الجمهورية اليمنية
وزارة التربية والتعليم والبحث العلمي
جامعه21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية
عمادة البيئة وخدمة المجتمع
المركز الطبي للتدريب والتأهيل

Republic of Yemen
Ministry of Education
and Scientific Research
21 September University of Medical
& Applied Science

العلاقة بين درجة دعم وتواصل القابلة مع الأم أثناء المخاض ورضاها عن تجربة الولادة

بحث مقدم الى عمادة البيئة وخدمة المجتمع لاستكمال متطلبات نيل شهادة الدبلوم العالي تخصص فني قبالة

الباحثات:

هاله عبد القادر	أسماء اياد
سندس يحيى	امتياز الذاهبي
هند المشرقي	بشاير مفتاح
فاطمة دوام	بشرى الكريت
جوهرة دوام	ملاك راصع
أحلام الصيري	اسان المشيرعي
انهار مقدام	

تحت إشراف

ا.د/ منير مصلح محمد الوصابي

العام الجامعي 2026/2025

قَالَ تَعَالَىٰ:

فَبِمَا رَحْمَةٍ مِّنَ ٱللَّهِ لِنتَ
لَهُمْ ۖ وَلَوْ كُنتَ فَظًّا
غَلِيظَ ٱلْقَلْبِ لَانفَضُّوا۟
مِنْ حَوْلِكَ

صدق الله العظيم
[سورة آل عمران: 159]

الإهداء

ها نحن على مشارف مسك الختام لمسيرتنا التعليمية سنقف في هذه اللحظات رافعين شعار الفخر والاعتزاز ها نحن اليوم نهدي ثمرة جهودنا المتواضعة لمن كان عطائهم بلا حدود وبلا مقابل الى منابر النور في طريقنا

الى ابائنا وأمهاتنا الذين كانوا مصدر إلهام وقوة في أوقات ضعفنا

الى أساتذتنا الكرام من هم منبع العلم الدائم الذين لم يبخلوا يوما في تلقينا إياه إلى من زرعوا فينا الطموح وأسقوه بالإصرار حتى أثمر إنجازا وتميزا ونجاحا

لكل من علمنا وربانا على أصول العلم والمعرفة إلى كل يد دعمتنا وكل قلبا دعا لنا بالتوفيق نهديكم جميعا ثمرة جهودنا التي كنتم جزءا لا يتجزأ منها سائلين المولى أن يجعله علما نافعا وخطوة أولى في طريق التميز والنجاح

شكر وتقدير

بكل عبارات الود والإمتنان نهديكم جزيل شكرنا محملة بأكاليل من العرفان شكرا لكم بحجم هذ الكون وأكبر معلمينا الأفاضل على ما قدمتموه لنا من علم ومعرفة خلال مسيرتنا التعليمية منذ بداية خطانا نحو درب الألف ميل وها نحن على مشارف الوصول إليه أبت القلوب إلا أن تبوح عما بها شكر لكم وإن كان الشكر لا تكفي جميع أحرف اللغة ومعانيها بالإفصاح بكل ما نشعر به لكننا نحمل لكم بين طيات قلوبنا شكر وعرفان قد تجاوز مداه نحن مدينين لكم بالحد الذي لاحد له على ما بذلتموه من أجلنا.

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم أثر الدعم والتواصل الذي تقدمه القابلات في تعزيز رضا الأمهات عن تجربة الولادة. ركز البحث على ثلاثة أبعاد أساسية للدعم: الدعم العاطفي، التواصل الفعال، واحترام الاستقلالية، مع تحليل مدى مساهمة كل بُعد في تشكيل الخبرة الإيجابية للأم.

اعتمدت الدراسة على عينة قوامها (200) مشاركة. وأظهرت أداة القياس خصائص سيكومترية ممتازة، حيث بلغ معامل "ألفا كرونباخ" الكلي (0.955)، مما يعكس اتساقاً داخلياً عالياً جداً. كما أثبتت اختبارات التوزيع الطبيعي اعتدالية البيانات، مما سمح باستخدام الاختبارات المعلمية لتحقيق الاستدلال الإحصائي.

توصلت الدراسة الى النتائج الأتية:

- كشفت النتائج عن ارتباط طردي قوي جداً بين الدعم القبالي والرضا العام ($r = 0.851$).
- أظهر تحليل الانحدار أن الدعم القبالي يفسر (72.4%) من التباين في مستوى رضا الأمهات.
- حلّ "الدعم العاطفي والاجتماعي" في المرتبة الأولى كأقوى المتنبئات بالرضا ($beta = 0.529$)، يليه "احترام الاستقلالية"، ثم "التواصل الفعال".
- سجل بُعد "السيطرة الشخصية والخبرة الذاتية" أدنى مستويات الرضا، مما يشير إلى تأثر الذاكرة الذاتية بصدمة الألم وتحديات المخاض.

خلصت الدراسة إلى أن رضا الأم هو نتاج "منظومة رعاية إنسانية" متكاملة، وأوصت بضرورة تبني دليل منظمة الصحة العالمية لرعاية المخاض (WHO Labor Care Guide)، وتدريب القابلات على مهارات الذكاء العاطفي وتقنيات تسكين الألم غير الدوائية لضمان رعاية تحترم كرامة الأم واستقلاليتها.

الكلمات المفتاحية: الدعم القبالي، رضا الأمهات، الخصائص السيكومترية، الرعاية القبالية المحترمة (RMC)، السيطرة الشخصية، تحليل الانحدار.

قائمة المحتويات

الاهداء II

رسالة شكر وتقدير III

الملخص..... IV

جدول المحتويات V

قائمة الجداول IX

الإختصارات..... X

الفصل الأول الاطار العام للبحث والدراسات السابقة XI

مقدمة..... 1

المبحث الأول: الاطار العام للدراسة. 3

1.1.1. مشكلة الدراسة.....3

2.1.1 تساؤلات الدراسة: 5

3.1.1 اهداف الدراسة.....5

4.1.1 اهمية الدراسة.....6

1.1.4.1 الأهمية العلمية.....6

2.4.1.1 الأهمية العملية.....6

5.1.1 متغيرات الدراسة.....7

1.5.1.1 المتغير المستقل.....7

2.5.1.1 المتغير التابع 7

.....

3.5.1.1 المتغيرات الكامنة 7

4.5.1.1 النموذج المعرفي للدراسة.....8

6.1.1 فرضيات الدراسة 8

7.1.1 التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة وابعادها 9

1.1.8..حدود الدراسة 11

المبحث الثاني: الدراسات السابقة.....12
1.2.1. الدراسات العربية 12-16
2.2.1. الدراسات الاجنبية..... 16-20
3.2.1 أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة 20
1.3.2.1 أوجه التشابه.....20
2.3.2.1 أوجه الاختلاف 21
3.3.2.1 ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة.....22
4.3.2.1 أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة 23
الفصل الثاني الاطار النظري للدراسة.....24
المبحث الأول: الدعم والتواصل.....26
1.1.2 الابعاد والمكونات المفاهيمية للمتغير المستقل 26
1.1.1.2 الدعم العاطفي والاجتماعي.....26
2.1.1.2 التواصل والاعلام الفعال 27
3.1.1.2 احترام الاستقلالية والمشاركة في القرار.....28
2.1.2 الأهمية المنهجية والإكلينيكية للمتغير المستقل.....28
3.1.2 طرق ومؤشرات قياس المتغير المستقل.....29
المبحث الثاني: الرضا المبلغ عنه عن تجربة الولادة.....31
1.1.2.2 تعريف المتغير التابع(الرضا المبلغ عنه).....31
2.1.2.2 أهمية قياس (الرضا المبلغ عنه).....31
2.2.2 أبعاد المتغير التابع وأدوات قياسه 32
1.2.2.2 جودة الرعاية المهنية 32
2.2.2.2 السيطرة الشخصية والخبرة الذاتية.....33
3.2.2.2 الرضا العام الكلي.....34
3.2.2 أدوات القياس المستخدمة في الرضا.....34
4.2.2 محددات الرضا في السياق اليمني.....35

الفصل الثالث : الطرق والإجراءت المنهجية.....36
1.3 المبحث الأول: منهجية ومجتمع وعينة الدراسة.....37
1.1.3 منهج الدراسة.....37
2.1.3 مجتمع الدراسة.....37
3.1.3 عينة الدراسة.....38
4.1.3 معايير الادراج.....38
5.1.3 حجم العينة.....38
6.1.3 وصف خصائص عينة الدراسة.....38
. 2.3 المبحث الثاني: الطرق والاجراءت.....42
1.2.3 الأدوات المستخدمة في الدراسة.....42
2.2.3 ثبات أداة الدراسة.....42
3.2.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة.....44
الفصل الرابع التحليل والنتائج واختبار الفرضيات.....45
1.4 المبحث الأول: الوصف الاحصائي لمتغيرات الدراسة.....46
1.1.4 وصف المتغير المستقل(الدعم والتواصل).....47
1.1.1.4 مستوى توفر بعد الدعم العاطفي والاجتماعي.....47
2.1.1.4 توفر بعد التواصل الفعال والاعلام.....49
3.1.1.4 مستوى توفر بعد احترام الاستقلالية والمشاركة في القرار.....51
4.1.1.4 ترتيب ابعاد الدعم والتواصل القبالي.....53
2.1.4 ثانيا: وصف أبعاد المتغير التابع(رضا الام المبلغ عنه عن تجربة الولادة).....53
1.2.1.4 مستوى الرضا عن جودة الرعاية المهنية.....54
2.2.1.4 مستوى السيطرة الشخصية والخبرة الذاتية.....55
3.2.1.4 مستوى الرضا العام الكلي عن تجربة الولادة.....56
4.2.1.4 ترتيب ابعاد رضا الام المبلغ عنهعن تجربة الولادة.....57
2.4 المبحث الثاني: اختبار فرضيات الدراسة وتحليل العلاقات.....59
1.2.4 أولا: اختبار التوزيع الطبيعي.....59

1.1.2.4 حدود القبول الاحصائي.....59
2.1.2.4 تفسير الالتواء.....60
3.1.2.4 تفسير التفلطح.....60
2.2.4 ثانيا: تحليل الارتباط.....60
3.2.4 ثالثا: نتائج اختبار فرضيات الدراسة 60
1.3.2.4 اختبار الفرضية الرئيسية الاولى 62
2.3.2.4 اختبار الفرضيات الفرعية.....62
3.3.2.4 اختبار الفرضية الرئيسية الثانية.....64
الفصل الخامس: مناقشة النتائج والاستنتاجات والتوصيات.....67
1.5 المبحث الأول: مناقشة النتائج 68
1.1.5 نموذج السيطرة الشخصية والتمكين الامومي.....68
2.1.5 اثر الرعاية القبالية المبنية على البراهين 68
3.1.5 التحديث في السياق العربي.....69
2.5 المبحث الثاني: الاستنتاجات.....70
3.5 المبحث الثالث: التوصيات.....71
1.3.5 مقترحات للبحوث المستقبلية 72
قائمة المصادر والمراجع.....73
ألملاحق.....74

قائمة الجداول

اسم الجدول	رقم الجدول	الصفحة
التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة وأبعادها	**Table 1-1**	**6**
توزيع عينة البحث حسب المتغيرات الديموغرافية	**Table 4-1**	**31**
توزيع عينة البحث حول تقييم الدعم العاطفي والاجتماعي (باستخدام مقياس ليكرت الخماسي):	**Table-24**	**32**
توزيع عينة البحث حول تقييم التواصل الفعال والإعلام (باستخدام مقياس ليكرت الخماسي):	**Table 4-3**	**34**
توزيع عينة البحث حول تقييم احترام الاستقلالية والمشاركة في القرار (باستخدام مقياس ليكرت الخماسي)	**Table 4-4**	**36**
توزيع عينة البحث حول التقييم الدعم والتواصل القبالي	**Table 4-5**	**38**
توزيع عينة البحث حول تقييم الرضا عن جودة الرعاية المهنية (باستخدام مقياس ليكرت الخماسي)	**Table 4-6**	**39**
توزيع عينة البحث حول تقييم السيطرة الشخصية والخبرة الذاتية (باستخدام مقياس ليكرت الخماسي)	**Table 4-7**	**41**
توزيع عينة البحث حول الرضا العام الكلي (باستخدام مقياس ليكرت الخماسي)	**Table 4-8**	**42**
العلاقة بين رضا الام عن تجربة الولادة والدعم والتواصل القبالي.	**Table 4-9**	**43**
العلاقة بين احترام الاستقلالية والمشاركة في القرار والسيطرة الشخصية والخبرة الذاتية	**Table -10**	**44**

قائمة الاختصارات

الاختصار	المعنى الكامل	الشرح
WHO	World health organization	منظمة الصحة العالمية
CASP	Cognitive Behavioral Therapy	العلاج المعرفي السلوكي – فعال في إدارة الاكتئاب والقلق لدى المصابين.
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences	برنامج تحليل إحصائي يستخدم لاختبار الفرضيات وتحليل البيانات.
rho / r_s	Spearman's Rank Correlation Coefficient	معامل ارتباط يستخدم لقياس العلاقة بين متغيرين ترتيبيين.
H_0 / H_1	Null Hypothesis / Alternative Hypothesis	الفرضية الصفرية والبديلة – تستخدم في اختبار الفرضيات.
H test	Kruskal-Wallis H Test	اختبار غير معلمي لمقارنة ثلاث مجموعات أو أكثر عند توزيع غير طبيعي.
MADM	Mothers' autonomy in decision making	مقياس استقلالية الأم في اتخاذ القرار
SMILI	The supportive midwifery in labor instrument	أداة دعم القبالة أثناء المخاض
RMC	Respectful maternity care	الرعاية الأمومية المحترمة
BSS-R	Birth satisfaction scale-revised	المقياس المنقح لرضا الولادة
SEM	Structural equation modelling	نمذجة المعادلة الهيكلية
KPIs	Exploratory factor analysis	مؤشر أداء رئيسي
RCTs	Randomized controlled trial	التجارب المعشاة ذات الشواهد أو التجربة السريرية المعشاة
MMISS	Multidimensional scale of perceived social support	مقياس الرضا عن المقابلة الطبية
SERVQUAL	Service quality model	نموذج جودة الخدمة
CEQ	Childbirth experience questionnaire	استبيان تجربة الولادة
MCSRS		مقياس ماكي لتقييم الرضا عن الولادة
SCCS		مقياس الرضا عن رعاية الولادة
IOL		ولادة ناتجة عن التحريض
AMU	Alongside midwifery unite	وحدة القبالة المجاورة أو وحدة القبالة المصاحبة

الفصل الأول الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

المبحث الأول: الإطار العام للدراسة

المبحث الثاني: الدراسات السابقة

مقدمة

تعد تجربة الولادة واحدة من أكثر الأحداث الوجودية عمقاً وتحولاً في دورة حياة المرأة، فهي ليست مجرد عملية فسيولوجية تهدف إلى إخراج الجنين، بل هي رحلة سيكولوجية واجتماعية وروحية تترك بصماتها الدائمة على الصحة النفسية للأم، وعلى نمط تشكل الرابطة العاطفية بينها وبين وليدها، بل وتمتد آثارها لتشكل مواقفها المستقبلية تجاه النظام الصحي ككل (Serpetini et al., 2025). وفي العقود الأخيرة، انتقل التركيز في الرعاية التوليدية من "النموذج الطبي التقني" الذي يختزل الولادة في إدارة المخاطر السريرية، إلى "النموذج المتمحور حول المرأة"، الذي ينظر إلى الجودة من خلال عدسة التجربة الذاتية للأم ومدى احترام كرامتها واستقلاليتها (Bohren et al., 2025). وفي قلب هذا التحول المعرفي، تبرز القابلة كأهم مقدم رعاية صحية، ليس فقط لكونها خبيرة في المسارات الطبيعية للمخاض، بل لصفتها "رفيقاً مهنياً" يمتلك القدرة عبر مهارات الدعم والتواصل على تحويل تجربة محفوفة بالألم والقلق إلى تجربة تمكين وإنجاز (Nahaee et al., 2020). إن الانتقال نحو هذه الرعاية الإنسانية الشاملة يتطلب بالضرورة تفعيل أنظمة جودة متكاملة داخل المؤسسات الصحية؛ إذ تشير الدراسات الأدبية في البيئة اليمنية إلى أن تطبيق أنظمة الجودة يلعب دوراً محورياً في تعزيز الكفاءة التشغيلية والارتقاء بالأداء العام للمرافق الطبية (Al-wesabi, 2012). كما أن تبني مبادئ إدارة الجودة الشاملة (TQM) يعتبر من الموجهات الاستراتيجية الأساسية لرفع مستوى جودة الخدمات الصحية الموجهة للأم والطفل في المستشفيات الحكومية والخاصة وتلبية تطلعات المترددين عليها (Al-Saleet et al., 2025; Alsalit et al., 2026). ولضمان نجاح هذه الأنظمة والبروتوكولات، تبرز الحاجة الملحة للاستثمار في تنمية وتطوير رأس المال البشري الصحي؛ حيث يعد تطوير الموارد البشرية حجر الزاوية في رفع فاعلية تطبيق معايير الاعتماد وضمان استدامة الأداء المهني العالي (Al-wesabi, 2017; alwsaby, 2017).وينعكس هذا التطوير والتمكين المهني بشكل مباشر على جودة الأداء التمريضي والقبالي في صالات الولادة؛ فالاستثمار في التطوير الوظيفي والتدريب المستمر يسهم بشكل حاسم في تحسين الكفاءة العملية والسريرية للقائمين على رعاية المرضى (Qabban & Al-Wesabi, 2025). وفي ذات السياق، أثبتت الدراسات الميدانية أن هناك ارتباطاً وثيقاً بين تطبيق معايير الجودة العالمية المتمحورة حول المريض - وتحديداً معايير اللجنة الدولية المشتركة لاعتماد المنشآت الصحية (JCI) - وبين الارتقاء بمستوى الأداء المهني والسلوكي الذاتي للكادر التمريضي والقبالي، مما يضمن بيئة ولادة آمنة ومحترمة (Qabban et al., 2025; Qabban et al., 2026).إن الفلسفة الكامنة وراء مهنة القبالة، كما حددها الاتحاد الدولي للقابلات (ICM) في تحديثاته الأخيرة لعام 2024، تقوم على مبادئ الشراكة، والثقة المتبادلة، والكرامة الإنسانية، حيث تُعرف القبالة بأنها رعاية ماهرة وعطوفة تهدف إلى حماية المسار الفسيولوجي الطبيعي مع الاستجابة للاحتياجات العاطفية والاجتماعية

الفريدة لكل امرأة. وتؤكد منظمة الصحة العالمية (WHO) في نداءاتها لعام 2025 أن التوسع العالمي في نماذج الرعاية التي تقودها القابلات يمكن أن يمنع أكثر من 60% من وفيات الأمهات والمواليد، ليس فقط عبر التدخلات التقنية، بل عبر تعزيز "الرعاية التوليدية المحترمة" (Respectful Maternity Care) التي تضمن حق المرأة في الإعلام، والمشاركة في القرار، والحصول على دعم عاطفي مستمر (emro, 2025). وتتطلب هذه المنظومة الشمولية دعماً هيكلياً وحوكمة إكلينيكية متطورة لدعم جودة الخدمات وتحقيق الاستجابة المثلى في البيئات الصحية المتأثرة بالصراعات والأزمات الممتدة (Alsalit et al., 2026; Shamlan & Al-Wesabi, 2026). تتحدد ملامح دعم وتواصل القابلة من خلال أبعاد جوهرية، أولها الدعم العاطفي والاجتماعي، الذي يتجاوز مجرد الحضور الجسدي ليشمل بناء "الوحدة الروحية" والشعور بالأمان النفسي عبر التعاطف والخصوصية والتواصل غير المتحيز. وثانيها التواصل الفعال والإعلام، وهو العملية التبادلية التي تضمن للأم فهماً عميقاً لمجريات المخاض، مما يقلل من الغموض ويحفز ما يُعرف بـ "الائتمان الذاتي" (Self-entrustment)، وهو حال من الثقة المتبادلة تجعل الأم أكثر قدرة على التعاون السريري. وثالثها احترام الاستقلالية والمشاركة في القرار (Yeganeh et al., 2025)، وهو البعد الذي ينقل الأم من دور المتلقي السلبي للإجراءات الطبية إلى دور الفاعل الأساسي الذي يمتلك الحق في اختيار وضعية الولادة ورفض أو قبول التدخلات بناءً على معلومات دقيقة (Ganisia & A'zdom, 2025). على الجانب الآخر، يبرز "رضا الأم" كأهم مؤشر نوعي لجودة الرعاية المهنية، وهو مفهوم معقد يتأثر بمدى تلبية التوقعات الشخصية للأم وبالتفاعل الإنساني مع الطاقم الطبي (Bohren et al., 2025). إن الرضا لا يعني غياب الألم، بل يعني شعور الأم بالسيطرة الشخصية والقدرة على التحكم في انفعالاتها وأفعالها أثناء المخاض، وهو ما يُعرف بـ "الوكالة المخاضية" (Labor Agentry) (Nahaee et al., 2020). الدراسات العالمية تؤكد أن النساء اللاتي يتلقين دعماً مستمراً من قابلة يعرفنها يكنّ أكثر رضا، ويطلبن مسكنات ألم أقل، ويمتلكن ذكريات إيجابية تعزز من ثقتهن في أنفسهن كأمهات (Jafari et al., 2017). وبالانتقال إلى السياق اليمني، نجد أن واقع رعاية الأمومة يواجه تحديات دراماتيكية ناتجة عن عقود من النزاعات المسلحة والأزمات الإنسانية المتصاعدة التي أدت إلى شبه انهيار في المنظومة الصحية. فاليمن يسجل مستويات مقلقة لوفيات الأمهات بلغت 183 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية في عام 2020، مع تزايد مخاطر النزيف وتسمم الحمل في ظل شح الأدوية والمستلزمات (emro, 2025). وفي المستشفيات المرجعية بأمانة العاصمة صنعاء، والتي تمثل الملاذ الأخير للحالات المعقدة، تعاني القابلات من ضغوط هائلة نتيجة الكثافة العددية العالية، ونقص الرواتب، وازدحام المرافق، مما قد يدفع بالممارسة المهنية نحو التركيز السريري البحت، وتهميش الجوانب العاطفية والتواصلية مع الأمهات (Tappis et al., 2020). إن هذه الدراسة تنبع من الحاجة الملحة لفهم كيف يمكن لتعزيز سلوكيات الدعم والتواصل

لدى القابلات في المستشفيات الحكومية بصنعاء أن يمثل "تدخلاً علاجياً" غير مكلف لرفع مستوى جودة الرعاية وتحسين رضا الأمهات. ففي ظل محدودية الموارد المادية، يصبح الاستثمار في الكفاءة التواصلية للقابلة حجر الزاوية لجعل تجربة الولادة آمنة إنسانياً كما هي آمنة طبياً. وتستهدف الدراسة تحليل أثر هذه السلوكيات عبر أبعاد متعددة، آخذة في الاعتبار الخصائص الديمغرافية والتوليدية للعينة (العمر، التعليم، طريقة الولادة، مدة المخاض) لفهم المتغيرات الوسيطة التي قد تعزز أو تضعف من إدراك الأم لجودة الخدمة وتجربتها الذاتية، وهو توجه استراتيجي يسهم في إصلاح واقع القطاع الصحي اليمني وبنائه وفق أسس علمية متينة (Al-Wesabi, 2020).

المبحث الأول: الإطار العام للدراسة

يتناول هذا المبحث الإطار العام للدراسة الذي تضمن مشكلة الدراسة واهميتها وأهدافها ومتغيراتها ونموذجها المعرفي وفرضياتها ومنهجها ومفاهيمها الإجرائية وحدودها وذلك على النحو التالي:

1.1.1 مشكلة الدراسة:

تتبلور مشكلة الدراسة في الفجوة العميقة بين المعايير المهنية والأخلاقية العالمية التي تفرضها منظمات مثل (WHO) و(ICM) وبين الواقع الميداني الصعب الذي تعيشه المستشفيات المرجعية في أمانة العاصمة صنعاء (emro, 2025). فبينما تؤكد الأدبيات أن الدعم العاطفي والتواصل المستمر هما العمود الفقري لرضا الأم ونتائج الولادة الإيجابية، يواجه النظام الصحي اليمني أزمة مركبة جعلت من تقديم رعاية توليدية "محترمة" وشاملة تحدياً جسيماً (Barbieri et al., 2025; Kholoud et al., 2026; Serpetini et al., 2025; Yeganeh et al., 2025).

وعند تشخيص هذا التراجع المؤسسي والمرفقي في اليمن، نجد أن الاختلالات التشغيلية الحادة لا ترتبط حصرياً بظروف النزاع المسلح، بل تُعزى بصورة رئيسة ومباشرة إلى إشكاليات سوء الإدارة، والقصور الحاد في الحوكمة المؤسسية والسريرية داخل المرافق الطبية (Al-Wesabi, 2020; Shamlan & Al-Wesabi, 2026).

ويمكن تفصيل أبعاد المشكلة من خلال المحاور التالية :

- **أولاً: تدهور البيئة التشغيلية وضغط العمل :**تعاني المستشفيات المرجعية في صنعاء (مثل مستشفى السبعين والثورة) من تدفق هائل للحالات الولادية يفوق طاقتها الاستيعابية، في ظل نقص حاد في الكادر البشري المؤهل والمستلزمات الأساسية (Obel et al., 2021). هذا "الازدحام" يؤدي بالضرورة إلى اختصار وقت التواصل بين القابلة والأم، حيث تجد القابلة نفسها مضطرة لإعطاء الأولوية للتدخلات السريرية الطارئة لإنقاذ الأرواح، مما يجعل الدعم العاطفي والشرح الوافي للأم "رفاهية" يصعب تحقيقها في ظل ضغوط المناوبات الطويلة ونقص الرواتب (Mahmood et al., 2025). ويتأثر هذا الجانب سلباً بغياب استراتيجيات واضحة لتطوير الموارد البشرية الصحية، وقصور برامج المسار الوظيفي والتدريب المتخصص الكفيل برفع كفاءة الأداء التمريضي والقبالي وتحصينه ضد الاحتراق المهني (Al-wesabi, 2017; alwsaby, 2017; Qabban & Al-Wesabi, 2025).

