة، كذلك قِيَم معاملات ارتباط كلّ مجال مع الدّرجة الكلّيّة للمقياس. واتّضح وجود دلالة إحصائيّة في جميع فقرات الاستبانة ويدلّ على أنّ هناك اتّساق داخلي بين الفقرات. والجداول الآتية تبيّن ذلك:

جدول (2.3): نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة.

الرّقم	R قيمة	الدالة الإحصائيّة	الرّقم	R قيمة	الدّالة الإحصائيّة	الرّقم	R قيمة	الدّالة الإحصائيّة
1	0.789**	0.000	20	0.772**	0.000	39	0.724**	0.000
2	0.744**	0.000	21	0.672**	0.000	40	0.736**	0.000
3	0.797**	0.000	22	0.768**	0.000	41	0.833**	0.000
4	0.744**	0.000	23	0.536**	0.000	42	0.779**	0.000
5	0.842**	0.000	24	0.683**	0.000	43	0.431**	0.000
6	0.122*	0.028	25	0.758**	0.000	44	0.782**	0.000
7	0.790**	0.000	26	0.854**	0.000	45	0.772**	0.000
8	0.837**	0.000	27	0.795**	0.000	46	0.705**	0.000
9	0.822**	0.000	28	0.815**	0.000	47	0.478**	0.000
10	0.768**	0.000	29	0.614**	0.000	48	0.838**	0.000
11	0.834**	0.000	30	0.740**	0.000	49	0.832**	0.000
12	0.771**	0.000	31	0.752**	0.000	50	0.850**	0.000
13	0.796**	0.000	32	0.769**	0.000	51	0.752**	0.000
14	0.838**	0.000	33	0.319**	0.000	52	0.199**	0.000
15	0.814**	0.000	34	0.458**	0.000	53	0.793**	0.000
16	0.828**	0.000	35	0.361**	0.000	54	0.732**	0.000
17	0.852**	0.000	36	0.793**	0.000	55	0.835**	0.000
18	0.758**	0.000	37	0.385**	0.000			
19	0.729**	0.000	38	0.190**	0.001			

** دالّة احصائيّة عند 0.001

* دالّة احصائيّة عند 0.050

ثبات الأداة: reliability

وللتّحقق من ثبات أداة الدّراسة، استخدمت الباحثة طريقة ثبات التّجانس الدّاخليّ Consistency، واحتساب معامل التّجانس (كرونباخ الفا) Cronbach Alpha، والّذي يشير إلى قوّة التّجانس في أداة الدّراسة. وكانت الدّرجة الكلّيّة لمستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة (0.787)، وكانت الدّرجة الكلّيّة لمستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة (0.960)، وهذه النّتيجة تشير إلى تمتّع هذه الأداة بثبات يفي بأغراض الدّراسة. والجدول الآتي يبيّن معامل الثّبات للمجالات والدّرجة الكلّيّة.

pear

المجالات	عدد الفقرات	معامل الثّبات
الدّرجة الكلّيّة لمستوى اكتئاب ما بعد الولادة	10	0.787
العاطفة والمشاعر	6	0.789
اللّعب والاستمتاع	5	0.941
التّعاطف والتّفاهم	6	0.954
السّيطرة على الأمور	6	0.718
الحزم ووضع الحدود	6	0.911
التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة	6	0.753
قبول الذّات	6	0.735
التّعلّم والمعرفة	6	0.856
الرّعاية الأساسيّة	8	0.770
الدّرجة الكلّيّة لمستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ	55	0.960

تجريب الأداة: piloting

للتّأكّد من فهم العبارات وعدم وجود غموض أو سوء فهم تمّ تجريب الأداة على خمس نساء لن يتمّ شملهنّ في الدّراسة، ولم يواجهن أيّة مشكلة وكانت العبارات مفهومة لهنّ، وبالتّالي تمّ اعتماد الأداة بشكلها النّهائيّ.

9.3 متغيّرات الدّراسة

ستشتمل الدّراسة على المتغيّرات الآتية:

- المتغيّر المستقلّ: اكتئاب ما بعد الولادة.
- المتغيّر التّابع: كفاءة الدَّوْر الأموميّ.
- المتغيّرات المستقلّة الإضافيّة (الدّيمغرافيّة وغير الدّيموغرافيّة):
- العمر: وله ثلاث فئات وهي: 18–30 31–40 40 فأعلى
- الحالة الاجتماعيّة: وله ثلاث فئات وهي متزوّجة، مطلّقة، أرملة.
- منطقة السّكن: ولها ثلاث فئات وهي مدينة، قرية، مخيّم.
- عدد الأطفال: وله ثلاث فئات وهي 1–2، من 2–5 أطفال، أكثر من 5 أطفال.
- مستوى التّعليم: وله أربع فئات وهي: أساسيّ (ابتدائيّ، إعداديّ)، ثانويّ، جامعيّ.
- العمل: وله فئتان وهي تعمل أو لا تعمل.
- الدّعم الأسريّ: وله فئتان وهي: تتلقّى الدّعم الأسريّ، لا تتلقّى الدّعم الأسريّ.
- مدى الرّغبة بالحمل: وله فئتان وهي حمل مرغوب به، حمل غير مرغوب به.
- العمل: وله فئتان: امرأة عاملة، ربّة منزل.
- التّاريخ المَرَضيّ السّابق لاكتئاب ما بعد الولادة: وله فئتان هي: لديها تاريخ سابق لاكتئاب ما بعد الولادة، لا يوجد تاريخ سابق لاكتئاب ما بعد الولادة.
- حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل: وله فئتان: حدثت مضاعفات صحّيّة، لم تحدث مضاعفات صحّيّة.
- حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة: وله فئتان: حدثت مضاعفات صحّيّة، لم تحدث مضاعفات صحّيّة.
- وجود أعراض اكتئاب أثناء الحمل: وله فئتان: حدثت أعراض اكتئاب أثناء الحمل، لم تحدث أعراض اكتئاب أثناء الحمل.
- مدى الحصول على التّثقيف الصّحّيّ والنّفسيّ حول الحمل والولادة والأمومة: له فئتان وهي: حصلت على التّثقيف، لم تحصل على التّثقيف.

10.3 إجراءات تنفيذ الدّراسة

اتّبعت الدّراسة عددًا من الخطوات لتنفيذها على النّحو الآتي:

1. تمّ جمع البيانات الثّانويّة من العديد من المصادر الثّانويّة كالكتب، المقالات، التّقارير، الرّسائل الجامعيّة، وغيرها، وذلك من أجل وضع الإطار النّظريّ للدّراسة، والاستعانة بها في بناء أدواتها وتوظيفها في الوصول إلى نتائج الدّراسة لاحقًا.
2. تمّ تطوير أدوات الدّراسة من خلال مراجعة الأدب النّفسيّ في هذا المجال.
3. تمّ تحكيم أدوات الدّراسة المراد تطبيقها من قبل 6 محكّمين حاصلين على درجة الماجستير والدّكتوراة في علم النّفس والعلاج النّفسيّ.
4. تمّ تحديد عيّنة الدّراسة الاستطلاعيّة وتطبيق الأداة عليها.
5. تحديد مجتمع الدّراسة من خلال التّواصل مع المراكز والمستشفيات بعد الحصول على كتاب تسهيل مهمّة من قِبَل الجامعة لتسهيل إمكانيّة الحصول على معلومات حول عدد المراجعات وجمع البيانات من الأمّهات.
6. تحديد العيّنة الفعليّة بالطّريقة المتاحة Available convivence sample الّتي ستُجمع من خلالها بيانات الدّراسة.
7. تطبيق مقياس إدنبرة لقياس اكتئاب ما بعد الولادة، ومقياس كفاءة الدَّوْر الأموميّ في الدّراسة على أفراد العيّنة الفعليّة المختارة.
8. استخدام برنامج الرّزمة الإحصائيّ (SPSS,28) لتحليل البيانات، لإجراء التّحليل الإحصائيّ المناسب.
9. مناقشة نتائج الدّراسة في ضوء الأدب النّظريّ والدّراسات السّابقة، والخروج بمجموعة من التوصيات والمقترحات البحثيّة.

وعلى ضوء ما سبق؛ فقد تمّ توزيع استمارة ورقيّة، وتمّ جمع البيانات وتعبئة الاستمارات بتواجد الباحثة مع الأمّهات وجهًا لوجه. وبعد اكتمال عمليّة تجميع الاستبيانات من أفراد العيّنة بعد الإجابة عليها بطريقة صحيحة، تبيّن للباحثة أنّ عدد الاستبيانات المستردّة الصّالحة والّتي خضعت للتّحليل الإحصائيّ: (322) استمارة.

11.3 المعالجة الإحصائيّة

بعد جمع الاستبانات والتأكّد من صلاحيّتها للتّحليل، تمّ ترميزها بإعطائها أرقامًا معيّنة، وذلك تمهيدًا لإدخال البيانات إلى جهاز الحاسوب الآليّ لإجراء المعالجات الإحصائيّة المناسبة، وتحليلها وفقًا لأسئلة الدّراسة وبياناتها.

وقد تمّت المعالجة الإحصائيّة للبيانات باستخراج المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لكلّ فقرة من فقرات الاستبانة، واختبار تحليل التّباين الأحادي (one-way ANOVA)، واختبار ت (T-test) لبحث الفروق بين المجموعات، ومعامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمعرفة العلاقة بين المتغيّر المستقلّ والتّابع، ولفحص صدق الأدوات المستخدمة في الدّراسة، وكذلك لفحص معادلة الثّبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)، وكذلك اختبار (LSD) لفحص وبيان اتجاه الفروق، وذلك باستخدام ما يُعرف بالرّزم الإحصائيّة (SPSS-28)

12.3 الاعتبارات الأخلاقيّة

تحظى القضايا الأخلاقيّة بأهمّيّة كبيرة في البحوث النّفسيّة الاجتماعيّة لأنّها تتضمّن دراسة الأشخاص. ولذلك ينبغي احترام حقّ المشاركِة في الدّراسة وحقّها في الخصوصيّة، وحقّها في سريّة المعلومات الشّخصيّة، وحقّها في الموافقة على الاشتراك في الدّراسة، وحقّها في التّقليل إلى أدنى حدّ من المخاطر الّتي يمكن أن يتعرّض لها النّاس في عمليّة البحث. لذا لتحقيق هذه الأهداف سيتمّ ما يلي:

- الحصول على موافقة لجنة برنامج الصّحّة النّفسيّة المجتمعيّة في كلّيّة الصّحّة العامّة.
- الحصول على موافقة لجنة كلّيّة الصّحّة العامّة في جامعة القدس.
- الحصول على موافقة أماكن الدّراسة من المراكز وذلك من خلال كتاب تسهيل المهمّة الّذي سيتمّ الحصول عليه من خلال الجامعة.
- سيتمّ إعطاء الأمّهات المشتركات معلومات عن القضايا التّالية: الغرض من البحث والسّريّة وحقّ الموافقة أو عدم الموافقة على المشاركة في الدّراسة.
- الحصول على مكان يحفظ سرّيّة الأمّهات المشتركات في الدّراسة خلال عمليّة جمع البيانات.
- التّأكيد على سرّيّة المعلومات الّتي تحفظ هويّة الأمّهات المشتركات في الدّراسة وما يتمّ تسجيله في استمارة مقياس إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة ومقياس كفاءة الدَّوْر الأموميّ.
- الحصول على موافقة شفهيّة ومكتوبة من قِبَل الأمّهات المشتركات في الدّراسة والحصول على توقيعهنّ على نموذج الموافقة لإجراء الدّراسة.

- تمّ تحويل الأمّهات الّتي تظهر لديهنّ أعراض حالة نفسيّة أو ضيق أو تعب نفسيّ بعد إيقاف جمع البيانات إلى أحد المراكز التّالية: جمعية المرأة العاملة بإدارة د. أمل خريشة: 02-2986761، والإغاثة الطّبّيّة الفلسطينيّة بإدارة د. محمود بريغيث :02-2969970، ومركز الصّحّة النّفسيّة المجتمعيّة / البالوع بإدارة د. سماح جبر: 02-2408596، المركز الفلسطينيّ للإرشاد / رام الله: 02-2989788.

13.3 المعيقات

وفقًا لموضوع الدّراسة فقد واجهت الباحثة عدة معيقات أمام الوصول لعيّنة الدّراسة وجمع البيانات، حيث تندرج المعيقات كما يلي:

- الوضع السّياسيّ الرّاهن في البلاد، حيث هناك تضييقات شديدة على التّنقّل بين المناطق المختلفة في محافظة رام الله والبيرة، مما قد يعيق وصول الأمّهات والباحثة لأماكن جمع البيانات وكذلك قد يعيق وصول الأمّهات لمراكز الرّعاية والمتابعة الصّحّيّة الّتي سيتمّ منها أخْذ عيّنة الدّراسة.
- الوصمة الاجتماعيّة حول المشكلات النّفسيّة، وتقبّل الأمّهات للإفصاح عن تجاربهنّ بالأمومة.
- رفض عيادات الأمومة التّابعة للمستشفيات الخاصّة، والمراكز التّابعة لوكالة الغوث لتشغيل اللّاجئين في المخيّمات توفير القنوات المناسبة لجمع البيانات من الفئة المستهدفة.

الفصل الرابع
نتائج الدراسة

1.4 تمهيد

1.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول

2.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني

3.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث

4.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع

5.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس

الفصل الرّابع

نتائج الدّراسة

1.4 تمهيد

تضمّن هذا الفصل عرضًا لنتائج الدّراسة الّتي توصّلت إليها الباحثة في موضوع الدّراسة وهو" مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ وعلاقتها باكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة"، وبيان أثر كلّ من متغيّرات الدّراسة من خلال استجابة أفراد العيّنة على أداة الدّراسة، وتحليل البيانات الإحصائيّة الّتي تمّ الوصول إليها. وحتّى يتمّ تحديد درجة متوسّطات استجابة أفراد عيّنة الدّراسة، تمّ اعتمّاد الدّرجات الآتية لمقياس الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ:

الدّرجة	مدى المتوسّط الحسابيّ
منخفضة	3.33 فأقلّ
متوسّطة	6.66-3.34
عالية	6.67 فأكثر

* تمّ حساب الفترات بين الدّرجات بقسمة (3/10) = 3.33 طول الفترة بين كلّ درجة والدّرجة الّتي تليها.

2.4 نتائج أسئلة الدّراسة

1.2.4 النّتائج المتعلّقة بالسّؤال الأوّل:

ما مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة؟

للإجابة عن هذا السّؤال قامت الباحثة بحساب التّكرارات والنّسب المئويّة لاستجابات أفراد عيّنة الدّراسة عن فقرات الاستبانة الّتي تعبّر عن مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة.

جدول (1.4): التّكرارات والنّسب المئويّة لاستجابات أفراد عيّنة الدّراسة لمستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة.

الرّقم	المستوى	العدد	النّسبة المئويّة
1	لا يوجد اكتئاب/0-6	85	26.4
2	اكتئاب بسيط/7-13	164	50.9
3	اكتئاب متوسّط/14-19	59	18.3
4	اكتئاب شديد/20-30	14	4.3
	المتوسّط الحسابيّ للدّرجة الكلّيّة (10.1) وبانحراف معياريّ (4.974) (اكتئاب بسيط)		

يلاحَظ من الجدول السّابق الّذي يعبّر عن المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لاستجابات أفراد عيّنة الدّراسة لمستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة أنّ المتوسّط الحسابيّ للدّرجة الكلّيّة(10.01) وانحراف معياريّ (4.974) وهذا يدلّ على أنّ مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة جاءت بمستوى بسيط، وتبيّن أيضًا أنّ نسبة أفراد العيّنة اللّواتي لا يوجد لديهنّ اكتئاب (26.4%)، ونسبة (50.9%) لديهنّ اكتئاب بسيط، ونسبة (18.3%) لديهنّ اكتئاب متوسّط، ونسبة (4.3%) لديهنّ اكتئاب شديد.

جدول (2.4): التّكرارات والنّسب المئويّة لاستجابات أفراد عيّنة الدّراسة لمستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة.

الرّقم	المستوى	العدد	النّسبة المئويّة
1	0-16 / لا يوجد اكتئاب	286	88.8
2	17-30 / يوجد اكتئاب ويحتاج إلى تدخّل	36	11.2
	المتوسّط الحسابيّ للدّرجة الكلّيّة (10.1) وبانحراف معياريّ (4.974) (اكتئاب بسيط)		

يُلاحظ من الجدول (2.4) الّذي يعبّر عن المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لاستجابات أفراد عيّنة الدّراسة على مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة، أنّ المتوسّط الحسابيّ للدّرجة الكلّيّة (10.01) وانحراف معياريّ (4.974) وهذا يدلّ على أنّ مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة جاءت بمستوى بسيط، وتبيّن أيضًا أنّ نسبة أفراد العيّنة اللّواتي لا يوجد لديهنّ اكتئاب (88.8%)، ونسبة (11.2%) لديهن اكتئاب ويحتاج إلى تدخّل.

2.2.4 النّتائج المتعلّقة بالسّؤال الثّاني:

ما مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة؟
للإجابة عن هذا السّؤال قامت الباحثة بحساب المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لاستجابات أفراد عيّنة الدّراسة على مجالات الاستبانة الّتي تعبّر عن مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة.

جدول (3.4): المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لاستجابات أفراد عيّنة الدّراسة لمستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة والمعلّمين.

الرّقم	المجال	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	الدّرجة	النّسبة المئويّة
9	الرّعاية الأساسيّة	8.8684	1.45897	عالية	88.7
1	العاطفة والمشاعر	8.7391	1.58073	عالية	87.4
3	التّعاطف والتّفاهم	8.4545	1.86884	عالية	84.5
2	اللّعب والاستمتاع	8.4248	1.95549	عالية	84.2
8	التّعلّم والمعرفة	8.3276	1.77729	عالية	83.3
7	قبول الذّات	8.2371	1.65506	عالية	82.4
5	الحزم ووضع الحدود	7.5543	2.01450	عالية	75.5
4	السّيطرة على الأمور	6.8799	1.70549	عالية	68.8
6	التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة	6.4715	1.75448	متوسّطة	64.7
	الدّرجة الكلّيّة	8.0192	1.40209	عالية	80.2

يُلاحظ من الجدول (3.4) الّذي يعبّر عن المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لاستجابات أفراد عيّنة الدّراسة على مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة

رام الله والبيرة أنّ المتوسّط الحسابيّ للدّرجة الكلّيّة (8.019) وانحراف معياري (1.402) وهذا يدلّ على أنّ مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة جاءت بدرجة عالية، وبنسبة مئويّة (80.2%).

وتبيّن أيضًا أنّ مجال الرّعاية الأساسيّة حصل على أعلى متوسّط حسابيّ ومقداره (8.86)، يليه مجال العاطفة والمشاعر بمتوسّط حسابيّ (8.73)، ومن ثمّ مجال التّعاطف والتّفاهم بمتوسّط حسابيّ (8.45)، ومن ثمّ مجال اللّعب والاستمتاع بمتوسّط حسابيّ (8.42)، يليه مجال التّعلّم والمعرفة بمتوسّط حسابيّ (8.32)، ويليه مجال قبول الذّات بمتوسّط حسابيّ (8.23)، ومن ثمّ مجال الحزم ووضع الحدود بمتوسّط حسابيّ (7.55)، ويليه مجال السّيطرة على الأمور بمتوسّط حسابيّ (6.87)، ويليه مجال التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة بمتوسّط حسابيّ (6.47).

3.2.4 النّتائج المتعلّقة بالسّؤال الثّالث

ما طبيعة العلاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة وكفاءة الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة؟

وللإجابة عن هذا السّؤال تمّ تحويله للفرضيّة التّالية:

الفرضيّة: "لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات تقديرات أفراد عيّنة الدّراسة لمستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ واكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة".

تمّ فحص الفرضيّة بحساب معامل ارتباط بيرسون والدّلالة الإحصائيّة بين متوسّطات تقديرات أفراد عيّنة الدّراسة لمستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ واكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة، كما هو موضّح في الجدول (4.4).

جدول (4.4): معامل ارتباط بيرسون والدّلالة الإحصائيّة للعلاقة بين متوسّطات تقديرات أفراد عيّنة الدّراسة لمستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ واكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة.

المجالات		معامل بيرسون	مستوى الدّلالة
اكتئاب ما بعد الولادة	العاطفة والمشاعر	-0.148**	0.008
	اللّعب والاستمتاع	-0.215**	0.000
	التّعاطف والتّفاهم	-0.184**	0.001
	السّيطرة على الأمور	-0.322**	0.000
	الحزم ووضع الحدود	-0.256**	0.000
	التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة	-0.258**	0.000
	قبول الذّات	-0.244**	0.000
	التّعلّم والمعرفة	-0.107	0.054
	الرّعاية الأساسيّة	-0.168**	0.002
	الدّرجة الكلّيّة لمستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ	-0.262**	0.000

1- * دالّة إحصائيّة عند ($\alpha \geq 0.05$)

2- ** دالّة إحصائيّة عند ($\alpha \geq 0.01$)

يتبيّن من الجدول (4.4) أنّ قيمة معامل ارتباط بيرسون للدّرجة الكلّيّة (-0.262)، ومستوى الدّلالة (0.000)، أيّ أنّها دالّة إحصائيًا، أيّ أنّه يوجد علاقة سلبيّة عكسيّة بين مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ واكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة، أي أنّه كلّما زاد مستوى اكتئاب ما بعد الولادة قلّل ذلك من مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة، والعكس صحيح، وكذلك للمجالات.

4.2.4 النّتائج المتعلّقة بالسّؤال الرّابع

هل يوجد فروق في درجات عيّنة الدّراسة في مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تبعًا للمتغيّرات (العمر، منطقة السّكن، عدد الأطفال، مستوى التّعليم، العمل، الدّعم الأسريّ، مدى الرّغبة في الحمل الأخير، التّاريخ السّابق لاكتئاب ما بعد الولادة، حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل، حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة، وجود أعراض اكتئاب أثناء الحمل، الحصول على التّثقيف الصّحّيّ؟

للإجابة عن هذا السّؤال تمّ تحويله للفرضيّات التّالية:

الفرضيّة الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر العمر.

تمّ فحص الفرضيّة الأولى بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر العمر.

جدول (4.5): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر العمر.

العمر	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
30-18	205	9.94	4.967	0.694	0.488
40-31	117	10.34	4.997		

يتبيّن من خلال الجدول (5.4) أنّ قيمة "ت" للدّرجة الكلّيّة (0.694)، ومستوى الدّلالة (0.488)، أي أنّه لا توجد فروق في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر العمر، وبذلك تمّ قبول الفرضيّة الأولى.

الفرضيّة الثّانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر منطقة السّكن.

تمّ فحص الفرضيّة الثّانية بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر منطقة السّكن.

جدول (4.6): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر منطقة السّكن.

منطقة السّكن	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
قرية/بلدة	196	9.97	5.235	0.505	0.614
مدينة	126	10.26	4.552		

يتبيّن من خلال الجدول (6.4) أنّ قيمة "ت" للدّرجة الكلّيّة (0.505)، ومستوى الدّلالة (0.614)، أي أنّه لا توجد فروق في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر منطقة السّكن، وبذلك تمّ قبول الفرضيّة الثانية.

الفرضيّة الثّالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر عدد الأطفال.

تمّ فحص الفرضيّة الثّالثة بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر عدد الأطفال.

جدول (4.7): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر عدد الأطفال.

عدد الأطفال	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
2-1	178	9.68	4.608	1.637	0.103
3 فأكثر	144	10.59	5.366		

يتبيّن من خلال الجدول (7.4) أن قيمة "ت" للدّرجة الكلّيّة (1.637)، ومستوى الدّلالة (0.103)، أي أنه لا توجد فروق في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر عدد الأطفال، وبذلك تمّ قبول الفرضيّة الثالثة.

الفرضيّة الرّابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مستوى التّعليم.

تمّ فحص الفرضيّة الرّابعة بحساب المتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة على متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مستوى التّعليم.

جدول (4.8): المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة لمتوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مستوى التّعليم.

مستوى التّعليم	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ
أساسيّ	18	10.56	7.188
ثانويّ	71	10.01	5.078
جامعيّ	233	10.07	4.759

يُلاحظ من الجدول رقم (4.8) وجود فروق ظاهريّة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مستوى التّعليم، ولمعرفة دلالة الفروق تمّ استخدام تحليل التّباين الأحاديّ (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول رقم (8.4):

جدول (4.9): نتائج اختبار تحليل التّباين الأحاديّ لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مستوى التّعليم.

مصدر التّباين	مجموع المربّعات	درجات الحريّة	متوسّط المربّعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدّلالة
بين المجموعات	4.375	2	2.188	0.088	0.916
داخل المجموعات	7937.190	319	24.881		
المجموع	7941.565	321			

يُلاحظ من الجدول (9.4) أنّ قيمة ف للدّرجة الكلّيّة (0.088) ومستوى الدّلالة (0.916) الأمر الّذي يدلّ على أنّها أكبر من مستوى الدّلالة ($\alpha \geq 0.05$) أي أنّه لا توجد فروق دالّة إحصائيًّا في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مستوى التّعليم، وبذلك تمّ قبول الفرضيّة الرّابعة.