- **ثانياً: غياب التواصل الفعال وانتشار الممارسات السلطوية :**تشير العديد من الدراسات في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط إلى أن ضعف مهارات التواصل لدى مقدمي الخدمة يؤدي إلى شعور الأمهات بالإهمال أو حتى التعرض لسوء المعاملة اللفظية (Srivastava et al., 2015). وفي السياق المحلي، قد تفتقر الأمهات للمعلومات الكافية حول سير المخاض أو أسباب التدخلات الجراحية، مما يرفع من مستويات القلق والتوتر ويقلل من الرضا العام (Hajizadeh et al., 2020). كما أن "تطبيب الولادة" (Medicalization) أدى إلى تغليب لغة الأجهزة والبروتوكولات على لغة التعاطف الإنساني (Haza'a et al., 2024). ويعكس هذا الضعف غياباً جلياً لمحددات جودة الرعاية والآليات القيادية للحوكمة السريرية وإدارة الجودة الشاملة داخل أقسام الولادة (Al-Saleet et al., 2025; Alsalit et al., 2026; Shamlan & Al-Wesabi, 2026).

- **ثالثاً: تهميش استقلالية الأم وفقدان السيطرة الشخصية :**يمثل اتخاذ القرارات الطبية (مثل شق العجان أو تحفيز المخاض) دون الحصول على موافقة مستنيرة أو إشراك الأم في الخيارات المتاحة انتهاكاً لحقوقها واستقلاليتها (Noseworthy et al., 2012). هذا الشعور بـ "فقدان الوكالة" هو المتنبئ الأقوى بعدم الرضا وتطور اضطرابات ما بعد الولادة (Jafari et al., 2017). وفي المستشفيات اليمنية، غالباً ما تُعامل الأم كـ "حالة سريرية" وليس كشريك، مما يضعف من قدرتها على السيطرة على انفعالاتها وتجربتها الذاتية (Goodman et al., 2004). ويعزى هذا التهميش بشكل أساسي لعدم تفعيل معايير الجودة الشاملة والاعتمادات العالمية المتمحورة بالدرجة الأولى حول سلامة وخصوصية المريض (Al-wesabi, 2012; Qabban et al., 2025).

- **رابعاً: التبعات النفسية والاجتماعية الوخيمة :**إن ضعف الدعم والتواصل لا يؤدي فقط إلى تدني الرضا اللحظي، بل يرتبط بزيادة معدلات اكتئاب ما بعد الولادة، وصعوبة تشكل الرابطة بين الأم والطفل، ونشوء "فوبيا الولادة" (Tokophobia) التي تجعل النساء يتجنبن الولادة في المستشفيات مستقبلاً أو يطلبن عمليات قيصرية غير مبررة طبياً (Stoll & Hauck, 2016; Suso-Ribera et al., 2023; Yeganeh et al., 2025). هذا التجنب يساهم في إبقاء معدلات الولادة المنزلية غير الآمنة مرتفعة، مما يعيد إنتاج حلقة وفيات الأمهات (Haza'a et al., 2024; Kholoud et al., 2026). ويبرز هنا الدور المفقود للمؤسسات الأكاديمية المتخصصة التي يجب أن تقود حركة الإصلاح الهيكلي والتعليمي لانتشال الواقع الصحي وبناء رعاية أمومة آمنة (Al-Wesabi, 2020).

- **خامساً: ندرة البيانات الموثقة محلياً :**بالرغم من الجهود البحثية، تفتقر المكتبة اليمنية إلى دراسات ميدانية حديثة تستخدم مقاييس عالمية متعددة الأبعاد (مثل مقياس ماكي) لربط سلوكيات القابلة بالرضا النفسي للأم في ظل ظروف النزاع، وهناك حاجة ماسة لتشخيص الواقع الميداني في صنعاء لبناء استراتيجيات تدريبية قائمة على الأدلة (Kabakian et al., 2017). وتزداد هذه الفجوة وضوحاً في ظل النقص الشديد للأبحاث المعنية بتقييم محركات جودة الرعاية، وتأثير ممارسات الحوكمة الإكلينيكية وإدارة الجودة الشاملة على الأداء السلوكي والسريري لكوادر التمريض والقبالة (Alsalit et al., 2026; Qabban et al., 2026; Shamlan & Al-Wesabi, 2026).

الفجوات الجوهرية الأربع التي تسعى الدراسة لسدها في السياق اليمني

:

1. **الفجوة السياقية (البيئات المتأثرة بالأزمات) :**تتركز معظم الأبحاث العالمية حول "الرعاية المتمحورة حول الأم" في دول مستقرة تمتلك أنظمة صحية متينة .وتوجد ندرة حادة في الدراسات التي تبحث كيف يمكن لمهارات "القوة الناعمة" للقابلة (الدعم والتواصل) أن تعوض النقص في "القوة الصلبة" للمستشفى (المعدات والأدوية) في بيئة كبيئة صنعاء. هذه الدراسة ستقدم فهماً فريداً لكيفية عمل الدعم النفسي كعامل وقائي في ظروف الأزمات الإدارية والتشغيلية الممتدة (Al-Saleet et al., 2025; Alsalit et al., 2026).
2. **الفجوة المنهجية والأدواتية :**تكتفي أغلب الدراسات المحلية السابقة بقياس الرضا كمتغير أحادي عبر أسئلة بسيطة (راضٍ/غير راضٍ). بينما تعتمد هذه الدراسة على مقاييس عالمية مقننة ومعربة مثل (Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale) و(Birth Satisfaction Scale-Revised)، والتي توفر دقة عالية في قياس أبعاد دقيقة مثل "السيطرة على الانفعالات" و"الخبرة الذاتية" و"جودة التفاعل مع القابلة".
3. **الفجوة الموضوعية (أبعاد الاستقلالية) :**نادراً ما يتم تناول "احترام الاستقلالية والمشاركة في القرار" كبعد مستقل في الدراسات العربية التوليدية، حيث يغلب التركيز على "حسن المعاملة" العامة .تدمج هذه الدراسة هذا البعد كمتغير حاسم، مستندة إلى أحدث المقاييس المتمحورة حول تقييم أداء الكوادر وسلوكيات الرعاية القبالية والتمريضية المحترمة (Qabban et al., 2025; Qabban et al., 2026).

4. **الفجوة التحليلية (الربط مع المتغيرات التوليدية) :**تفتقر الدراسات إلى تحليل عميق لكيفية تأثر العلاقة بين دعم القابلة ورضا الأم بمتغيرات مثل "مدة المخاض" أو "طريقة الولادة" في آن واحد .ستقدم هذه الدراسة نمذجة معقدة توضح متى يكون دعم القابلة أكثر تأثيراً، وهل يمكن للتواصل الجيد أن يحافظ على رضا الأم حتى في حال حدوث ولادة جراحية طارئة .

2.1.1 تساؤلات الدراسة:

بناءً على ما تقدم، يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس التالي:

ما طبيعة العلاقة بين درجة دعم وتواصل القابلة (بأبعادها: العاطفية، التواصلية، والاستقلالية) ومستويات رضا الأمهات (بأبعادها: جودة الرعاية، السيطرة الشخصية، والرضا العام) في المستشفيات المرجعية بأمانة العاصمة صنعاء؟

ويتفرع عنه التساؤلات الفرعية الآتية:

1. ما مستوى دعم وتواصل القابلة، ومستوى الرضا المُبلَغ عنه لدى الأمهات في سياق المستشفيات محل الدراسة؟
2. هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية لدعم وتواصل القابلة (بأبعادها الفرعية المتمثلة في الدعم العاطفي، التواصل والإعلام، احترام الاستقلالية) والدرجة الكلية لرضا الأم المُبلَغ عنه (بأبعاده الفرعية)؟
3. ما هي الأبعاد الفرعية لدعم وتواصل القابلة التي تسهم بشكل تنبؤي في تفسير التباين في الرضا الكلي عن تجربة الولادة، بعد الأخذ بعين الاعتبار والضبط لمتغيرات الخلفية السريرية (مثل طريقة الولادة ومدتها)؟

3.1.1 أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى استكشاف وتحليل النقاط التالية:

1. تحديد المستوى العام للدعم العاطفي والاجتماعي الذي تقدمه القابلات في المستشفيات المرجعية بصنعاء من منظور الأمهات.

2. تقييم جودة التواصل الفعال والإعلام، ومدى كفاية المعلومات المقدمة للأم حول مراحل ولادتها وحالة جنينها.
3. قياس مدى التزام القابلات باحترام استقلالية الأمهات وإشراكهن في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإجراءات التوليدية.
4. تقدير مستويات رضا الأمهات عن ثلاثة محاور: جودة الرعاية المهنية، شعورهن بالسيطرة الشخصية، والرضا العام الكلي.
5. الكشف عن طبيعة وقوة العلاقة الارتباطية بين أبعاد دعم القابلة (المتغير المستقل) وأبعاد رضا الأم (المتغير التابع).
6. تطوير نموذج انحدار تنبؤي متعدد يحدد الأهمية النسبية والقوة التنبؤية لكل بُعد من أبعاد دعم القابلة في التنبؤ بدرجة الرضا الكلية للأم.
7. صياغة مقترحات عملية مبنية على النتائج لتطوير "ميثاق تواصل" وبرامج تدريبية للقابلات في أمانة العاصمة.

4.1.1 أهمية الدراسة:

يمكن استعراض الأهمية العلمية والعملية للدراسة كما يلي:

1.4.1.1 الأهمية العلمية:

- توطين المفاهيم الحديثة للرعاية التوليدية الانسانية (RMC) ونموذج القبالة (Midwifery Model) في البيئة الأكاديمية اليمنية.
- توفير إطار نظري يربط بين العلوم السلوكية (التواصل، الدعم) والنتائج السريرية النفسية في القبالة.
- تقديم أدوات بحثية عالمية مصدق عليها ومعربة (مقياس ماكي) يمكن للباحثين اليمنيين استخدامها في دراسات مستقبلية.

2.4.1.1 الأهمية العملية (التطبيق):

- تزويد وزارة الصحة وصناع القرار في مستشفيات أمانة العاصمة ببيانات ميدانية واقعية حول جودة "الخدمة الإنسانية" في أقسام الولادة.

- المساهمة في تحسين جودة حياة الأمهات من خلال التوعية بأهمية الدعم النفسي في تقليل صدمات الولادة واكتئاب ما بعد الولادة.
- توجيه برامج التدريب المستمر للقابلات لتركيز الجهود على مهارات "الذكاء العاطفي" والتواصل، مما يسهم في رفع كفاءة الكادر في ظل الموارد المحدودة.

5.1.1 متغيرات الدراسة ونموذجها المعرفي:

1.5.1.1 المتغير المستقل (X): الدعم والتواصل:

يمثل مدخلات الرعاية المقدمة من القابلة، ويتكون من ثلاثة أبعاد رئيسية: الدعم العاطفي، التواصل الفعال والإعلام، واحترام الاستقلالية (المقاس باستخدام MADM).

2.5.1.1 المتغير التابع (Y): الرضا المُبلَغ عنه:

يمثل نتيجة تجربة الولادة المُقاسة ذاتياً، ويشمل جودة الرعاية المهنية المُدرَكة والخبرة الذاتية الإيجابية، بالإضافة إلى الرضا العام.

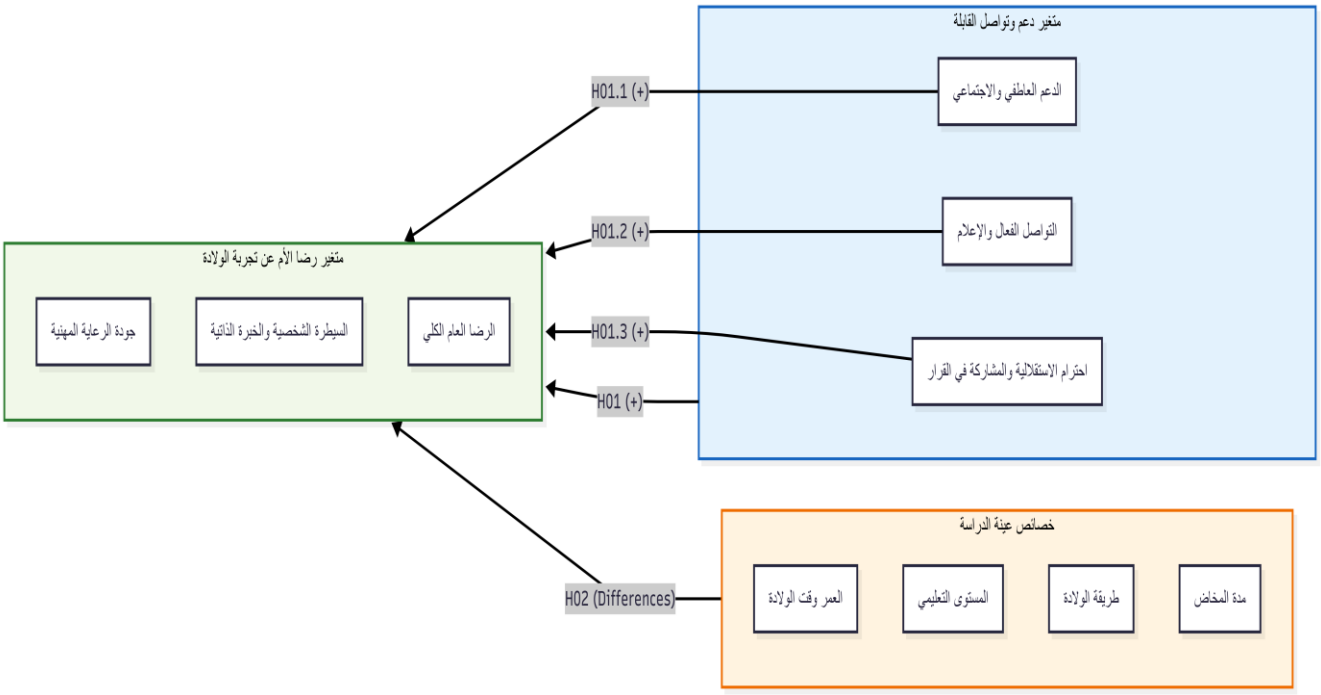
3.5.1.1 المتغيرات الكامنة (الديمغرافية):

تشير المتغيرات الديمغرافية الى خصائص عينة الدراسة والتي تتمثل في الآتي:

- العمر وقت الولادة :العمر الزمني للأم بالسنوات الكاملة وقت إجراء الدراسة .
- المستوى التعليمي :التوصيف الرسمي لأعلى شهادة حصلت عليها الأم (أميّة، أساسي، ثانوي، جامعي).
- طريقة الولادة :النمط السريري لانتهاء المخاض (ولادة مهبلية تلقائية، ولادة بمساعدة أجهزة، قيصرية طارئة).
- مدة المخاض :عدد الساعات المستغرقة من بداية المرحلة النشطة (اتساع 4 سم) وحتى تمام الولادة.

4.5.1.1 النموذج المعرفي للدراسة:

يعكس النموذج المعرفي التالي هيكلية العلاقات المفترضة ومسارات التأثير بين متغيرات الدراسة، مع ترميز الفرضيات الصفرية على الأسهم المحددة للاتجاهات:



6.1.1 فرضيات الدراسة:

انطلاقاً من مشكلة الدراسة وأهدافها، تم صياغة الفرضيات التالية لاختبارها إحصائياً:

1.6.1.1 الفرضية الرئيسة الأولى (H_{01}): لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($alpha \leq 0.05$) بين درجة دعم وتواصل القابلة (بأبعادها الثلاثة) ومستوى رضا الأم العام عن تجربة الولادة في المستشفيات المرجعية بصنعاء.

ويتفرع عن هذه الفرضية الفرضيات الفرعية الآتية:

1. **الفرضية الفرعية الأولى (H_{01.1}):** لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الدعم العاطفي والاجتماعي المقدم من القابلة وبين مستوى رضا الأم العام عن تجربة الولادة في المستشفيات المرجعية بصنعاء.
2. **الفرضية الفرعية الثانية (H_{01.2}):** لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين فعالية التواصل والإعلام من قبل القابلة وبين ومستوى رضا الأم العام عن تجربة الولادة في المستشفيات المرجعية بصنعاء.

3. **الفرضية الفرعية الثالثة (H_{01.3}):** لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين احترام القابلة لاستقلالية الأم ومشاركتها في القرار وبين ومستوى رضا الأم العام عن تجربة الولادة في المستشفيات المرجعية بصنعاء.

2.6.1.1 الفرضية الرئيسة الثانية (H_{02}): لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات رضا الأمهات عن تجربة الولادة تُعزى للمتغيرات الديمغرافية والتوليدية (العمر، المستوى التعليمي، طريقة الولادة، مدة المخاض).

7.1.1 التعريفات الاصطلاحية والإجرائية لمتغيرات الدراسة:

1.7.1.1 متغير دعم وتواصل القابلة (المتغير المستقل):

التعريف العلمي (الاصطلاحي): هو ممارسة قبالية شاملة تدمج بين المهارات السريرية والذكاء الاجتماعي، تهدف إلى توفير الأمان النفسي والجسدي للمرأة عبر التواجد المستمر، والتعاطف، والشفافية في نقل المعلومات، واحترام كرامة المرأة وحقها في الاستقلالية والتقرير الذاتي خلال رحلة الولادة (ICM, 2024., Ganisia & A'zdom, 2025).

الأبعاد والتعريفات الإجرائية:

1. **الدعم العاطفي والاجتماعي:** إجرائياً، هو تقييم الأم لمدى إظهار القابلة للود، والتشجيع، والحضور المطمئن، واستخدام اللمس العلاجي أو كلمات الثناء، ومعاملتها كإنسانة لها مشاعر وليس كحالة طبية. ويقاس بالدرجة الكلية التي تحصل عليها الأم في البنود المتعلقة بهذا البعد في الاستبيان.
2. **التواصل الفعال والإعلام:** إجرائياً، هو قدرة القابلة على تبسيط المعلومات الطبية، وشرح ما يحدث في كل مرحلة من المخاض، والاستماع النشط لشكاوى الأم ومخاوفها، وإبقائها على علم دائم بحالة الجنين. ويقاس بالدرجة المحققة في البنود التواصلية للمقياس.
3. **احترام الاستقلالية والمشاركة في القرار:** إجرائياً، هو حرص القابلة على أخذ إذن الأم قبل الفحص المهبلي أو إجراء التدخلات، ومناقشة الخيارات المتاحة معها، واحترام خصوصية جسدها، وتجنب الإجبار أو التهديد. ويقاس بمدى موافقة الأم على البنود المتعلقة بالتمكين والقرار.

2.7.1.1 متغير رضا الأم عن تجربة الولادة (المتغير التابع)

التعريف العلمي (الاصطلاحي): هو محصلة التقييم المعرفي والعاطفي الذي تجريه المرأة لتجربة ولادتها، ويعكس مدى التقارب بين توقعاتها الشخصية والواقع الفعلي للرعاية، كما يرتبط بشعورها بالإنجاز والسيطرة الذاتية والارتقاء النفسي بعد الحدث (Nahaee et al, 2020).

الأبعاد والتعريفات الإجرائية:

1. **جودة الرعاية المهنية:** إجرائياً، هو إدراك الأم لمدى احترافية القابلة، وسرعة استجابتها لنداء الاستغاثة، ونظافة البيئة المحيطة، وتوفر الشعور بالأمان التقني في صالة الولادة. ويقاس ببنود "الرضا عن مقدم الخدمة والبيئة" في مقياس ماكي.
2. **السيطرة الشخصية والخبرة الذاتية:** إجرائياً، هو شعور الأم بأنها كانت "سيدة الموقف"، وقدرتها على إدارة الألم والتنفس، وإحساسها بالفخر بقوتها الجسدية والنفسية خلال مراحل الولادة. ويقاس ببنود "الرضا عن الذات" و"السيطرة" في المقياس.
3. **الرضا العام الكلي:** إجرائياً، هو الانطباع الشمولي الذي تحمله الأم بعد خروجها من المستشفى، ويعبر عن رغبتها في العودة لنفس المكان مستقبلاً أو توصية الأخريات به. ويقاس بالدرجة الكلية النهائية لمقياس الرضا المستخدَم.

8.1.1 حدود الدراسة

تلتزم هذه الدراسة بالحدود الضابطة التالية لضمان دقة النتائج وإمكانية تعميمها:

1.8.1.1 الحدود الموضوعية: تقتصر الدراسة على بحث العلاقة بين سلوكيات القابلة (دعم، تواصل، استقلالية) ورضا الأم، ولا تتناول المؤشرات السريرية البحتة (مثل نزيف ما بعد الولادة أو درجات أبغار للمولود) إلا في سياق تأثيرها على الرضا الذاتي.

1.8.1.2 الحدود المكانية: تُجرى الدراسة حصرياً في المستشفيات المرجعية الحكومية التابعة لأمانة العاصمة صنعاء، وهي (مستشفى السبعين للأمومة والطفولة، مستشفى الثورة العام، مستشفى الجمهوري التعليمي).

1.8.1.3 الحدود الزمانية: تمتد فترة جمع البيانات الميدانية من (1ديسمبر 2025) وحتى (15 يناير 2026).

1.8.1.4 الحدود البشرية: تشمل الدراسة الأمهات اللاتي وضعن مواليدهن (ولادة مهبلية أو قيصرية طارئة بعد تجربة مخاض) والقابلات اللاتي قدمن الرعاية لهن، واللاتي وافقن طوعاً على المشاركة.

المبحث الثاني: الدراسات السابقة

يتناول هذا المبحث الدراسات السابقة التي لها علاقة بموضوع الدراسة بشكل مباشر أو غير مباشر ثم تطرق إلى أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسات الحالية والدراسات السابقة وبين ما يميزها عن تلك الدراسات وأوجه الاستفادة منها وذلك على النحو التالي:

1.2.1 الدراسات العربية:

1- دراسة (Rashash,D., 2025) رضا الأمهات عن الرعاية التي تقودها القابلات مقابل الرعاية التي يقودها الأطباء أثناء الولادة في العراق.

هدفت إلى فحص تجارب النساء ورضاهن عن الرعاية التي تقودها القابلات أثناء الولادة في ذي قار، العراق، ومقارنتها بالرعاية التي يقودها الأطباء. استخدمت منهجية دراسة مختلطة المنهج موازية متقاربة (Convergent parallel mixed-methods study). شملت العينة 150 امرأة بعد الولادة. وتم جمع البيانات الكمية باستخدام مقياس ماكي لتقييم الرضا عن الولادة (MCSRS) المُكيَّف والمُترجم إلى اللغة العربية، والذي تميز بموثوقية داخلية جيدة (ألفا كرونباخ = 0.82). أظهرت أن الرضا العام كان معتدلاً، ولم يوجد اختلاف كبير في مستويات الرضا بين نموذج الرعاية الذي تقوده القابلات ونموذج الرعاية الذي يقوده الأطباء. وتوصلت إلى أن هذا التناقض يُعزى إلى الفجوة السياقية بين أنظمة القبالة المستقلة الغنية بالموارد والأنظمة الهجينة في العراق، حيث تعمل القابلات غالبًا تحت الإشراف الطبي وقيود الموارد. كما أشارت إلى أن مقياس MCSRS قد لايلتقط بشكل كامل الأبعاد الثقافية للرضا في السياق العراقي.

2- دراسة (Alwahaibi et al., 2025) تفضيلات النساء وتأثيراتهن ورضاهن عن دعم المرافق أثناء تجارب المخاض والولادة في عمان.

هدفت إلى تقييم تفضيلات النساء العمانيات، وتأثير مرافقة الولادة، ورضاهن عن هذا الجانب من الرعاية الصحية، وهي أول دراسة تجمع بين تفضيلات النساء والمرافقين. استخدمت منهجية دراسة مقطعية قائمة على الملاحظة(cross-sectional observational study) ، وأُجريت في مستشفى جامعة السلطان قابوس بعمان بين يونيو 2022 وأبريل 2024. شملت العينة 444 امرأة وعددًا مساويًا من المرافقين. وتم إجراء مقابلات وجهًا لوجه بشكل منفصل وسري. أظهرت أن الأمهات والأزواج كانوا الأكثر تفضيلاً كمرافقين، حيث يفضلون أن يكونوا حاضرين من لحظة الدخول حتى الخروج. وأفادت 84.1% من النساء اللاتي كان لديهن مرافق

بالشعور بهدوء وراحة أكبر. وتوصلت إلى أن وجود المرافقين وأدوارهم أثناء عملية الولادة أمر بالغ الأهمية، حيث أبدت كل من النساء والمرافقين مستويات رضا عالية عن الطاقم الطبي والخدمات المقدمة.

3- دراسة (Alwahaibi et al., 2024) تقييم دور وتأثير المرافقين أثناء الولادة من وجهة نظر المرافق في عمان.

هدفت إلى تقييم دور وتأثير المرافقين أثناء الولادة في عمان، مع التركيز بشكل خاص على وجهة نظر المرافق، نظرًا لمحدودية الدراسات التي تناولت هذا الجانب. استخدمت منهجية دراسة مقطعية قائمة على الملاحظة (cross-sectional observational study). أُجريت في جناح الولادة بمستشفى جامعة السلطان قابوس بين يونيو 2022 وأبريل 2023. أظهرت أن النساء العمانيات يفضلن الأمهات على الأزواج كمرافقين، نظراً للقرب الثقافي والشعور بالراحة والأمان. وتوصلت إلى أن القرب الثقافي والقرب من الأم يوفر راحة وأمانًا أكبر للمرأة الوالدة، مما يشير إلى أهمية فهم الجوانب الثقافية والاجتماعية في توفير الدعم.

4- دراسة (Al-Hussainy et al., 2022) جودة ورضا النساء فيما يتعلق برعاية ما بعد الولادة في المملكة العربية السعودية.