الفرضيّة الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر العمل.

تمّ فحص الفرضيّة الخامسة بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر العمل.

جدول (10.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر العمل.

العمل	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
أعمل	95	9.81	4.794	0.645	0.520
لا أعمل	227	10.20	5.053		

يتبيّن من خلال الجدول (10.4) أنّ قيمة "ت" للدّرجة الكلّيّة (0.645)، ومستوى الدّلالة (0.520)، أي أنّه لا توجد فروق في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر العمل، وبذلك تمّ قبول الفرضيّة الخامسة.

الفرضيّة السّادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر الدّعم الأسريّ.

تمّ فحص الفرضيّة السّادسة بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر الدّعم الأسريّ.

جدول (11.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر الدّعم الأسريّ.

الدّعم الأسريّ	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
تلقّيت الدّعم	297	9.91	4.815	2.183	0.030
لم أتلقّ الدّعم	25	12.16	6.329		

يتبيّن من خلال الجدول (11.4) أنّ قيمة "ت" للدّرجة الكلّيّة (2.183)، ومستوى الدّلالة (0.030)، أي أنّه توجد فروق في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في

محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر الدّعم الأسريّ، حيث كانت الفروق لصالح اللّواتي تلقّين الدّعم الأسريّ، وبذلك تمّ رفض الفرضيّة السّادسة.

الفرضيّة السّابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر مدى الرّغبة في الحمل الأخير.

تمّ فحص الفرضيّة السّابعة بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مدى الرّغبة في الحمل الأخير.

جدول (12.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مدى الرّغبة في الحمل الأخير.

مدى الرّغبة في الحمل الأخير	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
كنت أرغب بالحمل	245	9.40	4.575	4.583	0.000
لم أكن أرغب بالحمل	77	12.29	5.556		

يتبيّن من خلال الجدول (12.4) أنّ قيمة "ت" للدّرجة الكلّيّة (4.583)، ومستوى الدّلالة (0.000)، أي أنّه توجد فروق في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مدى الرّغبة في الحمل الأخير، حيث كانت الفروق لصالح اللّواتي لم يرغبن بالحمل، وبذلك تمّ رفض الفرضيّة السّابعة.

الفرضيّة الثّامنة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر التّاريخ السّابق لاكتئاب ما بعد الولادة.

تمّ فحص الفرضيّة الثّامنة بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر التّاريخ السّابق لاكتئاب ما بعد الولادة.

جدول (13.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر التّاريخ السّابق لاكتئاب ما بعد الولادة.

التّاريخ السّابق لاكتئاب ما بعد الولادة	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
لم أصب من قبل	248	9.28	4.501	5.587	0.000
سبق ان أصبت	74	12.80	5.529		

يتبيّن من خلال الجدول (13.4) أنّ قيمة "ت" للدّرجة الكلّيّة (5.587)، ومستوى الدّلالة (0.000)، أي أنّه توجد فروق في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر التّاريخ السّابق لاكتئاب ما بعد الولادة، حيث كانت الفروق لصالح اللّواتي سبق وأن أصيبت من قبل، وبذلك تمّ رفض الفرضيّة الثّامنة.

الفرضيّة التّاسعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل.

تمّ فحص الفرضيّة التّاسعة بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل.

جدول (14.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل.

حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
نعم حدثت مضاعفات	96	10.72	5.388	1.488	0.138
لا لم تحدث مضاعفات	226	9.82	4.775		

يتبيّن من خلال الجدول (14.4) أنّ قيمة "ت" للدّرجة الكلّيّة (1.488)، ومستوى الدّلالة (0.138)، أي أنّه لا توجد فروق في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في

محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل، وبذلك تمّ قبول الفرضيّة التّاسعة.

الفرضيّة العاشرة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة.

تمّ فحص الفرضيّة العاشرة بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة.

جدول (15.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة.

حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
نعم حدثت مضاعفات	54	11.07	5.562	1.602	0.110
لا لم تحدث مضاعفات	268	9.89	4.834		

يتبيّن من خلال الجدول (15.4) أنّ قيمة "ت" للدّرجة الكلّيّة (1.602)، ومستوى الدّلالة (0.110)، أي أنّه لا توجد فروق في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة، وبذلك تمّ قبول الفرضيّة العاشرة.

الفرضيّة الحادية عشرة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر وجود أعراض اكتئاب أثناء الحمل.

تمّ فحص الفرضيّة الحادية عشرة بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر وجود أعراض اكتئاب أثناء الحمل.

جدول (16.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر وجود أعراض اكتئاب أثناء الحمل.

وجود أعراض اكتئاب أثناء الحمل	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
نعم حدثت لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	81	12.95	5.525	6.345	0.000
لا لم تحدث لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	241	9.12	4.384		

يتبيّن من خلال الجدول (16.4) أنّ قيمة "ت" للدّرجة الكلّيّة (6.345)، ومستوى الدّلالة (0.000)، أي أنّه توجد فروق في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر وجود أعراض اكتئاب أثناء الحمل، حيث كانت الفروق لصالح اللّواتي حدث لهنّ أعراض اكتئاب أثناء الحمل، وبذلك تمّ رفض الفرضيّة الحادية عشرة.

الفرضيّة الثّانية عشرة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر الحصول على التّثقيف الصّحّيّ.

تمّ فحص الفرضيّة الثّانية عشرة بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر الحصول على التّثقيف الصّحّيّ.

جدول (17.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر الحصول على التّثقيف الصّحّيّ.

الحصول على التّثقيف الصّحّيّ	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
نعم حصلت على محاضرات أو تثقيف صحّيّ	163	9.56	4.946	1.939	0.053
لا لم أحصل	159	10.63	4.960		

يتبيّن من خلال الجدول السّابق أنّ قيمة "ت" للدّرجة الكلّيّة (1.939)، ومستوى الدّلالة (0.053)، أي أنّه لا توجد فروق في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر الحصول على التّثقيف الصّحّيّ، وبذلك تمّ قبول الفرضيّة الثّانية عشرة.

5.2.4 النّتائج المتعلّقة بالسّؤال الخامس:

هل يوجد فروق في درجات عيّنة الدّراسة في مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تبعًا للمتغيّرات (العمر، منطقة السّكن، عدد الأطفال، مستوى التّعليم، العمل، الدّعم الأسريّ، مدى الرّغبة في الحمل الأخير، التّاريخ السّابق لاكتئاب ما بعد الولادة، حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل، حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة، وجود اعراض اكتئاب أثناء الحمل، الحصول على التّثقيف الصّحّيّ)؟

للإجابة عن هذا السّؤال تمّ تحويله للفرضيّات التّالية:

الفرضيّة الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر العمر.

تمّ فحص الفرضيّة الأولى بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر العمر.

جدول (18.4-أ): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر العمر.

المجال	العمر	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
العاطفة والمشاعر	30-18	205	8.6919	1.62121	0.710	0.478
	40-31	117	8.8219	1.51046		
اللّعب والاستمتاع	30-18	205	8.4078	2.10367	0.207	0.836
	40-31	117	8.4547	1.67262		
التّعاطف والتّفاهم	30-18	205	8.3228	2.04565	1.678	0.094
	40-31	117	8.6852	1.49035		
السّيطرة على الأمور	30-18	205	6.7829	1.78285	1.353	0.177
	40-31	117	7.0499	1.55353		

جدول (18.4–ب): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر العمر.

المجال	العمر	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
الحزم ووضع الحدود	30–18	205	7.3959	2.16918	1.875	0.062
	40–31	117	7.8319	1.68318		
التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة	30–18	205	6.3309	1.67924	1.912	0.057
	40–31	117	6.7179	1.86088		
قبول الذّات	30–18	205	8.1992	1.73127	0.543	0.588
	40–31	117	8.3034	1.51724		
التّعلّم والمعرفة	30–18	205	8.1829	1.95511	1.942	0.053
	40–31	117	8.5812	1.38454		
الرّعاية الأساسيّة	30–18	205	8.8360	1.55919	0.527	0.598
	40–31	117	8.9252	1.26883		
الدّرجة الكلّيّة	30–18	205	7.9303	1.51700	1.509	0.132
	40–31	117	8.1750	1.16379		

يتبيّن من خلال الجدول (18.4) أنّ قيمة "ت" للدّرجة الكلّيّة (1.509)، ومستوى الدّلالة (0.132)، أي أنّه لا توجد فروق في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر العمر، وكذلك للمجالات، وبذلك تمّ قبول الفرضيّة الأولى.

نتائج الفرضيّة الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر منطقة السّكن.

تمّ فحص الفرضيّة الثانية بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر منطقة السّكن.

جدول (19.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر منطقة السّكن.

المجال	منطقة السّكن	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
العاطفة والمشاعر	قرية/بلدة	196	8.6131	1.66619	1.791	0.074
	مدينة	126	8.9352	1.42204		
اللّعب والاستمتاع	قرية/بلدة	196	8.3531	2.09944	0.821	0.412
	مدينة	126	8.5365	1.70977		
التّعاطف والتّفاهم	قرية/بلدة	196	8.3486	2.03209	1.268	0.206
	مدينة	126	8.6190	1.57549		
السّيطرة على الأمور	قرية/بلدة	196	6.8580	1.81175	0.287	0.774
	مدينة	126	6.9140	1.53199		
الحزم ووضع الحدود	قرية/بلدة	196	7.5697	2.14528	0.171	0.865
	مدينة	126	7.5304	1.80030		
التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة	قرية/بلدة	196	6.3656	1.68133	1.352	0.177
	مدينة	126	6.6362	1.85741		
قبول الذّات	قرية/بلدة	196	8.1828	1.68042	0.733	0.464
	مدينة	126	8.3214	1.61784		
التّعلّم والمعرفة	قرية/بلدة	196	8.2151	1.93801	1.419	0.157
	مدينة	126	8.5026	1.48384		
الرّعاية الأساسيّة	قرية/بلدة	196	8.7761	1.56018	1.417	0.157
	مدينة	126	9.0119	1.27862		
الدّرجة الكلّيّة	قرية/بلدة	196	7.9435	1.49999	1.209	0.228
	مدينة	126	8.1369	1.23101		

يتبيّن من خلال الجدول (19.4) أن قيمة "ت" للدّرجة الكلّيّة (1.209)، ومستوى الدّلالة (0.228)، أي أنه لا توجد فروق في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر منطقة السّكن، وكذلك للمجالات، وبذلك تمّ قبول الفرضيّة الثانية.

نتائج الفرضيّة الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغيّر عدد الأطفال.

تمّ فحص الفرضيّة الثالثة بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر عدد الأطفال.

جدول (20.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر عدد الأطفال.

المجال	عدد الأطفال	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
العاطفة والمشاعر	1-2	178	8.8221	1.61459	1.047	0.296
	3 فأكثر	144	8.6366	1.53724		
اللّعب والاستمتاع	1-2	178	8.5775	2.01978	1.561	0.119
	3 فأكثر	144	8.2361	1.86265		
التّعاطف والتّفاهم	1-2	178	8.4841	1.97256	0.316	0.752
	3 فأكثر	144	8.4178	1.73821		
السّيطرة على الأمور	1-2	178	6.8043	1.76524	0.884	0.377
	3 فأكثر	144	6.9734	1.62986		
الحزم ووضع الحدود	1-2	178	7.4831	2.14794	0.705	0.482
	3 فأكثر	144	7.6424	1.83983		
التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة	1-2	178	6.5309	1.75460	0.675	0.500
	3 فأكثر	144	6.3981	1.75767		
قبول الذّات	1-2	178	8.2753	1.73406	0.460	0.646
	3 فأكثر	144	8.1898	1.55658		
التّعلّم والمعرفة	1-2	178	8.2697	1.95187	0.650	0.516
	3 فأكثر	144	8.3993	1.53807		
الرّعاية الأساسيّة	1-2	178	8.7949	1.59301	1.004	0.316
	3 فأكثر	144	8.9592	1.27363		
الدّرجة الكلّيّة	1-2	178	8.0230	1.51449	0.054	0.957
	3 فأكثر	144	8.0145	1.25451		

يتبيّن من خلال الجدول (20.4) أنّ قيمة "ت" للدّرجة الكلّيّة (0.054)، ومستوى الدّلالة (0.957)، أي أنّه لا توجد فروق في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر عدد الأطفال، وكذلك للمجالات، وبذلك تمّ قبول الفرضيّة الثّالثة.

الفرضيّة الرّابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مستوى التّعليم.

تمّ فحص الفرضيّة الرّابعة بحساب المتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة على متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مستوى التّعليم.

جدول (21.4-أ): المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة لمتوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مستوى التّعليم.

المجال	مستوى التّعليم	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ
العاطفة والمشاعر	أساسيّ	18	9.0370	1.14269
	ثانويّ	71	9.0798	1.15155
	جامعيّ	233	8.6123	1.70380
اللّعب والاستمتاع	أساسيّ	18	9.1778	1.03558
	ثانويّ	71	8.9211	1.17229
	جامعيّ	233	8.2155	2.15273
التّعاطف والتّفاهم	أساسيّ	18	9.1574	0.79720
	ثانويّ	71	8.8404	0.98900
	جامعيّ	233	8.2825	2.09215
السّيطرة على الأمور	أساسيّ	18	7.7130	1.52088
	ثانويّ	71	7.2183	1.37858
	جامعيّ	233	6.7124	1.77892
الحزم ووضع الحدود	أساسيّ	18	8.0926	1.98460
	ثانويّ	71	8.0634	1.41600
	جامعيّ	233	7.3577	2.14029
التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة	أساسيّ	18	7.0185	1.82475
	ثانويّ	71	6.4554	1.56346
	جامعيّ	233	6.4342	1.80356

جدول (21.4–ب): المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة لمتوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مستوى التّعليم.

المجال	مستوى التّعليم	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ
قبول الذّات	أساسيّ	18	8.8333	0.91823
	ثانويّ	71	8.6502	1.39191
	جامعيّ	233	8.0651	1.74189
التّعلّم والمعرفة	أساسيّ	18	8.5648	0.99038
	ثانويّ	71	8.7418	1.29706
	جامعيّ	233	8.1831	1.92697
الرّعاية الأساسيّة	أساسيّ	18	9.1042	1.01664
	ثانويّ	71	9.3187	1.04685
	جامعيّ	233	8.7130	1.56467
الدّرجة الكلّيّة	أساسيّ	18	8.5313	0.66171
	ثانويّ	71	8.3900	0.82670
	جامعيّ	233	7.8666	1.54787

يلاحظ من الجدول رقم (4.21) وجود فروق ظاهريّة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مستوى التّعليم، ولمعرفة دلالة الفروق تمّ استخدام تحليل التّباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول رقم (21.4): جدول (22.4–أ): نتائج اختبار تحليل التّباين الأحادي لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مستوى التّعليم.

المجال	مصدر التّباين	مجموع المربّعات	درجات الحرّية	متوسّط المربّعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدّلالة
العاطفة والمشاعر	بين المجموعات	13.586	2	6.793	2.748	0.066
	داخل المجموعات	788.501	319	2.472		
	المجموع	802.087	321			
اللّعب والاستمتاع	بين المجموعات	37.907	2	18.954	5.083	0.007
	داخل المجموعات	1189.574	319	3.729		
	المجموع	1227.481	321			

جدول (22.4–ب): نتائج اختبار تحليل التّباين الأحادي لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مستوى التّعليم.

المجال	مصدر التّباين	مجموع المربّعات	درجات الحرّية	متوسّط المربّعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدّلالة
التّعاطف والتّفاهم	بين المجموعات	26.355	2	13.177	3.840	0.022
	داخل المجموعات	1094.755	319	3.432		
	المجموع	1121.110	321			
السّيطرة على الأمور	بين المجموعات	27.156	2	13.578	4.778	0.009
	داخل المجموعات	906.534	319	2.842		
	المجموع	933.690	321			
الحزم ووضع الحدود	بين المجموعات	32.626	2	16.313	4.097	0.017
	داخل المجموعات	1270.062	319	3.981		
	المجموع	1302.688	321			
التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة	بين المجموعات	5.729	2	2.864	0.930	0.396
	داخل المجموعات	982.371	319	3.080		
	المجموع	988.100	321			
قبول الذّات	بين المجموعات	25.411	2	12.705	4.747	0.009
	داخل المجموعات	853.882	319	2.677		
	المجموع	879.293	321			
التّعلّم والمعرفة	بين المجموعات	18.057	2	9.028	2.892	0.057
	داخل المجموعات	995.905	319	3.122		
	المجموع	1013.962	321			
الرّعاية الأساسيّة	بين المجموعات	21.023	2	10.511	5.063	0.007
	داخل المجموعات	662.260	319	2.076		
	المجموع	683.283	321			

جدول (22.4–ج): نتائج اختبار تحليل التّباين الأحادي لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مستوى التّعليم.

المجال	مصدر التّباين	مجموع المربّعات	درجات الحرّية	متوسّط المربّعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدّلالة
الدّرجة الكلّيّة	بين المجموعات	19.906	2	9.953	5.195	0.006
	داخل المجموعات	611.131	319	1.916		
	المجموع	631.037	321			

يُلاحظ من الجدول (22.4) أنّ قيمة ف للدّرجة الكلّيّة (5.195) ومستوى الدّلالة (0.006) وهي أقلّ من مستوى الدّلالة ($\alpha \geq 0.05$) أي أنّه توجد فروق دالّة إحصائيًّا في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مستوى التّعليم، وكذلك للمجالات ما عدا مجالات العاطفة والمشاعر والتّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة والتّعلّم والمعرفة، وبذلك تمّ رفض الفرضيّة الرّابعة. وتمّ فحص نتائج اختبار (LSD) لبيان اتّجاه الفروق وهي كما يلي:

جدول (23.4– أ): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعديّة بين المتوسّطات الحسابيّة لاستجابات أفراد عيّنة الدّراسة حسب متغيّر مستوى التّعليم.

المجال	المتغيّرات		الفروق في المتوسّطات	مستوى الدّلالة
اللّعب والاستمتاع	أساسيّ	ثانويّ	0.25665	0.615
		جامعيّ	0.96233*	0.042
	ثانويّ	أساسيّ	-0.25665	0.615
		جامعيّ	0.70568*	0.007
	جامعيّ	أساسيّ	-0.96233*	0.042
		ثانويّ	-0.70568*	0.007
التّعاطف والتّفاهم	أساسيّ	ثانويّ	0.31703	0.517
		جامعيّ	0.87486	0.054
	ثانويّ	أساسيّ	-0.31703	0.517
		جامعيّ	0.55783*	0.027
	جامعيّ	أساسيّ	-0.87486	0.054
		ثانويّ	-0.55783*	0.027

جدول (23.4- ب): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعديّة بين المتوسّطات الحسابيّة لاستجابات أفراد عيّنة الدّراسة حسب متغيّر مستوى التّعليم.

المجال	المتغيّرات		الفروق في المتوسّطات	مستوى الدّلالة
السّيطرة على الأمور	أساسيّ	ثانويّ	0.49465	0.267
		جامعيّ	1.00052*	0.016
	ثانويّ	أساسيّ	-0.49465	0.267
		جامعيّ	0.50586*	0.028
	جامعيّ	أساسيّ	-1.00052*	0.016
		ثانويّ	-0.50586*	0.028
الحزم ووضع الحدود	أساسيّ	ثانويّ	0.02921	0.956
		جامعيّ	0.73494	0.133
	ثانويّ	أساسيّ	-0.02921	0.956
		جامعيّ	0.70573*	0.010
	جامعيّ	أساسيّ	-0.73494	0.133
		ثانويّ	-0.70573*	0.010
قبول الذّات	أساسيّ	ثانويّ	0.18310	0.672
		جامعيّ	0.76824	0.056
	ثانويّ	أساسيّ	-0.18310	0.672
		جامعيّ	0.58514*	0.009
	جامعيّ	أساسيّ	-0.76824	0.056
		ثانويّ	-0.58514*	0.009
الرّعاية الأساسيّة	أساسيّ	ثانويّ	-0.21450	0.573
		جامعيّ	0.39118	0.268
	ثانويّ	أساسيّ	0.21450	0.573
		جامعيّ	0.60568*	0.002
	جامعيّ	أساسيّ	-0.39118	0.268
		ثانويّ	-0.60568*	0.002
الدّرجة الكلّيّة	أساسيّ	ثانويّ	0.14130	0.699
		جامعيّ	0.66467	0.051
	ثانويّ	أساسيّ	-0.14130	0.699
		جامعيّ	0.52337*	0.006
	جامعيّ	أساسيّ	-0.66467	0.051
		ثانويّ	-0.52337*	0.006

يلاحظ من الجدول (23.4) أنّ الفروق في الدّرجة الكلّيّة كانت بين (ثانويّ) و(جامعيّ) لصالح (ثانويّ).

الفرضيّة الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر العمل.

تمّ فحص الفرضيّة الخامسة بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر العمل.

جدول (24.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر العمل.

المجال	العمل	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
العاطفة والمشاعر	أعمل	95	8.6175	1.86353	0.893	0.373
	لا أعمل	227	8.7900	1.44770		
اللّعب والاستمتاع	أعمل	95	8.0968	2.11315	1.956	0.051
	لا أعمل	227	8.5621	1.87347		
التّعاطف والتّفاهم	أعمل	95	8.2719	2.09003	1.134	0.258
	لا أعمل	227	8.5308	1.76746		
السّيطرة على الأمور	أعمل	95	6.9509	1.62989	0.482	0.630
	لا أعمل	227	6.8502	1.73880		
الحزم ووضع الحدود	أعمل	95	7.4579	2.07013	0.555	0.579
	لا أعمل	227	7.5947	1.99402		
التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة	أعمل	95	6.5947	1.81790	0.815	0.416
	لا أعمل	227	6.4200	1.72874		
قبول الذّات	أعمل	95	8.0702	1.81170	1.171	0.242
	لا أعمل	227	8.3069	1.58395		
التّعلّم والمعرفة	أعمل	95	8.2439	1.93616	0.547	0.585
	لا أعمل	227	8.3627	1.70973		
الرّعاية الأساسيّة	أعمل	95	8.7355	1.62734	1.057	0.291
	لا أعمل	227	8.9240	1.38252		
الدّرجة الكلّيّة	أعمل	95	7.9202	1.58691	0.819	0.413
	لا أعمل	227	8.0606	1.31869		

يتبيّن من خلال الجدول (24.4) أنّ قيمة "ت" للدّرجة الكلّيّة (0.819)، ومستوى الدّلالة (0.413)، أي أنّه لا توجد فروق في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر العمل، وكذلك للمجالات، وبذلك تمّ قبول الفرضيّة الخامسة.

الفرضيّة السّادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر الدّعم الأسريّ.

تمّ فحص الفرضيّة السّادسة بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر الدّعم الأسريّ.

جدول (25.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر الدّعم الأسريّ.

المجال	الدّعم الأسريّ	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
العاطفة والمشاعر	تلقّيت الدّعم	297	8.8064	1.48776	2.657	0.008
	لم اتلقّ الدّعم	25	7.9400	2.32383		
اللّعب والاستمتاع	تلقّيت الدّعم	297	8.5111	1.81500	2.756	0.006
	لم اتلقّ الدّعم	25	7.4000	3.05450		
التّعاطف والتّفاهم	تلقّيت الدّعم	297	8.5404	1.74781	2.877	0.004
	لم اتلقّ الدّعم	25	7.4333	2.80335		
السّيطرة على الأمور	تلقّيت الدّعم	297	6.9714	1.64137	3.370	0.001
	لم اتلقّ الدّعم	25	5.7933	2.08404		
الحزم ووضع الحدود	تلقّيت الدّعم	297	7.6442	1.91384	2.788	0.006
	لم اتلقّ الدّعم	25	6.4867	2.79588		
التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة	تلقّيت الدّعم	297	6.4484	1.74542	0.816	0.415
	لم اتلقّ الدّعم	25	6.7467	1.87399		
قبول الذّات	تلقّيت الدّعم	297	8.2941	1.58829	2.142	0.033
	لم اتلقّ الدّعم	25	7.5600	2.23756		
التّعلّم والمعرفة	تلقّيت الدّعم	297	8.3608	1.72164	1.156	0.249
	لم اتلقّ الدّعم	25	7.9333	2.34866		
الرّعاية الأساسيّة	تلقّيت الدّعم	297	8.8973	1.38486	1.226	0.221
	لم اتلقّ الدّعم	25	8.5250	2.16416		
الدّرجة الكلّيّة	تلقّيت الدّعم	297	8.0751	1.31630	2.484	0.014
	لم اتلقّ الدّعم	25	7.3556	2.10395		

يتبيّن من خلال الجدول (25.4) أنّ قيمة "ت" للدّرجة الكلّيّة (2.484)، ومستوى الدّلالة (0.014)، أي أنّه توجد فروق في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر الدّعم الأسريّ، وكذلك للمجالات ما عدا مجالي التّعلّم والمعرفة والرّعاية الأساسيّة، حيث كانت الفروق لصالح اللّواتي تلقّين الدّعم الأسريّ، وبذلك تمّ رفض الفرضيّة السّادسة.