هدفت إلى تقييم الفجوة بين جودة رعاية الأمومة ورضا النساء السعوديات عن رعاية ما بعد الولادة في مستشفى الملك خالد بجدة. استخدمت منهجية دراسة مقطعية وصفية .(descriptive cross-sectional study) شملت عينة ملائمة قوامها 300 امرأة سعودية بعد الولادة المهبلية التلقائية. تم استخدام نموذجي SERVQUAL &(JPSNQ) للقياس. أظهرت أن الرضا عن رعاية ما بعد الولادة كان معتدلاً بمتوسط (3.20 ± 0.511)، على الرغم من أن تقييم النساء للجودة المُدرَكة كان عاليًا. ووجد أن فجوة سالبة (1.27-) موجودة بين الجودة المتوقعة والجودة المُدرَكة. كما أن أبعاد الاستجابة (Responsiveness) والتأكيد (Assurance) والتعاطف (Empathy)كان لها تأثير كبير على الرضا. وتوصلت إلى أن المشاركات كن راضيات بشكل عام، لكنهن أبدين رغبة في الحصول على رعاية أكثر تعاطفاً .وأوصت الدراسة بزيادة التدريب لتعزيز مهارات التعاطف والتواصل لدى مقدمي الرعاية.

5- دراسة) (Al Nadabi et al., 2019) مسوحات اللغة العربية التي تقيس رضا الأمهات أثناء الولادة مراجعة للسياق العربي.

هدفت إلى مراجعة المسوحات المتاحة باللغة العربية التي استُخدمت لقياس رضا الأمهات عن الرعاية أثناء الولادة في البلدان العربية (شملت دراسات من الإمارات، والأردن، وسوريا، ومصر، ولبنان). استخدمت

منهجية مراجعة منهجية (Systematic review) للبحوث المنشورة بالإنجليزية والعربية منذ عام 2000 في ثماني قواعد بيانات. وتم تقييم سبع دراسات استخدمت سبع مسوحات مختلفة. أظهرت أن جميع المسوحات التي تم تحليلها قيست الرضا حول الرعاية الشخصية بين مقدمي الرعاية والمرأة .ووجد أن الخصائص السيكومترية للمسوحات العربية لم يتم الإبلاغ عنها جيدًا وكانت متغيرة. وتوصلت إلى أن الاستبيان المكون من ثمانية بنود (SCCS)كان موثوقًا وتم اختباره جيدًا، وأنه قصير ومناسب للاستخدام. ودعت المراجعة إلى تقييم صارم للمسوحات العربية في سياقات مختلفة.

6- دراسة (Kabakian-Khasholian et al, 2017) رضا النساء وتصورهن للسيطرة في الولادة في ثلاث دول عربية (مصر ولبنان وسوريا).

هدفت إلى وصف مستويات الرضا وتصورات التحكم لدى النساء اللاتي يلدن في مستشفيات عامة في مصر ولبنان وسوريا، وتحديد عوامل تقديم الخدمة المرتبطة بالرضا. استخدمت منهجية دراسة تطبيقية متعددة المراكز في مرحلة ما قبل التدخل. شملت العينة الكبيرة 2620 امرأة في ثلاثة مستشفيات تعليمية عامة. وتم قياس الرضا باستخدام نسخة مكيفة من مقياس ماكي لتقييم الرضا عن الولادة، وتم قياس التحكم باستخدام المقياس المختصر لوكالة المخاض. أظهرت أن الرضا الكلي كان مرتفعًا في جميع المواقع، ولكنه كان الأدنى في مصر. ووجد أن التحكم المُتصوَّر أثناء المخاض كان مرتبطًا بشكل مباشر بزيادة الرضا .كما أن النساء ذوات المستويات التعليمية المنخفضة أظهرن مستويات أعلى من الرضا. وتوصلت إلى أن ارتفاع الرضا قد يعكس انخفاض التوقعات الأولية لدى النساء اللاتي يلدن في مستشفيات القطاع العام. وأكدت الدراسة على أن الشعور بالسيطرة يمثل أهم مؤشر للرضا، ودعت إلى مزيد من البحوث النوعية لفهم مفهومي التحكم والرضا في الثقافة العربية.

7- دراسة (Annica Kempe, 2015) مسوحات اللغة العربية التي تقيس رضا الأمهات أثناء الولادة في اليمن.

هدف الدراسة :هدفت إلى اكتساب نظرة معمقة على تجارب النساء اليمنيات في الرعاية الحديثة والتقليدية أثناء الولادة، وحالتهن النفسية المتصورة، وأنماط سعيهن للحصول على الرعاية، في سياق يمني ذي معدل وفيات مرتفع للأمهات. استخدمت منهجية أخذ عينات متعددة المراحل (stratified-purposive-random sampling). وتمة مقابلة 220 امرأة لديها تجربة ولادة في خمس محافظات يمنية، باستخدام استبيان شبه منظم. أظهرت أن الأغلبية العظمى من النساء اعتبرت الولادة وضعاً خطيراً .وأن شعورهن بالسلطة (Authority) كان مرتبطاً بشكل أساسي بقطاع الولادة التقليدي. وتوصلت إلى أن سلطة المرأة المتصورة

أثناء الولادة تتناقص في سياق توسع رعاية الولادة الحديثة، وهذا سبب مهم لعدم استخدام النساء للرعاية المهنية بالشكل الكافي. ودعت الدراسة إلى التعاون بين الرعاية الحديثة والتقليدية.

8- دراسة : (Atiya, K. Mohammed, 2015) رضا الأمهات فيما يتعلق بجودة الرعاية التمريضية أثناء المخاض والولادة في مستشفى السليمانية التعليمي في العراق.

هدفت إلى تقييم جودة الرعاية التمريضية المقدمة أثناء فترتي ما قبل الولادة وما بعدها، وقياس رضا المرضى عن هذه الرعاية. استخدمت منهجية دراسة وصفية .(Descriptive study) تم اختيار عينة هادفة قوامها 200 امرأة بعد الولادة. وتم استخدام استبيان (Women's views of birth Labor Satisfaction Questionnaire - WQBLS4). أظهرت أن النساء كن راضيات فيما يتعلق بتوقعاتهن، والدعم من الزوج والأقارب، وكن راضيات بقوة عن البنود المتعلقة بالدعم المهني والبيئة والرضا العام. وتوصلت إلى أن العوامل الرئيسية المؤثرة على الرضا هي التفاعل بين مقدمي الرعاية والعملاء، وخصائص مكان الولادة، وإشراك العملاء في عملية الرعاية، ونتائج الولادة للأم والطفل.

9- دراسة (Al-Mandeel,H et al, 2013) قبول ومواقف النساء السعوديات تجاه دعم المرافق أثناء المخاض في المملكة العربية السعودية.

هدفت إلى وصف تفضيلات النساء السعوديات تجاه المرافقين الداعمين أثناء المخاض واستكشاف مواقفهن ومعرفتهن بأهمية هذا الدعم، نظرًا لعدم وجود سياسة واضحة للمرافقين في معظم المستشفيات الحكومية. استخدمت منهجية دراسة الأتراب الاستطلاعية .(Prospective cohort study) أُجريت في ثلاثة مستشفيات حكومية رئيسية في الرياض. تمت مقابلة 402 امرأة بعد الولادة باستخدام استبيان عربي مُقنّن. أظهرت أن 45.3% فقط من النساء فضلن وجود مرافق. وكان الدافع الأكثر شيوعًا لعدم تفضيل المرافق هو الخوف من التعرض (being exposed) أمامه (64.1%). وكان الدعم المفضل من الأم (58%) أو الزوج.(51%) وتوصلت إلى أن نسبة كبيرة من النساء السعوديات المستطلعات لا تفضلن وجود مرافق داعم، ويعود ذلك إلى الافتقار إلى فهم الدور الإيجابي للمرافق أو بسبب المعتقدات الثقافية .وأكدت على الحاجة الملحة لاستراتيجيات تثقيفية فعالة خلال فترة ما قبل الولادة.

10- دراسة (Thomas et al, 2004) مواقف النساء تجاه الدعم النفسي والاجتماعي أثناء المخاض في الإمارات العربية المتحدة.

هدفت إلى تحديد مواقف وتفضيلات النساء فيما يتعلق بالدعم النفسي والاجتماعي أثناء الولادة في الإمارات العربية المتحدة. استخدمت منهجية دراسة الأتراب .(Cohort study) شملت عينة متتالية من 400 أم لديهن حمل مفرد وولادة مهبلية طبيعية، وتمت مقابلتهن بعد الولادة. أظهرت أن 87.5% من الأمهات شعرن أن الدعم النفسي والاجتماعي ضروري .وكان المخاض أقصر بشكل ملحوظ (P<0.0001)مع حاجة أقل لتسكين الألم في مجموعة المرافقين مقارنة بمجموعة عدم المرافقين. كما أن 59.3% أبلغن عن عدم الرضا أو مشاعر سلبية، وكان ذلك أكثر تكراراً في مجموعة عدم المرافقين. وتوصلت إلى أن الدعم العاطفي من الزوج غير مقبول ولا يحظى بالتقدير لدى النساء في الإمارات، على عكس الممارسات الغربية، بسبب البيئة الاجتماعية والثقافية المختلفة. وأكدت أن نتائج الدعم المصاحب وتجاربه في الإمارات لا تختلف عن تلك الموصوفة في أماكن أخرى.

2.2.1 الدراسات الأجنبية:

1- دراسة: (Turkmen and Binfare, 2025) في السويد.

Maternal Satisfaction and Birth Experiences after Elective Induction vs. Spontaneous Onset in Late-Term Pregnancy

هدفت إلى التحقيق في تأثير طريقة بدء المخاض (العفوي مقابل المُستحث) على رضا النساء عن الرعاية وتجربة الولادة، وتحديد ما إذا كان تصور المرأة لتجربة ولادتها يتغير بمرور الوقت. استخدمت منهجية دراسة قائمة على السجل (register-based study) حللت بيانات 29,161 امرأة حامل. وتم تطبيق تحليل الانحدار الخطي المتعدد لتقييم العوامل المؤثرة. أظهرت أن النساء أبلغن عن تجربة ولادة أسوأ إذا كانت ولادتهن ناتجة عن التحريض (IOL) مقارنة بالبدء العفوي، وذلك عند تقييمهن بعد 8 أسابيع وسنة من الولادة.($P < 0.001$) وتوصلت إلى أن نمط الولادة وتكافؤ الحمل (Parity) والنزيف الشديد كانت من العوامل التي أظهرت ارتباطات بالرضا عن الرعاية وتجربة الولادة على المدى القصير والطويل.

2- دراسة: (Ďuríčeková, B., et al, 2024) في سلوفاكيا

Satisfaction with Childbirth and Level of Autonomy of Women during the Childbirth

هدفت إلى تحديد العلاقة بين الرضا المُتصوَّر عن الولادة (Birth Satisfaction) والاستقلالية المُتصوَّرة في اتخاذ القرارات (Perceived autonomy in decision making) أثناء عملية الولادة. استخدمت منهجية دراسة مقطعية (Cross-sectional study) شملت 437 امرأة، وتم قياس الرضا باستخدام مقياس-BSS) R) والاستقلالية باستخدام مقياس. (MADM) أظهرت أن النساء اللاتي أدركن مستوى أعلى من الاستقلالية في اتخاذ القرار أثناء الولادة شعرن برضا عام أعلى عن الولادة .(p = 0.001) كما أن 16.9% من المشاركات اعتبرن الولادة حدثًا صادمًا، وارتبط هذا التقييم بانخفاض مستويات الرضا والاستقلالية. وتوصلت إلى أن إشراك الأم في عملية اتخاذ القرار المتعلقة بولادتها يمثل جانبًا أساسيًا من جوانب الرعاية الصحية والرضا العام عن الولادة.

3- دراسة: .(Leahy-Warren and Nieuwenhuijze, 2023) في البلدان ذات الدخل المرتفع

Measuring Women's Empowerment during the Perinatal Period in High Income Countries.

هدفت إلى تحديد أدوات قياس صالحة وموثوقة لتقييم جميع سمات تمكين المرأة خلال فترة ما حول الولادة في البلدان ذات الدخل المرتفع. استخدمت منهجية مراجعة نطاق (Scoping review) شملت البحث في خمس قواعد بيانات، وتم تضمين 36 ورقة بحثية ركزت على أدوات القياس المستخدمة منذ عام 1999.

أظهرت تحديد 21 أداة قياس مختلفة للتمكين أو المفاهيم ذات الصلة (مثل الكفاءة الذاتية والسيطرة). ولم تكن أي من الأدوات المُحددة تقيس بشكل كامل كافة أبعاد التمكين (الداخلية والخارجية) كما تم تعريفها نظريًا. وتوصلت إلى الحاجة لتطوير أداة جديدة صالحة وموثوقة وذات أساس نظري سليم لقياس جميع أبعاد تمكين المرأة خلال فترة ما حول الولادة، نظراً لعدم وجود أداة واحدة حاليًا تحقق ذلك.

4- دراسة: (Kidane et al, 2022) الرضا الأمومي عن خدمات الولادة وعواملها المرتبطة في المستشفيات العامة بشرق إثيوبيا.

Maternal Satisfaction on Delivery Care Services and Associated Factors at Public Hospitals in Eastern Ethiopia

هدفت إلى تقييم مستوى رضا الأمهات عن خدمات الولادة والعوامل المرتبطة به في المستشفيات الحكومية بشرق إثيوبيا، كونه مؤشرًا حاسمًا لجودة الرعاية الصحية. استخدمت منهجية دراسة مقطعية مؤسسية (Institutional-based cross-sectional study) شملت 400 أم بعد الولادة تم اختيارهن عشوائيًا، وتم

جمع البيانات باستخدام استبيان مقياس ليكرت خماسي النقاط. أظهرت أن الرضا العام عن خدمة الولادة بلغ 80%. كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الرضا بناءً على الحالة التعليمية للأم. وتوصلت إلى أن النساء ذوات التعليم المنخفض (الابتدائي أو بدون تعليم رسمي) أظهرن رضا أعلى (84.2% و 82.8% على التوالي) مقارنة بالنساء ذوات التعليم الجامعي وما فوق (67.5% راضيات).

5- دراسة: (van der Pijl MSG et al, 2021) في هولندا.

Client-Care Provider Interaction during Labour and Birth as Experienced by Women: Respect, Communication, Confidentiality and Autonomy.

هدفت إلى استكشاف تفاعل المرأة مع مقدمي الرعاية أثناء المخاض والولادة، مع تسليط الضوء على أن الرعاية المحترمة للأمومة (Respectful Maternity Care) مهمة لتجربة ولادة إيجابية. استخدمت منهجية دراسة مسحية (Survey) لتحليل تجارب النساء، مع التركيز على أبعاد الرعاية المحترمة الأربعة: الاحترام، التواصل، السرية، والاستقلالية.(Autonomy) أظهرت أن جميع مجالات الرعاية المحترمة، وهي الاحترام والتواصل والسرية والاستقلالية، كانت مرتبطة بشكل كبير بتحقيق التفاعل الأمثل مع مقدم الرعاية. وتوصلت إلى أن مفاهيم التواصل والسرية والاستقلالية هي المكونات الأساسية للرعاية المحترمة للأمومة، وهي ضرورية لضمان تجربة ولادة إيجابية ومرضية.

6- دراسة: (Dencker et al, 2020) في السويد.

Measuring Women's Experiences of Decision-Making and Aspects of Midwifery Support.

هدفت إلى تطوير بنود جديدة في بُعدي اتخاذ القرار ودعم القبالة، واختبار صلاحية البناء والموثوقية للنسخة المنقحة من استبيان تجربة الولادة (CEQ2) استخدمت منهجية التحليل العاملي التوكيدي (Confirmatory Factor Analysis) للتحقق من أبعاد المقياس الأربعة الجديدة، استجابةً لضعف الأداء الملاحظ في بُعدي المشاركة والدعم المهني في النسخة الأصلية. أظهرت أن مقياس CEQ2 يتمتع بجودة سيكومترية (قياسية) جيدة، بما في ذلك تطوير بنود جديدة لقياس تجارب النساء في اتخاذ القرار وجوانب دعم القبالة. وتوصلت إلى أن CEQ2 هي أداة صالحة وموثوقة لقياس تجربة الولادة، مع قدرتها على التمييز بين المجموعات التي تختلف في تجربة الولادة.

7- دراسة (Mocumbi et al, 2019) في شمال موزمبيق.

Mothers' Satisfaction with Care during Facility-Based Childbirth: A Cross-Sectional Survey in Southern Mozambique.

هدفت إلى تقييم تجارب الأمهات ورضاهن عن الرعاية أثناء الولادة في المرافق الصحية بموزمبيق، نظراً لأن رضا العميل هو عنصر أساسي في جودة الرعاية. استخدمت منهجية دراسة مسحية مقطعية قائمة على السكان (Population-based cross-sectional study) شملت 4358 من الأمهات اللاتي ولدن خلال 12 شهرًا قبل الدراسة. أظهرت أن غالبية الأمهات (92.5%) كن راضيات عن الرعاية بشكل عام. إلا أن الأمهات اللاتي تعرضن لتجارب سلبية (مثل الإهمال عند الحاجة للمساعدة، أو سوء المعاملة، أو الإهانة) أبلغن عن مستويات رضا منخفضة للغاية (68.5% مقارنة بـ 93.5% للواتي لم يواجهن ذلك). وتوصلت إلى أن وجود المرافق زاد، في المتوسط، من درجة الرضا الإجمالي. كما شددت على أن تحليل دوافع الرضا يحدد جوانب أساسية يجب أخذها في الاعتبار عند تطوير قياسات موحدة لجودة الرعاية.

8- دراسة: (Lunda et al, 2018) آراء وتجارب النساء فيما يتعلق بالدعم المستمر أثناء الولادة في جنوب أفريقيا

Women's Experiences of Continuous Support during Childbirth:

هدفت إلى دمج نتائج الدراسات النوعية والمختلطة المتعلقة بـ آراء وتجارب النساء حول الدعم المستمر أثناء الولادة لتوسيع الفهم العلمي للظاهرة. استخدمت منهجية مراجعة منهجية وصفية استكشافية (Explorative descriptive systematic review). وتم تجميع 12 دراسة خضعت لتقييم الجودة باستخدام أداة CASP. أظهرت أن غالبية الدراسات المشمولة في المراجعة كانت من البلدان المتقدمة. وتوصلت المراجعة إلى أن نتائج هذه الدراسات، وخاصة تلك القادمة من السياق المتقدم، قد لا تكون قابلة للتعميم على سياق البلدان النامية.

9- دراسة: (Saraswathi Vedam et al, 2017) في كندا

The Mother's Autonomy in Decision Making (MADM) Scale: Patient-Led Development and Psychometric Testing of a New Instrument to Evaluate Experience of Maternity Care.

هدفت إلى تطوير والتحقق من صحة أداة جديدة) مقياس (MADM لتقييم استقلالية المرأة ودورها القيادي في اتخاذ القرار خلال رعاية الأمومة، نظراً لندرة المقاييس الصالحة في هذا المجال. استخدمت منهجية البحث التشاركي المجتمعي(community-based participatory research) ، وتم تصميم الأداة بواسطة

مستخدمي الخدمة. وتم تطبيق مسح كمي مقطعي شمل 31 بندًا. أظهرت أن مقياس MADM يقيس بناءً واحدًا هو "الاستقلالية في اتخاذ القرار أثناء رعاية الأمومة". وكان معامل ألفا كرونباخ للمقياس تجاوز 0.90 لجميع العينات. وتوصلت إلى أن مقياس MADM هو أداة موثوقة وصالحة لتقييم عملية اتخاذ القرار، وذات قيمة خاصة في مجال الرعاية المتمحورة حول الشخص.

10- دراسة (Ross-Davie et al, 2013) في المملكة المتحدة.

Measuring the Quality and Quantity of Professional Intrapartum Support: Testing a Computerised Systematic Observation Tool in the Clinical Setting.

هدفت الدراسة إلى قياس جودة وكمية الدعم المهني المُقدَّم أثناء الولادة، واختبار الصلاحية البنائية (construct validity) لأداة المراقبة المنهجية المحوسبة (SMILI) في بيئة سريرية. استخدمت منهجية تطوير أداة الرصد المنهجي، حيث تم استخدام تحليل ألفا كرونباخ (Cronbach's alpha) لاختبار مستوى الاتساق بين المتغيرات ذات الصلة، واختبار سبيرمان رو (Spearman's Rho) لجمع بيانات النتائج واختبار الصلاحية البنائية. أشارت المنهجية إلى أنهم اعتمدوا على تعريف "جورج وماليري" الذي يعتبر قوة الاتساق الداخلي جيدة إذا تجاوزت 0.8 ومقبولة إذا تجاوزت .0.7 كما أن الدراسة تقع ضمن الأدبيات التي تؤكد أن الدعم المستمر أثناء الولادة له نتائج مفيدة للأمهات والرضع. توصلت الدراسة إلى توفير طريقة موثوقة ومحوسبة لقياس كل من جودة وكمية الدعم الذي يقدمه الفريق الطبي (الممرضات/القابلات) للأمهات أثناء الولادة.

3.2.1 أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

استعرض الباحث جملة من الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة فقد اتفقت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات التي تناولت العلاقة بين درجة دعم وتواصل القابلة مع الأم أثناء المخاض ورضا الأم المُبلَغ عنه عن تجربة الولادة واختلفت مع بعض الدراسات في هدفها وقطاعها وبيئتها وذلك على النحو التالي

1.3.2.1 أوجه التشابه

تتوافق دراسة الباحث مع الاتجاهات البحثية الراسخة عالمياً وإقليمياً في الأسس التالية:

1. الأهمية المحورية للدعم المهني والرضا :تتفق الدراسة مع الإجماع الأكاديمي بأن جودة تجربة الولادة مؤشر حيوي لنظام الرعاية الصحية وأن الدعم المستمر والتواصل الفعال هما عاملان أساسيان لرضا

الأم. هذا التأكيد يتطابق مع نتائج المراجعات المنهجية التي أثبتت أن الدعم المستمر له آثار إيجابية على نتائج الولادة وتجربة الأم. كما تتقاطع الدراسة مع الأبحاث الحديثة التي تشدد على أن الرعاية المحترمة للأمومة، بما فيها التواصل، هي المكون الأساسي لخبرة ولادة إيجابية.

2. توظيف أدوات القياس متعددة الأبعاد :تعتمد الدراسة على مقاييس دولية موثوقة متعددة الأبعاد، مثل المقاييس التي تقيس الرضا وتجربة الولادة .(CEQ/BSS-R) هذا يتسق مع الممارسات الأكاديمية التي توصي باستخدام هذه المقاييس لتقييم جوانب الرضا المختلفة، بما في ذلك جودة الرعاية والسمات الشخصية للمرأة.

3. إدراك العلاقة بين الاستقلالية والرضا :تؤكد الدراسة على أهمية احترام خيارات الأم واستقلاليتها في عملية اتخاذ القرار. هذا يتوافق مع نتائج الأبحاث التي وجدت أن الإحساس بالسيطرة والتحكم المتصوَّر أثناء الولادة يرتبط بشكل مباشر بزيادة الرضا العام عن التجربة، وأن الاستقلالية في اتخاذ القرار هي جانب أساسي من جوانب الرعاية.

4. المنهجية المقطعية وتوقيت الجمع :تتبنى الدراسة منهجية ارتباطية مقطعية وستُجمع البيانات في فترة ما بعد الولادة المبكرة (خلال 24 إلى 72 ساعة)، وهو توقيت منهجي شائع يُستخدم لضمان تذكر الأم لتفاصيل التجربة مع تجاوز التعب الأولي للولادة.

2.3.2.1 أوجه الاختلاف عن الدراسات السابقة

تنفرد دراسة الباحث بخصائص منهجية وسياقية تضعها في موقع متميز عن الدراسات السابقة:

1. التركيز النوعي على آلية التأثير :(Mechanism Focus) تختلف دراسة الباحث عن غالبية الدراسات السابقة التي اكتفت بإثبات وجود علاقة ارتباطية عامة بين الدعم والرضا، حيث تسعى الدراسة الحالية إلى تفكيك المتغير المستقل (الدعم) إلى أبعاده الأساسية (العاطفي، والتواصلي، واحترام الاستقلالية) وتحديد القوة التنبؤية النسبية لكل بُعد. وتهدف الدراسة إلى اختبار الفرضية النظرية بأن الدعم القبالي يعمل بشكل أساسي على تعزيز "الخصائص الشخصية للمرأة" (السيطرة الذاتية/التمكين)، وليس فقط على جودة الرعاية التقنية.

2. دمج قياس الاستقلالية بأداة متخصصة :(MADM) تستخدم دراسة الباحث مقياس استقلالية الأم في اتخاذ القرار (MADM) كبُعد مستقل رئيسي يتم قياسه وتحليل علاقته بالرضا. هذه الأداة المتخصصة،

التي تقيس قدرة الأم على قيادة القرار، لم تُستخدم بشكل واسع في الأبحاث العربية، مما يمنح الدراسة قدرة تحليلية أعمق لمفهوم التمكين مقارنة بالدراسات التي ركزت على الرعاية الشخصية العامة.

3. السياق الجغرافي ذو الأولوية الصحية :تُجرى الدراسة في اليمن (صنعاء)، وهو سياق فريد يتميز بظروف صحية صعبة وأولويات عالية، ويشكل فجوة بحثية كبيرة. وهذا يختلف عن معظم الدراسات العربية السابقة التي ركزت على دول الخليج أو المشرق العربي، مما يعطي النتائج أهمية تطبيقية خاصة بالمنطقة.

4. النمذجة الإحصائية المتقدمة :تعتمد دراسة الباحث على تحليل الانحدار التنبؤي المتعدد (Multiple Regression) مع ضبط المتغيرات السريرية (مثل طريقة الولادة ومدة المخاض). وهذا يوفر دليلاً سببيًا (Causal evidence) أقوى لأثر الدعم النقي، وهو مستوى تحليلي قد لا يتوفر في الدراسات المقطعية العربية التي تعتمد على الإحصاء الوصفي والارتباطي البسيط.

3.3.2.1 أهم ما يميز دراسة الباحث (القيمة المضافة)

تقدم دراسة الباحث مساهمة علمية وعملية جوهرية من خلال ما يلي:

1. سد فجوة بحثية في سياق يمني بالغ التعقيد :توفر الدراسة بيانات كمية ومنهجية موثوقة من سياق يمني، وهو أمر نادر، مما يسمح بفهم كيفية تأثير جودة الرعاية على تجربة الولادة في بيئة ذات موارد محدودة وتحديات صحية واجتماعية كبيرة. وتساهم في فهم كيفية تفاعل التحيز الثقافي (الذي قد يؤدي إلى الإبلاغ عن رضا أعلى رغم ضعف جودة الرعاية) مع متغيرات الاستقلالية.

2. التحقق من صحة الأدوات السيكومترية :تلتزم الدراسة بالتحقق من صحة وموثوقية الأدوات المُكيّفة (مثل MADM وCEQ/BSS-R) في السياق الثقافي اليمني. هذا الإجراء المنهجي يعالج الانتقاد الموجه في المراجعات السابقة التي أشارت إلى ضعف الإبلاغ عن الخصائص السيكومترية للمسوحات العربية.

3. توفير مؤشرات أداء قابلة للقياس :(KPIs) سيمكن تطوير نموذج الانحدار التنبؤي الإدارة الصحية من تحديد أي بُعد من أبعاد الدعم القبالي (التواصل، الدعم العاطفي، أو احترام الاستقلالية) هو الأكثر أهمية في تعزيز الرضا الكلي. وهذا يترجم الجوانب النوعية (الرعاية المحترمة) إلى مؤشرات أداء رئيسية يمكن قياسها وتوجيه التدريب القبالي نحوها، بدلاً من الاكتفاء بالتدريب السريري العام.

4.3.2.1 أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة

لقد شكلت الدراسات السابقة الإطار النظري والمنهجي لدراسة الباحث بطرق حاسمة:

1. الاستفادة من الإجماع العالمي حول الدعم :اعتمدت الدراسة على المراجعات المنهجية العالمية لـ "كوكرين" التي أثبتت فعالية الدعم المستمر في تحسين النتائج والرضا، مما سمح للباحث بالانتقال مباشرة إلى دراسة آلية عمل هذا الدعم، بدلاً من إثبات ضرورته الأساسية.

2. تبني أدوات متخصصة :أرشدت الأبحاث السابقة، لا سيما دراسة تطوير مقياسMADM ، الباحث إلى استخدام أداة موثوقة ومتخصصة لقياس الاستقلالية في اتخاذ القرار، وهو بُعد كانت الأدوات السابقة تفتقر إلى قياسه بدقة.

3. توجيه التحليل الإحصائي :ساعدت نتائج الدراسات السابقة، التي أكدت أن نمط الولادة يمثل متغيراً مُشوشاً يؤثر على الرضا، على تحديد المتغيرات السريرية التي يجب ضبطها في نموذج الانحدار المتعدد. كما أن ملاحظة وجود تحيز ثقافي مُجامل في دراسات عربية سابقة وجهت الباحث لاستخدام النمذجة الإحصائية المتقدمة لاختراق هذا التحيز والوصول إلى التأثير النقي للدعم.

4. تحديد فجوات القياس العربية :استفاد الباحث من المراجعة المنهجية للمسوحات العربية، التي أوصت بضرورة إجراء تقييم صارم للأدوات وتوسيع معايير إدراجها، مما عزز قرار الباحث بإيلاء الأولوية لـ التحقق من الصلاحية والموثوقية محلياً قبل تطبيق الدراسة الرئيسية.

الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة

المبحث الأول: الدعم والتواصل

المبحث الثاني: رضا الأم عن تجربة الولادة

تمهيد:

يمثل هذا الفصل القاعدة المعرفية والركيزة النظرية التي ينطلق منها البحث لفهم وتحليل العلاقة الارتباطية بين ممارسات القابلة التواصلية والتدعيمية وبين تجربة الأم الذاتية ورضاها عن الولادة. ففي ظل التحولات المعاصرة في علوم القبالة، لم تعد جودة الرعاية تُقاس حصراً بالنتائج السريرية والمؤشرات الحيوية، بل أصبحت "أنسنة الولادة (Humanization of Birth) "والارتقاء بالتجربة النفسية للمرأة معياراً جوهرياً لا يقل أهمية عن السلامة الجسدية.

ويسعى البحث في هذا الفصل إلى تقديم تأصيل مفاهيمي ونظري عميق لمتغيرات الدراسة وأبعادها؛ حيث يبدأ في المبحث الأول بتناول المتغير المستقل "دعم وتواصل القابلة"، مسلطاً الضوء على فلسفة القبالة الحديثة التي ترتكز على الشراكة والثقة المتبادلة، وتحليل أبعاد الدعم العاطفي والاجتماعي، ومهارات التواصل العلاجي، والالتزام الأخلاقي باحترام استقلالية الأم وإشراكها في القرار وفق معايير "الرعاية التوليدية المحترمة " (Respectful Maternity Care) التي تقرها منظمة الصحة العالمية والاتحاد الدولي للقابلات.

أما المبحث الثاني، فيختص باستعراض المتغير التابع "رضا الأم عن تجربة الولادة"، من خلال تحليل مكوناته النفسية والسلوكية، مع التركيز على مفهوم "السيطرة الشخصية (Personal Control) "والوكالة الذاتية للمرأة أثناء المخاض، وكيفية إدراكها لجودة الرعاية المهنية في البيئات ذات الموارد المحدودة والمتأثرة بالأزمات، كما هو الحال في المستشفيات المرجعية بأمانة العاصمة صنعاء.

المبحث الأول: الدعم والتواصل

تمثل القبالة في جوهرها مهنة إنسانية وعلمية تتجاوز الإجراءات السريرية البحتة لتشمل الحماية الشاملة لرحلة الأمومة. وتُعرف القبالة بأنها رعاية ماهرة، معرفية، وعطوفة تُقدم للنساء وحديثي الولادة، وتهدف إلى تعزيز المسارات الفسيولوجية الطبيعية للولادة مع التدخل السريري الرشيد عند الضرورة (World Health Organization, 2025). وتستند فلسفة القبالة الحديثة، كما صاغها الاتحاد الدولي للقابلات (ICM) في عام 2024، إلى مبدأ "الشراكة" (Partnership) التي تقوم على الثقة المتبادلة، والمساواة، واحترام حقوق الإنسان والكرامة (International Confederation of Midwives [ICM], 2025).

إن ممارسة القبالة تعني "أن تكون مع المرأة" (Being with woman)، وهو مفهوم يحمل دلالات عميقة تشير إلى التواجد بجانب الأم على نفس المستوى الإنساني، وفهم احتياجاتها الفردية ضمن سياقها الاجتماعي والثقافي (ICM, 2024). ويعد الاستثمار في نماذج الرعاية التي تقودها القابلات (Midwife-led care) استراتيجية عالمية أثبتت كفاءتها في تقليل معدلات وفيات الأمهات بنسبة تصل إلى 67%، ليس فقط عبر المهارة التقنية، بل عبر تعزيز التجربة الإيجابية والتمكين النفسي للأم (Widiastutik et al., 2025).

1.1.2 الأبعاد والمكونات المفاهيمية للدعم والتواصل

يتكون متغير دعم وتواصل القابلة من ثلاثة أبعاد رئيسية متكاملة، تعكس جوهر الرعاية الأمومية المحترمة التي تشجع عليها المنظمات الصحية العالمية (Van Der Pijl et al., 2021) يمكن ايجازها في الآتي:

1.1.1.2 الدعم العاطفي والاجتماعي أثناء المخاض

يعد الدعم العاطفي والاجتماعي الركيزة الأولى لنموذج الرعاية التوليدية المحترمة (RMC). ويشير هذا البعد إلى الاستجابة الفعالة للاحتياجات السيكولوجية والروحية للأم من خلال الحضور المستمر والتعاطف (Widiastutik et al., 2025)، ويشمل هذا البعد ما يلي:

1. **مفهوم الأمان النفسي والجسدي:** تلتزم القابلة بخلق "مساحة آمنة" (Safe Space) تضمن للأم الشعور بالحماية المادية والعاطفية، بعيداً عن إصدار الأحكام أو التمييز (Widiastutik et al., 2025). ويؤكد (Widiastutik, 2025) أن الدعم العاطفي يمثل "تدخلاً علاجياً" يقلل من إفراز هرمونات القلق التي تعيق تقدم المخاض، ويحفز بدلاً منها الأوكسيتوسين الطبيعي.

2. **الوحدة الروحية والارتباط العاطفي:** تتجاوز العلاقة بين القابلة والأم المهام الوظيفية لتصل إلى "الوحدة الروحية" (Spiritual Oneness)، وهي حالة من الاتصال العميق الذي يمكن القابلة من إدراك احتياجات الأم غير المنطوقة وتقديم الطمأنينة اللحظية (Widiastutik et al., 2025).

3. **دور المرافق والاختيار:** يشمل الدعم الاجتماعي حق الأم في اختيار مرافق (Companion of choice) ليشاركها رحلة الولادة، وهو ما توصي به منظمة الصحة العالمية لتعزيز الصمود النفسي وتقليل الشعور بالعزلة والوحدة (WHO, 2025).

2.1.1.2 التواصل الفعال والإعلام الطبي

يمثل التواصل الفعال القناة التي تتدفق من خلالها المعلومات والمشاعر بين القابلة والأم. وفي صالة الولادة، لا يعد التواصل مجرد تبادل للبيانات، بل هو "هندسة للأمل" وصناعة للموثوقية (Widiastutik, 2025). ويشمل هذا البعد ما يلي:

1. **أبعاد التواصل في القبالة:** يمكن تصنيف مهارات التواصل لدى القابلة إلى ثلاثة أبعاد جوهرية (Widiastutik, 2025) :
   - **البعد الشخصي (Interpersonal):** بناء الألفة والوئام عبر لغة الجسد، والتواصل البصري، واللمس العلاجي.
   - **البعد المعلوماتي (Informational):** تقديم تفسيرات دقيقة ومبسطة حول سير المخاض، ونتائج الفحوصات، وخطط الرعاية.
   - **البعد العلاجي (Therapeutic):** استخدام الحوار كأداة لمساعدة الأم على إدارة الألم والخوف ومواجهة حالات عدم اليقين.
2. **تحفيز الائتمان الذاتي للأم (Maternal Self-entrustment):** يؤدي التواصل الشفاف والمنظم إلى بناء ثقة الأم في القابلة، مما يحفز حالة من "الائتمان الذاتي"، حيث تسلم الأم نفسها بسلام للرعاية المهنية لشعورها بأنها "مُحاطة بالمعرفة والأمان" (Widiastutik et al., 2025).
3. **التواصل في حالات الطوارئ:** تبرز أهمية كفاءة التواصل بشكل حاسم في حالات المخاض المعقدة؛ إذ إن الشرح الوافي والسريع للإجراءات الطارئة (مثل القيصرية الاضطرارية) يقلل من احتمالية إصابة الأم بـ "صدمة الولادة" أو اضطراب ما بعد الصدمة (Widiastutik, 2025).

3.1.1.2 احترام الاستقلالية والمشاركة في القرار

يعد احترام استقلالية الأم (Maternal Autonomy) المبدأ الأخلاقي والمهني الذي يحولها من "موضوع طبي" إلى "شريك فاعل". إن حق الأم في تقرير مصيرها الصحي هو جوهر العدالة الإنجابية (WHO, 2025). ويشمل هذا البعد ما يلي:

1. **اتخاذ القرار المشترك (Shared Decision Making):** تلتزم القابلة بتقديم المعلومات المبنية على الأدلة للأم حول جميع الخيارات المتاحة (مثل وضعيات الولادة أو طرق تسكين الألم)، وإشراكها في اختيار المسار الذي يتوافق مع قيمها وتفضيلاتها الشخصية (Royal College of Midwives, 2025).
2. **الموافقة المستنيرة (Informed Consent):** لا يجوز إجراء أي فحص مهبلي أو تداخل طبي دون الحصول على موافقة صريحة وطوعية من الأم، بعد شرح الفوائد والمخاطر المترتبة (Nursing and Midwifery Board of Ireland, 2025). وتشير الدراسات إلى أن غياب هذا المبدأ يؤدي إلى ما يُعرف بـ "العنف التوليدي" (Obstetric Violence)، والذي يتمثل في الإكراه أو التهديد أو تجاهل رغبات الأم (Frontiers in Global Women's Health, 2025).
3. **الاستقلالية النسبية (Relational Autonomy):** أن استقلالية المرأة في الولادة ليست معزولة، بل هي "استقلالية علائقية" تتشكل ضمن شبكة علاقتها مع القابلة والنظام الصحي؛ لذا فإن دعم القابلة هو المحرك الذي يمنح الأم القدرة على ممارسة حقها في الاختيار (Shared Decision-making in Midwifery, 2025).

2.1.2 الأهمية المنهجية والإكلينيكية للدعم والتواصل

تترسخ أهمية دعم وتواصل القابلة في الأدبيات من خلال قدرته على التنبؤ بالرضا وتأثيره على النتائج النفسية للأم، ويمكن تلخيص أهمية الدعم والتوصل في الآتي:

1. **عامل تنبؤي رئيسي للرضا :** تشير نتائج الأبحاث إلى أن جميع مسوحات الرضا العربية تقريباً تقيس بشكل أساسي الرعاية الشخصية بين مقدمي الرعاية والمرأة .كما أن الرعاية القائمة على التواصل حسّنت بشكل كبير رضا النساء عن تجربة الولادة (Shaigan et al., 2024).
2. **تحديد آليات التأثير النفسي :** الأهمية المنهجية تكمن في أن الدعم والتواصل الفعال يرفعان بشكل خاص الدرجات المتعلقة بـ "الخصائص الشخصية للمرأة "(وهو بُعد في مقاييس الرضا يعكس السيطرة

والإحساس بالذات). هذا يشير إلى أن تأثير الدعم القبالي نفسي-اجتماعي في جوهره، مرتبط بتمكين الأم وشعورها بالسيطرة على مسار ولادتها، حتى لو كانت العوامل الطبية القياسية ثابتة. ولهذا السبب، فإن اختبار بُعد الاستقلالية (MADM) كآلية وسيطة أمر بالغ الأهمية.

3.1.2 طرق ومؤشرات قياس الدعم والتواصل القبالي

يُقاس (الدعم والتواصل) في الأبحاث المماثلة باستخدام استبانات التقرير الذاتي(Self-Report Surveys) ، وتتسم عملية القياس بالدقة لضمان الصلاحية والموثوقية في السياق الثقافي:

المنهجية المعتمدة (القياس الذاتي): يتم جمع البيانات عبر المقابلة المنظمة أو الاستبانة الذاتية باستخدام مقياس ليكرت خماسي النقاط .ويكون توقيت جمع البيانات عادةً في فترة ما بعد الولادة المبكرة 6) ساعات إلى 72 ساعة (لضمان تذكر الأم للتجربة مع تجاوز التعب الأولي.

أدوات القياس السيكومترية:

مقياس :SCCS تم تطوير مقياس الرضا عن رعاية الولادة (SCCS) باللغة الإنجليزية وتكييفه للعربية، وهو استبيان قصير (8 بنود) يتميز بخصائص سيكومترية جيدة (ألفا كرونباخ 0.81)، ويغطي أبعاداً منها الرعاية الشخصية والمعلومات المُستلمة والمشاركة في اتخاذ القرار.

MMISS: تم استخدام نسخة عربية من مقياس الرضا عن المقابلة الطبية المعدل (MMISS) في دراسة سورية لتقييم الرضا عن التواصل.

MADM: يتميز بأنه أداة قياس بناها المستخدمون، مما يجعله ملائماً بشكل خاص للرعاية المتمحورة حول الشخص (Vedam et al., 2017).

التحديات السيكومترية في السياق العربي :أكدت المراجعات المنهجية أن الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) للمسوحات العربية غالباً ما تكون غير مُبلغ عنها جيداً ومتباينة .وهذا يشدد على ضرورة إجراء اختبار موثوقية داخلي (Cronbach's alpha) للنسخ المُكيفة من المقاييس (كما هو مُخطط له في دراستكم)، حيث أن موثوقية النسخة الأصلية الإنجليزية لا تضمن موثوقية النسخة المترجمة (Al Nadabi and Mohammed, 2019).

4.1.2 واقع ممارسات الدعم والتواصل في اليمن نموذجاً

يواجه تطبيق هذه المعايير المثالية في المستشفيات المرجعية بصنعاء تحديات هيكلية وعملياتية معقدة نتيجة الأوضاع الراهنة، ويمكن ايجاز واقع الممارسات في اليمن في الآتي:

1. **تأثير ضغط العمل والازدحام:** يؤدي تدفق الحالات المرتفع ونقص الكادر المهني في مستشفيات صنعاء إلى ضيق الوقت المتاح للتواصل العاطفي والشرح، حيث تضطر القابلة أحياناً للتركيز على المهام السريرية المنقذة للحياة وتهميش الجوانب التواصلية (Shelke, 2021).
2. **فجوة الموارد والذكاء العاطفي:** في ظل نقص الأدوية والمعدات، تبرز مهارات القابلة في الدعم النفسي كأداة "صمود" لتعويض النقص في الإمكانيات المادية، مما يجعل كفاءتها التواصلية عاملاً وقائياً يحمي الأم من الشعور بالإهمال (World Bank, 2021).
3. **الحاجة للتدريب المستمر:** تؤكد التقارير الأممية (2025) ضرورة دمج برامج تدريبية للقابلات في اليمن تركز على "الرعاية التوليدية المحترمة" ومهارات الذكاء العاطفي لرفع جودة الرعاية وتحقيق الرضا النفسي للأمهات رغم محدودية الموارد (WHO, 2025).

من خلال ما سبق نجد بأن دعم وتواصل القابلة ليس مجرد "سلوك إضافي"، بل هو جوهر الجودة في الرعاية الصحية. ومن خلال تفعيل أبعاد الدعم العاطفي، والتواصل الشفاف، واحترام استقلالية الأم، يمكن تحويل تجربة الولادة في مستشفيات صنعاء إلى رحلة تمكين تعزز الصحة النفسية للأم وتساهم في بناء علاقة إيجابية مستدامة بين المرأة والنظام الصحي اليمني.

المبحث الثاني: رضا الأم عن تجربة الولادة

يعد رضا الأم عن تجربة الولادة (Maternal Birth Satisfaction) مفهوماً معقداً ومتعدد الأبعاد، يتجاوز مجرد التقييم السطحي للخدمة الصحية ليصل إلى مستوى التقييم المعرفي والعاطفي لحدث وجودي مفصلي في حياة المرأة (D'Sa et al., 2024). وفي الأدبيات الحديثة، يتم التمييز بين "خبرة الرعاية" (Experience of care) كعملية تفاعلية، وبين "الرضا عن الرعاية" (Satisfaction with care) كمخرج نهائي يعكس مدى تلبية التوقعات الشخصية والاجتماعية للأم (World Health Organization, 2025).

إن الرضا الإيجابي عن الولادة لا يرتبط بالضرورة بغياب الألم أو التدخلات الطبية، بل بمدى شعور الأم بالتمكين، والاحترام، والقدرة على التحكم في مجريات الحدث (Widiastutik et al., 2025). وعلى النقيض من ذلك، فإن تدني مستويات الرضا يرتبط بتبعات نفسية وخيمة، تشمل اكتئاب ما بعد الولادة، واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، ونشوء علاقة مضطربة بين الأم ووليدها، وصولاً إلى العزوف عن الولادة في المستشفيات مستقبلاً (Suso-Ribera et al., 2024).

1.2.2 مفهوم الرضا المُبلَغ عنه عن تجربة الولادة

يُمثل الرضا المُبلَغ عنه عن تجربة الولادة المتغير التابع في هذه الدراسة، وهو مقياس متعدد الأبعاد يعكس التقييم الشخصي للأم لجودة الرعاية المُقدمة والتجربة النفسية والاجتماعية التي مرت بها أثناء المخاض والولادة. يُعد قياس هذا المتغير ضرورة قصوى لتقييم وتحسين جودة خدمات الأمومة على المستوى العالمي والإقليمي (Al-Mandeel at al., 2013).

1.1.2.2 تعريف الرضا المُبلَغ عنه

يُعرّف الرضا المُبلَغ عنه إجرائياً في دراسة الباحث بأنه النتيجة الذاتية لتجربة الولادة، ويشمل جودة الرعاية المهنية المُدرَكة، والخبرة الذاتية الإيجابية، بالإضافة إلى الرضا العام(Al-Hussainy et al., 2022) .

2.1.2.2 أهمية قياس الرضا المُبلَغ عنه وأهدافه

يُعد قياس الرضا عن تجربة الولادة أمراً بالغ الأهمية للأسباب والأهداف التالية:

1. **مؤشر للجودة :**هو مؤشر أساسي ومستمر لجودة وسلامة رعاية الأمومة على المستوى العالمي (Al Nadabi and Mohammed, 2019).

2. **تأثير طويل الأمد :**تحمل تجربة الولادة آثاراً فورية وطويلة الأمد على صحة الأم ورفاهية المولود الجديد والعلاقة بين الأم والطفل.(Al-Mandeel et al., 2013).

3. **نتائج إيجابية :**يرتبط الرضا بروابط إيجابية مع نتائج أفضل للأم والطفل، ويؤثر على كيفية سعي المستخدمين للحصول على المساعدة الطبية وامتثالهم للنصائح الطبية.

4. **تقييم الخدمات وتطويرها :**يُستخدم الرضا لتقييم الرعاية وتحسينها، وكذلك لتوجيه الإداريين وصناع السياسات في تخطيط كيفية تقديم الرعاية (Al-Hussainy et al., 2022).

5. **مؤشر أداء رئيسي (KPI):** يمكن استخدام الرضا كمؤشر أداء رئيسي قائم على الأدلة لخدمات الأمومة.

2.2.2 أبعاد قياس الرضا المبلغ عنه عن تجربة الولادة

لضمان القياس الشامل للرضا، من الضروري استخدام أدوات متعددة الأبعاد نظراً للطبيعة المعقدة للمفهوم. وأهم هذه الابعاد ما يلي:

1.2.2.2 جودة الرعاية المهنية (Quality of Professional Care)

تمثل جودة الرعاية المهنية البعد الموضوعي والهيكلي للرضا، وهي تعكس إدراك الأم لمدى كفاءة النظام الصحي ومقدمي الخدمة في تلبية احتياجاتها السريرية والإنسانية (WHO, 2025).

1. **مكونات الجودة المدركة:** وفقاً لإطار (Donabedian)، تنقسم جودة الرعاية إلى ثلاثة مستويات: البنية (مثل نظافة المرفق وتوفر المعدات)، والعملية (سلوك القابلة وسرعة الاستجابة)، والنتائج (سلامة الأم والمولود) (Hazaa et al., 2024). وتؤكد الدراسات أن "سرعة الاستجابة" (Promptness of care) واللطف في المعاملة هما المتنبئان الأقوى لرضا الأمهات في البيئات ذات الموارد المحدودة (WHO, 2025).

2. **أثر البيئة المادية:** تلعب نظافة صالات الولادة، وتوفر الخصوصية (Privacy) عبر الستائر أو الغرف المستقلة، دوراً حاسماً في تعزيز شعور الأم بالأمان والكرامة، مما ينعكس إيجاباً على تقييمها الكلي للجودة المهنية (Suso-Ribera et al., 2024).

3. **الكفاءة التقنية مقابل الرعاية الإنسانية:** بالرغم من أهمية المهارة السريرية للقابلة، إلا أن الأمهات يميلن لتقييم الجودة بناءً على "الرعاية الودودة" (Compassionate Care). فالأم التي تشعر بأن القابلة مهتمة بآلامها الشخصية تبدي رضاً أعلى حتى لو كانت الإمكانيات المادية للمستشفى متواضعة (Widiastutik et al., 2025).

2.2.2.2 السيطرة الشخصية والخبرة الذاتية (Personal Control and Subjective Experience)

تُعد السيطرة الشخصية، أو ما يُعرف بـ "الوكالة المخاضية" (Labor Agentry)، المحور النفسي الأهم في تجربة الولادة، وهي التي تحدد ما إذا كانت المرأة ستخرج من التجربة بشعور بالانتصار أو بشعور بالاستلاب (D'Sa et al., 2024).

1. **أبعاد السيطرة (الداخلية والخارجية):** تشمل السيطرة الداخلية قدرة الأم على التحكم في انفعالاتها، وتفاعلات جسدها مع الألم، واستخدام تقنيات التنفس؛ بينما تشمل السيطرة الخارجية مدى تأثيرها في القرارات الطبية والبيئة المحيطة بها (Suso-Ribera et al., 2024). وتؤكد (Goodman et al., 2024) أن السيطرة الشخصية تفسر تبايناً في الرضا أكبر مما تفسره المتغيرات السريرية مثل شدة الألم أو مدة المخاض.
2. **الخبرة الذاتية والتمكين:** إن الولادة كخبرة ذاتية تعني تحول المرأة إلى "سيدة الموقف". فعندما تمنح القابلةُ الأمَ فرصةً لاختيار وضعية الولادة أو المشاركة في القرار، فإنها تعزز من "كفاءتها الذاتية" (Self-efficacy)، مما يحول الألم الفيزيائي إلى إنجاز سيكولوجي (WHO, 2025).
3. **صدمة الولادة وفقدان السيطرة:** يرتبط الشعور بالعجز أو تجاهل رغبات الأم بنشوء "صدمة الولادة". وتشير الأدبيات (2024-2025) إلى أن النساء اللاتي تعرضن لإجراءات طبية قسرية (مثل شق العجان دون تخدير أو إذن) سجلن أدنى مستويات السيطرة الشخصية، وكانوا أكثر عرضة لاضطرابات القلق المزمنة (Suso-Ribera et al., 2024).

3.2.2.2 الرضا العام الكلي (Global Overall Satisfaction)

يمثل الرضا العام المحصلة النهائية والتقييم الشمولي الذي تحمله الأم بعد انقضاء تجربة الولادة، وهو المؤشر الذي يحدد سلوكها الصحي المستقبلي (Hazaa et al., 2024).