الفرضيّة السّابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر مدى الرّغبة في الحمل الأخير.

تمّ فحص الفرضيّة السّابعة بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مدى الرّغبة في الحمل الأخير.

جدول (26.4– أ): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مدى الرّغبة في الحمل الأخير.

المجال	مدى الرّغبة في الحمل الأخير	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
العاطفة والمشاعر	كنت أرغب بالحمل	245	8.8184	1.51683	1.608	0.109
	لم أكن أرغب بالحمل	77	8.4870	1.75569		
اللّعب والاستمتاع	كنت أرغب بالحمل	245	8.5453	1.86348	1.981	0.048
	لم أكن أرغب بالحمل	77	8.0416	2.19241		
التّعاطف والتّفاهم	كنت أرغب بالحمل	245	8.5864	1.80735	2.275	0.024
	لم أكن أرغب بالحمل	77	8.0346	2.00736		
السّيطرة على الأمور	كنت أرغب بالحمل	245	6.9585	1.67000	1.478	0.140
	لم أكن أرغب بالحمل	77	6.6299	1.80229		
الحزم ووضع الحدود	كنت أرغب بالحمل	245	7.6361	1.93880	1.300	0.195
	لم أكن أرغب بالحمل	77	7.2944	2.23212		
التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة	كنت أرغب بالحمل	245	6.5218	1.83066	0.916	0.360
	لم أكن أرغب بالحمل	77	6.3117	1.48589		
قبول الذّات	كنت أرغب بالحمل	245	8.3333	1.58890	1.869	0.063
	لم أكن أرغب بالحمل	77	7.9307	1.82741		

جدول (26.4– ب): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مدى الرّغبة في الحمل الأخير.

المجال	مدى الرّغبة في الحمل الأخير	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
التّعلّم والمعرفة	كنت أرغب بالحمل	245	8.4320	1.69414	1.886	0.060
	لم أكن أرغب بالحمل	77	7.9957	1.99505		
الرّعاية الأساسيّة	كنت أرغب بالحمل	245	8.9077	1.40160	0.861	0.390
	لم أكن أرغب بالحمل	77	8.7435	1.63180		
الدّرجة الكلّيّة	كنت أرغب بالحمل	245	8.1037	1.35270	1.938	0.053
	لم أكن أرغب بالحمل	77	7.7502	1.52714		

يتبيّن من خلال الجدول (26.4) أنّ قيمة "ت" للدّرجة الكلّيّة (1.938)، ومستوى الدّلالة (0.053)، أي أنّه لا توجد فروق في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مدى الرّغبة في الحمل الأخير، وكذلك للمجالات ما عدا مجالي اللّعب والاستمتاع والتّعاطف والتّفاهم، حيث كانت الفروق لصالح اللّواتي يرغبن بالحمل، وبذلك تمّ قبول الفرضيّة السّابعة.

الفرضيّة الثّامنة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر التّاريخ السّابق لاكتئاب ما بعد الولادة.

تمّ فحص الفرضيّة الثّامنة بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر التّاريخ السّابق لاكتئاب ما بعد الولادة.

جدول (27.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر التّاريخ السّابق لاكتئاب ما بعد الولادة.

المجال	التّاريخ السّابق لاكتئاب ما بعد الولادة	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
العاطفة والمشاعر	لم أصب من قبل	248	8.7789	1.55513	0.826	0.409
	سبق ان أصبت	74	8.6059	1.66771		
اللّعب والاستمتاع	لم أصب من قبل	248	8.4839	1.93725	0.992	0.322
	سبق ان أصبت	74	8.2270	2.01619		
التّعاطف والتّفاهم	لم أصب من قبل	248	8.4886	1.83771	0.599	0.549
	سبق ان أصبت	74	8.3401	1.97828		
السّيطرة على الأمور	لم أصب من قبل	248	6.9496	1.65598	1.344	0.180
	سبق ان أصبت	74	6.6464	1.85468		
الحزم ووضع الحدود	لم أصب من قبل	248	7.5618	1.99341	0.122	0.903
	سبق ان أصبت	74	7.5293	2.09739		
التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة	لم أصب من قبل	248	6.4610	1.71307	0.197	0.844
	سبق ان أصبت	74	6.5068	1.89858		
قبول الذّات	لم أصب من قبل	248	8.2628	1.63281	0.510	0.611
	سبق ان أصبت	74	8.1509	1.73626		
التّعلّم والمعرفة	لم أصب من قبل	248	8.3239	1.76890	0.069	0.945
	سبق ان أصبت	74	8.3401	1.81727		
الرّعاية الأساسيّة	لم أصب من قبل	248	8.8503	1.45399	0.407	0.684
	سبق ان أصبت	74	8.9291	1.48394		
الدّرجة الكلّيّة	لم أصب من قبل	248	8.0397	1.38289	0.479	0.632
	سبق ان أصبت	74	7.9506	1.47223		

يتبيّن من خلال الجدول (27.4) أنّ قيمة "ت" للدّرجة الكلّيّة (0.479)، ومستوى الدّلالة (0.632)، أي أنّه لا توجد فروق في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر التّاريخ السّابق لاكتئاب ما بعد الولادة، وكذلك للمجالات، وبذلك تمّ قبول الفرضيّة الثّامنة.

الفرضيّة التّاسعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل.

تمّ فحص الفرضيّة التاسعة بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل.

جدول (28.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل.

المجال	حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
العاطفة والمشاعر	نعم حدثت مضاعفات	96	8.5399	1.75565	1.477	0.141
	لا لم تحدث مضاعفات	226	8.8237	1.49643		
اللّعب والاستمتاع	نعم حدثت مضاعفات	96	8.1896	2.34631	1.409	0.160
	لا لم تحدث مضاعفات	226	8.5248	1.75995		
التّعاطف والتّفاهم	نعم حدثت مضاعفات	96	8.2118	2.15611	1.522	0.129
	لا لم تحدث مضاعفات	226	8.5575	1.72745		
السّيطرة على الأمور	نعم حدثت مضاعفات	96	6.6997	1.97330	1.237	0.217
	لا لم تحدث مضاعفات	226	6.9565	1.57667		
الحزم ووضع الحدود	نعم حدثت مضاعفات	96	7.3073	2.36968	1.437	0.152
	لا لم تحدث مضاعفات	226	7.6593	1.83893		
التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة	نعم حدثت مضاعفات	96	6.5816	1.52925	0.733	0.464
	لا لم تحدث مضاعفات	226	6.4248	1.84304		
قبول الذّات	نعم حدثت مضاعفات	96	8.1007	1.71551	0.963	0.336
	لا لم تحدث مضاعفات	226	8.2950	1.62913		
التّعلّم والمعرفة	نعم حدثت مضاعفات	96	8.2274	1.98564	0.659	0.510
	لا لم تحدث مضاعفات	226	8.3702	1.68395		
الرّعاية الأساسيّة	نعم حدثت مضاعفات	96	8.6849	1.58954	1.474	0.142
	لا لم تحدث مضاعفات	226	8.9463	1.39626		
الدّرجة الكلّيّة	نعم حدثت مضاعفات	96	7.8625	1.60259	1.309	0.192
	لا لم تحدث مضاعفات	226	8.0858	1.30587		

يتبيّن من خلال الجدول (28.4) أن قيمة "ت" للدّرجة الكلّيّة (1.309)، ومستوى الدّلالة (0.192)، أي أنه لا توجد فروق في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل، وكذلك للمجالات، وبذلك تمّ قبول الفرضيّة التاسعة.

نتائج الفرضيّة العاشرة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة.

تمّ فحص الفرضيّة العاشرة بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة.

جدول (29.4–أ): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة.

المجال	حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
العاطفة والمشاعر	نعم حدثت مضاعفات	54	8.1883	2.07386	2.838	0.005
	لا لم تحدث مضاعفات	268	8.8501	1.44104		
اللّعب والاستمتاع	نعم حدثت مضاعفات	54	7.8259	2.65075	2.487	0.013
	لا لم تحدث مضاعفات	268	8.5455	1.76504		
التّعاطف والتّفاهم	نعم حدثت مضاعفات	54	7.7191	2.47203	3.215	0.001
	لا لم تحدث مضاعفات	268	8.6026	1.68953		
السّيطرة على الأمور	نعم حدثت مضاعفات	54	6.3549	2.07436	2.500	0.013
	لا لم تحدث مضاعفات	268	6.9857	1.60494		
الحزم ووضع الحدود	نعم حدثت مضاعفات	54	7.0710	2.55989	1.941	0.053
	لا لم تحدث مضاعفات	268	7.6517	1.87654		

جدول (29.4–ب): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة.

المجال	حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة	نعم حدثت مضاعفات	54	6.5463	1.84329	0.343	0.732
	لا لم تحدث مضاعفات	268	6.4565	1.73924		
قبول الذّات	نعم حدثت مضاعفات	54	7.7593	1.89302	2.342	0.020
	لا لم تحدث مضاعفات	268	8.3333	1.58947		
التّعلّم والمعرفة	نعم حدثت مضاعفات	54	7.8148	2.32200	2.340	0.020
	لا لم تحدث مضاعفات	268	8.4310	1.63201		
الرّعاية الأساسيّة	نعم حدثت مضاعفات	54	8.2315	1.79891	3.581	0.000
	لا لم تحدث مضاعفات	268	8.9967	1.34839		
الدّرجة الكلّيّة	نعم حدثت مضاعفات	54	7.5219	1.87733	2.890	0.004
	لا لم تحدث مضاعفات	268	8.1194	1.26639		

يتبيّن من خلال الجدول (29.4) أنّ قيمة "ت" للدّرجة الكلّيّة (2.890)، ومستوى الدّلالة (0.004)، أي أنّه توجد فروق في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة، وكذلك للمجالات ما عدا مجالي الحزم ووضع الحدود والتّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة، حيث كانت الفروق لصالح اللّواتي لم تحدث لهنّ مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة، وبذلك تمّ رفض الفرضيّة العاشرة.

الفرضيّة الحادية عشرة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر وجود أعراض اكتئاب أثناء الحمل.

تمّ فحص الفرضيّة الحادية عشرة بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر وجود أعراض اكتئاب أثناء الحمل.

جدول (30.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر وجود أعراض اكتئاب أثناء الحمل.

المجال	وجود أعراض اكتئاب أثناء الحمل	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
العاطفة والمشاعر	نعم حدثت لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	81	8.4877	1.79984	1.660	0.098
	لا لم يحدث لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	241	8.8237	1.49456		
اللّعب والاستمتاع	نعم حدثت لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	81	8.0247	2.36862	2.141	0.033
	لا لم يحدث لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	241	8.5593	1.78106		
التّعاطف والتّفاهم	نعم حدثت لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	81	8.2160	2.12532	1.329	0.185
	لا لم يحدث لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	241	8.5346	1.77201		
السّيطرة على الأمور	نعم حدثت لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	81	6.4712	1.85438	2.514	0.012
	لا لم يحدث لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	241	7.0173	1.63365		
الحزم ووضع الحدود	نعم حدثت لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	81	7.2922	2.31369	1.356	0.176
	لا لم يحدث لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	241	7.6425	1.90066		
التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة	نعم حدثت لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	81	6.0617	1.81916	2.449	0.015
	لا لم يحدث لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	241	6.6093	1.71413		
قبول الذّات	نعم حدثت لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	81	7.9753	1.80453	1.650	0.100
	لا لم يحدث لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	241	8.3250	1.59605		
التّعلّم والمعرفة	نعم حدثت لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	81	8.3457	1.85700	0.105	0.916
	لا لم يحدث لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	241	8.3216	1.75363		
الرّعاية الأساسيّة	نعم حدثت لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	81	8.7608	1.65598	0.767	0.444
	لا لم يحدث لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	241	8.9046	1.38842		
الدّرجة الكلّيّة	نعم حدثت لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	81	7.7692	1.60103	1.862	0.064
	لا لم يحدث لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل	241	8.1032	1.32163		

يتبيّن من خلال الجدول (30.4) أنّ قيمة "ت" للدّرجة الكلّيّة (1.862)، ومستوى الدّلالة (0.064)، أي أنّه لا توجد فروق في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا

في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر وجود أعراض اكتئاب أثناء الحمل، وكذلك للمجالات ما عدا مجالات اللّعب والاستمتاع، والسّيطرة على الأمور، والتّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة، حيث كانت الفروق لصالح اللّواتي لم يحدث لهنّ أعراض اكتئاب أثناء الحمل، وبذلك تمّ قبول الفرضيّة الحادية عشرة.

الفرضيّة الثّانية عشرة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة تُعزى لمتغيّر الحصول على التّثقيف الصّحّيّ.

تمّ فحص الفرضيّة الثّانية عشرة بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسّطات الحسابيّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر الحصول على التّثقيف الصّحّيّ.

جدول (31.4-أ): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر الحصول على التّثقيف الصّحّيّ.

المجال	الحصول على التّثقيف الصّحّيّ	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
العاطفة والمشاعر	نعم حصلت على محاضرات أو تثقيف صحّيّ	163	8.8507	1.51486	1.284	0.200
	لا لم أحصل	159	8.6247	1.64244		
اللّعب والاستمتاع	نعم حصلت على محاضرات أو تثقيف صحّيّ	163	8.6785	1.82364	2.374	0.018
	لا لم أحصل	159	8.1648	2.05538		
التّعاطف والتّفاهم	نعم حصلت على محاضرات أو تثقيف صحّيّ	163	8.7802	1.71491	3.212	0.001
	لا لم أحصل	159	8.1205	1.96434		
السّيطرة على الأمور	نعم حصلت على محاضرات أو تثقيف صحّيّ	163	7.2413	1.60313	3.936	0.000
	لا لم أحصل	159	6.5094	1.73248		
الحزم ووضع الحدود	نعم حصلت على محاضرات أو تثقيف صحّيّ	163	7.8753	1.86848	2.928	0.004
	لا لم أحصل	159	7.2254	2.10953		

جدول (31.4–ب): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر الحصول على التّثقيف الصّحّيّ.

المجال	الحصول على التّثقيف الصّحّيّ	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة"t"	مستوى الدّلالة
التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة	نعم حصلت على محاضرات أو تثقيف صحّيّ	163	6.5613	1.76451	0.930	0.353
	لا لم أحصل	159	6.3795	1.74489		
قبول الذّات	نعم حصلت على محاضرات أو تثقيف صحّيّ	163	8.3630	1.61843	1.384	0.167
	لا لم أحصل	159	8.1080	1.68713		
التّعلّم والمعرفة	نعم حصلت على محاضرات أو تثقيف صحّيّ	163	8.5521	1.71149	2.311	0.021
	لا لم أحصل	159	8.0975	1.81902		
الرّعاية الأساسيّة	نعم حصلت على محاضرات أو تثقيف صحّيّ	163	8.8781	1.48247	0.120	0.904
	لا لم أحصل	159	8.8585	1.43911		
الدّرجة الكلّيّة	نعم حصلت على محاضرات أو تثقيف صحّيّ	163	8.2138	1.33994	2.544	0.011
	لا لم أحصل	159	7.8197	1.44010		

يتبيّن من خلال الجدول (31.4) أنّ قيمة "ت" للدّرجة الكلّيّة (2.544)، ومستوى الدّلالة (0.011)، أي أنّه توجد فروق في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر الحصول على التّثقيف الصّحّيّ، وكذلك للمجالات ما عدا مجالات العاطفة والمشاعر والتّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة وقبول الذّات والرّعاية الأساسيّة، حيث كانت الفروق لصالح اللّواتي حصلن على تثقيف صحّيّ، وبذلك تمّ رفض الفرضيّة الثّانية عشرة.

الفصل الخامس
مناقشة النتائج والتوصيات

1.5 المقدمة

2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة

1.2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول

2.2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني

3.2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث

4.2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع

5.2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس

3.5 التوصيات

الفصل الخامس

مناقشة نتائج الدّراسة والتّوصيات

1.5 المقدّمة

قامت الباحثة، في هذا الفصل، بمناقشة أهمّ النّتائج الّتي توصّلت إليها الدّراسة الحاليّة في ضوء النّظريّات العلميّة، ونتائج الدّراسات السّابقة، وفي ضوء العوامل النّفسيّة والاجتماعيّة والثّقافيّة والدّيموغرافيّة، وذلك بناءً على ما ورد في الفصل الرابع، إضافة إلى عرض أهمّ التّوصيات والاستنتاجات الّتي توصّلت إليها الباحثة وفقًا لنتائج الدّراسة.

2.5 مناقشة النّتائج المتعلّقة بأسئلة الدّراسة

1.2.5 مناقشة السّؤال الأوّل، وهو: "ما مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة؟"

تشير النّتيجة الرّئيسيّة للدّراسة الحاليّة إلى أنّ مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة جاءت بمستوى منخفض؛ إذ بلغت نسبة المصابات باكتئاب بسيط (50.9%)، في حين كانت نسبة المصابات باكتئاب متوسّط (18.3%)، ووصلت نسبة المصابات باكتئاب شديد (4.3%). وكان المتوسّط الحسابيّ للدّرجة الكلّيّة (10.01)، كما بلغ الانحراف المعياريّ (4.974).

ولمعرفة نسبة الأمّهات اللّواتي شاركن في الفحص ويحتجن إلى تدخّل علاجيّ نفسيّ؛ كلاميّ أو دوائيّ، تمّ التّأكّد من نقطة الحسم لمقياس الاكتئاب وهي 17%، حيث أنّ النّسبة المئويّة لمستوى 0-

16 (لا يوجد اكتئاب) هي (88.8%)، والنّسبة المئويّة لمستوى 17–30 (يوجد اكتئاب ويحتاج إلى تدخّل) هي (11.2%)، وذلك باستخدام مقياس إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة. ومع ذلك؛ فقد وُجدت معدّلات أعلى انتشارًا حول نسبة انتشار اكتئاب ما بعد الولادة في ثلاث دراسات حول النّساء الفلسطينيّات. أجرت أولى هذه الدّراسات شهوان (Shahwan,2011)، في مدينة القدس الشرقيّة، ووجدت انتشارًا بنسبة (25.55%) لديهنّ اكتئاب شديد، و(29.56%) لديهنّ اكتئاب متوسّط. في حين كانت الدّراسة الثّانية من نصيب (أيّوب، 2014)، وقد وجد فيها أنّ معدّل انتشار اكتئاب ما بعد الولادة في محافظة نابلس قد بلغ (8.9%) لديهنّ اكتئاب شديد. ووجد (مطر وآخرون، 2023) في آخر هذه الدّراسات أنّ نسبة انتشار اكتئاب ما بعد الولادة، في الضّفّة الغربيّة وقطاع غزّة، قد بلغ (12.6%)، باستخدام مقياس إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة.

من ناحية أخرى؛ فقد كانت نتائج الدّراسات في مختلف البلدان العربيّة أعلى من تلك الّتي أُجرِيَت في أوساط النّساء الفلسطينيّات؛ فقد وجد (أحمد وآخرون، 2023) أنّ معدّل انتشار اكتئاب ما بعد الولادة، في صعيد مصر، قد بلغ (33.5%). وفي دراسة أجراها (عبد المولى وآخرون، 2023)، بدا المعدّل مرتفعًا للغاية في محافظة جازان في المملكة العربيّة السعوديّة، حيث بلغ (75.7%).

وأمّا في الدّول الغربيّة؛ ففي دراسة أجراها لينز وآخرون في تحليل على أساس 6421امرأة كندية أنجبن أطفالاً أحياء بين عامي 2005 و2006 (Lanes et al, 2011) في كندا، فقد بلغ معدّل انتشار اكتئاب ما بعد الولادة الشّديد بين النّساء في كندا قد بلغ (8.69%). وسجلت دراسة أجراها ريك وآخرون (Reck et al, 2008)) أن انتشار اكتئاب ما بعد الولادة في عيّنة مجتمعيّة مكوّنة من 1024 امرأة ألمانية في مرحلة ما بعد الولادة قد بلغ (6.1%)، باستخدام مقياس ادنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة.

يبدو أنّ معدّل انتشار اكتئاب ما بعد الولادة بين النّساء الفلسطينيّات في محافظة رام الله والبيرة، في العيّنة المتاحة هو الأقلّ، حتّى بين النّساء الفلسطينيّات في مناطق أخرى؛ كالقدس، وقطاع غزّة، وبقيّة مدن الضّفّة الغربيّة، رغم الظّروف الصّعبة الّتي قد تؤثّر على النّساء في المنطقة، ويشبه في ذلك معدّلات انتشار الاكتئاب في بعض الدّول الغربيّة مقارنةً مع بعض الدّول العربيّة، وهذا ما يضيف شيئًا من التّعقيد عند دراسة جوانب الصّحّة النّفسيّة في المنطقة. وتعزو الباحثة هذا المعدل المنخفض إلى عدد من العوامل المرتبطة بخصوصيّة الأمّهات الفلسطينيّات، وغيرها من العوامل المرتبطة بثقافة المجتمع الفلسطينيّ، وتعامله مع القضايا الاجتماعيّة والنّفسيّة؛ فقد تُفسّر المرونة النّفسيّة لدى المجتمع الفلسطينيّ أمام الظّروف القاسية الّتي يعيشها المجتمع عمومًا في المعاناة الطّويلة مع الاحتلال الإسرائيليّ، وما يفرضه من سياسة، على أنّها تطوير آليّات تكيُّفيّة مع الظّروف السّياسيّة والاجتماعيّة والنّفسيّة، الّتي قد تساهم في التّقليل من معدّلات انتشار الاكتئاب، رغم الضّغوطات الّتي تحاصر المجتمع عمومًا، وتحاصر النّساء والأمّهات بشكل خاصّ، فالأمّ الّتي تضع حملها في حين أنّ زوجها يقبع أسيرًا لدى الاحتلال، أو الأمّ الّتي يداهمها المخاض أمامَ أحد الحواجز العسكريّة، وتُمنع من الوصول إلى

المستشفى، تتعرّض إلى ضغط يتطلّب منها أن تتمتّع بقدر معيّن من المرونة النّفسيّة، والتّكيّف النّفسيّ، لمساعدتها على الاستمرار. كما أنّ ممارسات الاحتلال اليوميّة تجاه الأسرى الفلسطينيّين، من الممكن أن تكون قد ساهمت في تشكيل الصّلابة النّفسيّة في التّعامل مع الصّعوبات والتّحدّيات، الّتي تواجهها الأمّ الفلسطينيّة؛ فبتكرار التّجربة واستمراريّتها، تتعلّم الأمّهات كيفيّة التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة.

ومن الجدير بالذّكر أنّه، وفي ظلّ حرب الإبادة الّتي يشنّها الاحتلال على قطاع غزّة منذ آواخر عام 2023، قد تمتنع الكثير من الأمّهات اللّاتي يعشن في غير القطاع عن التّفكير في حالاتهنّ النّفسيّة؛ كنوع من التّقليل من حجم معاناتهنّ وأهمّيّتها أمام معاناة الأمّهات الثّكالى في القطاع، اللّواتي فُجِعْنَ بفقد أولادهنّ؛ ممّا يعني أنّ الكثير من الحالات قد لا تنكشف، وقد تبقى خلف السّتار دون أن يُبلّغ عنها، وعن الأعراض الّتي تعاني منها الأمّهات.

كذلك؛ فقد يكون توفّر الخدمات الّتي تقدّم الرّعاية الصّحّية للأمّهات، وخدمات التّثقيف النّفسيّ والتّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة، خلال فترة الحمل في محافظة رام الله والبيرة، سواءً تلك الخدمات التّابعة لجمعيّة الإغاثة الطّبّيّة، أو التّابعة لوكالة الغوث الدّوليّة، أو الهلال الأحمر الفلسطينيّ، أو مراكز الصّحّة النّفسيّة المجتمعيّة التّابعة لوزارة الصّحّة الفلسطينيّة، عاملًا مساعدًا على التّقليل من أعراض اكتئاب ما بعد الولادة، أو معرفة كيفيّة التّعامل معها في حال ظهورها. وعلى الرّغم من الظّروف الصّعبة الّتي يمرّ بها الشّعب الفلسطينيّ عمومًا، والأمّهات الفلسطينيّات بشكل خاصّ، إلّا أنّه يبدو أنّ هناك زيادة في الوعي بشأن قضايا الصّحّة النّفسيّة في الآونة الأخيرة، خاصّةً في المدن الكبرى مثل رام الله والبيرة، حيث انتشار المراكز الّتي تُعنى بتقديم ورشات ولقاءات تتعلّق بالصّحّة النّفسيّة، وكذلك حملات التّوعية حول الاضطرابات النّفسيّة، الّتي تُمرَّر في صفحات التّواصل الاجتماعيّ، والّتي أصبحت الآن في متناول اليد ومتاحة الوصول إليها.