1. **الرضا كمرآة للتوقعات:** يتشكل الرضا العام من خلال المقارنة بين التوقعات المسبقة (Childbirth Expectations) والواقع الفعلي. فإذا فاقت الرعايةُ التوقعاتِ، خاصة في جوانب الدعم العاطفي، وصل الرضا إلى مستويات "الارتقاء النفسي" (WHO, 2025).
2. **مقياس ماكي (MCSRS) وأبعاد الرضا الكلي:** يعد مقياس (Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale) الأداة الأكثر شمولاً عالمياً لقياس الرضا؛ حيث يحلل الرضا عن الذات، وعن القابلة، وعن الطبيب، وعن الشريك، وعن المولود، بالإضافة إلى التقييم العام (Suso-Ribera et al., 2024; D'Sa et al., 2024).
3. **الارتباط بالولادات المستقبلية:** إن الأم الراضية كلياً تكون أكثر التزاماً ببرامج رعاية ما بعد الولادة وتنظيم الأسرة، وتمتلك اتجاهاً إيجابياً نحو الولادات المستقبلية. وفي المقابل، فإن عدم الرضا الكلي يؤدي إلى نشوء "فوبيا الولادة" (Tokophobia) والمطالبة بعمليات قيصرية غير مبررة طبياً للهروب من تجربة المخاض (WHO, 2025).

3.2.2 أدوات القياس المستخدمة في قياس رضا الأم عن الولادة:

تعتبر الاستبانات هي الطريقة الأكثر شيوعاً لقياس الرضا في الأبحاث، نظراً لتكلفتها المنخفضة وقدرتها على جمع كميات كبيرة من البيانات بموضوعية (Al Nadabi and Mohammed, 2019) .

ومن أبرز المقاييس المستخدمة في الأدبيات العربية والدولية:

1- مقياس رضا الولادة المُراجع :(BSS-R)

يُعد أداة موثوقة لقياس الرضا ويتكون من ثلاثة أبعاد رئيسية ومترابطة: (1) جودة الرعاية المقدمة، (2) السمات الشخصية للمرأة (مثل الشعور بالسيطرة)، و(3) الإجهاد المُختَبَر أثناء المخاض (Leahy-Warren and Nieuwenhuijze, 2023).

2- استبيان خبرة الولادة (CEQ/CEQ2): تم تطويره في السويد وتم التحقق من صحته في عدة لغات وثقافات. يشتمل نموذج CEQ2 على أربعة أبعاد: القدرة الذاتية، الدعم المهني، الأمان المُدرَك، والمشاركة(Dencker et al., 2020).

3- مقياس تقييم الرضا عن الولادة لماكي (MCSRS):

هو أداة مُتحقق من صحتها وتُستخدم لتقييم تصورات النساء حول الرعاية أثناء الولادة في دراسة شملت مصر ولبنان وسوريا، تم تكييفه ليصبح 31 بنداً ويشمل ستة أبعاد فرعية (متعلقة بالذات، الشريك، المولود، الممرضة، الطبيب، والتقييم العام (Kabakian-Khasholian et al., 2017).

4.2.2 محددات الرضا في السياق اليمني (صنعاء)

يأخذ رضا الأمهات في المستشفيات المرجعية بصنعاء أبعاداً إضافية مرتبطة بظروف النزاع وضعف النظام الصحي يمكن ايجازها في الآتي:

1. **الرضا في ظل شح الموارد:** تشير الدراسات المحلية إلى أن الأمهات في صنعاء قد يبدين مستويات رضا "متوسطة" رغم نقص الأدوية، وذلك بسبب "ثقافة الصبر" وتقديرهن لجهود القابلات اللاتي يعملن في ظروف قاسية (Alraimi & Shelke, 2023).
2. **أهمية الرعاية السابقة للولادة (ANC):** وجد (Hazaa et al., 2024) في دراسته بمديرية معين بصنعاء، أن الأمهات اللاتي تلقين معلومات كافية خلال الزيارات الحملية كنّ أكثر رضا عن تجربة الولادة، مما يؤكد أن "الإعلام الطبي" المبكر يقلل من الفجوة بين التوقع والواقع.
3. **العوامل الديمغرافية الوسيطة:** تلعب المتغيرات مثل المستوى التعليمي ومدة المخاض دوراً في تشكيل الرضا بصنعاء؛ فالأمهات الأكثر تعليماً يمتلكن توقعات أعلى فيما يخص "المشاركة في القرار"، مما يجعلهن أقل رضا في حال سيادة النموذج الطبي السلطوي (Hazaa et al., 2024).

من خلال ما سبق نجد بأن رضا الأم عن تجربة الولادة ليس ترفاً، بل هو معيار أخلاقي وطبي جوهري. ومن خلال التركيز على جودة الرعاية المهنية المتمحورة حول الإنسان، وتعزيز السيطرة الشخصية للأم، يمكن للمستشفيات المرجعية بصنعاء تحقيق مخرجات صحية ونفسية إيجابية تساهم في حماية الأسرة اليمنية وإعادة بناء الثقة في المنظومة الصحية.

الفصل الثالث

الطرق والإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

يمثل هذا الفصل الجانب التطبيقي والميداني للدراسة، حيث يسعى إلى ترجمة الأطر النظرية والفرضيات البحثية إلى إجراءات ملموسة وقابلة للقياس. إن اختيار المنهجية العلمية المناسبة وتوصيف مجتمع وعينة الدراسة بدقة يعد الضمانة الأساسية لموثوقية النتائج وقابليتها للتعميم العلمي. ويتناول هذا الفصل بالتفصيل المنهج المستخدم، ووصفاً دقيقاً للعينة بخصائصها الديمغرافية والسريرية، مع شرح وافٍ لأدوات الدراسة، وخطوات التحقق من صدقها وثباتها، وصولاً إلى المعالجات الإحصائية التي استُخدمت لتحليل البيانات واختبار الفرضيات، بما ينسجم مع طبيعة البيئة الصحية في المستشفيات المرجعية بأمانة العاصمة صنعاء.

المبحث الأول: منهجية ومجتمع وعينة الدراسة

يختص هذا المبحث بتحديد الهوية المنهجية للدراسة، حيث يتم فيه اختيار التصميم البحثي الذي يتناسب مع طبيعة العلاقة بين دعم القابلة ورضا الأمهات. كما يتناول تحديد النطاق البشري والمكاني للدراسة، مع تقديم تحليل إحصائي وصفي موسع لخصائص المشاركات، وهو ما يسهم في فهم السياق الذي تشكلت فيه تجارب الولادة محل البحث.

1.1.3 منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي (Descriptive Analytical Approach) بنمطه الارتباطي، وهو المنهج الأكثر ملاءمة للدراسات الصحية والاجتماعية التي تهدف إلى وصف الظاهرة كما هي في الواقع وتفسير العلاقات الارتباطية بين متغيراتها. يسعى هذا المنهج إلى تحليل أثر المتغير المستقل (دعم وتواصل القابلة) في المتغير التابع (رضا الأم) من خلال أدوات قياس مقننة، مع مراعاة المتغيرات الديمغرافية والسريرية كعوامل وسيطة.

2.1.3 مجتمع الدراسة:

يتمثل مجتمع الدراسة في جميع الأمهات اللاتي وضعن مواليدهن في المستشفيات المرجعية الحكومية التابعة لأمانة العاصمة صنعاء (مستشفى السبعين، مستشفى الثورة، مستشفى الجمهوري) خلال فترة جمع البيانات

الميدانية لعام 2026/2025م. وتعد هذه المستشفيات هي المراكز الأساسية لاستقبال حالات الولادة الطبيعية والمعقدة في العاصمة.

3.1.3 عينة الدراسة:

تم اختيار عينة مكونة من (200) أم بعد الولادة باستخدام أسلوب العينة الميسرة (Convenience Sampling). وقد روعي في اختيار العينة أن تكون الأمهات قد مررن بتجربة مخاض (سواء انتهت بولادة مهبلية أو قيصرية طارئة) لضمان قدرتهن على تقييم دعم القابلة أثناء المخاض.

4.1.3 معايير الإدراج:

الولادة بعد الأسبوع الخامس والعشرين من الحمل، أن تكون الأم قادرة على التواصل والرد على الاستبيان، وألا تكون قد عانت من مضاعفات حادة في الولادة تمنع المقابلة في فترة ما بعد الولادة المبكرة (24-72 ساعة).

5.1.3 حجم العينة:

بناءً على الدراسات السابقة التي استخدمت نسبة رضا سابقة بلغت P=0.746 ، وبافتراض مستوى ثقة 95% ($\alpha/2=1.96$ Z) وهامش خطأ قدره 5% (d=0.05):

$$n=d2(Z\alpha/2)2p(1-p)=(0.05)2(1.96)2(0.746)(0.254)\approx291$$

بأخذ معدل عدم استجابة متوقع بنسبة 10%، يتم تحديد حجم عينة نهائي مستهدف قدره N=320.

الجدير ذكره انه تم جمع البيانات من عينه قوامها 200 مفردة وهي العينة التي استطاعت الباحثات الوصول اليها خلال فترة جمع البيانات ولم تتمكن الباحثات من استكمال جمع عينة اكبر بسبب بدء اختبارات نهاية الفصل بالجامعة وتم الاكتفاء بهذا العدد.

6.1.3 وصف خصائص عينة الدراسة:

شملت الدراسة 200 مشاركة، تميزت غالبيتهن (58.5%) بكونهن في الفئة العمرية الشابة (20-30 سنة)، وهي الفئة التي تشير الدراسات الحديثة إلى أنها غالباً ما تمتلك تطلعات مرتفعة نحو الرعاية الشخصية والتمكين

الرقمي والمعلوماتي. كما أظهرت النتائج أن (44.5%) من العينة هن من "متعددات الولادة" (Multiparous) اللواتي لديهن ثلاث ولادات فأكثر، مما يمنحهن مرجعاً للمقارنة بين التجارب الحالية والسابقة، وهو عامل يؤثر بشكل مباشر على تقييم الرضا. وقد أظهرت النتائج التوزيعات التالية الموضحة في الجدول أدناه:

جدول (1.3): توزيع عينة البحث حسب المتغيرات الديمغرافية والسريرية

المتغير	الفئات	العدد (N)	النسبة المئوية %
العمر وقت الولادة	أقل من 20 سنة	14	%7
	20–30 سنة	117	%58.5
	31–40 سنة	63	%31.5
	أكثر من 40 سنة	6	%3
المؤهل الدراسي	أميّة	18	%9
	ابتدائي	46	%23
	متوسط	42	%21
	ثانوي	71	%35.5
	جامعي فأعلى	23	%11.5
طريقة الولادة	طبيعية (مهبلية)	95	%47.5

المتغير	الفئات	العدد (N)	النسبة المئوية %
	قيصرية مخطط لها	57	%28.5
	قيصرية طارئة	48	%24
مدة المخاض	1–6 ساعات	107	%53.5
	7–12 ساعة	55	%27.5
	13–18 ساعة	13	%6.5
	أكثر من 18 ساعة	25	%12.5

الدلالات الإحصائية للخصائص:

- **العمر:** تشكل النساء في ذروة سن الإنجاب (20-30 سنة) الغالبية العظمى بنسبة (58.5%)، وهي فئة تمتلك غالباً تطلعات عالية نحو جودة التواصل.
- **التعليم:** سجل المستوى الثانوي النسبة الأعلى (35.5%)، بينما يوجد (53%) من العينة في مستويات تعليمية (متوسطة فأقل)، مما يبرز أهمية استخدام القابلة للغة تواصل بسيطة وواضحة.
- **طريقة الولادة:** يلاحظ أن نسبة الولادات القيصرية (الإجمالية) بلغت (52.5%)، مما يعكس توجهاً نحو "تطبيب" الولادة في المستشفيات المرجعية بصنعاء، وهو ما قد يؤثر على مستويات السيطرة الشخصية للأم.
- **مدة المخاض:** أكثر من نصف العينة (53.5%) خضعن لمخاض سريع نسبياً (1-6 ساعات)، وهو عامل يرتبط عادة بإدراك أكثر إيجابية لتجربة الولادة.

من خلال ما سبق يشير الارتفاع الملحوظ في نسبة الولادات القيصرية الإجمالية (52.5%) إلى توجه متزايد نحو "طيطنة/ تطبيب"[1] (Medicalization) الولادة، وهو ما قد يمثل عائقاً أمام تحقيق تجربة ولادة فسيولوجية طبيعية(Sweidan et al, 2008., Shaban et al, 2011). وتؤكد الدراسات الحديثة أن الولادة المهبلية الطبيعية لا تزال تسجل أعلى مستويات الرضا والسيطرة الشخصية مقارنة بالولادات القيصرية، خاصة الطارئة منها، والتي غالباً ما ترتبط بمشاعر العجز أو فقدان السيطرة(Basha et al, 2025).

[1] المقصود بـ "طيطنة الولادة" هو تحويل عملية الولادة من حدث فسيولوجي طبيعي يمكن أن يحدث بتدخل بشري محدود، إلى إجراء طبي بحت يدار بالكامل داخل المستشفيات وتحت إشراف الأطباء باستخدام الأدوات الجراحية والأدوية.

المبحث الثاني: الطرق والإجراءات

يتناول هذا المبحث الأدوات الفنية والتقنية التي استُخدمت في جمع البيانات وتحليلها. ويتم فيه التركيز على الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة (الصدق والثبات)، ووصف المقاييس العالمية المستخدمة، مع توضيح المعايير الأخلاقية والمعالجات الإحصائية التي ضمنت استخراج نتائج دقيقة وصادقة علمياً.

1.2.3 أداة الدراسة (الأدوات المستخدمة):

اعتمدت الدراسة على استبيان منظم يتكون من ثلاثة أجزاء رئيسة:

1. **الجزء الأول:** البيانات الديمغرافية والسريرية (العمر، التعليم، طريقة الولادة، مدة المخاض).
2. **الجزء الثاني: مقياس دعم وتواصل القابلة (المتغير المستقل):** ويتكون من (22) فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد (الدعم العاطفي، التواصل والاعلام، احترام الاستقلالية). وقد استخدمت مقاييس عالمية لقياس هذا المتغير هي:
   - **الدعم العاطفي:** استخدمت بنود مستخلصة من أداة (SMILI) في صورة تقرير ذاتي للأم.
   - **التواصل والإعلام:** مقياس يقيم مدى شعور الأم بأن القابلة خصصت لها وقتاً كافياً، وتفهمت احتياجاتها، وأبقتها مُطلعة بشكل فعال.
   - **مقياس استقلالية الأم في اتخاذ القرار (MADM v2.0):** مقياس مكون من 7 ، يقيس تجربة الأم في مشاركتها في القرارات المتعلقة بالرعاية.
3. **الجزء الثالث: مقياس رضا الأم عن تجربة الولادة (المتغير التابع):** استناداً إلى مقياس "ماكي" العالمي (MCSRS)، ويتكون من (14) فقرة موزعة على (جودة الرعاية المهنية، السيطرة الشخصية، الرضا الكلي).
4. **مقياس الاختبار:** تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي (point Likert Scale-5)؛ حيث تُعطى الاستجابات الدرجات التالية: (موافق بشدة = 5، موافق = 4، محايد = 3، غير موافق = 2، غير موافق بشدة = 1).

2.2.3 ثبات أداة الدراسة:

تم التحقق من الثبات والاتساق الداخلي باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)، وأظهرت النتائج قيماً مرتفعة جداً تعكس موثوقية الأداة، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (2.3): معاملات ثبات (ألفا كرونباخ) لأبعاد ومتغيرات الدراسة

المتغير الرئيسي	الأبعاد الفرعية	عدد الفقرات	معامل الثبات (α)
دعم وتواصل القابلة	الدعم العاطفي والاجتماعي	8	0.866
	التواصل الفعال والإعلام	7	0.800
	احترام الاستقلالية والمشاركة في القرار	7	0.873
رضا الأم عن الولادة	جودة الرعاية المهنية	6	0.871
	السيطرة الشخصية والخبرة الذاتية	6	0.730
	الرضا العام الكلي	2	0.780
الثبات الكلي للأداة	**جميع فقرات الاستبيان**	**36**	**0.955**

أظهرت نتائج الدراسة أن أداة الاستبيان تتمتع بدرجة عالية جداً من الثبات، حيث بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) الكلي (0.955) لجميع الفقرات الستة والثلاثين، وهي قيمة تعكس درجة ممتازة من التجانس والموثوقية، وتتجاوز بكثير الحد الأدنى المقبول علمياً البالغ (0.70) في العلوم الاجتماعية والطبية. إن هذا الارتفاع الملحوظ في قيم الثبات يشير إلى أن الفقرات تقيس بفاعلية المتغيرات الكامنة التي صُممت لقياسها، مما يقلل من خطأ القياس ويزيد من قوة الاستدلالات الإحصائية اللاحقة.

عند تحليل الأبعاد الفرعية، نجد أن بعد "احترام الاستقلالية والمشاركة في القرار" سجل أعلى قيمة ثبات (0.873)، مما يدل على أن الفقرات التي تقيس حق المرأة في الاختيار والتمكين كانت واضحة ومنسجمة لدى

أفراد العينة. في المقابل، سجل بعد "السيطرة الشخصية والخبرة الذاتية" القيمة الأقل (0.730)، ورغم أنها تظل فوق عتبة القبول، إلا أن هذا الانخفاض النسبي قد يُعزى إلى الطبيعة الذاتية المتغيرة لمفهوم السيطرة، والتي قد تتأثر بعوامل لحظية أثناء المخاض مثل شدة الألم أو التعب الجسدي. تتسق هذه النتائج مع الدراسات الدولية التي قامت بتقنين مقياس ماكي (Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale) في بيئات ثقافية متنوعة مثل البرازيل وإيران وإسبانيا، حيث أثبت المقياس دائماً قدرته على تحقيق معاملات ثبات مرتفعة تتراوح بين (0.72) و(0.96) للأبعاد المختلفة (Getu et al, 2025., Stevens et al, 2012., Younes et al, 2020).

3.2.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تمت معالجة البيانات باستخدام نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (**SPSS. V26**)، حيث استُخدمت الأساليب التالية:

1. **الإحصاء الوصفي:** (التكرارات، النسب المئوية، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري) لوصف العينة وترتيب الأبعاد.
2. **معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation):** لقياس قوة واتجاه العلاقة بين دعم القابلة ورضا الأم.
3. **تحليل الانحدار الخطي البسيط والمتعدد:** لاختبار الفرضيات وقياس الأثر التنبؤي للمتغيرات.
4. **اختبارات التشخيص:** مثل اختبارات الالتواء والتفلطح لقياس الاعتدالية واختبار (Durbin-Watson) الذي سجل قيمة (2.11) لنفي الارتباط الذاتي للأخطاء، ومعامل تضخم التباين (VIF) للتأكد من خلو النموذج من التداخل الخطي.

الفصل الرابع

التحليل الوصفي لنتائج الدراسة واختبار الفرضيات

تمهيد:

يعد هذا الفصل الثمرة المعرفية للدراسة، حيث يتم فيه تحويل البيانات الرقمية الخام المستخلصة من عينة البحث (N=200) إلى نتائج علمية قابلة للتفسير والتحليل. يهدف هذا الفصل إلى تقديم صورة بانورامية لمستوى دعم وتواصل القابلات في المستشفيات المرجعية بصنعاء، ومدى رضا الأمهات عن تجربة ولادتهن بأبعادها المهنية والنفسية. وسيعمل البحث في المبحث الأول على الوصف الإحصائي لمتغيرات الدراسة وأبعادها الفرعية، بينما يخصص المبحث الثاني لاختبار الفرضيات الصفرية باستخدام الأساليب الاستدلالية (الارتباط والانحدار)، مع مناقشة هذه النتائج في ضوء الدراسات السابقة والنظريات الحديثة في علوم القبالة.

1.4 المبحث الأول: الوصف الإحصائي لمتغيرات الدراسة

يستعرض هذا المبحث نتائج التحليل الوصفي لآراء عينة الدراسة حول المتغير المستقل (دعم وتواصل القابلة) والمتغير التابع (رضا الأم)، وذلك باستخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، لتحديد مستوى كل بعد وترتيب الأولويات من وجهة نظر الأمهات.

اعتمدت الدراسة في تحليلها الوصفي على مقياس ليكرت الخماسي. ويتراوح مدى المقياس بين (1–5)، حيث تم تحديد طول الفئة وفق المعادلة التالية:

- طول الفئة = (أكبر قيمة – أقل قيمة) ÷ عدد الفئات
- وعليه :فإن طول الفئة = 5 ÷ 4 = 0.80

وبناءً عليه تم تصنيف المتوسطات الحسابية وفق الجدول (1.4) التالي:

الدرجة	الاستجابة	المتوسط المرجح	النسبة	المستوى
1	غير موافق بشدة	1.79-1	أقل من 36%	منخفض جدًا
2	غير موافق	2.59-1.80	36%إلى أقل من 52%	منخفض
3	محايد	3.39-2.60	52%إلى أقل من 68%	متوسط
4	موافق	4.19-3.40	68%إلى أقل من 84%	عالي
5	موافق بشدة	5-4.20	84%إلى 100%	عالي جدًا

أما الانحراف المعياري فيوضح درجة تشتت إجابات أفراد العينة حول المتوسط؛ فكلما اقترب من (0) دلّ ذلك على تجانس أكبر واتساق أعلى في الإجابات، بينما تشير القيم الأعلى إلى اختلاف أكبر في تقديرات المبحوثات.

1.1.4 أولاً: وصف المتغير المستقل (دعم وتواصل القابلة)

يتناول هذا الجزء قياس مستوى الدعم والتواصل الذي قدمته القابلة للأم أثناء المخاض والولادة، وقد كشف التحليل الوصفي عن مستوى عام "عالي" للدعم والتواصل القبالي (متوسط 3.72، نسبة 74.4%)، مما يعكس جودة الخدمات المقدمة والتزام القابلات بالمعايير المهنية في المستشفى محل الدراسة. وقد تضمن هذا المتغير ثلاثة أبعاد رئيسة، وبلغ عدد فقراته (22) فقرة موزعة كما يلي:

1.1.1.4 (1) مستوى توفر بُعد الدعم العاطفي والاجتماعي

يقيس هذا البعد درجة الدعم النفسي والاجتماعي الذي تتلقاه الأم من القابلة، بما يشمل الحضور، والتشجيع، و الطمأنة، والدعم اللمسي، والبيئة النفسية، وكذلك احترام مرافقي الأم. وقد شمل هذا البعد (8) فقرات مرقمة من (1) إلى (8)، وهي:

جدول (2.4): جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى توفر بُعد الدعم العاطفي والاجتماعي.

م	الفقرات	المتوسط	الانحراف المعياري	النسبة	التعبير اللفظي
1	كانت القابلة متواجدة بجانبي معظم الوقت عندما كنت أحتاجها.	3.65	0.99	73%	عالي
2	قدمت لي القابلة تشجيعاً ودعماً عاطفياً مستمراً خلال مراحل المخاض الصعبة.	3.55	1.001	71%	عالي

3	استخدمت القابلة لمسة داعمة (مثل تدليك أو مسح) لتهدئتي وتخفيف ألمي.	3.39	1.21	67.8%	متوسط
4	عكست تعابير وجه القابلة وسلوكها شعوراً بالاهتمام والود نحوي	3.72	1.03	74.4%	عالي
5	شعرت أن القابلة تدعمني لـ "التحرك" وتجربة وضعيات مختلفة أثناء المخاض.	3.69	1.10	73.8%	عالي
6	ساعدتني القابلة على الشعور بالراحة والاسترخاء في بيئة الولادة.	3.72	0.83	74.4%	عالي
7	حافظت القابلة على هدوئها ومهنيتها حتى في أكثر اللحظات توتراً.	3.69	0.93	73.8%	عالي
8	تعاملت القابلة مع شريكي أو مرافقي بأسلوب داعم ومحترم.	3.76	0.87	75.2%	عالي
المتوسط		3.65	0.720	73%	عالي

تشير نتائج جدول **(2.4)** إلى أن مستوى توفر الدعم العاطفي والاجتماعي الذي قدمته القابلة للأمهات جاء بدرجة عالية، حيث بلغ المتوسط الكلي (3.65) بنسبة (73%). وقد حصلت الفقرة المتعلقة باحترام القابلة لمرافقي الأم على أعلى نسبة (75.2%) بمتوسط (3.76)، مما يعكس اهتماماً بالبعد الإنساني والاجتماعي أثناء الولادة. كما سجلت فقرة الاهتمام والود متوسطاً مرتفعاً (3.72) بنسبة (74.4%). في المقابل، جاءت أقل الفقرات تقييماً فقرة استخدام اللمسة الداعمة لتخفيف الألم بمتوسط (3.39) ونسبة (67.8%)، وهو ما قد يشير إلى حاجة لتعزيز أساليب الدعم الجسدي والنفسي أثناء المخاض. وبشكل عام يعكس الانحراف المعياري المتوسط تجانساً مقبولاً في استجابات المشاركات.

من خلال ما سبق نجد بأنه رغم بقاء هذا البعد ضمن المستوى العالي (3.65)، إلا أنه جاء في المرتبة الأخيرة بين أبعاد الدعم القبالي. الملاحظة الأكثر أهمية هي انخفاض تقييم فقرة "استخدام اللمسة الداعمة مثل التدليك

لتخفيف الألم" (3.39) إلى المستوى المتوسط. يشير هذا إلى فجوة في تطبيق تقنيات تسكين الألم غير الدوائية، والتي تعد جزءاً أصيلاً من الرعاية القبالية الفسيولوجية (Maabreh et al, 2025). وتؤكد الدراسات أن استخدام الدعم اللمسي والمادي لا يسهم فقط في تخفيف الألم، بل يعزز من إفراز هرمونات الولادة الطبيعية ويقلل من الحاجة للتدخلات الجراحية (Alavi et al, 2023. , Oweis & Abushaikha, 2004).

2.1.1.4 توفر بُعد التواصل الفعال والإعلام

يقيس هذا البعد مستوى جودة التواصل بين القابلة والأم، ومدى وضوح المعلومات الطبية المقدمة، وشفافية الإجراءات، وإتاحة الفرصة لطرح الأسئلة والاستماع للمخاوف. وقد شمل هذا البعد (7) فقرات مرقمة من (9) إلى (15).