وعلى الرّغم من أنّ الثّقافة الفلسطينيّة تتعامل مع الأمّهات بتوقّعات معيّنة، فيما يتعلّق بالتّضحية والصّبر والقوّة، وقد تُمثّل مثل هذه المعاملة ضغطًا نفسيًّا إضافيًّا ومتزايدًا يُمارس ضدّ أولئك الأمّهات، وتقوم بوصم معاناتهنّ، إلّا أنّ الأمومة في الثّقافة الفلسطينيّة محاطةٌ بمشاعر من الفخر والاعتزاز، ولها قيمة سامية؛ ممّا قد يساهم في جعل تجربة الأمومة أكثر إيجابيّة، وأكثر مرونة في التّعامل مع التّحدّيات المختلفة، الّتي قد تواجهها الأمّهات حتّى وإن كانت أعراضًا لاكتئاب ما بعد الولادة. وعلى صعيد آخر، قد لا تعكس نتائج الدّراسة واقع حياة الأمّهات الفلسطينيّات في محافظة رام الله والبيرة، حيث أنّ نسبة انتشار اكتئاب ما بعد الولادة الّتي كشفت عنها نتائج الدّراسة، كانت منخفضة مقارنةً مع دراسات (قنديل وآخرون، 2016)، الّتي توصّلت إلى أنّ مدى انتشار أعراض اكتئاب ما بعد الولادة بين النّساء في محافظة بيت لحم كان (14-19%)، ودراسة التّيتي وآخرون (Titi et al, 2024) الّتي أظهرت وجود أعراض اكتئاب متوسّطة إلى شديدة بنسبة (36.1%) في محافظة الخليل. وربّما يعود ذلك إلى أسباب منها، استخدام أسلوب العيّنة المتاحة (convenience study)، حيث تعذّر على الباحثة استخدام

أسلوب العيّنة العشوائيّة، أو غيرها من الأساليب الّتي تأتي بنتائج أكثر دقّة، وذلك بسبب المُعيقات الّتي حالت دون ذلك، ومنها: عدم تعاون المؤسّسات، وعيادات الصّحّة النّسائيّة، وإحجامها عن تزويد الباحثة بقائمات تسجيل الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة، وذلك ضمن القيود المفروضة، تبعًا لحالة الحرب المفروضة على المنطقة، وللاعتبارات الأخلاقيّة، حسبَ تصريحات المؤسّسات للباحثة. إضافةً إلى احتمال وجود عامل امتناع الأمّهات من المتابعة بعد الولادة، في المراكز الصّحّيّة؛ إمّا بسبب وجود أعراض نفسيّة تحول دون قدرتهنّ على الخروج من بيوتهنّ، أو تفضيل المتابعة الصّحّيّة بعد الولادة في المراكز الأقرب من منطقة سكنهنّ، والّتي تعذّر على الباحثة من الوصول إليها، بسبب التّقييدات المفروضة على الحركة، والوضع الأمنيّ، وحواجز التّفتيش العسكريّة الإسرائيليّة، الّتي حالت دون توفير أمان وحرّيّة، وسهولة في التّنقّل، والوصول إلى عيّنات أكثر، يمكنها أن تعكس الواقع بشكل أفضل.

2.2.5 مناقشة السّؤال البحثيّ الثّاني، وهو: "ما مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة؟"

كانت النّتيجة الرّئيسيّة لمستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة، عالية الدّرجة، وبنسبة مئويّة (80.2%)، وفقًا لمقياس الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ TOPSI الّذي يقيس عدّة مجالات تتعلّق بالدَّوْر الأموميّ؛ فمثلًا، حصل مجال الرّعاية الأساسيّة الّتي تتضمّن العناية بالطّفل، والحفاظ على نظافته، وتغذيته، وتوفير الأمن له، على أعلى متوسّط حسابيّ، وقدره (8.86)، الأمر الّذي قد يفسّر التّركيز العالي للأمّهات على الجوانب الأساسيّة الّتي تضمن صحّة وسلامة الطّفل، خاصّةً في المراحل الأولى من حياته، والّذي تؤكّده الحملات الإعلاميّة أو المؤسّسات الصّحّيّة والتّثقيفيّة، أو الأسرة الممتدّة، مثل الجدّة الّتي تشارك الأمّ بخبرتها، ومعرفتها كيفيّة العناية بنظافة الطّفل أو إرضاعه.

في جانب آخر، حسب المعيار الثقافيّ والمجتمعيّ في الثّقافة الفلسطينيّة، فإنّه من المهمّ أن تُظهر الأمّ بأنّها مؤهّلة للقيام بالدَّوْر الأموميّ، ويتجلّى هذا الأمر فيما يظهر للمجتمع من مظهر الطّفل ونظافته وصحّته ووزنه؛ فتبقى الأمّ حريصة على توفير هذا الجانب لطفلها، لتشعر بأنّها كفؤ أمام الضّغط الاجتماعيّ، وبعيدة عن الحكم المجتمعيّ بالتّقصير والإهمال بنظافة طفلها، أو بسوء تغذيته وسلامته. في المقابل؛ فإنّ بعض الأمّهات قد يَمِلْنَ إلى تقديم أنفسهنّ بالشّكل الّذي يعزّز فكرة الأمّ المثاليّة، بغضّ النّظر عن الواقع الّذي يَعِشنَه، أو الحالة النّفسيّة الّتي يخضعنَ لها، ليتماشَيْن مع المعايير المجتمعيّة والأسريّة.

كما أظهرت نتائج المقياس أنّ مجال العاطفة والمشاعر كان في الدّرجة الثّانية بمتوسّط حسابيّ يبلغ (8.73)؛ فعلى الرّغم من اختلاف طرائق التّعبير عن المشاعر وإظهار العاطفة بين الأمّهات، حيث

تظهر بعض الأمّهات صعوبة في التّعبير عن مشاعرهنّ، بسبب عوامل التّنشئة الاجتماعيّة أو الضّغوطات المحيطة، وتُظهر أخريات مشاعر دافئة تجاه أطفالهنّ، ورغم الواقع السّياسيّ والاقتصاديّ السّائد في المنطقة، وما يفرضه على الأمّهات من أعراض نفسيّة؛ كأعراض القلق والاكتئاب والتّوتّر والضّغط النّفسيّ، ورغم التّغيّرات الّتي تمرّ بها الأمّهات في هذه المرحلة، سواءً من ناحية شخصيّة، مثل: الأوجاع الجسديّة بعد الولادة، وقلّة النّوم، وتحدّيات الرّضاعة، وشكل الجسد، والتّغيّرات الهرمونيّة الّتي قد تفرض أثرها على المستوى النّفسيّ والحالة المزاجيّة للأمّ؛ فإنّ مجال العاطفة والمشاعر حصل على درجة عالية؛ فالأمّهات في محافظة رام الله والبيرة يمنحنَ أهمّيّة كبيرة لتطوير رابطة عاطفيّة متماسكة وقويّة مع أطفالهنّ منذ البداية، وهذا قد يعكس آليّات تكيُّفيّة قويّة في التّعامل مع هذه الضّغوط. ويوضّح جانبًا أساسيًّا من علاقة الأمّ بطفلها، والاستجابة العاطفيّة للطّفل، والتّفاعل العاطفيّ مثل التّعبير عن الحبّ والتّفاعل مع إشاراته، والتّواصل معه بصريًّا وجسديًّا، بالاحتضان واللّمس والحديث معه، وأيضًا إدراك الأمّ لتعزيز الأمن العاطفيّ والاستقرار النّفسيّ لطفلها. كذلك فإنّ هذا المتوسّط قد يعكس دَوْر الدّعم الأسريّ الّذي تتلقّاه الأمّهات؛ فتلقّي الدّعم العاطفيّ من المحيط الاجتماعيّ من الممكن أن يمتدّ إلى علاقة الأمّ مع طفلها، والاستجابة له عاطفيًّا بشكل إيجابيّ.

في هذا السّياق، من المهمّ التّطرّق إلى مفهوم الوجود الحقيقيّ للأمّ، الّذي أشار إليه وينيكوت (winnicot, 1990) والّذي يشرح فيه الحاجة إلى التّفاعل العاطفيّ المتّسق من الأمّ، الّذي بدوره يعزِّز من شعور الأمّ بالكفاءة في تلبية احتياجات طفلها العاطفيّة.

وعلى جانب آخر، فرغم الدّرجة المرتفعة الّتي حصل عليها مجال العاطفة، من المهمّ أن نأخذ بعين الاعتبار تداخل الضّغوطات الاجتماعيّة والثّقافيّة لمفهوم الأمومة مع الاستجابات العاطفيّة، وما يتبع ذلك من معايير الأمومة الجيّدة مجتمعيًّا، الّتي يفرضها المجتمع لإظهار التّعلّق والعاطفة؛ فإظهار خلاف ذلك قد يعكس عدم الامتنان لولادة الطّفل وعدم قبوله.

وأمّا ما يتعلّق بمجال التّعاطف والتّفاهم الّذي حصل على متوسّط حسابيّ قدره (8.45)؛ فإنّ هذا قد يعكس قدرة الأمّ على فهم مشاعر طفلها والتّعاطف معه، وقد يكون سبب ذلك، تلقّي التّثقيف والتّوجيه في التّعامل والاستجابة لمشاعر الطّفل. وهذا ما أكّدته دراسة أوزكان وآخرون (Ozkan et al, 2011) الّتي أظهرت أنّ حصول الأمّهات على التّثقيف حول طبيعة الانتقال لمرحلة الأمومة، وكيفيّة التّعامل مع طفل وتقديم الرّعاية له، سيُحسِّن من قدرتهنّ على أداء الدَّوْر الأموميّ.

وأمّا فيما يتعلّق بمجال اللّعب والاستمتاع الّذي حصل على متوسّط حسابيّ يبلغ (8.32)، ومجال التّعليم والمعرفة الّذي حصل على متوسّط حسابيّ قدره (8.42)؛ فإنّ اللّعب المشترك والتّفاعل اليوميّ بين الأمّ وطفلها يعزّزان علاقة الأمّ بطفلها. فاللّعب ليس مجرّد وسيلة للتّسلية، بل وسيلة لتحقيق التّواصل العاطفيّ بين الأمّ والطّفل، والّذي يعزّز شعور الأمّهات بالكفاءة لارتباطها بالمساهمة في النّموّ العاطفيّ والاجتماعيّ للطّفل. وينيكوت (Winnicott, 1989). وفي السّياق الفلسطينيّ؛ ورغم ما تتعرّض له

الأمّهات وأطفالهنّ من التّجارب الصّعبة، في سياق التّضييق الّذي يمارسه الاحتلال الإسرائيليّ، وكذلك في ظلّ الظّروف المعيشيّة والاقتصاديّة السّيّئة، إلّا أنّ اللّعب يحتلّ حيّزًا واسعًا من حياة الطّفل وأمّه. فاللّعب يعمّق العلاقة بين الأمّهات وأطفالهنّ، ويرفع من المهارات التّعليميّة والإدراكيّة، ويعزّز مهارة التّواصل والتّفاعل، كما يطوّر الجانب الاجتماعيّ والعاطفيّ للطّفل (Al-Rozzi et al, 2007)، ويساهم إدراك الأمّ الفلسطينيّة لأهمّيّة هذا الجانب في مساعدتها على تطبيقه.

وفيما يتعلّق بمجال قبول الذّات الّذي حصل على المتوسّط الحسابيّ (8.23)؛ فيرتبط شعور الأمّهات بكفاءة دَوْرهنّ الأموميّ بمدى قدرتهنّ على تشكيل وتعزيز الصّورة الإيجابيّة لذواتهنّ لدى أطفالهنّ. وفي ضوء نظريّة بناء الذّات لكارل روجرز (Self-concept theory) الّتي تركّز على أهمّيّة التّفاعل الاجتماعيّ في بناء ضوء الذّات؛ فالأمّ تشعر بكفاءة دَوْرها الأموميّ وتتعزّز ثقتها بنفسها وبأدائها، من خلال التّفاعل الإيجابيّ وتوفير الدّعم العاطفيّ. حيث أنّه عندما يكون واقعها مع طفلها يلائم توقّعاتها من نفسها ومن أدائها لدَوْرِها؛ فإنّ هذا من شأنه أن يعزّز قبولها لذاتها ورضاها عن نفسها. كما يتعلّق ذلك بتعريف الأمّ لنفسها، وبالكيفيّة الّتي تفكّر فيها عن ذاتها، وتشعر بها تجاه أمومتها، ومدى إيمانها بقدراتها في دَوْرِها الأموميّ (Bong et al, 2010)

وفي السّياق الفلسطينيّ؛ فإنّ المتوسّط الّذي توصّلت له نتائج الدّراسة، يشير إلى مستوًى إيجابيّ نسبيًّا من قبول الذّات لدى الأمّهات. ولكن في الوقت نفسه، من المهمّ عدم إغفال البيئة الاقتصاديّة والسّياسيّة والاجتماعيّة الخاصّة بالأمّهات الفلسطينيّات؛ فتبعًا للتّحدّيات الثّقافيّة، والمجتمعيّة، والضّغوطات المرتبطة بالصّورة النّمطيّة للأمّ المثاليّة، يُتوقَّع من الأمّهات أن يَكُنَّ محطّات دعم نفسيّ لأطفالهنّ ولعائلاتهنّ، هذه المسؤوليّة قد تؤثّر على تصوّرهنّ لأنفسهنّ. وكذلك فإنّ الواقع الاقتصاديّ والسّياسيّ قد يمارس ضغطًا إضافيًّا على الأمّهات في مواجهة الصّعوبات في تأمين احتياجات أطفالهنّ، خاصّةً فيما إذا كان الزّوج أسيرًا والأمّ هي المعيل الوحيد للأسرة. هذا السّياق المعقّد قد يمنع الأمّ من التّعبير عن مخاوفها وأفكارها، ويدفعها إلى التّمسّك بقوّتها وصلابتها، في ظلّ الظّروف والتّعقيدات الّتي تحياها.

وأمّا مجال الحزم ووضع الحدود؛ فقد كانت نتيجة متوسّطه الحسابيّ (7.55). وهذا المجال يعني القدرة على فرض القيَم والقوانين بأسلوب واضح ومحدَّد، وتحديد المقبول وغير المقبول في سلوك الأطفال، وتوضيح عواقب سلوكيّاتهم ونتائجها، كما أشار إليه كلاود وتاون سيند في كتاب الحدود (Cloud, Townsend, 2017)

في سياق الأمومة الفلسطينيّة؛ فإنّ الأمّ الفلسطينيّة لا تواجه فقط الضّغوطات الاجتماعيّة والثّقافيّة، بل تلعب دَوْرًا أساسيًّا في تشكيل هويّة أبنائها وتوجيههم للتّعامل مع التّحدّيات الاجتماعيّة والسّياسيّة والنّفسيّة الّتي قد يتعرّضون لها، وفي تربيتهم على القيَم الوطنيّة والعائليّة. وفي ضوء مفهوم الكفاءة الأموميّة في سياق الأمومة الفلسطينيّة؛ فإنّها تتطلّب من الأمّ توفير البيئة الآمنة والمستقرّة لأطفالها، وسط حالة من الفوضى السّياسيّة والاجتماعيّة، وفي الوقت نفسه، تكون قادرة على تربية أطفالها بحزم وبمرونة وحكمة

في التّعامل مع الأساليب التّربويّة التّقليديّة، الّتي قد تمارَس بقسوة وصعوبة، والّتي تفرضها الضّغوط الاجتماعيّة.

أمّا فيما يتعلّق بمجال السّيطرة على الأمور، فقد بلغ المتوسّط الحسابيّ (6.87)، ويليه مجال التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة بمتوسّط حسابيّ (6.47). وفي ضوء الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ في السّياق الفلسطينيّ، فإنّ الأمّ الّتي تشعر بالقلق والعجز بسبب التّحدّيات السّياسيّة على مستوى ممارسات الاحتلال ومستوى الصّمود النّفسيّ، والتّحدّيات الاقتصاديّة من الفقر والقمع الاجتماعيّ، والتّحدّيات الاجتماعيّة من الضّغوطات العائليّة والتّوقّعات المجتمعيّة، إلّا أنّ تطلُّعها للكفاءة في دَوْرِها الأموميّ يتطلّب منها تطوير مهارة التّنظيم، والمرونة في التّعامل واتّخاذ القرارات، والتّكيّف مع الضّغوطات، وتحويل مشاعرها لمصدر قوّة وصمود وصلابة يساعدها على الاستمرار برعاية أطفالها، وممارسة دَوْرِها الأموميّ والقيام بمتطلّباته.

3.2.5 مناقشة السّؤال البحثيّ الثّالث، وهو: "ما هي طبيعة العلاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة وكفاءة الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبنَ حديثًا في محافظة رام الله والبيرة؟"

الفرضيّة الّتي تم استنباطها من السّؤال، تنصّ على أنّه "لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq 0.05$)، بين متوسّطات تقديرات أفراد عيّنة الدّراسة لمستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ واكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة"

بعد فحص الفرضيّة تبيَّن أنّ مستوى الدّلالة (0.000)، أي أنّها دالّة إحصائيًّا، وهذا يعني وجود علاقة سلبيّة عكسيّة بين مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ واكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة، أي أنّه كلّما زاد اكتئاب ما بعد الولادة؛ فإنّ مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ ينخفض، والعكس صحيح، وكذلك للمجالات الّتي تعكس كفاءة الدَّوْر الأموميّ في مقياس TOPSI. وهذا ما دلّت عليه دراسة فاولز (Fowles, 1998)، الّتي أجراها في ولاية إلينوي في الولايات المتّحدة الأمريكيّة، وتوصّل فيها إلى وجود علاقة عكسيّة كبيرة، بين اكتئاب ما بعد الولادة وجميع مقاييس تحقيق الدَّوْر الأموميّ، وهو مقياس نفسي كأمّ (myself as mother) ومقياس طفلي (my baby scale) ومقياس الكفاءة المتصوّرة (Perceived Competence Scale). وكذلك دراسة نافابونساكول وآخرون (Naphapunsakul et al, 2020)، الّتي أجريت في تايلاند، وتوصّلت إلى أنّ اكتئاب ما بعد الولادة يعتبَر أحد العوامل الّتي تؤثّر سلبًا على أداء الأمّ لِدَوْرها بكفاءة.

وأمّا في السّياق الفلسطينيّ؛ فقد يكون عامل التّوقّعات الثّقافيّة من الأمّ بأنّها "قادرة دائمًا"، " قويّة دائمًا"، وتتعامل مع التّحدّيات دون تذمّر، يجعلها تشعر بالعجز، وتُحجم عن طلب المساعدة في حال ظهور أعراض اكتئاب ما بعد الولادة. ومع تكرار هذه الأعراض وتركها دون دعم وعلاج؛ فإنّ دَوْرَها الأموميّ

سيتضرّر وقدرتها على رعاية طفلها ستنخفض تدريجيًّا. وهذا ما يفسِّر العلاقة العكسيّة بين المتغيِّرَيْن. وترى الباحثة أنّ تأثير اكتئاب ما بعد الولادة الّذي يصيب الأمهات يتجاوز أثره الجانب النّفسيّ والجسديّ للأمّ، ليمتدّ لعلاقتها مع زوجها وتواصلها معه، وكذلك لعلاقتها مع أطفالها وتأثير ذلك على كفاءة الدَّوْر الأموميّ، حيث تُظهر الأمّ المصابة باكتئاب ما بعد الولادة الحزن والفقد للاهتمام بنفسها وطفلها وكذلك في الأنشطة الّتي كانت تمارسها وتستمع بها سابقًا، ويمتدّ ذلك للأنشطة المتعلّقة بالطّفل والعناية به ورعايته، وتُظهر كذلك صعوبة في الاستجابة للاحتياجات العاطفيّة للطّفل والتّفاعل معه وفهم إشاراته كالبكاء للمرض أو طلب الاهتمام أو البكاء للحاجة للرّضاعة. مما يجعلها غير قادرة على التّفاعل عاطفيًّا مع طفلها كنتيجة للاكتئاب الّذي تعاني منه، وهذا ما يؤثّر على التّرابط العاطفيّ بينهما وبناء علاقة آمنة معه. ممّا قد يؤثّر مستقبلًا على النّموّ العاطفيّ للطّفل، وتوليد مشاعر مثل الخوف والقلق وسلوكيّات كالعدوانيّة والعزلة. كما قد يؤثّر على مشاعرها تجاهه فقد تصاب بالقلق حول ما يتعلّق به وبقدرتها على القيام بدَوْرها الأموميّ، ممّا يجعلها تعاني من العجز في اتّخاذ قرارات متعلّقة بالطّفل. وقد يسبّب لها ذلك شعورٌ بالذّنب وعدم الكفاءة وبالتّالي التّقليل من ثقتها بنفسها وتقديرها لذاتها وإعطاء قيمة لدَوْرها الأموميّ. كما ترى الباحثة أنّ تأثير اكتئاب ما بعد الولادة على الأمّ قد يمتدّ ليجعلها تمتنع عن ممارسة دَوْرها الأموميّ في الرّعاية الأساسيّة للطّفل؛ من حيث الصّعوبة في إرضاعه وإطعامه والعناية بنظافته وتوفير الأمن له في البيئة المحيطة به. هذه الدّورة السّلبيّة من شعور الأمّ بالعجز وعدم الكفاءة ترتفع بسبب الاكتئاب الّذي تعاني منه الأمّ، وبالتّالي فإنّ الكفاءة في الدَوْر الأموميّ تنخفض. لهذا ترى الباحثة أنّ عوامل الدّعم الاجتماعيّ والتّثقيف الصّحّيّ النّفسيّ والتّدخل المبكّر وتقديم العلاج النّفسيّ الّذي تحتاجه الأمّ سيساعد في التّخفيف من أعراض اكتئاب ما بعد الولادة ويعمل على تحسين كفاءة الدَّوْر الأموميّ.

4.2.5 مناقشة السّؤال البحثيّ الرّابع، وهو: هل يوجد فروقات في درجات عيّنة الدّراسة في مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة، تبعًا للمتغيّرات (العمر، منطقة السّكن، عدد الأطفال، مستوى التّعليم، العمل، الدّعم الأسريّ، مدى الرّغبة في الحمل الأخير، التّاريخ السّابق لاكتئاب ما بعد الولادة، حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل، حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة، وجود اعراض اكتئاب أثناء الحمل، الحصول على التّثقيف الصّحّيّ)؟

مناقشة نتائج الفرضيّة السّادسة:

أظهرت النتائج أنه توجد فروقات في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا، في محافظة رام الله والبيرة يُعزى لمتغيّر الدّعم الأسريّ، حيث كانت الفروقات لصالح اللّواتي تلقَّيْن الدّعم الأسريّ.

تفسّر الباحثة هذه النّتيجة بأنّ الدّعم الأسريّ للأمّهات في فترة ما بعد الولادة وما يرافقها من تحدّيات انتقاليّة فيما يتعلّق بتحدّيات النّوم، والرّضاعة، والعناية الذّاتيّة، بالإضافة إلى التّغيّرات الهرمونيّة وما يتبع ذلك من تأثير على الحالة المزاجيّة والنّفسيّة، وما يتطلّب منها من جهد ووقت في رعاية الطّفل والاهتمام بشؤون البيت، سيوفّر للأمّ شعورًا بالرّاحة العاطفيّة والمساندة الاجتماعيّة والأمان النّفسيّ وتقليل العزلة، الأمر الّذي يساهم في التّخفيف من أثر هذه التّحدّيات على الأمّ. أمّا في السّياق الفلسطينيّ فقد تكون المنظومة الثّقافيّة والمجتمعيّة الّتي تتمسّك بها الكثير من العائلات الفلسطينيّة، والظّروف الحياتيّة الصّعبة والّتي تحمّل الأمّ عبء التّضحية وعدم الشّكوى، هما عاملان قد يحدّان من تقديم الدّعم للأمّ، وكذلك قد لا يأخذ الدّعم المقدّم لها الشّكل الّذي تحتاجه الأمّ ولا يخفّف من عزلتها، أو أنّه قد يشكّل عاملًا من الضّغط النّفسيّ عليها بسبب التّدخّلات المستمرّة من قِبَل العائلة الممتدّة في كيفيّة رعاية الرّضيع. وكذلك غياب الزّوج في العمل في الدّاخل المحتلّ أو تعرّضه للأسر تبعًا للظّروف السّياسيّة فإنّ ذلك أيضًا قد يضع الأمّ تحت عبء القيام بالمسؤوليّات دون تلقّي الدّعم من الزّوج.

مناقشة الفرضيّة السّابعة

بينت النتائج وجود فروقات في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة، يُعزى لمتغيّر مدى الرّغبة في الحمل الأخير، حيث كانت الفروقات لصالح اللّواتي لم يرغبن بالحمل.

تتّسق هذه النّتيجة مع الأدبيّات والدّراسات العلميّة الّتي توضّح أنّ الحمل غير المرغوب به، أو غير المخطّط له، يمكن أن يساهم في زيادة الضّغوطات النّفسيّة على الأمّهات في فترة ما بعد الولادة، مقارنةً بالأمّهات اللّواتي رغبن بالحمل؛ فقد تكون تجربتهنّ بالأمومة أكثر إيجابيّة.(Titi et al, 2024)

وفي السّياق الفلسطينيّ؛ فإنّ التعقيدات الّتي يعيشها المجتمع الفلسطينيّ، المتسبِّبة من ارتفاع معدّلات البطالة، ومن غياب الزّوج عن البيت؛ بسبب الأسر لدى الاحتلال، أو العمل في الدّاخل المحتلّ، والخوف من الإنجاب في ظلّ الظّروف القائمة، وحرب الإبادة في قطاع غزّة، وبالإضافة إلى عوامل ذاتيّة متعلّقة بالنّساء الفلسطينيّات، والمتمثّلة بعدم قدرتهنّ على اتّخاذ قرارات مستقلّة بشأن تنظيم الحمل، في ظلّ البيئة الثّقافيّة المجتمعيّة، الّتي تفرض على الأمّ عدم تحديد عدد الأولاد، ووقت الحمل؛ فمن

الممكن أن يؤدّي ذلك كلّه إلى شعور الأمّ بالضّغط النّفسيّ، وظهور أعراض للاكتئاب في الفترة التّالية للولادة.