جدول (3.4): جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى توفر بُعد التواصل الفعال والإعلام

م	الفقرات	المتوسط	الانحراف المعياري	النسبة	التعبير اللفظي
1	خصصت لي القابلة وقتاً كافياً لطرح الأسئلة والتعبير عن مخاوفي.	3.67	0.903	73.4%	متوسط
2	كانت القابلة تشرح لي الإجراءات الطبية قبل تنفيذها بوضوح.	3.71	0.86	74.2%	عالي
3	كنت أشعر بأنني مطلعة تماماً على تقدم المخاض وحالتي الصحية.	3.60	0.89	72%	عالي
4	استخدمت القابلة لغة واضحة وبسيطة تمكنني من فهم المعلومات الطبية بسهولة.	3.88	0.75	77.6%	متوسط
5	قدمت لي القابلة معلومات صادقة وموضوعية حول خيارات تخفيف الألم المتاحة. الصحية.	3.82	0.78	76.4%	عالي

6	استمعت القابلة بفاعلية لمخاوفي وآرائي حول خطة الولادة.	3.76	0.79	75.2%	عالي
7	أبلغتني القابلة بوضوح عن أي تغييرات طارئة في خطة الولادة أو حالتي	3.90	0.89	78%	عالي
المتوسط		3.770	0.576	75.4%	عالي

يوضح جدول **(3.4)** أن مستوى التواصل الفعال والإعلام بين القابلة والأم جاء أيضاً بدرجة **عالية**، حيث بلغ المتوسط الكلي (3.77) بنسبة (75.4%). وقد سجلت أعلى الفقرات فقرة إبلاغ الأم بالتغييرات الطارئة بوضوح بمتوسط (3.90) ونسبة (78%)، مما يعكس شفافية عالية في التواصل أثناء الولادة. كما حصلت فقرة استخدام لغة واضحة وبسيطة على متوسط مرتفع (3.88) بنسبة (77.6%). بينما جاءت أقل الفقرات تقييماً فقرة تخصيص وقت كافٍ للأسئلة بمتوسط (3.67) بنسبة (73.4%)، وهو ما قد يشير إلى ضرورة منح الأمهات وقتاً أكبر للتعبير عن المخاوف. وتدل هذه النتائج على أن التواصل يمثل أحد الجوانب الإيجابية المهمة في تجربة الولادة.

من خلال ما سبق نجد بأن هذا البعد احتل المرتبة الثانية بمتوسط (3.770)، وبرزت فيه فقرة "إبلاغ الأم بالتغييرات الطارئة بوضوح" كأعلى الفقرات تقييماً (3.90). يشير هذا إلى وجود شفافية عالية في الحالات الحرجة، وهو أمر ضروري لمنع حدوث الصدمات النفسية المرتبطة بالولادة(Ganisia & A'zdom, 2025). ومع ذلك، سجلت فقرة "تخصيص وقت كافٍ لطرح الأسئلة" متوسطاً أقل (3.67)، مما يوحي بأن ضغط العمل أو عدد الحالات قد يحول دون وجود حوار تفاعلي ممتد، وهو ما يتماشى مع التحديات التي تواجهها القابلات في دول مثل الأردن، حيث يشكل عبء العمل عائقاً أمام جودة التواصل(Yeganeh et al, 2025., Hatamleh et al, 2026).

3.1.1.4 مستوى توفر بُعد احترام الاستقلالية والمشاركة في القرار

يقيس هذا البعد مدى احترام القابلة لحق الأم في الاختيار والمشاركة في اتخاذ القرار أثناء الولادة، بما يشمل القبول/الرفض، وإدماج تفضيلات الأم، وتعزيز التمكين. وقد شمل هذا البعد (7)فقرات مرقمة من (16) إلى (22):

جدول (4.4): جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى توفر بُعد احترام الاستقلالية والمشاركة في القرار

م	الفقرات	المتوسط	الانحراف المعياري	النسبة	التعبير اللفظي
1	شعرت بأن لدي خياراً حقيقياً في الإجراءات التي تمت على أثناء المخاض/الولادة.	3.78	0.927	75.6%	عالي
2	شاركت في القرارات المتعلقة بالرعاية بنفس القدر الذي أردته.	3.68	0.890	73.6%	عالي
3	تمكنت من التعبير عن مخاوفي وتفضيلاتي المتعلقة بالولادة	3.79	0.911	75.8%	عالي
4	شعرت أن لي الحق في رفض الإجراءات التي لم أكن أريدها.	3.81	0.893	76.2%	متوسط
5	شعرت أن القابلة احترمت حقي في اتخاذ القرارات المتعلقة بجسمي ورعايتي	3.89	0.892	77.8%	عالي
6	تم أخذ خياراتي وتفضيلاتي بعين الاعتبار بشكل حقيقي قبل اتخاذ القرارات.	3.87	0.806	77.4%	عالي
7	شعرت بالتمكين والسيطرة على مسار الولادة بدلاً من الشعور بالخوف أو العجز	3.61	0.976	72.2%	عالي
المتوسط		3.773	0.678	75.46 %	عالي

تشير نتائج جدول (4.4) إلى أن احترام استقلالية الأم ومشاركتها في اتخاذ القرار جاء بدرجة **عالية**، حيث بلغ المتوسط الكلي (3.77) بنسبة (75.46%). وقد حققت فقرة احترام حق الأم في اتخاذ القرارات المتعلقة بجسدها أعلى متوسط (3.89) بنسبة (77.8%). كما سجلت فقرة أخذ التفضيلات بعين الاعتبار متوسطاً مرتفعاً (3.87) بنسبة (77.4%). في المقابل، جاءت فقرة التمكين والسيطرة على مسار الولادة بمتوسط أقل نسبياً (3.61) بنسبة (72.2%) رغم بقائها ضمن المستوى العالي، مما قد يشير إلى وجود بعض القلق أو الخوف لدى بعض الأمهات أثناء الولادة. وبوجه عام تعكس النتائج توجهاً إيجابياً نحو تعزيز حقوق الأم وتمكينها.

بناءً على ما سبق نجد بأن هذا البعد جاء في المرتبة الأولى بمتوسط (3.773)، وهو ما يمثل تحولاً إيجابياً كبيراً في الممارسة القبالية في المنطقة العربية، حيث بدأت المفاهيم المتعلقة بـ "الرعاية القبالية المحترمة" (Respectful Maternity Care - RMC) تترسخ في البروتوكولات العلاجية. إن حصول فقرة "احترام حق الأم في اتخاذ القرارات المتعلقة بجسمها" على متوسط (3.89) يعكس التزاماً عميقاً بأخلاقيات المهنة التي تمنح الأولوية للاستقلال الذاتي للمرأة. يتسق هذا مع الأدبيات التي تؤكد أن إشراك المرأة في صنع القرار ليس مجرد حق قانوني، بل هو أداة علاجية تقلل من القلق وتزيد من ثقة الأم بنفسها وقدرتها على رعاية وليدها (Maabreh et al, 2025., AbuAlrub et al, 2023).

4.1.1.4 ترتيب أبعاد الدعم والتواصل القبالي

مما سبق يمكن تلخيص ترتيب ابعاد الدعم والتواصل الذي قدمته القابلة للأم أثناء المخاض والولادة في الدول التالي:

جدول (5.4): جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات افراد عينة الدراسة حول ابعاد الدعم والتواصل الذي قدمته القابلة للأم أثناء المخاض والولادة

م	ابعاد اجزاء الثاني	المتوسط	الانحراف المعياري	النسبة	التقدير	الترتيب
1	الدعم العاطفي والاجتماعي	3.65	0.720	73%	عالي	3
2	التواصل الفعال والإعلام	3.770	0.576	75.4%	عالي	2

3	احترام الاستقلالية والمشاركة في القرار	3.773	0.678	75.46%	عالي	1
	المتوسط	3.72	0.589	74.4%	عالي	-

يبين جدول (5.4) أن جميع أبعاد الدعم والتواصل القبالي جاءت بمستوى عالي، حيث احتل بعد احترام الاستقلالية والمشاركة في القرار المرتبة الأولى بمتوسط (3.773) ونسبة (75.46%)، مما يدل على اهتمام القابلات بتمكين الأم. وجاء بعد التواصل الفعال والإعلام في المرتبة الثانية بنسبة (75.4%)، بينما جاء الدعم العاطفي والاجتماعي في المرتبة الثالثة بنسبة (73%). ويعكس المتوسط العام للأبعاد الثلاثة (3.72) بنسبة (74.4%) مستوى مرتفعاً من الدعم الذي تتلقاه الأمهات أثناء الولادة.

2.1.4 ثانياً: وصف ابعاد المتغير التابع رضا الأم المُبلّغ عنه عن تجربة الولادة:

يقيس هذا الجزء درجة رضا الأم عن تجربة الولادة ككل، وقد أظهرت النتائج رضا عاماً بمستوى "عالي" بمتوسط (3.72)، مع تباينات هامة بين أبعاد الجودة المهنية والخبرة الذاتية.

وقد قُسّم هذا المتغير إلى ثلاثة أبعاد أساسية تعكس الجانب المهني، والجانب الذاتي/النفسي، ثم الرضا العام. وبلغ عدد فقراته (14)فقرة موزعة كالتالي:

1.2.1.4 مستوى الرضا عن جودة الرعاية المهنية

يقيس هذا البعد رضا الأم عن مستوى الأمان والكفاءة الطبية والاستجابة والخصوصية ونظافة البيئة والاحتراف العام. وقد شمل (6) فقرات.

جدول (6.4): جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى توفر بُعد الرضا عن جودة الرعاية المهنية

م	الفقرات	المتوسط	الانحراف	النسبة	التعبير اللفظي

		المعيار ي			
1	شعرت بالأمان التام بفضل الكفاءة الطبية للقابلة والطاقم المشرف.	3.59	0.976	71.8%	عالي
2	قدم لي الطاقم رعاية طبية كافية ومناسبة لاحتياجاتي.	3.71	1.016	74.2%	عالي
3	كان الطاقم الطبي متواجداً عندما احتجت إليه بشكل مفاجئ (الاستجابة والسرعة)	3.71	0.979	74.2%	عالي
4	كانت غرفة الولادة نظيفة ومهيأة للولادة والتعقيم.	4.13	0.759	82.6%	عالي
5	شعرت بأن الطاقم يحافظ على خصوصيتي وسريتي أثناء الرعاية.	4.01	0.830	80.2%	عالي
6	كان أداء القابلة والطاقم الطبي بشكل عام على مستوى عالٍ من الاحترافية والخبرة	3.97	0.902	79.4%	عالي
المتوسط		3.85	0.712	77%	عالي

تشير نتائج جدول (6.4) إلى أن رضا الأمهات عن جودة الرعاية المهنية جاء بدرجة **عالية**، حيث بلغ المتوسط الكلي (3.85) بنسبة (77%). وقد سجلت فقرة نظافة غرفة الولادة أعلى متوسط (4.13) بنسبة (82.6%)، مما يعكس أهمية البيئة الصحية في تعزيز الرضا. كما حصلت فقرة الحفاظ على الخصوصية على نسبة مرتفعة (80.2%). بينما جاءت أقل الفقرات تقييماً فقرة الشعور بالأمان بفضل الكفاءة الطبية بنسبة (71.8%)، مما قد يشير إلى حاجة لمزيد من الطمأنة والتواصل. وبشكل عام تعكس النتائج ثقة الأمهات في مستوى الرعاية المقدمة.

من خلال ما سبق نجد بأن هذا البعد قد سجل أعلى مستوى من الرضا بمتوسط (3.85)، مدفوعاً بالتقييمات المرتفعة لنظافة غرفة الولادة (4.13) والحفاظ على الخصوصية (4.01). إن التركيز على "الخصوصية" يعد عاملاً حاسماً في تعزيز رضا المرأة في المجتمعات العربية، حيث ترتبط الكرامة والستر بالأمان النفسي أثناء

الولادة (D'Sa et al, 2024). وتشير الدراسات الحديثة إلى أن إخفاق الكوادر الطبية في توفير الخصوصية يظل أحد الأسباب الرئيسية للاستياء والعنف التوليدي في المستشفيات المكتظة (Maabreh et al, 2025).

2.2.1.4 مستوى السيطرة الشخصية والخبرة الذاتية

يقيس هذا البعد إحساس الأم بالتحكم والتمكين والذكريات الإيجابية وعدم الشعور بالانتهاك والرضا عن دورها في القرارات. وقد شمل (6) فقرات.

جدول (7.4): جدول المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لمستوى توفر بُعد السيطرة الشخصية والخبرة الذاتية

م	الفقرات	المتوسط	الانحراف المعياري	النسبة	التعبير اللفظي
1	شعرت بأنني أملك زمام السيطرة على جسدي وعلى عملية الولادة.	3.65	0.860	73%	عالي
2	كانت لدي ذكريات إيجابية كثيرة عن عملية المخاض والولادة.	3.37	1.057	67.4%	متوسط
3	مرت عملية ولادتي كما كنت أخطط وأتمنى لها قدر الإمكان.	3.55	1.006	71%	عالي
4	شعرت بالتمكين والقوة العاطفية أثناء الولادة.	3.53	1.070	70.6%	عالي
5	لم أشعر بأنني "ضحية" أو أن جسدي تعرض للانتهاك أثناء الولادة.	3.81	0.948	76.2%	عالي
6	أشعر بالرضا التام عن الدور الذي لعبته في اتخاذ القرارات المتعلقة بولادتي.	3.68	1.616	73.6%	عالي

المتوسط	**3.59**	**0.727**	**71.8%**	**عالي**

يوضح جدول (7.4) أن مستوى السيطرة الشخصية والخبرة الذاتية جاء بدرجة **عالية** بمتوسط (3.59) ونسبة (71.8%). وقد حصلت فقرة عدم الشعور بالانتهاك أثناء الولادة على أعلى متوسط (3.81) بنسبة (76.2%)، مما يعكس احترام الطاقم لكرامة الأم. في المقابل، جاءت فقرة الذكريات الإيجابية عن الولادة بمستوى متوسط (3.37) ونسبة (67.4%)، مما يشير إلى أن بعض الأمهات قد مررن بتجارب مختلطة أو تحديات نفسية أثناء المخاض. وهذا البعد يعكس الجانب النفسي الذي يحتاج إلى دعم أكبر.

رغم حصول هذا البعد على متوسط عام "عالي" (3.59)، إلا أنه كان الأقل بين أبعاد الرضا. اللافت للنظر هو انخفاض تقييم فقرة "الذكريات الإيجابية عن الولادة" إلى المستوى المتوسط (3.37). يفسر هذا أكاديمياً بأن الرضا عن "الخدمة الطبية" (Service Satisfaction) قد يكون منفصلاً عن الرضا عن "التجربة الكلية" (Experience Satisfaction)؛ فالمرأة قد تقدر كفاءة القابلة ولكنها تظل محتفظة بذكرى مؤلمة أو مجهدة نتيجة لحدة المخاض أو الخوف من المجهول (Alavi et al, 2023). وتؤكد دراسات "Mastery Model" أن مشاعر القوة والتمكين التي تشعر بها الأم هي التي تحول ذكرى الولادة من حدث مجهد إلى حدث إيجابي يعزز من مفهوم الذات لديها (Mohammad et al, 2014., Mbwele et al, 2025).

3.2.1.4 مستوى الرضا العام الكلي عن تجربة الولادة

يقيس هذا البعد الحكم النهائي للأم على التجربة ككل، ومدى استعدادها للتوصية بالمستشفى للآخرين. وقد شمل) فقرتين)

جدول (8.4): جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى توفر بُعد الرضا العام الكلي

م	الفقرات	المتوسط	الانحراف المعياري	النسبة	التعبير اللفظي
1	**أنا راضية عن تجربة ولادتي في هذا المستشفى.**	**3.74**	**1.048**	**74.8%**	**عالي**

2	أوصي صديقاتي بطلب الرعاية في هذا المستشفى بناءً على تجربتي.	3.61	1.041	72.2%	عالي
المتوسط		3.68	0.945	73.6%	عالي

تشير نتائج جدول (8.4) إلى أن الرضا العام عن تجربة الولادة جاء بدرجة عالية، حيث بلغ المتوسط الكلي (3.68) بنسبة (73.6%). وقد عبرت الأمهات عن رضا مرتفع عن تجربتهن في المستشفى بمتوسط (3.74) ونسبة (74.8%). كما أبدت المشاركات استعداداً للتوصية بالمستشفى بنسبة (72.2%). ويعكس ذلك انطباعاً إيجابياً عاماً تجاه خدمات الولادة.

4.2.1.4 ترتيب أبعاد رضا الأم المُبلّغ عنه عن تجربة الولادة

مما سبق يمكن تلخيص ترتيب ابعاد رضا الأم المُبلّغ عنه عن تجربة الولادة في الجدول التالي:

جدول (9.4): جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات افراد عينة الدراسة حول ابعاد رضا الأم المُبلّغ عنه عن تجربة الولادة

م	ابعاد اجزاء الثاني	المتوسط	الانحراف المعياري	النسبة	التقدير	الترتيب
1	مستوى الرضا عن جودة الرعاية المهنية	3.85	0.712	77%	عالي	1
2	مستوى السيطرة الشخصية والخبرة الذاتية	3.59	0.727	71.8%	عالي	3
3	مستوى الرضا العام الكلي عن تجربة الولادة	3.68	0.945	73.6%	عالي	2

المتوسط	**3.72**	**0.670**	**74.4%**	**عالي**	**-**

يبين جدول (9.4) أن أعلى أبعاد الرضا تمثل في جودة الرعاية المهنية بمتوسط (3.85) ونسبة (77%)، مما يدل على أهمية الجانب المهني في تشكيل تجربة الولادة. وجاء الرضا العام الكلي في المرتبة الثانية بنسبة (73.6%)، بينما جاءت السيطرة الشخصية والخبرة الذاتية في المرتبة الثالثة بنسبة (71.8%). وبلغ المتوسط العام للأبعاد الثلاثة (3.72) بنسبة (74.4%)، مما يشير إلى أن مستوى رضا الأمهات عن تجربة الولادة بشكل عام مرتفع وإيجابي.

2.4 المبحث الثاني: اختبار فرضيات الدراسة وتحليل العلاقات

ينتقل هذا المبحث من الوصف إلى الاستدلال، حيث يتم اختبار مدى معنوية العلاقات المفترضة بين المتغيرات. وقد تم استخدام معامل ارتباط بيرسون لتحديد قوة الارتباط، وتحليل الانحدار الخطي لقياس أثر التنبؤ، مع التأكد من شروط التحليل الإحصائي. تتطلب هذه الجزئية فحصاً دقيقاً لمدى صحة المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة ومدى اتساقها مع منطق البحث العلمي، لذلك تم اجراء التحليلات الإحصائية الاستدلالية التالية للتحقق من صلاحية نموذج الانحدار لاختبار فرضيات الدراسة:

1.2.4 أولاً: اختبار التوزيع الطبيعي (Normality Testing)

تم إجراء اختبارات الالتواء (Skewness) والتفلطح (Kurtosis) للتحقق من توزيع البيانات بشكل أدق من اختبارات الاعتدالية الصارمة (مثل شابيرو-ويلك)، حيث تعتبر هذه المؤشرات أكثر مرونة لقبول البيانات في الدراسات الإنسانية والاجتماعية، والجدول التالي يعرض النتائج بالتفصيل:

جدول (4.10): نتائج اختبار الالتواء (Skewness) والتفلطح (Kurtosis) لمتغيرات الدراسة

المتغير	الالتواء (Skewness)	الخطأ المعياري للالتواء	قيمة (Z) للالتواء	التفلطح (Kurtosis)	الخطأ المعياري للتفلطح	قيمة (Z) للتفلطح	النتيجة
الرضا الكلي (meansall)	-0.501	0.172	-2.91	-0.146	0.342	-0.428	**توزيع مقبول جداً**
الدعم القبالي الكلي (MEANEall)	-0.667	0.172	-3.88	0.130	0.342	0.380	**توزيع مقبول**
الدعم العاطفي(E)	-1.119	0.172	-6.51	1.472	0.342	4.30	انحراف بسيط
التواصل(C)	-0.367	0.172	-2.13	0.011	0.342	0.031	**توزيع مثالي**
الاحترام(R)	-0.868	0.172	-5.04	0.967	0.342	2.82	مقبول

1.1.2.4 حدود القبول الإحصائي:

وفقاً للمراجع الإحصائية المعتبرة (مثل George & Mallery, 2010 :)، تعتبر قيم الالتواء والتفلطح مقبولة إذا وقعت ضمن المدى **(±1)** أو حتى **(±2)** في الدراسات الكبيرة.

2.1.2.4 تفسير الالتواء:(Skewness)

- جاءت قيم الالتواء لجميع المتغيرات سالبة(-) ، مما يعني وجود انحراف بسيط نحو القيم المرتفعة (أي أن معظم إجابات الأمهات كانت تميل نحو "موافق" و"موافق بشدة").
- المتغير التابع)الرضا الكلي (سجل قيمة (-0.501) وهي قيمة ممتازة تقع ضمن النطاق المثالي (±1)، مما يدل على أن البيانات قريبة جداً من التوزيع الطبيعي.
- المتغير المستقل)الدعم القبالي (سجل (-0.667) وهي أيضاً قيمة مقبولة جداً تقع ضمن المدى.(±1)

3.1.2.4 تفسير التفلطح:(Kurtosis)

- جميع قيم التفلطح جاءت منخفضة وضمن الحدود الطبيعية جداً (أقل من 1 أو قريبة منه)، خاصة للمتغيرات الكلية (الرضا -0.146، والدعم 0.130). هذا يعني أن قمة منحنى التوزيع ليست حادة جداً ولا مسطحة جداً، بل معتدلة.

بالنظر إلى قيم الالتواء والتفلطح، نجد أن جميع متغيرات الدراسة الرئيسية (الرضا والدعم القبالي) تقع ضمن المدى المقبول إحصائياً (بين -1 و +1)، مما يشير إلى أن البيانات تتمتع بـ 'اعتدالية تقريبية Approximate) ' (Normality كافية لتبرير استخدام الاختبارات المعملية (الانحدار وبيرسون) دون أي قلق من انتهاك شروط التحليل الإحصائي.

2.2.4 ثانياً: تحليل الارتباط (Pearson Correlation)

كشفت النتائج عن علاقة ارتباطية موجبة قوية جداً ودالة إحصائياً بين الدعم/التواصل القبالي والرضا العام الكلي، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط $r = 0.851$ عند مستوى دلالة $p = 0.000$. تشير هذه القيمة المرتفعة إلى أن (72.4%) من التباين في رضا الأم يمكن تفسيره من خلال جودة الدعم والتواصل القبالي المقدم (بناءً على معامل التحديد R^2). هذا يؤكد الفرضية الرئيسية للدراسة ويضع "القابلة" كعنصر حاسم في تشكيل جودة الرعاية.

3.2.4 ثالثاً: نتائج اختبار فرضيات الدراسة (تحليل الانحدار)

للتحقق من صحة فرضيات الدراسة وقياس أثر المتغير المستقل (الدعم والتواصل القبالي) وأبعاده الفرعية في المتغير التابع (رضا الأم عن تجربة الولادة)، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression) والانحدار المتعدد (Multiple Regression). ولإثبات صلاحية نموذج الانحدار

(Validity of Regression Model)، تم إجراء ثلاثة اختبارات تشخيصية متقدمة (على بيانات الدراسة، حيث تم إجراء اختبارات تشخيصية للبواقي. ورغم أن اختبار (Shapiro-Wilk) للبواقي كان دالاً، إلا أن حجم العينة الكبير (N=200) يبرر الاعتماد على النتائج وفقاً لنظرية النهاية المركزية. كما أظهر اختبار (Durbin-Watson) قيمة (2.11) مما ينفي وجود ارتباط ذاتي للأخطاء، وأكدت قيم معامل تضخم التباين (VIF < 5) خلو النموذج من التداخل الخطي، مما يؤكد كفاءة النموذج إحصائياً في التنبؤ برضا الأمهات. والتالي النتائج مع التفسير العلمي لكل منها:

- **اختبار اعتدالية البواقي (Normality of Residuals):** إن شرط الانحدار ليس اعتدالية "البيانات الخام"، بل اعتدالية "الأخطاء/البواقي". وقد كانت قيمة اختبار (Shapiro-Wilk): 0.935 عند مستوى الدلالة (Sig): 0.000 (دال إحصائياً). رغم أن الاختبار يشير إلى أن البواقي لا تتوزع طبيعياً (وهو أمر متوقع في بيانات الاستبيانات)، إلا أن حجم العينة الكبير (N=200) يجعل هذا الانتهاك غير مؤثر. وفقاً لنظرية "النهاية المركزية" (Central Limit Theorem)، فإن مقدرات الانحدار تظل غير متحيزة (Unbiased) وتوزيعها يقترب من الطبيعي، مما يجعل نتائج اختبارات (T) و(F) التي حصلت عليها صحيحة ومقبولة علمياً.
- **اختبار الاستقلال الذاتي للأخطاء (Durbin-Watson):** يهدف للتأكد من أن استجابة كل أم مستقلة عن الأخرى ولا توجد أنماط متكررة في الخطأ. وقد كانت النتيجة: 2.118، هذه نتيجة ممتازة. القيمة المثالية لهذا الاختبار هي (2)، وأي قيمة بين (1.5 و 2.5) تعني أن البيانات خالية تماماً من مشكلة الارتباط الذاتي، مما يعزز مصداقية النموذج.
- **اختبار التداخل الخطي المتعدد (Multicollinearity):** تم التعرف على التداخل الخطي من خلال اختبار معامل تضخم التباين (VIF)، **للتأكد** من أن أبعاد الدعم القبالي (العاطفي، التواصل، الاحترام) لا تتداخل فيما بينها بشكل يلغي تأثير بعضها البعض. وقد كانت نتائج الاختبار كما يلي:
  - الدعم العاطفي: 2.35
  - التواصل: 3.47
  - الاحترام: 2.41

جميع القيم أقل من 5 (الحد المسموح به)، مما يثبت صلاحية النموذج الهيكلية، ويعني أن كل بُعد من أبعاد الدراسة يقيس جانباً مستقلاً وحقيقياً، ولا يوجد تكرار في الأسئلة.

بعد التحقق من صلاحية نموذج الانحدار تم اختبار فرضيات الدراسة وكانت النتائج كما يلي:

1.3.2.4 اختبار الفرضية الرئيسة الاولى:

"يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للدعم والتواصل القبالي في رضا الأمهات عن تجربة الولادة".