مناقشة الفرضيّة الثّامنة

أظهرت النتائج وجود فروقات في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة، يعزى لمتغيّر التّاريخ السّابق لاكتئاب ما بعد الولادة، حيث كانت الفروقات لصالح اللّواتي سبقت لهنّ الإصابة به من قبل.

تشير النّتيجة إلى أنّ الأمّهات اللّواتي سبق لهنّ المعاناة من أعراض اكتئاب ما بعد الولادة في ولادة سابقة، هنّ أكثر عرضةً للإصابة بهذه الأعراض مجدّدًا. وتتّسق هذه النّتيجة مع الدّراسة الّتي أجراها التّيتي وآخرون في محافظة الخليل (Titi et al, 2024)، حيث أظهرت الدّراسة أنّ عامل تاريخ الاكتئاب لدى الأمّ يعتبَر من العوامل الّتي تؤثّر في تطوير أعراض لاكتئاب ما بعد الولادة، وكذلك هذا ما ظهر في نتيجة دراسة أجراها أحمد وآخرون (Ahmed et al, 2021)، في صعيد مصر، والّتي بيّنت أنّ تاريخ الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة يعتبَر من عوامل الخطر لتكرار الإصابة به. وتعزو الباحثة هذه النّتيجة للاستعداد النّفسيّ، الّذي يكون تبعًا لعوامل نفسيّة تحدث بعد الولادة مثل التّوتّر والقلق والأفكار السلبيّة عن الذّات والكفاءة الأموميّة، وكذلك لتجربة سابقة صعبة، ومواجهة توقّعات سلبيّة، ومخاوف من تكرار التّجربة. وكذلك للاستعداد البيولوجيّ كالتّغيّرات الهرمونيّة الّتي تحدث بعد الولادة.

وفي السّياق الفلسطينيّ؛ فإنّ العوامل الاقتصاديّة والسّياسيّة والاجتماعيّة والثّقافيّة تؤثّر، بشكل أكبر، على الأمّهات اللّواتي كان لهنّ تاريخ مع أعراض اكتئاب ما بعد الولادة؛ ممّا يصعِّب عليهنّ التّعامل مع التّحدّيات المرافقة لهذه العوامل، ويجعلهنّ أكثر عرضة لتفاقم هذه الأعراض في ظلّ الظّروف الرّاهنة. كما أنّ نقص توفّر خدمات الصّحّة النّفسيّة، الّتي تقدَّم للأمّهات في الفترة المقترنة بالولادة، وصعوبة الوصول إليها في حال توفّرها، بسبب الأوضاع السّياسيّة وما يتبعها من التّنقّل المحدود، والقيود على الحركة، وكذلك بسبب الوصمة الاجتماعيّة؛ ممّا يمنع النّساء اللّواتي يعانين من أزمات نفسيّة من طلب المساعدة والسّعي إلى الحصول على خدمات الصّحّة النّفسيّة، رغم زيادة الوعي حول الصّحّة النّفسيّة.

مناقشة الفرضيّة الحادية عشرة

وجدت الباحثة فروقات في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة، يعزى لمتغيّر وجود أعراض اكتئاب أثناء الحمل، حيث كانت الفروقات لصالح اللّواتي أُصِبْنَ بأعراض اكتئاب أثناء الحمل.

تفسّر الباحثة النّتيجة الّتي توصّلت إليها الدّراسة بأنّ الصّحّة النّفسيّة للأمّ أثناء الحمل قد يمتدّ تأثيرها على المدى الطّويل، في حال عدم طلب الدّعم المهنيّ والعلاج النّفسيّ؛ فالأمّ الّتي تعاني من اكتئاب أثناء الحمل، يتعزّز لديها احتمال ظهور أعراض اكتئاب ما بعد الولادة، وهذا ما ظهر في دراسة أجراها (أيّوب،2014) والّتي وضّحت أنّ اكتئاب الحمل يعتبَر إحدى العوامل الّتي تعزّز إصابة الأمّ باكتئاب ما بعد الولادة.

وفي السّياق الفلسطينيّ؛ فإنّ القلق بشأن الوضع الاقتصاديّ والسّياسيّ، وعدم مقدرة الكثير من الأمّهات من الوصول إلى خدمات الصّحّة النّفسيّة، إضافةً إلى عدم توفّر تقييم للحالة النّفسيّة والمزاجيّة، أثناء الحمل في زيارات متابعة صحّة الأمّ والجنين في عيادات الصّحّة المختلفة في فلسطين؛ فإنّ ذلك يزيد من خطر ظهور أعراض اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي ظهرت لديهنّ أعراض الاكتئاب أثناء الحمل.

5.2.5 مناقشة النّتائج المتعلّقة بالسّؤال الخامس، وهو: هل يوجد فروقات في درجات عيّنة الدّراسة في مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة، تبعًا للمتغيّرات (العمر، منطقة السّكن، عدد الأطفال، مستوى التّعليم، العمل، الدّعم الأسريّ، مدى الرّغبة في الحمل الأخير، التّاريخ السّابق لاكتئاب ما بعد الولادة، حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل، حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة، وجود أعراض اكتئاب أثناء الحمل، الحصول على التّثقيف الصّحّيّ) ؟

مناقشة نتائج الفرضية الرابعة

تبيّن النّتائج وجود فروقات ظاهريّة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة، يُعزى لمتغيّر مستوى التّعليم، أي أنّ هناك فروقات دالّة إحصائيًّا في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزى لمتغيّر مستوى التّعليم لصالح التّعليم الثّانويّ، وكذلك للمجالات ما عدا مجالات العاطفة والمشاعر والتّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة والتّعلّم والمعرفة.

وهذا يعكس وجود علاقة حقيقيّة بين مستوى التّعليم وكفاءة الدَّوْر الأموميّ لصالح التّعليم الثّانويّ. وكذلك وُجدت الفروقات في معظم المجالات المتعلّقة بكفاءة الدَّوْر الأموميّ، الّتي تضمّنها مقياس TOPSI، الّذي يفحص الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ، باستثناء مجال العاطفة والمشاعر والتّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة والتّعلّم والمعرفة.

وتفسّر الباحثة هذه النّتيجة بأنّ هناك عوامل أخرى من الممكن أن تؤثّر على مجال العاطفة والمشاعر، لا ترتبط، بشكل مباشر، بمستوى التّعليم، مثل: الدّعم الأسريّ، وفطرة الأمّ؛ فقد تقدر الأمّهات على توفير

العاطفة والمشاعر للطّفل، بدون أن تتأثّر بمستوى التّعليم. وفيما يتعلّق بمجال التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة؛ فقد تمتلك الأمّهات المهارات الحياتيّة الّتي تساعدهنّ على التّكيّف مع الظّروف والتّحدّيات المختلفة، وكذلك خبرة الأمّهات وحكمتها ونضجها، وأيضًا حصولها على الدّعم الأسريّ في التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة، أكثر من الاعتماد على مستوى التّعليم. وأمّا فيما يتعلّق بالتّعلّم والمعرفة؛ فعلى الرّغم من أنّ الأمّهات في مستوى التّعليم الجامعيّ، قد يمتلِكْنَ المستوى العلميّ الأعلى، إلّا أنّ ذلك قد لا يكون معيارًا أساسيًّا في مجال التّعلّم والمعرفة؛ فهذا المجال يتطلّب خبرات عمليّة مستمرّة، وليس مقيّدًا فقط بالدّرجة العلميّة للأمّ.

وفي السّياق الفلسطينيّ؛ فإنّ التّعليم قد يلعب دَوْرًا مهمًّا في تعزيز الكفاءة الأموميّة ويعتبَر أداة تمكين قويّة، وبتداخله مع عوامل الثّقافة الفلسطينيّة، والوضع السّياسيّ والاقتصاديّ، والتّحدّيات اليوميّة الّتي تواجهها الأمّهات الفلسطينيّات؛ فإنّ الأمّهات اللّواتي حصلن على تعليم، وإن كان هذا التّعليم لا يتعدّى المستوى الثّانويّ؛ فقد أظهرن كفاءة أعلى في فهم احتياجات أطفالهنّ، وتقديم الرّعاية لهنّ، والقيام بدَوْرِهنّ الأموميّ، وتقبّلهنّ لذواتهنّ. إلّا أنّ التّأثير الحقيقيّ لمستوى التّعليم في بعض المجالات، مثل: العاطفة والمشاعر، والتّعامل مع الضّغوطات، والتّعلّم والمعرفة، قد يرتبط بعوامل ذاتيّة؛ كالصّلابة النّفسيّة، وأخرى اجتماعيّة وثقافيّة؛ كتوقّعات المجتمع، وعوامل سياسيّة واقتصاديّة يمكن أن تعيق الأمّ من التّعبير عن مشاعرها من وقع ضغوطاتها.

مناقشة نتائج الفرضيّة السّادسة

بينت نتائج الدراسة وجود فروقات في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة، يُعزى لمتغيّر الدّعم الأسريّ، وكذلك للمجالات ما عدا مجالَي؛ التّعلّم والمعرفة، والرّعاية الأساسيّة، حيث كانت الفروقات لصالح اللّواتي تلقَّيْن الدّعم الأسريّ.

توضح النّتيجة العثور على فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الكفاءة الأموميّة بين الأمّهات اللّواتي تلقَّيْن دعمًا أسريًا واللّواتي لم يتلقَّيْن الدعم لصالح الأمّهات اللّواتي حصلن على الدّعم الأسريّ. وكذلك كانت الفروقات في معظم المجالات المتعلّقة بالدَّوْر الأموميّ على مقياس TOPSI، ما عدا مجالَيْ؛ التّعلّم والمعرفة، والرّعاية الأساسيّة. وهذا يعني أنّ الدّعم الأسريّ لم يكن له تأثير كبير على مجالّي؛ التّعلّم والمعرفة، والرّعاية الأساسيّة، على عكس تأثيره على بقيّة المجالات. وفي ضوء مفهوم كفاءة الدَّوْر الأموميّ؛ فهذا المفهوم يشير إلى قدرة الأمّ على أداء مهمّاتها المتعلّقة برعاية طفلها وتربيته، بشكل إيجابيّ، مثل: العناية بنظافته، وتهيئة البيئة الآمنة له، وتعليمه، والتّفاعل معه، والتّعبير عن مشاعرها له (Mercer, 2004). وتتأثّر هذه الكفاءة بعوامل مختلفة مثل الحالة النّفسيّة للأمّ، وتصوّرها عن ذاتها، وثقتها بنفسها، ومستوى التّعليم ومصادر الدّعم حولها. ويلعب الدّعم الأسريّ دَوْرًا مهمًّا في قدرة الأمّ

على القيام بِدَوْرِها بشكل أكثر كفاءة. وهذا ما أظهرته نتيجة الدّراسة الّتي أجراها إيمانويل وآخرون (Emmanuel et al, 2011) في التّعرف على العلاقة بين تطوير الدَّوْر الأموميّ، والضّائقة الأموميّة، والدّعم الاجتماعيّ في فترة ما بعد الولادة، حيث أنّ الدّعم المناسب يُسهِّل الانتقال للأمومة كما أظهرت نتائج الدّراسة. وهذا ما توصّلت إليه نتيجة الفرضيّة، فالدّعم الأسريّ الّذي حصلت عليه الأمّهات، أثّر على تمكُّنهنّ من التّواصل مع أطفالهنّ، والتّعبير عن مشاعرهنّ وشعورهنّ بالرّضا عن أمومتهنّ. حيث أنّ الدّعم الأسريّ، مثل: الدّعم العاطفيّ من الزّوج، أو المساعدة في شؤون البيت، أو مساعدتها على الحصول على قسط من الرّاحة، يرتبط بشعور الأمّ بالاستقرار النّفسيّ، ويقلّل من شعورها بالعزلة والحزن، ويساعدها على التّعامل مع الضّغوطات، والتّحدّيات اليوميّة عند انتقالها للأمومة. وعلى الرّغم من التّأثير الإيجابيّ للدّعم الأسريّ في معظم المجالات، إلّا أنّ الفروقات في مجالَي؛ التّعلُم والمعرفة، والرّعاية الأساسيّة لم تكن دالّة إحصائيًّا. وقد يعني هذا الحاجة إلى تعلّم مهارات التّعلّم والمعرفة، وأساسيّات الرّعاية الأساسيّة، من خلال الوصول إلى الموارد المختلفة، مثل: البرامج التّدريبيّة والتّثقيفيّة، أو الاستفادة من تجارب الأمّهات الأخريات.

ترى الباحثة ان تداخل عوامل أخرى الى جانب عامل الدعم الأسري، كالاستعانة بمصادر خارجية للحصول على المعرفة اللازمة في هذين المجالين مثل التثقيف المنتشر من خلال صفحات وسائل التواصل الاجتماعي، أو من خلال تبادل الخبرة المشتركة بين الصديقات، أو من خلال الحصول على تدريب وتعليم بالاشتراك في ورشات عمل ودورات متعلقة بهذين المجالين.

مناقشة نتائج الفرضيّة العاشرة

النّتيجة: توجد فروقات في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة، يعزى لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة، وكذلك للمجالات ما عدا مجالَي؛ الحزم ووضع الحدود، والتّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة، حيث كانت الفروقات لصالح اللّواتي لم تصبهنّ مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة.

وتعني هذه النّتيجة أنّ حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة يؤثّر على مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ للأمّهات، لصالح الأمّهات اللّواتي لم يتعرّضن للمضاعفات الصّحّيّة أثناء الولادة. وهذا يعني أنّ الأمّهات اللّواتي لم يتعرّضن للمضاعفات الصّحّيّة أثناء الولادة أظهرن مستوًى أعلى من الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ، مقارنةً باللّواتي تعرّضن لمضاعفات صحّيّة. وهذا يعني أنّ مضاعفات الولادة تؤثّر بشكل سلبيّ على كفاءة الدَّوْر الأموميّ. كما أظهرت النّتيجة وجود فروقات في معظم مجالات كفاءة الدَّوْر الأموميّ في مقياس TOPSI الّذي يقيس كفاءة الدَّوْر الأموميّ، ما عدا مجالَي؛ الحزم ووضع الحدود، والتّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة. أي أنّها أقلّ وضوحًا في هذه المجالات مقارنةً بالمجالات الأخرى.

وقد يعني ذلك أنّ الحزم ووضع الحدود قد يتأثّر بعوامل أخرى، بعيدة عن عامل مضاعفات الولادة مثل عامل التّثقيف في كيفيّة التّعامل بحزم ووضع الحدود مع الأطفال. وكذلك فإنّ مجال التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة، قد يشير إلى عامل آخر يؤثّر فيه، مثل عامل مهارة التّكيّف مع الضّغوطات.

وفي السّياق الفلسطينيّ؛ فإنّ تعرّض الأمّ للمضاعفات الصّحّيّة أثناء الولادة، يعتبَر من أكبر التّحدّيات الّتي يمكن أن تتعرّض لها الأمّ الفلسطينيّة، في ظلّ الظّروف المعقّدة في الواقع الفلسطينيّ، فالظّروف السّياسيّة في ظلّ الحواجز العسكريّة، وتقييدات الحركة، وصعوبة الوصول إلى مستشفيات التّوليد، قد يزيد من خطر حدوث مضاعفات أثناء الولادة. كما أنّ نقص الإمكانيّات، والتّجهيزات، والكوادر الطّبّيّة، والرّعاية الصّحّيّة، في المستشفيات الفلسطينيّة، قد يؤثّر على التّعرّض لمضاعفات صحّيّة أثناء الولادة. عطفًا على ما سبق، فإنّ الضّغط المجتمعيّ ومتطلّباته بأن تكون العناية بالرّضيع مسؤوليّة الأمّ فقط، قد يرفع من مستوى التّوتّر ومن تأثير المضاعفات الصّحّيّة أثناء الولادة؛ ممّا يؤثّر على قدرة الأمّ على القيام بِدَوْرِها الأموميّ، ورعاية طفلها في المجالات المختلفة، وبناء رابطة عاطفيّة آمنة معه. وتفسّر الباحثة ما يتعلّق بعدم تأثّر مجالَي؛ الحزم ووضع الحدود، والتّعامل مع الضّغوطات بشكل ملحوظ رغم المضاعفات الصّحّيّة أثناء الولادة، بأنّ الأمّ الفلسطينيّة تمتلك مهارة التّكيّف والقدرة على الصّمود في الظّروف الصّعبة، وهذا ما أظهرته نتيجة دراسة قام بها برويخوسين وشاعر (Broekhuysen, Shaer, 2023) في قدرة الأمّهات الفلسطينيّات على حمل أدوات تمكّنهنّ من مواجهة العنف السّياسيّ؛ فتكون أكثر إصرارًا على الالتزام بِدَوْرها التّقليديّ في التّربية فيما يتعلّق بوضع القوانين، والتّعامل مع الصّعوبات؛ كتعبير عن التّمسّك بهويّتها الوطنيّة والاجتماعيّة، رغم الأزمات الّتي تعيشها، والأعباء الّتي تقع على عاتقها، كموضوعات محدّدة لهويّتها كأمّ فلسطينيّة متماسكة وصامدة، وقادرة على ممارسة هذا الجانب من دَوْرِها الأموميّ بشكل جيّد رغم كلّ الصّعوبات.

مناقشة الفرضيّة الثّانية عشرة

بينت النتائج أنه توجد فروقات في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة، يعزى لمتغيّر الحصول على التّثقيف الصّحّيّ، وكذلك للمجالات ما عدا مجالات؛ العاطفة والمشاعر، والتّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة، وقبول الذّات، والرّعاية الأساسيّة، حيث كانت الفروقات لصالح اللّواتي حصلن على تثقيف صحّيّ.

توضّح نتيجة الفرضيّة أنّه تمّ العثور على فروقات ذات دلالة إحصائيّة بين الأمّهات اللّواتي حصلن على التّثقيف الصّحّيّ والأمّهات اللّواتي لم يحصلن عليه، في العديد من المجالات المرتبطة بالكفاءة الأموميّة.

وكانت الفروقات لصالح الأمّهات اللّواتي حصلن على التّثقيف الصّحّيّ، أي كان للتّثقيف الصّحّيّ تأثير إيجابيّ على مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ في معظم المجالات على مقياس TOPSI، ما عدا مجالات العاطفة والمشاعر، والتّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة، وقبول الذّات، والرّعاية الأساسيّة، بمعنى أنّ التّثقيف الصّحّيّ لم يكن له تأثير ملحوظ على هذه المجالات. هذا يعني أنّ التّثقيف الصّحّيّ له تأثير على تحسين مستوى الكفاءة الأموميّة، باستثناء بعض المجالات، وتشترك نتائج الدّراسة الحاليّة مع نتائج دراسة حانون وآخرون(Hannon et al, 2022) ، الّتي توصّلت إلى أنّ التّثقيف الصّحّيّ في مجال صحّة الأمّ له دور مهمّ في دعم الصّحّة النّفسيّة للأمّ، في مرحلة ما حول الولادة.

تفسّر الباحثة تأثير التّثقيف الصّحّيّ على تحسين مستوى الكفاءة الأموميّة في مجالات؛ اللّعب والاستمتاع، والتّعاطف والتّفاهم، والسّيطرة على الأمور، والحزم ووضع الحدود، والتّعلّم والمعرفة، بأنّ التّثقيف الصّحّيّ الّذي حصلت عليه الأمّهات قبل الولادة، وذلك المتعلّق بفهم احتياجات الطّفل النّفسيّة، وتعلّم طرائق التّعامل معه، وتربيته وتنشئته في ظروف صحّيّة، أكثر من حصولهنّ على التّثقيف الصّحّيّ في مجالات؛ العاطفة والمشاعر، والرّعاية الأساسيّة، وتلك المتعلّقة بذات الأمّ المتمثّلة بمجال قبول الذّات، والتّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة. إضافةً إلى ما سبق، تعزو الباحثة العثور على استثناءات في هذه المجالات الّتي لم تظهر فروقات دالّة إحصائيًّا، بأنّ مجال العاطفة والمشاعر قد يكون متعلّقًا بفطرة الأمّ في إظهار عاطفتها ومشاعرها لطفلها، أكثر من تأثّرها بعامل التّثقيف الصّحّيّ. كما أنّ مجالَي؛ التّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة والاجتماعيّة، وقبول الذّات، قد لا يكونا مرتبطَيْن بعامل التّثقيف النّفسيّ رغم أهمّيّته؛ بل ربّما يتأثّران أكثر بالعوامل الدّاخليّة النّفسيّة، والتّجربة والخبرة الشّخصيّة للأمّهات، وامتلاكهنّ للمهارات الحياتيّة في التّعامل مع التّوتّرات، وبالعوامل الخارجيّة الاجتماعيّة المرتبطة بالدّعم الاجتماعيّ، والوصول إلى الموارد المتاحة.

وفي سياق الأمومة الفلسطينيّة، فعلى الرّغم من تأثير عامل التّثقيف النّفسيّ على معظم مجالات كفاءة الدَّوْر الأموميّ، إلّا أنّ التّحدّيات السّياسيّة والاجتماعيّة والثّقافيّة والنّفسيّة، الّتي تواجهها الأمّ الفلسطينيّة قد تلعب دَوْرًا هامًّا في الكيفيّة الّتي يؤثّر فيها التّثقيف الصّحّيّ للأمّ على القيام بِدَوْرها الأموميّ بكفاءة. فمحدوديّة الموارد الصّحّيّة وصعوبة الوصول إليها بسبب الوضع السّياسيّ والاقتصاديّ، أو الاقتصار على تقديم التّثقيف الصّحّيّ، دون العناية بتوفير موارد تقدّم الرّعاية النّفسيّة، والدّعم النّفسيّ والاجتماعيّ للأمّهات في فترة ما بعد الولادة، قد يعيق القدرة على ممارسة الدَّوْر الأموميّ بكفاءة في بعض المجالات. أمّا فيما يتعلّق بمجال العاطفة والمشاعر؛ فمن الممكن أنّ التّثقيف الصّحّيّ الّذي قُدِّمَ للأمّهات لم يتمكّن من تعريف الأمّهات بمشاعرهنّ وتثقيفهنّ في كيفيّة التّعامل معها، خاصّةً فيما إذا تمّ تمرير التّثقيف بعيدًا عن ثقافة المجتمع الّذي تعيش فيه الأمّ، وتعامله مع موضوع المشاعر والعاطفة. وأمّا فيما يتعلّق بمجال قبول الذّات؛ فإنّ الحياة الّتي تعيشها الأمّهات الفلسطينيّات في ظلّ الاحتلال والصّراعات وفقدان

الأمان، قد لا يكفيها التّثقيف الصّحّيّ فقط؛ بل إنّ الأمّ الفلسطينيّة تحتاج إلى توفير عامل الدّعم النّفسيّ المهنيّ، وجعل الوصول إليه أكثر سهولة وأقلّ تكلفة.

3.5 التّوصيات

للباحثين

1- إثراء البحث العلميّ في فلسطين بقضايا الصّحّة النّفسيّة للنّساء عمومًا وللأمّهات في فترة ما حول الولادة بشكل خاصّ.
2- إجراء دراسات معمّقة تدرس تأثير العوامل؛ السّياسيّة، والاقتصاديّة، والثّقافيّة، على تحدّيات الصّحّة النّفسيّة للأمّهات في فترة ما حول الولادة. باستخدام منهجيّات نوعيّة وكمّيّة، وذلك للحصول على رؤية شاملة بهذا الشّأن.
3- القيام بدراسة مفهوم كفاءة الدَّوْر الأموميّ في سياق الأمومة الفلسطينيّة وتأثّرها بالعوامل الثّقافيّة والدّينية، وفحص كيفيّة تصميم استراتيجيّات وبروتوكولات تدخّل، تراعي الخصائص الثّقافيّة للأمّ الفلسطينيّة.
4- الاهتمام باستكشاف العلاقة بين الاضطرابات النّفسيّة الّتي تعاني منها بعض الأمّهات، وقدرتهنّ على ممارسة دَوْرِهنّ الأموميّ بكفاءة في مجالات مختلفة من الدَّوْر الأموميّ.

للكوادر الطّبّيّة (الأطبّاء والمختصّين النّفسيّين والاجتماعيّين)

1- متابعة الاختصاص ببرامج الصّحّة النّفسيّة المتعلّقة بالأمّهات في فترة ما حول الولادة maternal mental health programs، وذلك لرفع كفاءة التّقييم، والعلاج النّفسيّ المقدّم للأمّهات في فترة ما حول الولادة.
2- تكثيف الجهود المبذولة في توعية الأمّهات والمجتمع الفلسطينيّ بقضايا الصّحّة النّفسيّة للنّساء والأمّهات، من خلال حملات التّوعية في مختلف القرى والمدن والمخيّمات، وتوفير التّثقيف النّفسيّ والمعرفة الكافية للتّعرّف على أعراض اكتئاب ما بعد الولادة، ومختلف الاضطرابات النّفسيّة، وتزويدهم بالموارد المتاحة للعلاج.
3- توسيع برامج الدّعم النّفسيّ للأمّهات من خلال الجلسات الفرديّة والجماعيّة، ومساعدة الأمّهات على امتلاك المعارف والأدوات والمهارات اللّازمة للتّعامل مع الضّغوطات النّفسيّة ورفع كفاءة الدَّوْر الأموميّ.

4- التّقييم المبكِّر للأعراض النّفسيّة الّتي تظهر أثناء الحمل وبعد الولادة في عيادات الصّحّة النّسائيّة؛ لمتابعة أعراض اكتئاب الحمل وما بعد الولادة، وأعراض الاضطرابات النّفسيّة الأخرى، وذلك للقيام بالتّدخّل المبكِّر.

لصنّاع القرار

1- تشجيع البحث العلميّ، وذلك بتوفير الدّعم الماليّ والموارد اللّازمة للأبحاث في المجتمع الفلسطينيّ، والّتي تدرس قضايا الصّحّة النّفسيّة للنّساء وقضايا الأمومة.
2- تعزيز فاعليّة التّدخّلات، وتشخيص الحالات بشكل مبكر، من خلال دمج مواضيع الصّحّة النّفسيّة للنّساء والأمّهات في المناهج التّعليميّة للممارسين الصّحّيّين، والأطبّاء، وكلّ مَن يتعامل مع الأمّهات بشكل مباشر.
3- دمج الخدمات النّفسيّة في المراكز المتخصّصة في الرّعاية الصّحّيّة للأمّهات في فترة ما قبل وبعد الولادة والّتي توفّر خدمات الدّعم النّفسيّ والإرشاد والعلاج.
4- دعم الأمّهات في فترة ما قبل الولادة وما بعدها من خلال تطوير سياسات واضحة ومحدّدة وشاملة تراعي الصّحّة الجسديّة والنّفسيّة والعقليّة للأمّهات.
5- الاهتمام بالنّساء اللّواتي ظهرت لديهنّ أعراض اكتئابيّة أثناء الحمل وتقديم الدّعم والرّعاية لهنّ حتّى لا تتطوّر الأعراض وتصبح اضطرابًا شديدًا قد يؤثّر على الأمّ وأسرتها.
6- التّركيز على البرامج التّوعويّة للأمّهات الحوامل والتّكثيف منها لمنع إصابتهنّ بالاكتئاب أو القلق وغيرها من الاضطرابات.
7- دعم النّساء الحوامل نفسيًّا واجتماعيًّا وماديًّا أثناء الحمل وما بعد الولادة.
8- دعم تعليم النّساء وحصولهنّ على شهادة جامعيّة تساعدهنّ في فهم ما يحصل لهنّ من تغيّرات ومضاعفات اثناء الحمل وما بعد الولادة.
9- تقديم العلاج النّفسيّ والطّبّيّ اللّازم للأمّهات اللّواتي ظهرت عليهن أعراض اكتئاب ما بعد الولادة في الحملات السّابقة، وذلك من أجل تجنّب تكرار حصول هذا الاضطراب مرة أخرى مستقبلًا.

قائمة المصادر والمراجع

أوّلًا: المراجع العربيّة:

- البقمي، نورة سعد(2023) اضطراب الارتباط الأموميّ وعلاقته بأنماط التعلق لدى الأمّهات النفساء الدَّوْر الوسيط لاكتئاب ما بعد الولادة والضغوط الوالدية. *مجلة الإرشاد النفسي*، 65(1) ,73–91
- الجندي، ن.، وأبو مديغم، غ. (2020). اكتئاب ما بعد الولادة وعلاقته بالمساندة الاجتماعية لدى النساء العربيات بمنطقة النقب. *مجلة العلوم الاجتماعية*، 42(4) ,321–340
- حمود، م. (2020). اكتئاب ما بعد الولادة وأثره على سلوكيات الأطفال الر ضع. *مجلة كلية الآداب والعلوم الإنسانية*، جامعة قناة السويس, 3(32) , 277–309.
- الزهراني، ع. (2015)، مدى انتشار اكتئاب ما بعد الولادة وعلاقته ببعض المتغيرات بين النساء في المنطقة الغربية بالمملكة العربية السعودية. *مجلة التربية (الأزهر)*، 34(163) ,435–450
- شاهين، أ، وإعمية، ل. (2015) اكتئاب ما بعد الولادة لدى النساء الفلسطينيات في محافظة بيت لحم. *المجلة الفلسطينية للصحة النفسية*، 5(1) ,33–50

ثانيًا: المراجع الأجنبيّة:

- Abadi, S., Shamsi, M., & Rezaei, M. (2014). The relationship between social support and postpartum depression in mothers. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 8*(2), 21–29.
- Abdelmola, A. O., Bahari, A., Gosadi, I., Aburasain, K. S., Osaisi, N. A., Jilan, N. S., ... & Abdelwahab, S. I. (2023, January). Prevalence and factors associated with maternal postpartum depression among mothers in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *In Healthcare* (Vol. 11, No. 3, p. 343). MDPI.
- Abo Elmagd, M. H., & Albokhary, A. A. (2021). Postpartum Depression and its Relation to Social Support and Marital Satisfaction. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 15, 16-25.
- Adams, M. (2015). Motherhood: A discrepancy theory. *Research and Theory for Nursing Practice*, 29(2), 143-157.
- Adeyemo, E. O., Oluwole, E. O., Kanma-Okafor, O. J., Izuka, O. M., & Odeyemi, K. A. (2020). Prevalence and predictors of postpartum depression among postnatal women in Lagos, Nigeria. *African health sciences*, 20(4), 1943-54.
- Ahmadpour, P., Faroughi, F., & Mirghafourvand, M. (2023). The relationship of childbirth experience with postpartum depression and anxiety: a cross-sectional study. BMC psychology, 11
- Ahmadpour, S., Yekta, Z.P., & Rahanama, P. (2023). Maternal mental health and bonding: longitudinal study. *Journal of Reproductive Health*, 20(3),112-123
- Ahmed, G. K., Elbeh, K., Shams, R. M., Malek, M. A. A., & Ibrahim, A. K. (2021). Prevalence and predictors of postpartum depression in Upper Egypt: A multicenter primary health care study. *Journal of Affective Disorders*, 290, 211-218.

- Al-Rozzi, Z., Bateh, A., & Hamed, N. (2007). Predictors of depression in postnatal women. *Arab Journal of Psychiatry, 18*(2), 77–84.
- Al-Shahrani, M. S., Al-Sunaidi, M., & Al-Amri, H. (2011). Gestational diabetes and postpartum depression. *The Arab Journal of Psychiatry*, 44(2313), 1-10.
- American Hospital Association. (2023). *Maternal mental health: Addressing the crisis.* Retrieved from https://www.aha.org
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.).* Arlington,American Psychiatric Publishing.
- Ankarloo, B., & Hareven, T. K. (1978). Marriage and family formation. Transitions: *The Family and the Life Course in Historical Perspective*, 113-133.
- Ayoub, K. A. (2014). *Prevalence of postpartum depression among recently delivering mothers in Nablus District and its associated factors* (Doctoral dissertation). An-Najah National University, Nablus, Palestine.
- Ayoub, K., Shaheen, A., & Hajat, S. (2020). Postpartum depression in the Arab region: A systematic literature review. *Clinical practice and epidemiology* in mental health: CP & EMH, 16(Suppl-1), 142.
- Badakhsh, M., Hastings-Tolsma, M., Firouzkohi, M., Amirshahi, M., & Hashemi, Z. S. (2020). The lived experience of women with a high-risk pregnancy: *A phenomenology investigation*. Midwifery, 82, 102625.
- Balaram, K., & Marwaha, R. (2020). Postpartum blues.
- Banasiewicz, J., Zaręba, K., Bińkowska, M., Rozenek, H., Wójtowicz, S., & Jakiel, G. (2020). Perinatal Predictors of Postpartum Depression: Results of a Retrospective Comparative Study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 2952.
- Barkin, J. L., & Wisner, K. L. (2013). The role of maternal self-care in new motherhood. *Midwifery*, 29(9), 1050-1055.
- Barnett, R. C., & Hyde, J. S. (2001). Women, Men, Work, and Family: An Expansionist Theory. *American Psychologist*, 56(10), 781-796.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing research*, 50(5), 275-285.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing research*, 50(5), 275-285
- Berrisford, G., Lambert, A, & Heron, J. (2015). Understanding postpartum psychosis. *Community Practitioner*, 88(5), 22-24.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical psychology review*, 12(5), 527-562.
- Bong, M., & Clark, R. E. (1999). Comparison between self-concept and self-efficacy in academic motivation research. *Educational Psychologist*, 34(3),139–15
- Bowlby, J. (2008). A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. Basic books.
- Broekhuysen, L., & Al Shaer, F. (2023). Identity, Trauma, and Resistance: The Lived Experience of Palestinian Motherhood in the West Bank. In S. Joseph (ED.), *Constructing Motherhood Identity Against Political Violence: Beyond Crying Mothers* (pp. 109-127). Cham: Springer International Publishing.
- Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bulletin*, 98(2), 310-357
- Collins, C. (2019). *Making motherhood work: How women manage careers and caregiving.* Princeton University Press.
- Crawford, M., & Unger, R. (2000). *Women and gender*: A feminist psychology (3th ed.). McGraw-Hill.

- Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, *American Psychiatric Association*, 2013.
- Dlamini, L. P., Hsu, Y. Y., Shongwe, M. C., Wang, S. T., & Gau, M. L. (2023). Maternal Self-Efficacy as a Mediator in the Relationship Between Postpartum Depression and Maternal Role Competence: A Cross-Sectional Survey. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 68(4), 499-506.
- Dolatian, M., Maziar, P., Majd, H. A., & Yazdjerdi, M. (2006). The relationship between mode of delivery and postpartum depression. *Journal of Reproduction & Infertility*, 7(3)
- Emmanuel, E. N., Creedy, D. K., St John, W., & Brown, C. (2011). Maternal role development: the impact of maternal distress and social support following childbirth. *Midwifery*, 27(2), 265-272.
- Farnsworth, B. (2020). *How to measure emotions and feelings* (and the difference between them).
- Fasanghari, M., Kordi, M., & Asgharipour, N. (2019). Effect of maternal role training program based on Mercer theory on maternal self-confidence of primiparous women with unplanned pregnancy. *Journal of Education and Health Promotion*, 8.
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, 14.
- Friedan, B. (1997). Beyond gender: The new politics of work and family. *Woodrow Wilson Center Press*.
- Frihat,T. F. (2002). *Postpartum Thyroiditis in Palestinian Women* (Doctoral dissertation, An-Najah National University).
- Gün Kakaşçı, Ç., Karabulut, Ö., Abbasoğlu, D. E., Coşkuner Potur, D., Doğan Merih, Y., & Demirci, N. (2023). The effect of antenatal education on expectant mother's childbirth attitudes, maternal role attainment, and self-confidence levels. *Health care for women international*, 44(10-11), 1325-1345.
- Hammen.C.Stress and depression. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:293319.
- Hannon, S., Newnham, E., Hannon, K., Wuytack, F., Johnson, L., McEvoy, E., & Daly, D. (2022). Positive postpartum well-being: What works for women. *Health Expectations*, 25(6), 2971-2981.
- Higgins, E.T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological review*, 94(3), 319.
- Hu, N., Luo, J., Xiang, W., Yang, G., Huang, T., Guan, L., ... & Peng, B. (2024). The relationship between postpartum negative life events and postpartum depression: a moderated mediation model of neuroticism and psychological flexibility. *BMC psychiatry*, 24(1), 147.
- Jeong, Y. J., Nho, J. H., Kim, H. Y., & Kim, J. Y. (2021). Factors influencing quality of life in early postpartum women. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 2988.
- Klein, M. (2018). Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant. *In Developments in psychoanalysis* (pp. 198-236). Routledge.
- Kuehner C.(2017) Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*.4(2):146-158.
- Lanes, A., Kuk, J. L., & Tamim, H. (2011). Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BMC public health*, 11, 1-9.
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2011). Postnatal depression in first-time mothers: prevalence and relationships between functional and structural social support at 6 and 12 weeks postpartum. *Archives of psychiatric nursing*, 25(3), 174-184.

- Lerner, G. (1993). The creation of feminist consciousness: From the Middle Ages to eighteen-seventy (Vol. 2). *Oxford University Press*, USA.
- Logsdon, M. C., Wisner, K. L., & Pinto-Foltz, M. D. (2006). The impact of postpartum depression on mothering. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(5), 652-658.
- Luo, F., Zhu, Z., Du, Y. et al. Risk Factors for Postpartum Depression Based on Genetic and Epigenetic Interactions. *Mol Neurobiol* 60, 3979–4003 (2023).
- MacKinnon, C. A. (1989). *Toward a Feminist Theory of the State*. Harvard University Press.
- Marshall, N. L. (1987). *First-time Motherhood: Experiences from Teens to Forties.*
- Matsumura, K., Hamasaki, K., Tsuchida, A., Kasamatsu, H., & Inadera, H. (2019). Education level and risk of postpartum depression: results from the Japan Environment and Children's Study (JECS). *BMC psychiatry*, 19, 1-11.
- Mattar, B., Abu-Rmeileh, N. M., & Wahdan, Y. (2023). Postpartum Depression: Prevalence, Risk Factors, and Childbirth Experiences in Palestine.
- Mauthner, N. S. (2010). 'I wasn't being true to myself'': Women's narratives of postpartum depression. *Silencing the self across cultures*, 459-484.
- McGoldrick, M., & Shibusawa, T. (2012). *The family life cycle*. The Guilford Press.
- Meighan, M. (2014). Mercer's becoming a mother theory in nursing practice. *In Nursing theory: utilization and application* (pp. 322-349). Mosby, Maryland Heights, MO.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. Journal of nursing scholarship, 36(3), 226-232.
- Mercer, R.T. (1986). *First-Time Motherhood: Experiences from Teens to Forties.*
- Mercer, R.T. (1995). *Becoming a mother*.
- Mercer, R.T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing scholarship*, 36(3), 226-232.
- Mobarak Abadi, A., Fallahchai, R., & Askari, M. (2014). The relationship between marital satisfaction and postpartum depression in women who visited health centers in Bandar Abbas city. *Journal of Applied Environmental and Biollogical Sciences*, 4(3), 120-124.
- Mughal, S., Azhar, Y., & Siddiqui, W. (2018). Postpartum depression.
- Nakamura, Y., Takeishi, Y., Ito, N., Ito, M., Atogami, F., & Yoshizawa, T. (2015). Comfort with motherhood in late pregnancy facilitates maternal role attainment in early postpartum. *The Tohoku journal of experimental medicine*, 235(1), 53-59.
- Naphapunsakul, M., Prateepchaikul, L., Taboonpong, S., & Punthmatharith, B. (2020). Factors influencing maternal role performance in transition to being the first-time mother. *Songklanagarind Medical Journal*, 25(1), 1-8.
- Özkan, H., & Polat, S. (2011). Maternal identity development education on maternity role attainment and my baby perception of primiparas. *Asian Nursing Research*, 5(2), 108-117.
- Qandil, S., Jabr, S., Wagler, S., & Collin, S. M. (2016). Postpartum depression in the Occupied Palestinian Territory: a longitudinal study in Bethlehem. *BMC pregnancy and childbirth*, 16, 1-10.
- Qasrawi, R., Amro, M., VicunaPolo, S., Al-Halawa, D. A., Agha, H., Seir, R. A., ... & Tayyem, R. (2022). Machine learning techniques for predicting depression and anxiety in pregnant and postpartum women during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional regional study.
- Rafi F, Alinejad-Naeini M, Peyrovi H. Maternal role attainment in mothers with term neonate: A hybrid concept analysis. *Iran J NursMidwifery Res* 2020; 25:304-13.

- Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefenelli, U., Reinig, K., Fuchs, T., ... & Mundt, C. (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(6), 459-468.
- Rhodes, J. (2005). *Radical Feminism, Writing, and Critical Agency: From Manifesto to Modem*. State University of New York Press. http://www.jstor.org/stable/jj.18255347
- Shahwan, Futna (2011): *prevalence of postpartum depression among Palestinian women in east Jerusalem in relation to demographic variables.* Doctoral dissertation, Al-Quds University
- Shrestha, S., Adachi, K., Petrini, M. A., & Shrestha, S. (2019). Maternal Role: A Concept Analysis. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 7(3).
- Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health* (Land). 2019.
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, 1745506519844044.
- Sroufe, A., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, A. (2007). The development of the person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood.
- Townsend, H. C. D. J. (1992). *BOUNDARIES: BOUNDARIES When to Say YES When to Say NO To Take Control of Your Life*. Zondervan
- Tracy, M. (2005). *Postpartum depression: an evolutionary perspective*.
- Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., ... & Yang, B. X. (2021). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational psychiatry*, 11(1), 543.
- Warsiti, W. (2020). The effect of maternal role intervention with increased maternal role identity attainment in pregnancy and infant growth: a Meta-analysis. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 8(F), 287-292.
- Winnicott, D. W. (1956). *Primary maternal preoccupation. The maternal lineage: Identification, desire, and transgenerational issues*, 59-66.
- Winnicott, D. W. (1991). *Playing and reality*. Psychology Press.
- World Health Organization. (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva: World Health Organization.
- Zedan, H. S., Baattaiah, B. A., Alashmali, S., & Almasaudi, A. S. (2023, July). Risk of Postpartum Depression: The Considerable Role of Maternal Health Status and Lifestyle. *In Healthcare* (Vol. 11, No. 14, p. 2074). MDPI.

الملاحق

الملحق (1): نموذج المحكمين

جامعة القدس

عمادة الدراسات العليا والبحث العلمي

بسم الله الرحمن الرحيم

حضرة الدكتور\ة ـــ المحترم\ ة

تحية طيبة وبعد،

تقوم الباحثة بدراسة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الصحة النّفسيّة المجتمعية\ مسار العلاج النفسي بعنوان: " **الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ وعلاقته باكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله** ". ولما كنتم من أهل العلم والدراية والاهتمام في هذا المجال، فإنني أتوجه إليكم لإبداء آرائكم وملاحظاتكم القيمة في تحكيم فقرات مقاييس الدّراسة الحالية، من حيث مناسبتها لقياس ما وضعت لقياسه، ووضوح الفقرات وسلامة صياغتها اللغوية، وإضافة أي تعديل مقترح ترونه مناسبًا، من أجل إخراجها بالصورة المناسبة لتحقيق أهداف الدّراسة، كما وهدفت الدّراسة إلى:

1. **الهدف الأول:** فحص مدى انتشار اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبنّ حديثًا في محافظة رام الله.
2. **الهدف الثاني:** فحص مستوى كفاءة الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبنّ حديثًا في محافظة رام الله من وجهة نظرهن.
3. **الهدف الثالث:** فحص مدى وجود علاقة ارتباطية بين اكتئاب ما بعد الولادة وكفاءة الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبنّ حديثًا في محافظة رام الله.
4. **الهدف الرابع:** فحص الفروق في درجات عينة الدّراسة في مستوى انتشار اكتئاب ما بعد الولادة تبعًا للمتغيرات (العمر، الحالة الاجتماعية، منطقة السكن، عدد الأطفال، مستوى التعليم، العمل، الدّعم الأسريّ، دعم الزوج، مدى الرغبة بالحمل، مدة الحمل، طريقة الولادة، التاريخ المرضي لاضطراب اكتئاب ما بعد الولادة، مشكلات واضطرابات عقلية ونفسية، الحصول على التثقيف النفسي للأمومة).
5. **الهدف الخامس:** فحص الفروق في درجات عينة الدّراسة في مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ تبعًا للمتغيرات (العمر، الحالة الاجتماعية، منطقة السكن، عدد الأطفال، مستوى التعليم، العمل، الدّعم الأسريّ، دعم الزوج، مدى الرغبة بالحمل، مدة الحمل، طريقة الولادة، التاريخ المرضي

لاضطراب اكتئاب ما بعد الولادة، مشكلات واضطرابات عقلية ونفسية، الحصول على التثقيف النفسي للأمومة).

وفيما يلي البيانات الأساسية للبحوثات:

الحدود البشرية: ستقتصر الدّراسة على الأمّهات التي تبلغ أعمارهنّ 18عامًا فما فوق وأنجبن مرة واحدة على الأقل في محافظة رام الله، ومضى على إنجابهن فترة تتراوح بين 4 أسابيع إلى 6 أشهر، ولا يعانين من أي إعاقات وأمراض نفسية، وحضرن للمراكز إما للمتابعة والمراجعة لهنّ أو متابعة صحة أطفالهن وتطعيمهن، أو أمّهات حوامل من جديد.

- الحدود المكانية: سيتم تنفيذ هذه الدّراسة في محافظة رام الله من خلال مراكز رعاية الأمومة والطفولة الخاصة ووكالة الغوث والأونروا التي تقدم خدمات رعاية الامومة والطفولة.
- الحدود الزمانية: سيتم تطبيق هذه الدّراسة في العام 2023-2024

وستشتمل الدّراسة على المتغيرات الاتية:

- المتغير المستقل: اكتئاب ما بعد الولادة.
- المتغير التابع: كفاءة الدَّوْر الأموميّ.

مع بالغ شكري وتقديري،

الباحثة: مجد عبد الاله حمامي

بإشراف: د. نجاح الخطيب

بيانات المحكم:

اسم المحكم	الجامعة	الرتبة العلمية	التخصص
د. إبراهيم سليمان مصري	جامعة الخليل	أستاذ مساعد	الارشاد النفسي
أ. لمى أحمد عودة الشريف	جامعة القدس	ماجستير	الصحة النفسية المجتمعية
أ. د. تيسير عبد الله	جامعة القدس	أستاذ دكتور	علم النفس
د. سمير إسماعيل شقير	جامعة القدس	دكتور	إرشاد نفسي
أ. خلود الخياط الدجاني	جامعة القدس	أستاذة	طب المجتمع والصحة العامة
د. مها صدقي نحال	جامعة القدس	أستاذ مساعد	دكتوراة في علوم الرعاية الصحية، ماجستير في صحة الام والطفل

نموذج المحكمين

جامعة القدس

كلية الصحة العامة

دائرة الصحة النّفسيّة المجتمعية

إقرار موافقة

سيدتي المحترمة،

أنا الطالبة مجد حمامي من مدينة القدس، أقوم بإجراء دراسة حول " الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ وعلاقته باكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله" كمتطلب لاستيفاء درجة الماجستير في الصحة النّفسيّة المجتمعية\ مسار العلاج النفسي.

نرجو من حضرتك الموافقة على المشاركة في هذه الدّراسة من خلال الإجابة على أسئلة الاستبانة المرفقة، علمًا بأن المعلومات والاجابات ستبقى سرية ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط، ولن يطلع عليها أحد غير الباحثة، ولك الحق في الانسحاب متى شئت، ولا داعي لكتابة الاسم.

في حالة شعرت أنك بحاجة للمساعدة أو الوصول لخدمات الدعم النفسي أو الإرشادي بعد الانتهاء من تعبئة الاستبانة، يمكنك التواصل على أرقام العيادة النّفسيّة بالعيادات المركزية التالية: (مركز الصحة النّفسيّة المجتمعية\ البالوع: 022408596، المركز الفلسطيني للإرشاد\ رام الله: 022989788) حيث سيتم التعامل بشكل سري مع أي شكوى لديك.

وتعبئتك لهذا الاستبيان والمقاييس لا يعني أن لديك اكتئاب ما بعد الولادة، ولا يعاني أنك لا تمتلكين الكفاءة في دورك الأموميّ.

- من يمكنه المشاركة؟

الأمّهات اللّواتي أنجبنّ ويقمنّ بالمتابعة في مراكز الرعاية والأمومة في رام الله.

- الوقت المطلوب؟

ستستغرق المشارِكة في هذا الاستطلاع حولي 15-10دقيقة.

نشكرك مقدمًا على تعبئة الاستبيان.

إقرار:

لقد قرأت التوضيح أعلاه، وعلى ذلك أوافق على المشاركة في الدّراسة بملء إرادتي.

التوقيع: ـــ

التاريخ: ـــ

02-2408596
02-2408596

نرجو التكرم بالإجابة على بنود الاستمارة بكل اهتمام ودقة.

إرشادات:

- اقرأي بعناية كل عبارة واختاري الإجابة الأنسب لك.
- لا يوجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة. اختاري الإجابة التي تناسبك.