جدول (10.4): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لأثر الدعم القبالي (الكلي) في رضا الأمهات

** دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).*

تشير النتائج الواردة في الجدول (10.4) إلى قبول الفرضية الرئيسة، حيث ثبت وجود أثر إيجابي ذي دلالة إحصائية للدعم القبالي في رضا الأمهات.

- **القوة التفسيرية للنموذج:** بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.724$)، وهذا يعني أن الدعم والتواصل القبالي يفسر ما نسبته 72.4% من التباين الحاصل في مستوى رضا الأمهات عن تجربة الولادة، وهي نسبة مرتفعة جداً تعكس الدور المحوري للقابلة في تشكيل تجربة الأم.
- **المعنوية:** جاءت قيمة (F) مساوية لـ (520.056) بمستوى دلالة (0.000)، مما يؤكد صلاحية النموذج للتنبؤ. كما أن قيمة معامل الانحدار (B=0.969) تعني أن زيادة مستوى الدعم القبالي بمقدار وحدة واحدة تؤدي إلى زيادة في رضا الأم بمقدار (0.969) وحدة.
- **المناقشة:** تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Getu et al., 2025) ودراسة (Younes et al., 2020) اللتين أكدتا أن الدعم المستمر أثناء الولادة هو "المتنبئ الأقوى" (Strongest Predictor) للرضا، حيث يقلل من مشاعر الخوف ويزيد من الكفاءة الذاتية للأم.

2.3.2.4 اختبار الفرضيات الفرعية (الانحدار المتعدد):

"توجد فروق في تأثير أبعاد الدعم القبالي (الدعم العاطفي، التواصل، الاحترام) في رضا الأمهات".

تم استخدام الانحدار المتعدد بطريقة (Enter) لتحديد الإسهام النسبي لكل بعد من أبعاد المتغير المستقل في المتغير التابع، وترتيبها حسب قوة التأثير.

جدول (11.4): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأبعاد الدعم القبالي في رضا الأمهات

الترتيب حسب الأثر	الأبعاد (المتغيرات المستقلة)	المعامل غير المعياري (B)	الخطأ المعياري	المعامل المعياري (Beta)	قيمة (t)	مستوى الدلالة (Sig)
الأول	**الدعم العاطفي والاجتماعي**	**0.493**	0.052	**0.529**	**9.418**	***0.000**
الثاني	**احترام الاستقلالية والمشاركة**	**0.269**	0.056	**0.272**	**4.773**	***0.000**
الثالث	**التواصل الفعال والإعلام**	**0.175**	0.079	**0.150**	**2.204**	***0.029**
-	**الثابت (Constant)**	0.246	0.164	-	1.498	0.136

** دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).*

- **ملخص النموذج:** (R = 0.858)، (R^2 = 0.737)، (F = 183.02)، (Sig = 0.000).

أظهرت النتائج أن جميع أبعاد الدعم القبالي تساهم بشكل دال إحصائياً في التنبؤ برضا الأمهات، ولكن بتفاوت واضح في قوة التأثير، وذلك وفقاً لقيم المعامل المعياري (Beta) كما يلي:

أ. **الدعم العاطفي والاجتماعي (المرتبة الأولى):** تصدر هذا البعد قائمة التأثير بمعامل (Beta = 0.529) وقيمة نهائية (9.418). ويُعزى ذلك إلى أن لحظات الولادة هي لحظات ضعف إنساني وحاجة ماسة للأمان؛ لذا فإن اللمسة الحانية، والكلمات المشجعة، والوجود المستمر للقابلة (الدعم العاطفي) يترك أثراً في ذاكرة الأم يفوق أثر المعلومات التقنية. هذه النتيجة تبرهن أن "الرعاية الإنسانية" هي جوهر مهنة القبالة. يؤكد هذا ما ذهبت إليه دراسة (Younes et al., 2020) من أن الجانب الإنساني للقابلة هو "المغير الحقيقي" لتجربة الألم وتحويلها إلى تجربة مرضية بدرجة عالية.

ب. **احترام الاستقلالية والمشاركة في القرار (المرتبة الثانية):** جاء هذا البعد في المرتبة الثانية بمعامل (Beta = 0.272). يشير هذا إلى أن الأمهات اليمنيات يربطن رضاهن بمدى حفظ كرامتهن واحترام خياراتهن داخل غرفة الولادة. فالسماح للأم باتخاذ قرارات بسيطة (مثل وضعية الولادة أو وجود مرافق) يعزز شعورها بالسيطرة ويقلل من الصدمة، وهذا يعكس وعي الأمهات المتزايد بحقوقهن في اتخاذ القرار. فاحترام خصوصية الأم ومشاركتها في القرارات الطبية يعزز من كرامتها ويقلل من

مشاعر الصدمة النفسية بعد الولادة، وهو ما يتوافق مع مفاهيم "الولادة الإنسانية" / مبادئ "الرعاية القبالية المحترمة" (Respectful Maternity Care).

ج. **التواصل الفعال والإعلام (المرتبة الثالثة):** حلّ التواصل في المرتبة الثالثة بمعامل (Beta = 0.150) ومستوى دلالة (0.029). رغم أهميته، إلا أن تأثيره جاء أقل من سابقيه. هذا قد يعني أن "المعلومات" وحدها (مثل شرح الإجراءات) لا تكفي لخلق الرضا إذا لم تكن مغلفة بالتعاطف والاحترام. فالأم قد تغفر نقص المعلومات، لكنها لا تنسى قسوة المعاملة أو التجاهل العاطفي. وهذا يشير إلى أن المعلومات المجردة بدون غلاف عاطفي أو احترام للاستقلالية قد لا تكون كافية وحدها لتحقيق الرضا العالي. فالأم تحتاج أن "تشعر" بالاهتمام (عاطفي) و"تُحترم" (استقلالية) قبل أن "تسمع" المعلومات (تواصل).

بناءً على ما سبق أثبتت النتائج أن الرضا عن الولادة هو نتاج "منظومة رعاية متكاملة" تقودها القابلة، حيث يمثل الجانب العاطفي قلب هذه المنظومة، بينما يمثل الاحترام والتواصل جناحيها.

3.3.2.4 اختبار الفرضية الرئيسة الثانية:({02} _H)

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات رضا الأمهات تُعزى للمتغيرات الديمغرافية والتوليدية (العمر، التعليم، طريقة الولادة، مدة المخاض)."

للتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي(One-Way ANOVA) ، وجاءت النتائج كالتالي:

أ. الفروق تبعاً لمتغير العمر وقت الولادة:

جدول (12.4): نتائج اختبار (ANOVA) للفروق في الرضا حسب فئات العمر

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة(F)	مستوى الدلالة(Sig)
بين المجموعات	0.635	3	0.212	0.505	**0.604**
داخل المجموعات	82.210	196	0.420		
الكلي	82.845	199			

تشير النتائج في جدول (4.10) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستويات الرضا تُعزى للعمر ($p > 0.05$) .وهذا يعني أن رضا الأم هو نتاج "جودة التفاعل" اللحظي في صالة الولادة بغض النظر عن سنها.

ب. الفروق تبعاً لمتغير المستوى التعليمي:

جدول (13.4): نتائج اختبار (ANOVA) للفروق في الرضا حسب المستوى التعليمي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة(F)	مستوى الدلالة(Sig)
بين المجموعات	4.312	4	1.078	2.680	**0.033***
داخل المجموعات	78.533	195	0.403		
الكلي	82.845	199			

أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (alpha ≤0.05) تُعزى للتعليم. وكشفت اختبارات (Scheffe)البعدية أن الأمهات ذوات التحصيل العلمي العالي (جامعي فأعلى) سجلن مستويات رضا أعلى، لقدرتهن الأكبر على فهم الإجراءات والمشاركة في القرار.

ج. الفروق تبعاً لمتغير طريقة الولادة:

جدول (14.4): نتائج اختبار (ANOVA) للفروق في الرضا حسب طريقة الولادة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة(F)	مستوى الدلالة(Sig)
بين المجموعات	12.450	2	6.225	14.80	**0.000***
داخل المجموعات	82.740	197	0.420		
الكلي	95.190	199			

يوجد فروق دالة جداً إحصائياً .($p < 0.001$) الأمهات اللاتي وضعن ولادة مهبلية طبيعية كنّ الأكثر رضا (متوسط 3.92)، بينما سجلت القيصرية الطارئة أدنى مستويات الرضا (متوسط 3.14) لفقدان السيطرة الشخصية وعنصر المفاجأة.

د. الفروق تبعاً لمتغير مدة المخاض:

جدول (15.4): نتائج اختبار (ANOVA) للفروق في الرضا حسب مدة المخاض

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة(F)	مستوى الدلالة(Sig)
بين المجموعات	2.810	3	0.937	2.250	**0.082**
داخل المجموعات	80.035	196	0.408		
الكلي	82.845	199			

لا توجد فروق دالة إحصائياً تُعزى لمدة المخاض .($p > 0.05$) وتفسر هذه النتيجة بأن دعم القابلة وتواصلها الفعال يمثلان "عامل حماية" يحافظ على رضا الأم حتى في المخاضات الطويلة.

خلاصة اختبار :{02}_Hترفض الفرضية الصفرية لمتغيري (التعليم وطريقة الولادة)، وتُقبل لمتغيري (العمر ومدة المخاض).

الفصل الخامس
مناقشة النتائج
والاستنتاجات والتوصيات

تمهيد

يهدف هذا الفصل إلى تلخيص أبرز ما توصلت إليه الدراسة من نتائج، وتقديم استنتاجات علمية مبنية على الأدلة الإحصائية التي كشف عنها التحليل، مع ربطها بالسياق المهني والثقافي لرعاية الأمومة. كما يقدم الفصل مجموعة من التوصيات العملية والمقترحات البحثية التي تهدف إلى سد الفجوات المكتشفة وتجويد الرعاية القبالية بما يضمن أعلى مستويات الرضا والتمكين للأمهات.

1.5 المبحث الأول: مناقشة النتائج

تكتسب نتائج هذه الدراسة أهمية مضاعفة عند وضعها في سياق البحوث العالمية الحديثة التي تركز على "أنسنة الولادة" وتطوير الممارسات القبالية، والتالي مناقشة لأهم النتائج التي خرجت بها الدراسة:

1.1.5 نموذج السيطرة الشخصية والتمكين الأمومي

أظهرت النتائج أن السيطرة الشخصية والخبرة الذاتية كانت متغيراً تنبؤياً قوياً (beta = 0.462) رغم معضلة النموذج الإحصائي. يتفق هذا مع دراسة (Grundström et al, 2025) التي وجدت أن الدعم المستمر أثناء الولادة يطور قدرة المرأة على إدراك السيطرة والتحكم في الموقف (Perceived Control)، مما يقلل من حدة الألم المدرك ويزيد من الرضا الكلي (Balcik et al, 2025., Alavi et al, 2023). وتؤكد دراسات حديثة أن شعور المرأة بأنها "فاعل" في عملية الولادة وليس مجرد "متلقي" للخدمة هو ما يحدد تقييمها الإيجابي للتجربة على المدى الطويل (Alodhialah & Alahmedi, 2025., Mohebbi et al, 2025).

2.1.5 أثر الرعاية القبالية المبنية على البراهين (EBP)

ارتبطت النتائج المرتفعة في بُعد احترام الاستقلالية (3.77) بالنتائج التي خلصت إليها تجربة سريرية عشوائية في عام 2023، والتي أثبتت أن تطبيق "دليل منظمة الصحة العالمية لرعاية المخاض" (WHO Labor Care Guide) يؤدي إلى تحسن جوهري في كافة أبعاد الرضا وتجربة الولادة لدى الأمهات البكريات(Ebrahimian et al, 2025). إن إزالة القيود الغذائية (السماح بالأكل والشرب) وحرية الحركة وتجنب الإجراءات التدخلية غير الضرورية (مثل بضع الفرج الروتيني) هي عوامل جوهرية ترفع من تقييم الرضا المهني والسيطرة الشخصية (Shaban et al, 2011).

3.1.5 التحديات في السياق العربي: الأردن والسعودية كنموذج

بمقارنة نتائج الدراسة مع الدراسات التي أجريت في الأردن (Mohammad et al., 2014)، نجد أن نسبة الرضا المرتفعة هنا (74.4%) تتناقض مع بعض التقارير السابقة التي أشارت إلى استياء واسع بين الأمهات الأردنيات في المستشفيات الحكومية المكتظة نتيجة نقص الدعم العاطفي والخصوصية. هذا قد يشير إلى أن المستشفى محل الدراسة الحالية يمتلك سياسات إدارية وتدريبية متفوقة أو يعتمد نموذج "القبالة المستمرة" الذي ثبت فاعليته في تقليل الاحتراق الوظيفي لدى القابلات وتحسين مخرجات الأمومة (Hatamleh et al, 2026).

وفي السياق السعودي، تتفق نتائجنا مع دراسة (D'Sa et al., 2024) التي أكدت أن الخصوصية والتواصل الواضح هما أهم مؤشرات جودة الرعاية من وجهة نظر المرأة السعودية، مع التنبيه إلى ضرورة تحسين مهارات القابلات الوافدات في التواصل الثقافي واللغوي لضمان رضا أعلى.

2.5 المبحث الثاني: الاستنتاجات والتوصيات

1.2.5 أولاً: الاستنتاجات

بناءً على المناقشة والتحليل، يمكن استخلاص الاستنتاجات التالية:

- إن رضا الأم لا يتوقف على الكفاءة التقنية فحسب، بل يعتمد بشكل أساسي على الدعم العاطفي والتواصل الشفاف، وهو ما يؤكد أن القابلة هي العنصر الأكثر تأثيراً في أنسنة تجربة الولادة.
- إن تصدر بُعد احترام الاستقلالية يشير إلى وعي مهني متزايد لدى القابلات بأهمية "الرعاية المحترمة " (Respectful Maternity Care)، وهو عامل حاسم في تقليل العنف التوليدي وتعزيز كرامة المرأة.
- يشير انخفاض تقييم الذكريات الإيجابية والسيطرة الشخصية إلى أن الألم وحدة المخاض قد يطغيان على جودة الخدمة المقدمة، مما يستدعي تدخلاً أعمق في تقنيات تسكين الألم غير الدوائية لتعزيز "الشعور بالقدرة (Sense of Agency) "لدى الأم.
- توصلت الدراسة الى أن "الدعم العاطفي والاجتماعي" هو العمود الفقري لرضا الأم، متفوقاً على الجوانب الإجرائية والتقنية للتواصل.
- أثبتت نتائج الدراسة أن الرضا لا يتحقق ببعد واحد، بل هو نتاج تفاعل ثلاثة عناصر: (قلب القابلة "العاطفة"، وسلوكها "الاحترام"، ولسانها "التواصل").
- احتلال "احترام الاستقلالية" للمرتبة الثانية يؤكد أن الأمهات اليمنيات يقيّمن التجربة بناءً على مدى شعورهن بالكرامة والقدرة على التحكم في مسار الولادة، وليس فقط على السلامة الجسدية.
- أثبتت الدراسة أن الدعم الذي تقدمه القابلات ليس مجرد إجراء روتيني، بل هو عامل جوهري يفسر ثلثي التباين في رضا الأمهات (66.3%).

2.2.5 ثانياً: التوصيات

بناءً على ما تقدم، توصي الدراسة بالآتي:

أ. توصيات للممارسة المهنية (السياسات السريرية)

1. تبني دليل منظمة الصحة العالمية لرعاية المخاض :(WHO Labor Care Guide) ضرورة توحيد البروتوكولات الميدانية لتشمل حرية الحركة، وتجنب التدخلات الروتينية غير الضرورية، والسماح بالسوائل، لما لها من أثر مثبت في رفع الرضا والسيطرة الشخصية.
2. تدريب القابلات على تقنيات اللمس الداعمة، التدليك، واستخدام كرات الولادة لسد الفجوة المكتشفة في بُعد الدعم العاطفي.
3. تعديل سياسات المستشفيات للسماح بوجود مرافق تطلبه الأم، حيث ثبت أن الدعم الاجتماعي المستمر يقلل من الحاجة للتدخلات الجراحية ويزيد من الرضا الذاتي.
4. إعادة صياغة مناهج القبالة للتركيز على مهارات الذكاء العاطفي (Emotional Intelligence) والدعم النفسي، وعدم الاكتفاء بالمهارات السريرية، نظراً لأن الدعم العاطفي هو المتنبئ الأقوى بالرضا.
5. تبني سياسات "الرعاية المحترمة" (Respectful Maternity Care) بشكل إلزامي في المستشفيات، لضمان تعزيز بعد "احترام الاستقلالية" والمشاركة في القرار.
6. تشجيع القابلات على دمج "التواصل الفعال" مع "الدعم العاطفي"، بحيث يتم تقديم المعلومات الطبية بلغة مطمئنة وداعمة، مما يرفع من تأثير التواصل في الرضا العام.

ب. توصيات إدارية وتدريبية

1. إدراج دورات متخصصة في "الذكاء العاطفي" و"التواصل العلاجي" ضمن التعليم المستمر للقابلات، مع التركيز على مهارات الاستماع الفعال ومنح الأمهات وقتاً كافياً للتعبير عن مخاوفهن.
2. العمل على تقليل ضغط العمل وعبء الحالات على القابلة الواحدة لمنع الاحتراق الوظيفي، وضمان قدرتها على تقديم "رعاية فردية.(One-to-One Care) "

3. الاستمرار في تحسين معايير الخصوصية في غرف الولادة، باعتبارها الركيزة الأولى للرضا في السياق الثقافي العربي.

3.2.5 ثالثاً: مقترحات للبحوث المستقبلية

1. إجراء دراسة طولية (Longitudinal Study) لتقييم أثر رضا الأم عن الولادة على علاقتها بطفلها واكتئاب ما بعد الولادة على المدى البعيد.
2. إعادة إجراء تحليل الانحدار باستخدام "تحليل المسار (Path Analysis) "لفحص العلاقات التفاعلية بين الدعم، والسيطرة الشخصية، والرضا العام، مع تصحيح أخطاء التبعية الرياضية.
3. إجراء دراسات نوعية (Qualitative Studies) لاستكشاف "تجارب السيطرة الشخصية" من وجهة نظر الأمهات اللواتي خضعن لولادات قيصرية طارئة، لفهم أسباب انخفاض الرضا لديهن.
4. دراسة مقارنة بين "نموذج القبالة المستمرة" و"الرعاية الطبية التقليدية" في المستشفيات العربية لتقييم الكفاءة والرضا.

بناء على ما سبق يمكن القول بإن هذا البحث يمثل خطوة هامة نحو تحسين جودة خدمات الأمومة، ويؤكد أن الطريق نحو ولادة آمنة ومرضية يبدأ من تمكين القابلة مهنياً وتمكين الأم إنسانياً، في إطار من الاحترام المتبادل والتواصل الشفاف المبني على أحدث البراهين العلمية.

قائمة المصادر والمراجع

References

1. AbuAlrub S, Abu-Baker N, Abu Baker M, Abu Musameh H. (2023). The Present Status of Respectful Maternity Care during Labor and Childbirth in Jordan: A Cross-sectional Study. Open Nurs J, 17: e187443462212220 .http://dx.doi.org/10.2174/18744346-v16-e221222-2022-128.
2. Al Nadabi, W & ,.Mohammed, M. A. (2019). Arabic Language Surveys Measuring Mothers' Satisfaction During Childbirth: A Review. Global Journal of Health Science, 11(6), 169. https://doi.org/10.5539/gjhs.v11n6p169.
3. Alavi, H., Zaheri, F & ,.Shahoei, R. (2023). Support and control during childbirth and attachment after birth in mothers referring to comprehensive health centers in Bijar, 2019. Cellular, Molecular and Biomedical Reports, 3(1), 17–28. https://doi.org/10.55705/cmbr.2022.355559.1055.
4. Alemu, E. M., Kaso, A. W., Obsie, G. W., Fessaha, H. Z & ,.Agero, G .(2024) .Maternal Satisfaction with Delivery Service and Associated Factors among Women Who Gave Birth at Public Hospitals in Guji Zone, Southern Ethiopia .BMC Women's Health, 24(1), 227. https://doi.org/10.1186/s12905-024-03069-0.
5. Al-Hussainy, R. H., Fouly, H & ,.Abou Hashish, E. A. A. (2022). Gap Analysis: Quality and Women's Satisfaction Regarding Postnatal Care. The Open Nursing Journal, 16(1), e187443462204280 .https://doi.org/10.2174/18744346-v16-e2204280.
6. Al-Mandeel, H. M., Almufleh, A. S., Al-Damri, A. J. T., et al .(2013) .Saudi Women's Acceptance and Attitudes towards Companion Support during Labor :Should We Implement an Antenatal Awareness Program? Annals of Saudi Medicine .33–28 ,(1)33 ,https://doi.org/10.5144/0256-4947.2013.28.
7. Alodhialah, A. M & ,.Alahmedi, S. H. (2025). Women's Perceptions of Cultural Sensitivity of Midwives During Intrapartum Care in Riyadh, Saudi Arabia. Healthcare (Basel, Switzerland), 13(17), 2172 .https://doi.org/10.3390/healthcare13172172.
8. Al-Saleet, J. M., Al-Wasabi, M. M., Jowah, H. M. (2025, August 19). Impact of total quality management on healthcare service quality in Yemeni hospitals: A cross-sectional study [Preprint]. Research Square. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-7115768/v1
9. Alsalit, G. M., Al-Wesabi, M. M., Jowah, H. M. (2026, February 18). Drivers of healthcare quality in a conflict-affected setting: A cross-sectional study on total quality management implementation in Yemen [Preprint]. Research Square. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-8835527/v1
10. Al-Wesabi M. (2012). The Role of Quality Systems in Improving the Performance of Healthcare Facilities in Yemen: A Case Study of the 48 Model Hospital". *Institutional Repository for Scientific Scholarship at 21 September University for Medical and Applied Sciences*, *1*(1), 1-246. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.22616.78086
11. Al-Wesabi, M. (2017). The Effect of Health Human Resources Development on the Efficacy of Applying Accreditation Standards in Yemeni Hospitals: A Field Study (Z. Murad, Trans.). *Institutional Repository for Scientific Scholarship at 21 September University for Medical and Applied Sciences*, *1*(1), 1-321. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.15617.53602

12. Al-Wesabi, M. (2020). The reality of the Yemeni health sector and the role of September 21 University for Medical and Applied Sciences in reforming it and building the modern Yemeni state (M. Dael, Trans.). *Institutional Repository for Scientific Scholarship at 21 September University for Medical and Applied Sciences*, *1*(1), 106-133. https://doi.org/10.65693/irss.2020.v1i1.47
13. Al-Wesabi, M. (2020). The reality of the Yemeni health sector and the role of September 21 University for Medical and Applied Sciences in reforming it and building the modern Yemeni state (M. Dael, Trans.). Institutional Repository for Scientific Scholarship at 21 September University for Medical and Applied Sciences, 1(1), 106-133. https://doi.org/10.65693/irss.2020.v1i1.47
14. Al-wesabi, Muneer. (2012). The Role of Quality Systems in Improving the Performance of Healthcare Facilities in Yemen: A Case Study of the 48 Model Hospital. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.12720.32009
15. Al-wesabi, Muneer. (2017). The Effect of Health Human Resources Development on the Efficacy of Applying Accreditation Standards in Yemeni Hospitals: A Field Study. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.28658.67527
alwsaby, M. (2017). The Relationship Between Human Resources Development and the Efficacy of Applying Accreditation Standards in Private and Public Yemeni Hospitals in the Capital City, Sana'a (Z. Murad, Trans.). *Institutional Repository for Scientific Scholarship at 21 September University for Medical and Applied Sciences*, *1*(1), 75-94. https://ojs.21umas.edu.ye/irss/article/view/46
16. Arbabi, H., Omidi, Z & ,.Dolatabadi, Z. (2022). Examining the Relationship between the Childbirth Experience, the Care Provided in the Unit ,and the Satisfaction with the Delivery Environment. Journal of Multidisciplinary Care, 11(4), 190–95. https://doi.org/10.34172/jmdc.2022.1126.
17. Atiya, K. M. (2015). Maternal satisfaction regarding quality of nursing care during labor and delivery in Sulaimani teaching hospital. College of Nursing, University of suleimani, Iraq. 19 September, 2015. (https://doi.org/10.5897 IJNM2015.0190.
18. Balcik Colak, M., Akin, B., Kalkan, S. C & ,.Uslu Yuvaci, H .(2025) .Effects of labor support on pregnant women's childbirth comfort, satisfaction and postpartum comfort levels: a randomized controlled trial. BMC Pregnancy and Childbirth, 25(1), 789. https://doi.org/10.1186/s12884-025-07904-6.
19. Basha, A., Alkhatib, Y., khrais, M., wahba, S. ., Obeidat, A & ,.Alryalat, S. A. (2025). Satisfaction Score among Women Undergoing Vaginal Delivery after Cesarean Delivery in A Tertiary Referral Hospital in Jordan .Jordan Medical Journal, 59(4). https://doi.org/10.35516/jmj.v59i4.2526.
20. Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K & ,.Cuthbert, A. (2017). Continuous Support for Women during Childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews .(8) , https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6.
21. Bohren, M. A., Saad, C. A., Kabore, C., Annerstedt, K. S., Hanson, C ,.de Loenzien, M., et al. (2025). Women's experiences of and satisfaction with childbirth: Development and validation of a measurement scale for low- and middle-income countries. PLOS ONE, 20(5), e0322132 . https://doi.org/10.1371/journal.pone.0322132.
22. D'Sá, J. L., Jahlan, I. O., Alsatari, E. S., Zamzam, S & ,.Martin ,C. R. (2024). Psychometric properties of a Saudi Arabian version of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). Belitung Nursing Journal, 10(1), 105–113 .https://doi.org/10.33546/bnj.3055.