شكرًا لتعاونك

الباحثة: مجد عبد الإله حمامي

أولا: المعلومات الأساسية:

- العمر:
- الحالة الاجتماعية: ☐ متزوجة ☐ مطلقة ☐ أرملة
- منطقة السكن: ☐ مخيم ☐ قرية. ☐ بلدة ☐ مدينة
- عدد الأطفال: ☐ طفل واحد ☐ 3-5 أطفال ☐ أكثر من 5 أطفال
- مستوى التعليم: ☐ مية ☐ أساسي(ابتدائي او إعدادي) ☐ ثانوي
  ☐ كلية او جامعة (دبلوم، بكالوريوس) ☐ دراسات عليا (دبلوم عالي، ماجستير، او دكتوراة)
- العمل: ☐ أعمل ☐ لا أعمل
- نوع العمل: ☐ جزئي ☐ دوام كامل
- الدّعم الأسريّ: ☐ أتلقى الدعم من اسرتي ☐ لم أتلقَ الدعم من اسرتي
- دعم الزوج.: ☐ أتلقى دعم من زوجي ☐ لم أتلقَ دعم من زوجي
- مدى الرغبة بالحمل الاخير : ☐ كنت أرغب بالحمل ☐ لم أكن أرغب بالحمل
- طريقة الولادة: ☐ ولادة طبيعية ☐ ولادة قيصرية ☐ ولادة متعسرة (مع مشكلات او مضاعفات).
- انصح بإضافة سؤال حول الحالة الصحية للطفل بعد الولادة اذا كان وزنه طبيعي اذا احتاج حضانة او قسم عناية مكثفة او اذا كان مريض او انه في صحة جيدة ولم يحتاج رعاية خاصة لان حالة الطفل الصحية لها علاقة أيضا بالمشاعر التي تنتاب الام ما بعد الولادة وليس فقط طريقة الولادة
- ويمكنك السؤال عن جنس المولود لان جنس المولود قد يكون له أثر على مشاعر الام ما بعد الولادة
- التاريخ السابق لاكتئاب ما بعد الولادة:
  - ☐ لم أصب من قبل باكتئاب ما بعد الولادة
  - ☐ يسبق ان اصبت باكتئاب ما بعد الولادة.
- إذا كانت الاجابة بنعم، كم مرة أصبت من قبل باكتئاب ما بعد الولادة؟ ـــــ
- هل حدث لك مضاعفات صحية أثناء الحمل؟

☐ نعم حدثت مضاعفات صحية ☐ لم تحدث مضاعفات صحية

- اذا كانت الإجابة نعم حدثت مضاعفات صحية، حددي ماذا ؟ (سكري، ضغط، مراجعة شديدة، نزيف..)
- هل كان لديك اكتئاب أثناء الحمل؟ ☐ نعم حدث اكتئاب أثناء الحمل
  ☐ لا، لم يحدث اكتئاب أثناء الحمل.

  إذا كانت الاجابة نعم، كم مرة اصبت بالاكتئاب اثناء الحمل مسبقًا؟ ـــــ
- هل حصلتِ على التثقيف الصحي؟ ☐ نعم حصلت على محاضرات أو تثقيف صحي
  ☐ لا لم أحصل على محاضرات أو تثقيف صحي
- هل حصلتِ على دورات أو تثقيف نفسي حول مشكلات وضغوطات الحمل والولادة والامومة؟

☐ نعم حصلت على التثقيف النفسي ☐ لا، لم أحصل على التثقيف النفسي.

- **ثانيًا: مقياس إدنبرة لفحص اكتئاب ما بعد الولادة**
- يعرف اكتئاب ما بعد الولادة بأنه: حالة تنطوي على أنّها نوبة اكتئاب شديدة تظهر خلال ٤ أسابيع من الولادة، وتتضمن أعراضًا اكتئابيه تظهر مع بداية الفترة المحيطة بالولادة، ويتم تشخيصه عند ظهور خمسة من الأعراض على الأقل لمدة أسبوعين على الأقل عندما تعاني الأم من نوبة اكتئاب شديدة مع بداية الفترة المحيطة بالولادة. كما وضحها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5والذي أصدرته الجمعية الامريكية للطب النفسي (APA, 2013)، وتشمل المزاج المكتئب الذي يتميز بغياب المتعة بالقيام بالأنشطة، وتغيرات الشهية، واضطرابات النوم، والانفعالات الجسدية، والتباطؤ النفسي الحركي، وفقدان الطاقة، والشعور بعدم القيمة، والشعور بالذنب، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات، والأفكار المتكررة لإنهاء الحياة والانتحار. وفيه تشعر الأمّ بقلق شديد ونوبات هلع وكآبة نفاسية baby blues التي بتطورها قد تزيد من خطر التعرض لنوبة اكتئاب شديدة بعد الولادة تتطور بها الأعراض لتصبح أكثر حدة وتستمر لفترة أطول، فتتأثر قدرة الأم على العناية بطفلها والقيام بمهماتها اليومية. (شاهين،2015) . وتعرّف الباحثة اكتئاب ما بعد الولادة إجرائيًا بمجموع الدرجات التي تحصل عليها المشاركة في الدّراسة على مقياس إدنبرة المستخدم في الدّراسة الحالية.
- سيطور هذا المقياس بهدف استخدامه كأداة موضوعية في تشخيص اتخاذ القرار لدى طلبة الجامعات، وبالاستعانة بمقياس إدنبرة المستخدم في دراسة (Shahwan,2011) وبناء على ذلك صيغت فقرات المقياس في صورته الأولية وقد شمل المقياس في صورته الأولية (9) فقرات، تصحح كالآتي: كالعادة (صفر)، أقل من العادة (1)، أقل بكثير من العادة (2)، أبدًا (3)

مقياس ادنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة

بما أنك أنجبت حديثًا، فقد وقع عليك الاختيار للمشاركة في هذه الدّراسة، لذلك نود أن نتعرف على كيف تشعرين في هذه المرحلة بعد الولادة.

يرجى وضع دائرة على واحدة من الإجابات الأقرب عن كيفية شعورك في الأيام السبعة الماضية، وليس فقط كيف تشعرين اليوم. إليك هذا المثال للتوضيح:

شعرت بأنني سعيدة

- ☐ نعم في جميع الأوقات.
- ☐ نعم، في معظم الأوقات.
- ☐ كلا، ليس كثيرًا.
- ☐ كلا، أبدًا.

إذا كانت إجابتك هي الخيار الثاني، فهذا يعني: " شعرت بأنني سعيدة معظم الوقت خلال الأسبوع الماضي". نرجو منك إكمال الأسئلة بالطريقة نفسها.

1- استطعت الشعور بالفرح والسعادة:

- ☐ بالمقدار نفسه الذي استطعته من قبل.
- ☐ ليس تمامًا بالمقدار نفسه الآن.
- ☐ ليس بالمقدار نفسه الآن.
- ☐ كلا مطلقًا.

2- تطلعت إلى الأمور بتشوق:

- ☐ بالمقدار نفسه مثل أي وقت مضى.
- ☐ أقل نوعًا ما مما اعتدته.
- ☐ أقل بكثير مما اعتدته.
- ☐ نادرًا.

3- لمت نفسي بلا داعي عندما سارت الأمور على غير ما يرام:

- ☐ نعم، في معظم الأحيان.
- ☐ نعم، في بعض الأحيان.
- ☐ ليس في أحوال كثيرة.
- ☐ كلا أبدًا.

4- كنت قلقة ومشغولة البال بدون سبب وجيه:

☐ كلا، أبدًا.

☐ نادرًا.

☐ نعم، في بعض الأحيان.

☐ نعم، في كثير من الأحيان.

5- شعرت بالخوف والذعر بدون سبب وجيه:

☐ نعم، في كثير من الأحيان.

☐ نعم، في بعض الأحيان.

☐ كلا، ليس كثيرًا.

☐ كلا، مطلقًا.

6- تراكمت الأعمال عليّ فلم أستطع القيام بها كلها:

☐ نعم، في معظم الأحيان لم أستطع القيام بها أبدًا.

☐ نعم، في بعض الأحيان لم أستطع القيام بها كالمعتاد.

☐ كلا، لقد استطعت القيام بها في بعض الأحيان.

☐ كلا، لقد استطعت القيام بها كالمعتاد.

7- كنت تعيسة لدرجة أنني واجهت صعوبة في النوم:

☐ نعم، في معظم الأحيان.

☐ نعم، في بعض الأحيان.

☐ كلا، ليس كثيرًا.

☐ كلا مطلقًا.

8- شعرت بأنني تعيسة وبائسة:

☐ نعم، في معظم الأحيان.

☐ نعم، في أحيان كثيرة.

☐ ليس كثيرًا.

☐ كلا، مطلقًا.

9- شعرت بالتعاسة لدرجة البكاء:

☐ نعم، في معظم الأحيان.

☐ نعم، في كثير من الأحيان.

☐ من وقت لآخر فقط.

☐ كلا، مطلقًا.

10- خطرت لي فكرة إلحاق الأذى بنفسي:

☐ نعم، في أحيان كثيرة.

☐ أحيانًا.

☐ نادرًا.

☐ كلا، مطلقًا.

تحكيم المقياس

الرقم	اتجاه الفقرة	الفقرة	ملاءمة الفقرة		صياغة الفقرة		التعديل المقترح إن وجد
			ملائمة	غير ملائمة	مناسبة	غير مناسبة	
1	+	استطعت الشعور بالفرح والسعادة					
2	+	تطلعت إلى الأمور بتشوق					
3	-	لمت نفسي بلا داعي عندما سارت الأمور على غير ما يرام					
4	-	كنت قلقة ومشغولة البال بدون سبب وجيه					
5	-	شعرت بالخوف والذعر بدون سبب وجيه					
6	-	تراكمت الأعمال عليّ فلم أستطع القيام بها كلها					
7	-	كنت تعيسة لدرجة أنني واجهت صعوبة في النوم					
8	-	شعرت بأنني تعيسة وبائسة					
9	-	شعرت بالتعاسة لدرجة البكاء					
10	-	خطرت لي فكرة إلحاق الأذى بنفسي					

ثانيًا: مقياس كفاءة الدَّوْر الأموميّ

تعرف ميرسر كفاءة دور الأم على أنه العملية التي تكتسب فيها الأم الكفاءة في الدَّوْر وتدمج سلوكياتها في مجموعة أدوارها المحددة، وفيه تشعر الأم بالانسجام الداخلي مع الدَّوْر وتوقعاته، كما وتعكس استجاباتها السلوكية لدورها الأموميّ اهتمامها في رعاية طفلها الرضيع وفي سعادتها برضيعها، وفي مدى إنشاء الترابط والحب والعاطفة معه، وفي تقبلها للمسؤوليات التي يتطلبها الدَّوْر الأموميّ. (Mercer,1995) وتعرف الباحثة مفهوم **كفاءة الدَّوْر الأموميّ إجرائيًا** على أنه الدرجة التي تحصل عليها المفحوصة على قائمة مقياس كفاءة الدَّوْر الأموميّ الذي يقيس قدرة الأم على القيام برعاية طفلها وتغذيته، وكذلك تقييمها الذاتي لنفسها وطفلها. وبالاستناد إلى مقياس كفاءة الدَّوْر الأموميّ الذي تم

تطويره في المملكة المتحدة استجابة لممرضات الصحة العامة اللّواتي حددن الحاجة إلى أداة موثوقة وصالحة لتقييم مدى كفاءة الدَّوْر الذي تقوم به الأم، سيتم استخدام مقياس كفاءة الدَّوْر الأموميّ الذي يتكون من 48 بيانًا لكفاءة الدَّوْر تتناول ثمانية مجالات وهي كالتالي: العاطفة والمودة، اللعب والاستمتاع، التعاطف والتفاهم، السيطرة، الانضباط ووضع الحدود، التعامل مع ضغوطات الامومة، تقبل الذات، التعلم والمعرفة. وهناك ستة بيانات لكل مجال، تشير الأم إلى مدى موافقتها على كل عبارة من خلال الاستجابة لمقياس ليكرت من 0 إلى 10 حيث 0 يعني عدم الموافقة تمامًا، و10 يعني الموافقة تمامًا.

مقياس كفاءة الدَّوْر الأموميّ

يحتوي هذا القسم من الاستبيان على جُمل تتعلق بكفاءة دورك الأموميّ، أي الكفاءة والقدرة على ممارسة دورك بانسجام من حيث رعايتك لطفلك وتواصلك معه ومدى استجابتك لاحتياجات طفلك، كما يتضمن الاستبيان جملًا تتعلق بنظرتك لنفسك وتقييمك الذاتي لدورك الأموميّ. لذا نرجو منك إدخال مدى موافقتك على كل عبارة في المربعات. يتراوح المقياس من 0 (غير موافق تمامًا) إلى 10 (موافق تمامًا) يمكنك استخدام أي رقم بين 0 و10. يرجى الإجابة على جميع الجمل.

لا توجد اجابات صحيحة أو خاطئة ولن تتم مقارنة إجاباتك مع إجابة الأمّهات الاخريات وستبقى معلوماتك سرية.

القسم التالي يدور حول العاطفة والمشاعر.

باستخدام المقياس أدناه، يرجى إدخال مدى موافقتك على كل عبارة في المربعات. يتراوح المقياس من 0 (غير موافق تمامًا) إلى 10 (موافق تمامًا) يمكنك استخدام أي رقم بين 0 و10. يرجى الإجابة على جميع الجمل.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
لا أوافق تماما			أوافق الى حد ما					أوافق تمامًا		

- أنا قادرة على إظهار حبي لطفلي.
- أستطيع أن أميز متى يكون طفلي سعيدًا أو حزينًا.
- أنا واثقة من أن طفلي يستطيع أن يلجأ إليّ إذا كان غير سعيد.
- عندما يكون طفلي حزينًا أنا أفهم السبب.
- علاقتي بطفلي جيدة.
- أجد صعوبة في احتضان طفلي.

القسم التالي يدور حول اللعب والاستمتاع.

باستخدام المقياس أدناه، يرجى إدخال مدى موافقتك على كل عبارة في المربعات. يتراوح المقياس من 0 (غير موافق تمامًا) إلى 10 (موافق تمامًا) يمكنك استخدام أي رقم بين 0 و10. يرجى الإجابة على جميع الجمل.

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

لا أوافق تماما أوافق الى حد ما أوافق تمامًا

- أنا قادرة على قضاء وقت ممتع مع طفلي.
- أنا قادرة على الاستمتاع بكل مرحلة من مراحل نمو طفلي.
- أستطيع قضاء أيام جميلة مع طفلي.
- أستطيع التخطيط للأنشطة التي يحبها طفلي.
- اللعب مع طفلي أمر سهل بالنسبة لي.
- أنا قادرة على مساعدة طفلي على تحقيق قدراته.

القسم التالي يدور حول التعاطف والتفاهم.

باستخدام المقياس أدناه، يرجى إدخال مدى موافقتك على كل عبارة في المربعات. يتراوح المقياس من 0 (غير موافق تمامًا) إلى 10 (موافق تمامًا) يمكنك استخدام أي رقم بين 0 و10. يرجى الإجابة على جميع الجمل.

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

لا أوافق تماما أوافق الى حد ما أوافق تمامًا

- أنا قادرة على شرح الأمور لطفلي بصبر.
- أستطيع أن أجعل طفلي يستمع لي.
- أنا قادرة على مواساة طفلي.
- أنا قادرة على الاستماع إلى طفلي.
- أنا قادرة على أن أتفهم مشاعر طفلي.
- أنا أفهم احتياجات طفلي.

القسم التالي يدور حول السيطرة.

باستخدام المقياس أدناه، يرجى إدخال مدى موافقتك على كل عبارة في المربعات. يتراوح المقياس من 0 (غير موافق تمامًا) إلى 10 (موافق تمامًا) يمكنك استخدام أي رقم بين 0 و10. يرجى الإجابة على جميع الجمل.

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

أوافق تمامًا أوافق الى حد ما لا أوافق تماما

- كأم أشعر أنني المسيطرة.
- سوف يستجيب طفلي للأوامر أو التعليمات التي وضعتها.
- أستطيع أن أجعل طفلي يتصرف بشكل جيد دون عراك.
- أستطيع أن أحافظ على هدوئي عند مواجهة الصعوبات.
- لا أستطيع منع طفلي من التصرف بشكل سيء.
- أنا قادرة على البقاء هادئة عندما يتصرف طفلي بشكل سيء.

القسم التالي يدور حول الحزم ووضع الحدود.

باستخدام المقياس أدناه، يرجى إدخال مدى موافقتك على كل عبارة في المربعات. يتراوح المقياس من 0 (غير موافق تمامًا) إلى 10 (موافق تمامًا). يمكنك استخدام أي رقم بين 0 و10. يرجى الإجابة على جميع الجمل.

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

أوافق تمامًا أوافق الى حد ما لا أوافق تماما

- إن وضع الحدود والقوانين أمر سهل بالنسبة لي.
- أنا قادرة على الالتزام بالقواعد التي وضعتها لطفلي.
- أنا قادرة على التفاهم مع طفلي.
- أستطيع إيجاد طرق لتجنب الصراع.
- أنا متوازنة في طريقة استخدامي للضوابط.
- أنا قادرة على تهذيب طفلي دون الشعور بالذنب.

القسم التالي هو عن الضغوط.

باستخدام المقياس أدناه، يرجى إدخال في المربعات مدى موافقتك على كل عبارة. يتراوح المقياس من 0 (غير موافق تمامًا) إلى 10 (موافق تمامًا) يمكنك استخدام أي رقم بين 0 و10. يرجى الإجابة على جميع الجمل.

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

أوافق تمامًا أوافق الى حد ما لا أوافق تماما

- من الصعب التعامل مع توقعات الآخرين مني كأم.
- لا أستطيع أن أصمم على ما أريد عندما يخبرني الآخرون بما يجب أن أفعله مع طفلي.
- الاستماع إلى نصائح الآخرين يجعله من الصعب عليّ أن أقرر ما يجب أن أفعله.
- أستطيع أن أقول "لا" للآخرين إذا كنت لا أتفق معهم.
- أستطيع أن أتجاهل الضغوط التي يمارسها الآخرون علي لأفعل الأشياء بطريقتهم.
- لا أشعر بالحاجة لمقارنة نفسي بالأمّهات الأخريات.

القسم التالي يدور حول قبول الذات.

باستخدام المقياس أدناه، يرجى إدخال في المربعات مدى موافقتك على كل عبارة. يتراوح المقياس من 0 (غير موافق تمامًا) إلى 10 (موافق تمامًا) يمكنك استخدام أي رقم بين 0 و10. يرجى الإجابة على جميع الجمل.

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

أوافق تمامًا أوافق الى حد ما لا أوافق تماما

- أعلم أنني أمّ جيدة بما فيه الكفاية.
- أتعامل مع ضغوط التربية كما تفعل الأمّهات الأخريات.
- أنا لا أقوم بدوري جيدًا كأم.
- كأم يمكنني أن أتعامل مع معظم المسؤوليات والأمور غير السارة دون تردد.
- أستطيع أن أكون قوية من أجل طفلي.
- يشعر طفلي بالأمان حولي.

القسم التالي يدور حول التعلم والمعرفة.

باستخدام المقياس أدناه، يرجى إدخال في المربعات مدى موافقتك على كل عبارة. يتراوح المقياس من 0 (غير موافق تمامًا) إلى 10 (موافق تمامًا) يمكنك استخدام أي رقم بين 0 و10. يرجى الإجابة على جميع الجمل.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

لا أوافق تماما — أوافق الى حد ما — أوافق تمامًا

- أنا قادرة على تحديد التغيرات التطورية لدى طفلي.
- أستطيع مشاركة الأفكار مع الأمّهات الأخريات.
- أنا قادرة على تعلم واستخدام طرق جديدة للتعامل مع طفلي.
- أنا قادرة على إجراء التغييرات اللازمة لتحسين سلوك طفلي.
- أستطيع التغلب على معظم المشاكل ببعض النصائح.
- معرفة أن الأمّهات الأخريات يواجهنّ صعوبات مشابهة مع أطفالهنّ يهوّن الأمر عليّ.

تحكيم المقياس

الرقم	اتجاه الفقرة	الفقرة	ملاءمة الفقرة		صياغة الفقرة		التعديل المقترح إن وجد
			ملائمة	غير ملائمة	مناسبة	غير مناسبة	
المجال الأول: العاطفة والمشاعر							
1	+	أنا قادرة على إظهار حبي لطفلي.					
2	+	أستطيع أن أميز متى يكون طفلي سعيدًا أو حزينًا.					
3	+	أنا واثقة من أن طفلي يستطيع أن يلجأ إليّ إذا كان غير سعيد.					
4	+	عندما يكون طفلي حزينًا أنا أفهم السبب.					
5	+	علاقتي بطفلي جيدة.					
6	-	أجد صعوبة في احتضان طفلي.					
المجال الثاني: اللعب والاستمتاع							
9	+	أنا قادرة على قضاء وقت ممتع مع طفلي.					
10	+	أنا قادرة على الاستمتاع بكل مرحلة من مراحل نمو طفلي.					
11	+	أستطيع قضاء أيام جميلة مع طفلي.					

12	+	اللعب مع طفلي أمر سهل بالنسبة لي.					
13	+	أنا قادرة على مساعدة طفلي على تحقيق قدراته.					
المجال الثالث: التعاطف والتفاهم							
17	+	أنا قادرة على شرح الأمور لطفلي بصبر.					
18	+	أنا أستطيع أن أجعل طفلي يستمع لي.					
19	+	أنا قادرة على مواساة طفلي.					
20	+	أنا قادرة على الاستماع إلى طفلي.					
21	+	أنا قادرة على أن أتفهم مشاعر طفلي.					
22	+	أنا أفهم احتياجات طفلي.					
المجال الرابع: السيطرة							
25	+	كأم أشعر أنني المسيطرة.					
26	+	سوف يستجيب طفلي للأوامر أو التعليمات التي وضعتها.					
27	+	أستطيع أن أجعل طفلي يتصرف بشكل جيد دون عراك.					
28	+	أستطيع أن أحافظ على هدوئي عند مواجهة الصعوبات.					
29	−	لا أستطيع منع طفلي من التصرف بشكل سيء.					
30	+	أنا قادرة على البقاء هادئة عندما يتصرف بشكل سيء.					
المجال الخامس: الحزم ووضع الحدود							
32	+	إن وضع الحدود والقوانين أمر سهل بالنسبة لي.					
33	+	أنا قادرة على الالتزام بالقواعد التي وضعتها لطفلي.					
34	+	أنا قادرة على التفاهم مع طفلي.					
35	+	أنا أستطيع إيجاد طرق لتجنب الصراع.					
36	+	أنا متوازنة في طريقة استخدامي للضوابط.					
37	+	أنا قادرة على تهذيب طفلي دون الشعور بالذنب.					
المجال السادس: التعامل مع الضغوطات							
39	−	من الصعب التعامل مع توقعات الآخرين مني كأم.					
40	−	لا أستطيع أن أصمم على ما أريد عندما يخبرني الآخرون بما يجب أن أفعل مع طفلي.					
41	−	الاستماع إلى نصائح الآخرين يجعل من الصعب عليّ أن أقرر ما يجب أن أفعل.					
42	+	أستطيع أن أقول "لا" للآخرين إذا كنت لا أتفق معهم.					

43	+	أستطيع أن أتجاهل الضغوط التي يمارسها الآخرون علي لأفعل الأشياء بطريقتهم.						
44	+	لا أشعر بالحاجة لمقارنة نفسي بالأمّهات الأخريات.						
المجال السابع: قبول الذات								
39	+	أعلم أنني أم جيدة بما في الكفاية.						
40	+	أتعامل مع ضغوط التربية كما تفعل الأمّهات الاخريات.						
41	−	أنا لا أقوم بدوري جيدًا كأم.						
42	+	كأم يمكنني أن أتعامل مع معظم المسؤوليات والأمور غير السارة دون تردد.						
43	+	أنا أستطيع أن أكون قوية من أجل طفلي.						
44	+	يشعر طفلي بالأمان حولي						
المجال الثامن: التعلم والمعرفة								
39	+	انا قادرة على تحديد التغيرات التطورية لدى طفلي.						
40	+	أستطيع مشاركة الأفكار مع الأمّهات الاخريات.						
41	+	أنا قادرة على تعلم واستخدام طرق جديدة للتعامل مع طفلي.						
42	+	أنا قادرة على إجراء التغييرات اللازمة لتحسين سلوك طفلي.						
43	+	أستطيع التغلب على معظم المشاكل ببعض النصائح.						
44	+	معرفة أن الأمّهات الأخريات يواجهن صعوبات مشابهة مع أطفالهن يهون الامر علي.						

مع بالغ الشكر

الباحثة: مجد عبد الاله حمامي

الملحق (2) الأداة بعد التحكيم

جامعة القدس

كلية الصحة العامة

دائرة الصحة النّفسيّة المجتمعية

نموذج الموافقة

سيدتي المحترمة،

تقوم الباحثة بإجراء دراسة حول " الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ وعلاقته باكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة "كمتطلب لاستيفاء درجة الماجستير في الصحة النّفسيّة المجتمعية\ مسار العلاج النفسي.

نرجو من حضرتك الموافقة على المشاركة في هذه الدّراسة بصفتك جزءًا من عينة الدّراسة العشوائية، لذلك لا نطلب أي معلومات تدل على شخصيتك. وذلك من خلال الإجابة على أسئلة الاستبانة المرفقة، علمًا بأن المعلومات والاجابات ستبقى سرية ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط، ولن يطلع عليها أحد غير الباحثة، ولك الحق في الانسحاب متى شئت، ولا داعي لكتابة الاسم.

نرجو التكرم بالإجابة على بنود الاستمارة بكل اهتمام ودقة.

إرشادات:

- اقرأي بعناية كل عبارة واختاري الإجابة الأنسب لك.
- لا يوجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة. اختاري الإجابة التي تناسبك.