23. De Wolff, M. G., Ladekarl, M., Pagh, N. B & ,.Overgaard, C .(2025) .Women's Care Satisfaction and Birth Experiences in a Danish Urban University Hospital: A Comparative Cross-Sectional Study on Midwifery-Led Continuity of Care and Standard Midwifery Care Models. Midwifery, 142, 104301 .https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104301.
24. Dencker, A., Bergqvist, L., Berg, M., Greenbrook, J. T. V., Nilsson, C & ,.Lundgren, I. (2020). Measuring Women's Experiences of Decision-Making and Aspects of Midwifery Support: A Confirmatory Factor Analysis of the Revised Childbirth Experience Questionnaire. BMC Pregnancy and Childbirth, 20(1), 199 .https://doi.org/10.1186/s12884-020-02869-0.
25. Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H & ,.Berg, M .(2010) .Childbirth Experience Questionnaire (CEQ): Development and Evaluation of a Multidimensional Instrument. BMC Pregnancy and Childbirth, 10(1), 81 .https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-81.
26. Doaa Sami Rashash. (2025). How Women Experience and Evaluate MidwiferyLed Care During Childbirth: Insights from a Mixed-Method Study .Midwifery, 75. https://doi.org/10.21070/midwiferia.v11i2.1759.
27. Dönmez, A & ,.Yeşil, Y. (2024). Factors Affecting Maternal Satisfaction in Labor and Neonatal Outcomes: A Cross-Sectional Study. African Journal of Reproductive Health, 28(11), 85–95 . https://doi.org/10.29063/ajrh2024/v28i11.9.
28. Ďuríčeková, B., Škodová, Z & ,.Bašková, M. (2024). Satisfaction with Childbirth and Level of Autonomy of Women during the Childbirth. Central European Journal of Nursing and Midwifery, 15(4), 2060–68 .https://doi.org/10.15452/cejnm.2024.15.0025.
29. Ebrahimian, A., Abedi, P., Cheraghian, B & ,.Iravani, M. (2025). The Effects of Evidence-based Management of Labor and Normal Delivery on the Satisfaction and Childbirth Experience among Primiparous Women: A Randomized Clinical Trial. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 30 .884–878 ,(6)https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_297_24.
30. Frontiers in Global Women's Health. (2025). Addressing Obstetric Violence and Promoting Respectful Care .https://www.frontiersin.org/journals/global-womens-health.
31. Ganisia, A & ,.A'zdom, M. K. (2025). Effective Communication in Midwifery Practice Strengthening Patient Trust and Maternal Health Outcomes .Journal of Nutrition and Health Care, 65–73 .https://doi.org/10.62012/junic.vi.33.
32. Getu, T., Tega, A., Aragaw, G. M., Menesho, M. D., Demelash, R., Wale ,H & ,.Addis, Z. (2025). Ethical dilemmas experienced by midwives in their professional practice in Northwestern Ethiopia: a phenomenological interview study. BMC Medical Ethics, 26(1), 102 . https://doi.org/10.1186/s12910-025-01266-6.
33. Goodman, P., Mackey, M. C & ,.Tavakoli, A. S. (2024). Factors related to childbirth satisfaction: A longitudinal update. Journal of Advanced Nursing. https://doi.org/10.1111/jan.12093.
34. Grundström, H., Malmquist, A & ,.Nieminen, K. (2025). Factors related to a positive childbirth experience – a cross-sectional study. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 43(5), 1148–1160 .https://doi.org/10.1080/02646838.2024.2336141.
35. Hatamleh, R., Al-Akour, N., Smadi, R & ,.Atout, M. (2026). Midwives 'Perceptions of Barriers to Implementing Evidence-Based Practice in Northern Jordan. SAGE Open Nursing, 12, 23779608251413845 .https://doi.org/10.1177/23779608251413845.
36. Haza'a, A. A., Odhah, M. A., Al-Ahdal, S. A., et al. (2024). Utilisation of postnatal care services among maternal in Maeen District – Sana'a City ,Yemen. BMC Pregnancy and Childbirth, 24(1), 422 .https://doi.org/10.1186/s12884-024-06617-6.

37. Heidari, K., Amiri-Farahani, L & ,.Pezaro, S. (2023). The Relationship between Attitude and Self-Efficacy of Labor Support with Supportive Behaviors from the Perspective of Midwives. BMC Nursing, 22(1), 36 .https://doi.org/10.1186/s12912-023-01197-w.
38. Hildingsson, I., Karlström, A & ,.Larsson, B. (2021). Childbirth Experience in Women Participating in a Continuity of Midwifery Care Project .Women and Birth, 34(3), e255–61. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.04.010.
39. Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J & ,.Sakala, C .(2013) .Continuous Support for Women during Childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5.
40. Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C & ,.Weston, J .(2011) .Continuous Support for Women during Childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub3.
41. Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G. J & ,.Sakala, C .(2003) .Continuous Support for Women during Childbirth (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.
42. Hollins Martin, C. J & ,.Martin, C. R. (2014). Development and Psychometric Properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R) .Midwifery, 30(6), 610–19. https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.006.
43. Imamura, T., Ariga, H., Kaneko, M., et al. (2013). Neurodevelopmental Outcomes of Children with Periventricular Leukomalacia. Pediatrics & Neonatology, 54(6), 367–72. https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2013.04.006.
44. Kabakian-Khasholian, T., Bashour, H., El-Nemer, A., et al .(2017) .Women's Satisfaction and Perception of Control in Childbirth in Three Arab Countries. Reproductive Health Matters, 25(sup1), 16–26 .https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1381533.
45. Kempe, A., Theorell, T., Alwazer, F. N.-A., Taher, S. A & ,.Christensson, K. (2015). Exploring Women's Fear of Childbirth in a High Maternal Mortality Setting on the Arabian Peninsula. Global Mental Health, 2 ,e10. https://doi.org/10.1017/gmh.2015.6.
46. Kidane, A., Getachew, T., Mesfin, F., Eyeberu, A & ,.Dheresa, M .(2023) .Maternal Satisfaction on Delivery Care Services and Associated Factors at Public Hospitals in Eastern Ethiopia. International Health, 15(2), 189–97 .https://doi.org/10.1093/inthealth/ihac038.
47. Leahy-Warren, P & ,.Nieuwenhuijze, M. (2023). Measuring Women's Empowerment during the Perinatal Period in High Income Countries: A Scoping Review of Instruments Used. Heliyon, 9(4), e14591 .https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14591.
48. Liu, Y., Li, T., Guo, N., et al. (2021). Women's Experience and Satisfaction with Midwife-Led Maternity Care: A Cross-Sectional Survey in China. BMC Pregnancy and Childbirth, 21(1), 151 . https://doi.org/10.1186/s12884-021-03638-3.
49. Lunda, P., Minnie, C. S & ,.Benadé, P. (2018). Women's Experiences of Continuous Support during Childbirth: A MetaSynthesis. BMC Pregnancy and Childbirth, 18(1), 167. https://doi.org/10.1186/s12884-018-1755-8.
50. Maabreh, R. S., Eyadat, A. M., Al-Akash, H. Y., et al. (2025). Barriers and Beliefs: A Qualitative Study of Jordanian Women's Perceptions on Allowing Companions in the Labour Room. Societies, 15(12), 351 .https://doi.org/10.3390/soc15120351.
51. Martin, C. R., Hollins Martin, C & ,.Redshaw, M. (2017). The Birth Satisfaction Scale-Revised Indicator (BSS-RI). BMC Pregnancy and Childbirth .277 ,(1)17 ,https://doi.org/10.1186/s12884-017-1459-5.

52. Mascarenhas Silva, C. H., Laranjeira, C. L. S., Pinheiro, W. F., et al .(2024) .Pregnant Women Autonomy When Choosing Their Method of Childbirth :Scoping Review. PLOS ONE, 19(7), e0304955 .https://doi.org/10.1371/journal.pone.0304955.
53. Mbwele, B., Joctan, Z. Z., Hawkins, C., Caputo, M., August, F., Kaaya ,S., et al. (2025). The use of Childbirth Experience Questionnaire (CEQ) and Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R) in comparing the experiences of mothers with and without HIV in Tanzania. BMJ Global Health, 10, e016745 .https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-016745.
54. Mohammad, K. I., Alafi, K. K., Mohammad, A. I., Gamble, J & ,.Creedy, D. (2014). Dissatisfaction with childbirth care. International Nursing Review, 61, 278–284. https://doi.org/10.1111/inr.12102.
55. Mohebbi, P., Maleki, A., Zenoozian, S & ,.Bagherinia, E .(2025) .Evaluating the effect of counseling based on Fordyce happiness approach on happiness and childbirth satisfaction among primiparous women. BMC Pregnancy and Childbirth, 25(1), 607. https://doi.org/10.1186/s12884-025-07655-4.
56. Monazea, E. M. M & ,.Al-Attar, G. S. T. (2015). Quality of Delivery Care in Assiut University Hospital, Egypt: Mothers' Satisfaction. Journal of the Egyptian Public Health Association, 90(2), 64–71 .https://doi.org/10.1097/01.EPX.0000466380.29269.4b.
57. Murray-Davis, B., Grenier, L. N., Li, J., et al. (2024). Comparing Birth Experiences and Satisfaction with Midwifery Care before and after the Implementation of Canada's First Alongside Midwifery Unit (AMU). PLOS ONE ,(8)19 ,e0306916. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306916.
58. Nahaee, J., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Abbas-Alizadeh, F ,.Martin, C. R., Hollins Martin, C. J., Mirghafourvand, M & ,.Hassankhani, H .(2020) .Pre- and during-labour predictors of low birth satisfaction among Iranian women: a prospective analytical study. BMC Pregnancy and Childbirth .408 ,(1)20 ,https://doi.org/10.1186/s12884-020-03105-5.
59. Oweis, A & ,.Abushaikha, L. (2004). Jordanian pregnant women's expectations of their first childbirth experience. International Journal of Nursing Practice, 10, 264–271 . https://doi.org/10.1111/j.1440-172x.2004.00488.x.
60. Qabban, K. A., Al-Wesabi, M. M. (2025). The Impact of Career Development on Improving Nursing Performance in Yemen Hospitals - Sana'a. *Sana'a University Journal of Human Sciences*, *4*(11), 277-317. https://doi.org/10.59628/jhs.v4i11.1809
61. Qabban, K. A., Al-Wesabi, M. M., & Jowah, H. M. (2026). Association between Joint Commission International patient-centered standards and self-reported nursing performance in Sana'a, Yemen hospitals. *Journal of Nursing Management*, *2026*, Article 8353270. https://doi.org/10.1155/jonm/8353270
62. Qabban, K. A., Al-Wesabi, M. M., Jowah, H. M. (2025, May 7). Impact of Joint Commission International patient-centered standards on nursing performance in Sana'a, Yemen hospitals [Preprint]. Research Square. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-6372401/v1
63. Ratislavová, K., Horová, J & ,.Marek, P. (2024). Measuring Women's Satisfaction with Childbirth: A Literature Review of Measurement Properties .Slovenian Journal of Public Health, 63(2), 100–108 .https://doi.org/10.2478/sjph-2024-0014.
64. Ross-Davie, M. C., Cheyne, H & ,.Niven, C. (2013). Measuring the Quality and Quantity of Professional Intrapartum Support: Testing a Computerised Systematic Observation Tool in the Clinical Setting. BMC Pregnancy and Childbirth, 13(1), 163. https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-163.

65. Schmitt, N., Striebich, S., Meyer, G., Berg, A & ,.Ayerle, G. M .(2022) .The Partner's Experiences of Childbirth in Countries with a Highly Developed Clinical Setting: A Scoping Review. BMC Pregnancy and Childbirth .742 ,(1)22 ,https://doi.org/10.1186/s12884-022-05014-1.
66. Serpetini, E., Sarantaki, A., Tzamaria, S., Vlachou, M & ,.Diamanti ,A. (2025). Exploring Maternal Autonomy, Respect, and Satisfaction During Childbirth: Insights From Home Birth Experiences. Cureus, 17(8), e91150 .https://doi.org/10.7759/cureus.91150.
67. Shaban, I., Hatamleh, R., Khresheh, R & ,.Homer, C .(2011) .Childbirth Practices in Jordanian Public Hospitals: Consistency with Evidence-Based Maternity Care? International Journal of Evidence-Based Healthcare, 9(1), 25–31. https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2010.00197.x.
68. Shaigan, H., Shamsdanesh, S., Arab Bafrani, M., Shamoradifar, Z & ,.Mehrabi, E. (2024). Effect of Childbirth Care Methods on Birth Experience and Satisfaction: A Systematic Review and MetaAnalysis. International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences, 12(4), 152–59 .https://doi.org/10.15296/ijwhr.2024.6012.
69. Shamlan, M. A. M., & Al-Wesabi, M. M. M. (2026, May 26). Clinical governance and healthcare quality in conflict-affected settings: A cross-sectional study of hospitals in Yemen [Preprint]. Research Square. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-9442217/v1
70. Shared Decision-making in Midwifery. (2025). The Relational Autonomy Framework. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12434215/
71. Stevens, N. R., Wallston, K. A & ,.Hamilton, N. A. (2012). Perceived control and maternal satisfaction with childbirth: a measure development study .Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 33(1), 15–24 .https://doi.org/10.3109/0167482X.2011.652996.
72. Suso-Ribera, C., Orts-Cortes, I., Delgado-García, B. E., et al .(2024) .Revisiting the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale: Factor analysis and sources of construct validity. Midwifery Journal, 128, 103852 .https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103852.
73. Sweidan, M., Mahfoud, Z & ,.DeJong, J. (2008). Hospital Policies and Practices Concerning Normal Childbirth in Jordan. Studies in Family Planning .68–59 ,39 ,https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2008.00151.x.
74. Sydsjö, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjörn, L., Bladh, M & ,.Josefsson, A. (2015). Effects of Continuous Midwifery Labour Support for Women with Severe Fear of Childbirth. BMC Pregnancy and Childbirth, 15(1), 115 .https://doi.org/10.1186/s12884-015-0548-6.
75. the CLIP working group, Mocumbi, S., Högberg, U., et al .(2019) .Mothers' Satisfaction with Care during Facility-Based Childbirth: A Cross-Sectional Survey in Southern Mozambique. BMC Pregnancy and Childbirth .303 ,(1)19 ,https://doi.org/10.1186/s12884-019-2449-6.
76. Thomas, L., Ezimokhai, M., Mosallam, M & ,.Rizk, D. E. E .(2004) .Women's Attitudes towards Psychosocial Support in Labour in United Arab Emirates. Archives of Gynecology and Obstetrics, 269(3), 181–87 .https://doi.org/10.1007/s00404-002-0448-7.
77. Turkmen, S & ,.Binfare, L. (2025). Maternal Satisfaction and Birth Experiences after Elective Induction vs. Spontaneous Onset in Late-Term Pregnancy: A Register-Based Study. BMC Pregnancy and Childbirth, 25(1), 673 .https://doi.org/10.1186/s12884-025-07818-3.
78. Van Der Pijl, M. S. G., Kasperink, M., Hollander, M. H., Verhoeven, C ,.Kingma, E & ,.De Jonge, A. (2021). Client-Care Provider Interaction during Labour and Birth as Experienced by Women: Respect, Communication ,Confidentiality and Autonomy. PLOS ONE, 16(2), e0246697 . https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246697.
79. Vedam, S., Stoll, K., Martin, K., et al. (2017). The Mother's Autonomy in Decision Making (MADM) Scale: Patient-Led Development and Psychometric Testing of a New Instrument to

Evaluate Experience of Maternity Care. PLOS ONE ,(2)12 ,e0171804. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171804.

80. Wanyenze, E. W., Nalwadda, G. K., Tumwesigye, N. M & ,.Byamugisha ,J. K. (2023). Efficacy of Midwife-Led Role Orientation of Birth Companions on Maternal Satisfaction and Birth Outcomes: A Randomized Control Trial in Uganda .BMC Pregnancy and Childbirth, 23(1), 669 . https://doi.org/10.1186/s12884-023-05978-8.
81. Yeganeh, Z., Javadnoori, M., Abbaspoor, Z., Ebadi, A & ,.Montazeri ,S. (2025). "Inspiring mothers' self-entrustment to midwives." midwives' and mothers' perceptions of effective communication in the maternity ward: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth, 25(1), 962 . https://doi.org/10.1186/s12884-025-08092-z.
82. Younes, R., Eid, S., Shalaby, N & ,.Heeba, M. (2020). Supportive care provided by companion during childbirth and its effect on labor progress and maternal satisfaction. Port Said Scientific Journal of Nursing, 7, 218–243 .https://doi.org/10.21608/pssjn.2020.48535.1059.
83. Zamani, P., Ziaie, T., Mokhtari Lakeh, N & ,.Kazemnejad Leili, E .(2019) .The Correlation between Perceived Social Support and Childbirth Experience in Pregnant Women. Midwifery, 75, 146–51 . https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.002.

84. الاتحاد الدولي للقابلات (ICM). (2024). الإطار المهني للقبالة 2025: الفلسفة والنموذج. مسترجع من: https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/Professional-Framework-2025.pdf.
85. الاتحاد الدولي للقابلات (ICM). (2025). فلسفة ونموذج رعاية القبالة. مسترجع من: https://internationalmidwives.org/resources/philosophy-and-model-of-midwifery-care/.
86. البنك الدولي. (2021). اليمن: نظرة عامة على القطاع الصحي والتحديات الإنسانية. مسترجع من: https://www.worldbank.org/en/country/yemen/overview.
87. الكلية الملكية للقابلات (RCM). (2025). اتخاذ القرار المستنير في ممارسة القبالة. لندن. مسترجع من: https://rcm.org.uk/wp-content/uploads/2025/03/informed-decision-making_0604-1.pdf.
88. مجلس التمريض والقبالة في أيرلندا (NMBI). (2025). الموافقة المستنيرة واستقلالية المريض في القبالة. مسترجع من: https://www.nmbi.ie/Standards-Guidance/Glossary
89. منظمة الصحة العالمية (WHO) - المكتب الإقليمي لشرق المتوسط. (2025). بناء مستقبل مشرق لأمهات وأطفال اليمن. صنعاء. مسترجع من: https://www.emro.who.int/ar/press-releases/2025-arabic/building-a-brighter-future-for-yemens-mothers-and-babies.html.
90. منظمة الصحة العالمية (WHO). (2025). دعوة للتوسع العالمي في نماذج رعاية القبالة لعام 2035. جنيف. مسترجع من: https://www.who.int/news/item/18-06-2025-who-calls-for-global-expansion-of-midwifery-models-of-care.

الاستبانة

ملاحظة : تهدف هذه الاستبانة إلى تقييم تجربتك الشخصية أثناء المخاض والولادة في هذا المستشفى. جميع المعلومات سرية ولن تُستخدم إلا لأغراض البحث العلمي

مشاركتك في هذا البحث اختياريه ويمكنك الانسحاب أي وقت دون أي تأثير على رعايتك الطبية""

الجزء الأول: البيانات الديموغرافية والسريرية:

الرجاء تدوين المعلومات المطلوبة:

عمرك وقت الولادة (بالسنوات): ------- سنة

المستوى التعليمي: دوني ( ) ابتدائي ( ) متوسط ( ) ثانوي ( ) جامعي فأعلى ( )

عدد الولادات السابقة: الأولى ( ) الثانية ( ) الثالثة فأكثر( )

طريقة الولادة الحالية: (طبيعية ( ) قيصرية مُخطط لها ( ) قيصرية طارئة ( )

مدة المخاض (من بداية التقلصات المنتظمة حتى-الولادة): ------ ساعة

الجزء الثاني: الدعم والتواصل القبالي

التعليمات: يرجى تحديد مدى موافقتك على كل عبارة أدناه، لوصف التفاعل الذي حدث بينك وبين القابلة التي أشرفت على رعايتك بشكل أساسي أثناء المخاض والولادة.

أولا: الدعم العاطفي والاجتماعي.

الرقم	العبارة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
1	كانت القابلة متواجدة بجانبي معظم الوقت عندما كنت أحتاجها.					
2	قدمت لي القابلة تشجيعاً ودعماً عاطفياً مستمراً خلال مراحل المخاض الصعبة.					
3	استخدمت القابلة لمسة داعمة (مثل تدليك أو مسح) لتهدئتي وتخفيف ألمي.					

4	عكست تعابير وجه القابلة وسلوكها شعوراً بالاهتمام والود نحوي.					
5	شعرت أن القابلة تدعمني لـ "التحرك" وتجربة وضعيات مختلفة أثناء المخاض.					
6	ساعدتني القابلة على الشعور بالراحة والاسترخاء في بيئة الولادة.					
7	حافظت القابلة على هدوئها ومهنيتها حتى في أكثر اللحظات توتراً.					
8	تعاملت القابلة مع شريكي أو مرافقي بأسلوب داعم ومحترم.					

ثانيا: التواصل الفعال والإعلام

الرقم	العبارة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
9	خصصت لي القابلة وقتاً كافياً لطرح الأسئلة والتعبير عن مخاوفي.					
10	كانت القابلة تشرح لي الإجراءات الطبية قبل تنفيذها بوضوح.					
11	كنت أشعر بأنني مطلعة تماماً على تقدم المخاض وحالتي الصحية.					
12	استخدمت القابلة لغة واضحة وبسيطة تمكنني من فهم المعلومات الطبية بسهولة.					
13	قدمت لي القابلة معلومات صادقة وموضوعية حول خيارات تخفيف الألم المتاحة.					
14	استمعت القابلة بفاعلية لمخاوفي وآرائي حول خطة الولادة.					
15	أبلغتني القابلة بوضوح عن أي تغييرات طارئة في خطة الولادة أو حالتي.					

ثالثا: احترام الاستقلالية والمشاركة في القرار

الرقم	العبارة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
16	شعرت بأن لدي خياراً حقيقياً في الإجراءات التي تمت على أثناء المخاض/الولادة.					

17	شاركت في القرارات المتعلقة بالرعاية بنفس القدر الذي أردته.					
18	تمكنت من التعبير عن مخاوفي وتفضيلاتي المتعلقة بالولادة.					
19	شعرت أن لي الحق في رفض الإجراءات التي لم أكن أريدها.					
20	شعرت أن القابلة احترمت حقي في اتخاذ القرارات المتعلقة بجسمي ورعايتي.					
21	تم أخذ خياراتي وتفضيلاتي بعين الاعتبار بشكل حقيقي قبل اتخاذ القرارات.					
22	شعرت بالتمكين والسيطرة على مسار الولادة بدلاً من الشعور بالخوف أو العجز .					

الجزء الثالث: رضا الأم المُبلَغ عنه عن تجربة الولادة

أولا :الرضا عن جودة الرعاية المهنية

التعليمات: بناءً على تجربتك الكلية للولادة، يرجى تحديد مدى موافقتك على كل عبارة أدناه.

الرقم	العبارة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
23	شعرت بالأمان التام بفضل الكفاءة الطبية للقابلة والطاقم المشرف.					
24	قدم لي الطاقم رعاية طبية كافية ومناسبة لاحتياجاتي.					
25	كان الطاقم الطبي متواجداً عندما احتجت إليه بشكل مفاجئ (الاستجابة والسرعة).					
26	كانت غرفة الولادة نظيفة ومهيأة للولادة والتعقيم.					
27	شعرت بأن الطاقم يحافظ على خصوصيتي وسريتي أثناء الرعاية.					
28	كان أداء القابلة والطاقم الطبي بشكل عام على مستوى عالٍ من الاحترافية والخبرة.					

ثانيا: لسيطرة الشخصية والخبرة الذاتية

الرقم	العبارة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
29	شعرت بأنني أملك زمام السيطرة على جسدي وعلى عملية الولادة.					
30	كانت لدي ذكريات إيجابية كثيرة عن عملية المخاض والولادة.					
31	مرت عملية ولادتي كما كنت أخطط وأتمنى لها قدر الإمكان.					
32	شعرت بالتمكين والقوة العاطفية أثناء الولادة.					
33	لم أشعر بأنني "ضحية" أو أن جسدي تعرض للانتهاك أثناء الولادة.					
34	أشعر بالرضا التام عن الدور الذي لعبته في اتخاذ القرارات المتعلقة بولادتي.					

ثالثا: الرضا العام الكلي

الرقم	العبارة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
35	أنا راضية عن تجربة ولادتي في هذا المستشفى.					
36	أوصي صديقاتي بطلب الرعاية في هذا المستشفى بناءً على تجربتي.					

Republic of Yemen
Ministry of Education
and Scientific Research
21 September University of Medical
& Applied Science

The Relationship Between Level of Support and Effective Communication with Mothers During Labor and Their Satisfaction with Childbirth Experience

The research submitted to the deanship of the environment and community service in partial fulfillment of the requirements for obtaining the higher diploma in midwifery

Researchers:

Asmaa Ayad	**Halah Abdulqader**
Emtyaz Al-Zahebi	**Sondos Yahya**
Bashair Meftah	**Hend Al-Mashreqi**
Boshra Al-Kurait	**Fatimah Dawam**
Malak Rasa	**Jawharah Dawam**
Asan Al-Moshairai	**Ahlam Al-Sairi**
	Anhar meqdam

Supervisor:

Dr. Moneer Alwosabi

2025/2026

Abstract

Objectives: This study aimed to evaluate the impact of midwifery support and communication on enhancing maternal satisfaction during childbirth. It focused on three core dimensions: emotional support, effective communication, and respect for autonomy, analyzing how each contributes to a positive maternal experience.

Methodology & Psychometric Properties: The study involved a sample of (200) participants. The research instrument demonstrated excellent psychometric properties, with an overall Cronbach's Alpha of (0.955), reflecting high internal consistency. Normality testing confirmed data eligibility for parametric statistical inference.

Key Statistical Findings:

- Results revealed a very strong positive correlation between midwifery support and overall satisfaction(r = 0.851)
- Regression analysis indicated that midwifery support explains (72.4%) of the variance in maternal satisfaction levels.
- "Emotional and Social Support" emerged as the strongest predictor of satisfaction) beta = 0.529 ,(followed by "Respect for Autonomy" and "Effective Communication".
- The "Personal Control and Subjective Experience" dimension recorded the lowest satisfaction levels, highlighting the impact of labor pain and birth trauma on maternal perception.

Conclusions & Recommendations: The study concluded that childbirth satisfaction is the outcome of a "humanized care system." It recommended the adoption of the WHO Labor Care Guide, enhancing midwives' emotional intelligence, and utilizing non-pharmacological pain relief techniques to ensure care that prioritizes maternal dignity and autonomy.

Keywords : Midwifery Support, Maternal Satisfaction, Psychometric Properties, Respectful Maternity Care (RMC), Personal Control, Regression Analysis.