في حالة شعرت أنك بحاجة للمساعدة أو الوصول لخدمات الدعم النفسي أو الإرشادي بعد الانتهاء من تعبئة الاستبانة، يمكنك التواصل على أرقام العيادة النّفسيّة بالعيادات المركزية التالية: (جمعية المرأة العاملة بإدارة د. أمل خريشة: 2986761-02، والإغاثة الطبية الفلسطينية بإدارة د. محمود بريغيث :2969970-02، ومركز الصحة النّفسيّة المجتمعية\ البالوع بإدارة د. سماح جبر: 022408596، المركز الفلسطيني للإرشاد\ رام الله: 022989788، حيث سيتم التعامل بشكل سري مع أي شكوى لديك.

وتعبئتك لهذا الاستبيان والمقاييس لا يعني أن لديك اكتئاب ما بعد الولادة، ولا يعاني أنك لا تمتلكين الكفاءة في دورك الأموميّ.

- من يمكنه المشاركة؟ الأمّهات اللّواتي أنجبنّ ويقمنّ بالمتابعة في مراكز الرعاية والأمومة في رام الله.
- الوقت المطلوب؟ ستستغرق المشارِكة في هذا الاستطلاع حولي 15-10دقيقة.

نشكرك لوقتك وحسن تعاونك. الباحثة: مجد عبد الاله حمامي

إقرار الموافقة

جامعة القدس

كلية الصحة العامة

دائرة الصحة النّفسيّة المجتمعية

أنا الموقعة أدناه قمت بقراءة التوضيح أعلاه، وعلى ذلك أوافق على المشاركة في الدّراسة بملء إرادتي، وقد تم شرح لي أهداف الدّراسة وأن من حقي الانسحاب بأي وقت وأنه لا حاجة لذكر اسمي ولن يتم التعرف عليّ من خلال إجاباتي وأن هذا البحث سيستخدم فقط لأغراض البحث العلمي الذي تجريه الباحثة.

التوقيع: ـــ

التاريخ: ـــ

02-2408596
02-2408596

شكرًا لتعاونك

الباحثة: مجد عبد الإله حمامي

القسم الأول: المعلومات الأولية:

- العمر: ☐ 18-30 ☐ 31-40 ☐ 40 فما أعلى
- الحالة الاجتماعية: ☐متزوجة ☐ مطلقة ☐ أرملة
- منطقة السكن: ☐مخيم ☐ قريةا بلدة ☐ مدينة
- عدد الأطفال: ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ أكثر من 5
- مستوى التعليم: ☐ أميّ ☐ أساسي(ابتدائي او إعدادي) ☐ ثانوي ☐ جامعي
- العمل: ☐ أعمل ☐ لا أعمل
- الدّعم الأسريّ: ☐ أتلقى الدعم من اسرتي ☐ لم أتلقَ الدعم من اسرتي
- مدى الرغبة بالحمل الاخير : ☐ كنت أرغب بالحمل ☐ لم أكن أرغب بالحمل
- التاريخ السابق لاكتئاب ما بعد الولادة: ☐لم أصب من قبل باكتئاب ما بعد الولادة
  ☐ يسبق ان اصبت باكتئاب ما بعد الولادة.
- هل حدث لك مضاعفات صحية أثناء الحمل؟

  ☐ نعم حدثت مضاعفات صحية ☐ لم تحدث مضاعفات صحية
- هل حدث لك مضاعفات صحية أثناء الولادة؟ ☐ نعم حدثت مضاعفات صحية
  ☐ لم تحدث مضاعفات صحية
- هل كان لديك أعراض اكتئاب أثناء الحمل؟ ☐ نعم حدث لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل
  ☐ لا، لم يحدث لي أعراض اكتئاب أثناء الحمل.
- هل حصلتِ على التثقيف الصحي؟ ☐ نعم حصلت على محاضرات أو تثقيف صحي
  ☐ لا لم أحصل على محاضرات أو تثقيف صحي

مقياس ادنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة

يرجى وضع إشارة x في المربع على واحدة من الإجابات الأقرب عن كيفية شعورك في الأيام السبعة الماضية، بما فيها اليوم. إليك هذا المثال للتوضيح:

أشعر بأنني سعيدة

☐ نعم في جميع الأوقات.

☐ نعم، في معظم الأوقات. x

☐ كلا، ليس كثيرًا.

☐ كلا، أبدًا.

إذا كانت إجابتك هي الخيار الثاني، فهذا يعني: " شعرت بأنني سعيدة معظم الوقت خلال الأسبوع الماضي". نرجو منك إكمال الأسئلة بالطريقة نفسها.

1- أستطيع الشعور بالفرح والسعادة:

☐ بالمقدار نفسه الذي استطعته من قبل.

☐ ليس تمامًا بالمقدار نفسه الآن.

☐ ليس بالمقدار نفسه الآن.

☐ كلا مطلقًا.

2- أتطلع إلى الأمور بتشوق:

☐ بالمقدار نفسه مثل أي وقت مضى.

☐ أقل نوعًا ما مما اعتدته.

☐ أقل بكثير مما اعتدته.

☐ نادرًا.

3- ألوم نفسي عندما تسير الأمور على غير ما يرام:

☐ نعم، في معظم الأحيان.

☐ نعم، في بعض الأحيان.

☐ ليس في أحوال كثيرة.

☐ كلا أبدًا.

4- أكون قلقة ومشغولة البال بدون سبب:

- ☐ كلا، أبدًا.
- ☐ نادرًا.
- ☐ نعم، في بعض الأحيان.
- ☐ نعم، في كثير من الأحيان.

5- أشعر بالخوف والذعر بدون سبب:

- ☐ نعم، في كثير من الأحيان.
- ☐ نعم، في بعض الأحيان.
- ☐ كلا، ليس كثيرًا.
- ☐ كلا، مطلقًا.

6- تتراكم الأعمال عليّ فلا أستطع القيام بها كلها:

- ☐ نعم، في معظم الأحيان لم أستطع القيام بها أبدًا.
- ☐ نعم، في بعض الأحيان لم أستطع القيام بها كالمعتاد.
- ☐ كلا، لقد استطعت القيام بها في بعض الأحيان.
- ☐ كلا، لقد استطعت القيام بها كالمعتاد.

7- أشعر بالتعاسة لدرجة أنني لا أستطيع النوم:

- ☐ نعم، في معظم الأحيان.
- ☐ نعم، في بعض الأحيان.
- ☐ كلا، ليس كثيرًا.
- ☐ كلا مطلقًا.

8- أشعر بأنني تعيسة وبائسة:

- ☐ نعم، في معظم الأحيان.
- ☐ نعم، في أحيان كثيرة.
- ☐ ليس كثيرًا.
- ☐ كلا، مطلقًا.

9- أشعر بالتعاسة لدرجة البكاء:

- ☐ نعم، في معظم الأحيان.
- ☐ نعم، في كثير من الأحيان.
- ☐ من وقت لآخر فقط.
- ☐ كلا، مطلقًا.

10- تخطر لي فكرة إلحاق الأذى بنفسي:

☐ نعم، في أحيان كثيرة.
☐ أحيانًا.
☐ نادرًا.
☐ كلا، مطلقًا.

مقياس كفاءة الدَّوْر الأموميّ

يحتوي هذا القسم من الاستبيان على جُمل تتعلق بكفاءة دورك الأموميّ، أي الكفاءة والقدرة على ممارسة دورك بانسجام من حيث رعايتك لطفلك وتواصلك معه ومدى استجابتك لاحتياجات طفلك، كما يتضمن الاستبيان جملًا تتعلق بنظرتك لنفسك وتقييمك الذاتي لدورك الأموميّ. لذا نرجو منك إدخال مدى موافقتك على كل عبارة في المربعات. يتراوح المقياس من 0 (غير موافق تمامًا) إلى 10 (موافق تمامًا) يمكنك استخدام أي رقم بين 0 و10. يرجى الإجابة على جميع الجمل.

لا توجد اجابات صحيحة أو خاطئة ولن تتم مقارنة إجاباتك مع إجابة الأمّهات الاخريات وستبقى معلوماتك سرية.

مدى الاجابات	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	المجال الأول: العاطفة والمشاعر											
	العبارة	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	أنا قادرة على إظهار حبي لأطفالي.											
2	أستطيع أن أميز متى يكون اطفالي سعداء أو حزينين.											
3	أنا واثقة من أن اطفالي يستطيعون اللجوء إليّ إذا كان غير سعداء.											
4	عندما يكون اطفالي حزينين أنا أفهم السبب.											
5	علاقتي بأطفالي جيدة.											
6	أجد صعوبة في احتضان اطفالي.											
	المجال الثاني: اللعب والاستمتاع											
	العبارة	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	أنا قادرة على قضاء وقت ممتع مع اطفالي.											
8	أتمكن من الاستمتاع بكل مرحلة من مراحل نمو اطفالي.											

9	أستطيع قضاء أيام جميلة مع اطفالي.										
10	اللعب مع اطفالي أمر سهل بالنسبة لي.										
11	أقدر على مساعدة اطفالي على تحقيق قدراتهم.										
المجال الثالث: التعاطف والتفاهم											
	العبارة	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	أقدر على شرح الأمور لأطفالي بصبر.										
13	أستطيع أن أجعل اطفالي يستمعون لي.										
14	أقدر على مواساة اطفالي.										
15	أنا قادرة على الاستماع إلى اطفالي.										
16	أتمكن من تفهم مشاعر اطفالي.										
17	أتفهم احتياجات اطفالي.										
المجال الرابع: السيطرة على الأمور											
	العبارة	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18	كأم أشعر أنني المسيطرة على أمور أسرتي.										
19	سوف يستجيب اطفالي للأوامر أو التعليمات التي وضعتها.										
20	أستطيع أن أجعل اطفالي يتصرفون بشكل جيد دون عراك.										
21	أستطيع أن أحافظ على هدوئي عند مواجهة الصعوبات.										
22	لا أستطيع منع اطفالي من التصرف بشكل سيء.										
23	لدي قدرة على البقاء هادئة عندما يتصرف اطفالي بشكل سيء.										

المجال الخامس: الحزم ووضع الحدود											
	العبارة	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24	إن وضع الحدود والقوانين لأطفالي أمر سهل بالنسبة لي.											
25	أنا قادرة على الالتزام بالقواعد التي وضعتها لأطفالي.											
26	أقدر على التفاهم مع اطفالي.											
27	أستطيع إيجاد طرق لتجنب الصراعات مع أطفالي.											
28	أنا متوازنة في طريقة استخدامي للضوابط مع أطفالي.											
29	أنا قادرة على تهذيب اطفالي دون الشعور بالذنب.											
المجال السادس: التعامل مع الضغوطات النّفسيّة والاجتماعية												
	العبارة	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30	من الصعب التعامل مع توقعات الآخرين مني كأم.											
31	لا أستطيع أن أصمم على ما أريد عندما يخبرني الآخرون بما يجب أن أفعل مع اطفالي.											
32	نصائح الاخرين تصعب عليّ اتخاذ القرارات المناسبة											
33	أستطيع أن أقول "لا" للآخرين إذا كنت لا أتفق معهم.											
34	أستطيع أن أتجاهل الضغوط التي يمارسها الآخرون عليّ.											
35	لا أشعر بالحاجة لمقارنة نفسي بالأمّهات الأخريات.											

المجال السابع: قبول الذات											
العبارة		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36	أعلم أنني أم جيدة بما في الكفاية.											
37	أتعامل مع ضغوط التربية كما تفعل الأمّهات الاخريات.											
38	لا أقوم بدوري كأم بشكل جيد.											
39	أستطيع التعامل مع المسؤوليات والتحديات في حياتي.											
40	أستطيع أن أكون قوية من أجل اطفالي.											
41	يشعر اطفالي بالأمان حولي.											

المجال الثامن: التعلم والمعرفة											
العبارة		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
42	انا قادرة على فهم خصائص المراحل العمرية لدى أطفالي.											
43	أشارك الأمّهات الاخريات الأفكار حول نمو أطفالي.											
44	أقدر أن أتعلم واستخدام طرق جديدة للتعامل مع اطفالي.											
45	أنا قادرة على إجراء التغييرات اللازمة لتحسين سلوك اطفالي.											
46	أستطيع التعامل مع مشكلات أطفالي ببعض النصائح.											
47	معرفة أن الأمّهات الأخريات يواجهن صعوبات مشابهة مع أطفالهن يهون الامر علي.											

المجال التاسع: الرعاية الأساسية											
العبارة		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
48	أستطيع العناية بالنظافة الشخصية لأطفالي.											
49	أنا قادرة على توفير التغذية السليمة لأطفالي.											
50	أوفر الحماية والسلامة والأمان لأطفالي في البيت.											
51	أقوم بمتابعة الفحوصات الطبية والتطعيمات الوقائية والرعاية الصحية لأطفالي.											
52	لا أستطيع القيام بتنظيف البيت وترتيبه ليكون صحيًا لأطفالي.											
53	أنا غير قادرة على متابعة تعليم أطفالي											
54	انا قادرة على توفير مصادر الراحة وتهيئة وقت النوم لأطفالي.											
55	أتمكن من توفير الاحتياجات اليومية لأطفالي											

ملحق (3) تسهيل مهمة الطالبة مجد حمامي

Al-Quds University
Jerusalem
School of Public Health

جامعة القدس
القدس
كلية الصحة العامة

التاريخ: 2024/8/24

حضرة السيدة اشراق أبو فارة المحترم
مدير وحدة التعليم الصحي والبحث العلمي/ وكالة الغوث الدولية

الموضوع: تسهيل مهمة لطالبة مجد حمامي

تحية طيبة وبعد،،

تقوم الطالبة مجد حمامي/ برنامج ماجستير الصحة النفسية المجتمعية/ كلية الصحة العامة/ جامعة القدس بإجراء بحث الرسالة بإشراف د. نجاح الخطيب وبعنوان:

الكفاءة في الدور الامومي وعلاقته باكتئاب ما بعد الولادة لدى الامهات اللواتي أنجبن حديثا في محافظة رام الله والبيرة

تهدف الدراسة الحالية إلى فحص العلاقة الارتباطية بين كفاءة الدور الامومي واكتئاب ما بعد الولادة لدى عينة من الأمهات الفلسطينيات اللواتي أنجبن حديثاً (من شهر الى 6 أشهر)، واللواتي يعشن في محافظة رام الله والبيرة، خلال العام الدراسي 2025/2024 وذلك باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي. وسوف تستخدم الباحثة العينة المتاحة نظراً لعدم توفر الاعداد الصحيحة لمجتمع الدراسة. اما بالنسبة للأداة الدراسة فسوف تستخدم مقياس ادنبرة لقياس مستوى اكتئاب ما بعد الولادة والذي يقيس أعراض الاكتئاب لدى الام بعد الولادة)، ومقياس TOPSE لقياس كفاءة الدور الامومي والذي يحتوي على 48 فقرة، وتم إضافة 7 فقرات له بعد عرضه على المحكمين ووضع ملاحظاتهم عليه.

وهي بحاجة الى الدخول للعيادات النسائية التابعة لوكالة الغوث في محافظة رام والبيرة وهي: (عيادة الامعري، الجلزون، دير عمار، بدو، عين عريك، بيت عور، بدرس). وذلك لتتمكن الباحثة من تعبئة الاستبانات وجمع البيانات التي تطلبها الدراسة. لذا ارجو من حضرتكم تسهيل مهمة الطالبة والسماح لها بتوزيع الاستبانة على عينة الدراسة لإنهاء متطلبات البحث، علما بان المعلومات ستكون لأغراض البحث العلمي فقط.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

كلية الصحة العامة
Faculty of Public Health

د. حازم اغا

عميد كلية الصحة العامة

نسخة: الملف

Jerusalem
P.O.Box 51000
Telefax +970-2-2799234
Email: sphealth@admin.alquds.edu

فرع القدس / تلفاكس 02-2799234
ص.ب. 51000 القدس
البريد الالكتروني: sphealth@admin.alquds.edu

ملحق (4): موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي

جامعة القدس

القدس

كلية الصحة العامة

Al-Quds University

Jerusalem

School of Public Health

التاريخ: 2024/5/20

الرقم: REF.19/24

عزيزتي الطالبة مجد حمامي المحترمة

برنامج ماجستير الصحة النفسية المجتمعية/ مسار العلاج النفسي

الموضوع: موافقة لجنة اخلاقيات البحث العلمي

قامت اللجنة الفرعية لأخلاقيات البحث التابعة لكلية الصحة العامة بمراجعة مشروع الرسالة

بعنوان:

" الكفاءة في الدور الامومي وعلاقته باكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات اللواتي أنجبن حديثاً في محافظة رام الله والبيرة"

المقدم من (مشرف البحث/د.نجاح الخطيب).

يعتبر مشروعك مستوفيًا لمتطلبات أخلاقيات البحث في جامعة القدس.

نتمنى لكم كل التوفيق في تسيير المشروع.

ملاحظة: في حالة الحاجة الى موافقة من اللجنة المركزية في الجامعة، تستطيع التقدم باستخدام هذه الموافقة على الرابط.

رئيسة اللجنة الفرعية لاخلاقيات البحث

كلية الصحة العامة

د. نهى الشريف

نسخة/ الملف

فرع القدس / تلفاكس

فرع غزة / تلفاكس

ص.ب. 51000 القدس

Jerusalem Branch/Telefax 02-2799234

Gaza Branch/Telefax 08-2644220 -2644210

P.O. box 51000 Jerusalem

قائمة الملاحق

الملحق (1): نموذج المحكمين 112
الملحق (2) الأداة بعد التحكيم 127
ملحق (3) تسهيل مهمة الطالبة مجد حمامي 137
ملحق (4): موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي 138

قائمة الجداول

جدول (1.3–أ): توزيع أفراد عيّنة الدّراسة حسب متغيّرات الدّراسة. 46
جدول (1.3–ب): توزيع أفراد عيّنة الدّراسة حسب متغيّرات الدّراسة. 47
جدول (1.4): التّكرارات والنّسب المئويّة لاستجابات أفراد عيّنة الدّراسة لمستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة. 57
جدول (2.4): التّكرارات والنّسب المئويّة لاستجابات أفراد عيّنة الدّراسة لمستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة. 57
جدول (3.4): المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لاستجابات أفراد عيّنة الدّراسة لمستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة والمعلّمين. 58
جدول (4.4): معامل ارتباط بيرسون والدّلالة الإحصائيّة للعلاقة بين متوسّطات تقديرات أفراد عيّنة الدّراسة لمستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ واكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة. 60
جدول (4.5): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر العمر. 61
جدول (4.6): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر منطقة السّكن. 61
جدول (4.7): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر عدد الأطفال. 62
جدول (4.8): المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة لمتوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مستوى التّعليم. 63
جدول (4.9): نتائج اختبار تحليل التّباين الأحاديّ لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مستوى التّعليم. 63
جدول (10.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر العمل. 64

جدول (11.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر الدّعم الأسريّ. 64
جدول (12.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مدى الرّغبة في الحمل الأخير. 65
جدول (13.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر التّاريخ السّابق لاكتئاب ما بعد الولادة. 66
جدول (14.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل. 66
جدول (15.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة. 67
جدول (16.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر وجود أعراض اكتئاب أثناء الحمل. 68
جدول (17.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر الحصول على التّثقيف الصّحّيّ. 68
جدول (18.4–أ): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر العمر. 69
جدول (18.4–ب): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر العمر. 70
جدول (19.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر منطقة السّكن. 71

جدول (20.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر عدد الأطفال. 72
جدول (21.4–أ): المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة لمتوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مستوى التّعليم. 73
جدول (21.4–ب): المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة لمتوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مستوى التّعليم. 74
جدول (22.4–أ): نتائج اختبار تحليل التّباين الأحادي لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مستوى التّعليم. 74
جدول (22.4–ب): نتائج اختبار تحليل التّباين الأحادي لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مستوى التّعليم. 75
جدول (23.4– أ): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعديّة بين المتوسّطات الحسابيّة لاستجابات أفراد عيّنة الدّراسة حسب متغيّر مستوى التّعليم. 76
جدول (23.4– ب): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعديّة بين المتوسّطات الحسابيّة لاستجابات أفراد عيّنة الدّراسة حسب متغيّر مستوى التّعليم. 77
جدول (24.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر العمل. 78
جدول (25.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر الدّعم الأسريّ. 79
جدول (26.4– أ): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مدى الرّغبة في الحمل الأخير. 80

جدول (26.4– ب): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر مدى الرّغبة في الحمل الأخير. 81
جدول (27.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر التّاريخ السّابق لاكتئاب ما بعد الولادة. 82
جدول (28.4): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الحمل. 83
جدول (29.4–أ): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة. 84
جدول (29.4–ب): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر حدوث مضاعفات صحّيّة أثناء الولادة. 85
جدول (31.4–أ): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر الحصول على التّثقيف الصّحّيّ. 87
جدول (31.4–ب): نتائج اختبار "ت" للعيّنات المستقلّة لاستجابة أفراد العيّنة في متوسّطات مستوى الكفاءة في الدَّوْر الأموميّ لدى الأمّهات اللّواتي أنجبن حديثًا في محافظة رام الله والبيرة يُعزي لمتغيّر الحصول على التّثقيف الصّحّيّ. 88

فهرس المحتويات

الإقرار ..... أ
الشّكر والعرفان ..... ب
الملخص ..... ج
Abstract ..... هـ
الفصل الأوّل: خلفية الدراسة 1
1.1 مقدّمة 2
2.1 مشكلة الدّراسة 3
3.1 أهميّة الدّراسة 4
4.1 الهدف العامّ من الدّراسة 5
5.1 أهداف الدّراسة 5
6.1 أسئلة الدّراسة 5
7.1 حدود الدّراسة 6
8.1 مصطلحات الدّراسة 7
الفصل الثّاني: مراجعة الأدبيّات والدّراسات السّابقة والإطار المفاهيميّ 9
1.2 الإطار النظري 10
1.1.2 المقدمة 10
2.1.2 الاكتئاب Depression 11
3.1.2 الكآبة النّفاسيّة Baby Blues 11
4.1.2 اكتئاب ما بعد الولادة Postpartum Depression 11
5.1.2 ذهان ما بعد الولادة postpartum psychosis 13
6.1.2 مدى انتشار اكتئاب ما بعد الولادة 14
7.1.2 أسباب وعوامل الخطر لاكتئاب ما بعد الولادة 15
8.1.2 نتائج عدم علاج اضطراب اكتئاب ما بعد الولادة 16
9.1.2 الأمومة 16
10.1.2 الدَّوْر الأموميّ 18
11.1.2 كفاءة الدَّوْر الأمومي 18
2.2 الإطار النّظريّ 19

1.2.2 نظريّة التّطوّر 19
2.2.2 النّظريّة البيولوجيّة 19
3.2.2 نظريّة الجينات 20
4.2.2 النّظريّة المعرفيّة 20
5.2.2 نظريّة التّعلّق 20
6.2.2 النّظريّة التّحليليّة 21
7.2.2 النّظريّة الاجتماعيّة والبيئيّة 22
8.2.2 نظريّة تسمية الذّات 23
9.2.2 النّظريّة النّسويّة 23
10.2.2 النّظريّة النّسويّة الرّاديكاليّة 24
11.2.2 النّظريّة النّسويّة البراجماتيّة 24
12.2.2 نظريّة العلاقات الشّخصيّة 25
13.2.2 نظريّة دائرة حياة الأسرةfamily life cycle 25
14.2.2 الإطار المفاهيميّ Conceptual Frame work 26
3.2الدّراسات السّابقة 27
1.3.2 تعقيب على الدّراسات السّابقة 39
الفصل الثّالث: الطريقة والاجراءات 43
1.3 مقدّمة 44
2.3 منهجيّة الدّراسة 44
3.3 مجتمع الدّراسة 45
4.3 عيّنة الدّراسة 45
5.3 معايير اشتمال العيّنة 45
6.3 معايير استبعاد العيّنة 45
7.3 أدوات الدّراسة 47
8.3 صدق الأداة validity 48
9.3 متغيّرات الدّراسة 51
10.3 إجراءات تنفيذ الدّراسة 52
11.3 المعالجة الإحصائيّة 53
12.3 الاعتبارات الأخلاقيّة 53
13.3 المعيقات 54

الفصل الرابع: نتائج الدراسة 55
1.4 تمهيد 56
2.4 نتائج أسئلة الدّراسة 57
1.2.4 النّتائج المتعلّقة بالسّؤال الأوّل 57
2.2.4 النّتائج المتعلّقة بالسّؤال الثّاني 58
3.2.4 النّتائج المتعلّقة بالسّؤال الثّالث 59
4.2.4 النّتائج المتعلّقة بالسّؤال الرّابع 60
5.2.4 النّتائج المتعلّقة بالسّؤال الخامس: 69
الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات 89
1.5 المقدّمة 90
2.5 مناقشة النّتائج المتعلّقة بأسئلة الدّراسة 90
1.2.5 مناقشة السّؤال الأوّل 90
2.2.5 مناقشة السّؤال البحثيّ الثّاني 93
3.2.5 مناقشة السّؤال البحثيّ الثّالث 96
4.2.5 مناقشة السّؤال البحثيّ الرّابع 97
5.2.5 مناقشة النّتائج المتعلّقة بالسّؤال الخامس 100
3.5 التّوصيات 105
قائمة المصادر والمراجع 107
الملاحق 112
قائمة الملاحق 139
قائمة الجداول 140
فهرس المحتويات 144