

## مستوى رهاب الحمل والولادة (التوكوفوبيا) لدى عينة من المتزوجات

حنان الشقران\*

Doi: //10.47015/19.2.2

تاريخ قبوله: 2021/8/30

تاريخ تسلم البحث: 2021/6/21

### The Level of Tokophobia among Married Women Sample

Hanan Al-Shagran, Yarmouk University, Jordan.

**Abstract:** This study aimed to identify the level of Tokophobia in a sample of married women in Irbid province. A convenient sample of 634 married women was used for the study. To achieve the objectives of the study, the researcher used a descriptive survey method and translated the 25-item tokophobia scale (Nunes et al., 2021). The results showed that the level of tokophobia in the study sample was low and came after "self-perception of tokophobia" in the first place and at an average level, while the lowest mathematical averages came after "physical reflections". The results, further, showed that there are statistically significant differences attributable to the effect of age in favor of those aged less than 25 years in all dimensions except for "social participation". The results also showed no differences due to the impact of both the duration of the marriage and the number of pregnancies and employment. In light of the results, the researcher recommended raising health awareness among expectant or expectant mothers and elucidating the potential complications that may arise during pregnancy and childbirth.

(**Keywords:** Tokophobia, Married Women)

ويعرف رهاب الحمل والولادة بأنه: الرهاب المرضي الذي قد يدفع المرأة إلى تجنب الولادة، ويؤثر سلباً في حياتها، وتقبل حملها (Nunes, Traebert, Seemann & Traebert, 2020). وتعد ظاهرة الرهبة من الولادة ظاهرة طبيعية شائعة لدى السيدات الحوامل، وأحياناً ما كانت تؤدي هذه الظاهرة إلى طلب السيدات الحوامل إجراء عمليات قيصرية، وتشير الإحصائيات إلى أن ما بين 20%-50% من السيدات الحوامل لديهن رهبة خوف من الولادة (Storksen, Eberhard-Gran, Garthus-Niegel & Eskild, 2012). ولهذا فإن إحصائيات عمليات الولادة القيصرية أخذت بالازدياد (Spice, Jones, Hadjistavr-opoulos, Kowalyk & Stewart, 2009). وأن من بين كل خمسة من السيدات الحوامل هناك سيدة تعاني من رهبة وخوف الولادة، كما أن ما نسبته (6%-13%) من السيدات الحوامل عانين من رهبة وخوف الولادة (Alipour, Lamyian, Hajizadeh & Vafaei, 2011).

**ملخص:** هدفت هذه الدراسة التعرف إلى مستوى رهاب الحمل والولادة لدى عينة من المتزوجات في محافظة إربد، تكونت عينة الدراسة من (634) متزوجة تم اختيارهن بالطريقة المتيسرة. ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي، وترجمة مقياس رهاب الحمل لنونيس وزملائه (Nunes et al., 2021) المكون من (25) فقرة. أظهرت النتائج أن مستوى رهاب الحمل لدى عينة الدراسة، جاء بمستوى منخفض، وجاء بعد "التصور الذاتي للتوكوفوبيا" في المرتبة الأولى وبمستوى متوسط، في حين جاء أقل المتوسطات الحسابية لبعدها "الانعكاسات الجسمية"، كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة احصائياً تعزى لأثر العمر لصالح المرحلة العمرية أقل من 25 سنة في جميع الأبعاد باستثناء بعد "المشاركة الاجتماعية". كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق تعزى لأثر كل من مدة الزواج، وعدد مرات الحمل، والعمل. وفي ضوء النتائج توصي الباحثة بالعمل على زيادة الوعي الصحي لدى الأمهات الحوامل أو المقيلات على الحمل اللواتي في عمر مبكرة ولم يسبق لهن الحمل، وتوضيح المشكلات التي من الممكن أن تعترض عمليتي الحمل والولادة.

(الكلمات المفتاحية: رهاب الحمل والولادة، المتزوجات)

**مقدمة:** يعد رهاب الحمل والولادة خوفاً غير عقلاني، يتزايد تدريجياً، ويتحول إلى مرض يجعل النساء يتجنبن الحمل بشتى الوسائل، ومن بينها خداع شريك الحياة بعدم القدرة على إنجاب الأطفال، وأن هذا الرهاب لا يمنع هؤلاء النسوة من الرغبة في أن يصبحن أمهات، وقد يكون الرهاب الأكبر لا يكمن في الأمومة ذاتها؛ فالأسباب التي تولد هذا «الرهاب» متنوعة، كالتغيرات الجسدية، والمسؤولية، وتغيير نمط الحياة، والتدخلات الجراحية التي تسبب الكثير من المشقة للأم إذا أصبحت حاملاً.

وتعد ولادة طفل بالنسبة للمرأة أمراً إيجابياً وممتعاً إذا لم تكن التجربة مروعة، ولكن بالنسبة لبعض النساء، فإن الولادة يمكن أن تكون مخيفة، وتسبب الرهاب والصدمة (Horsch & Ayers, 2016). وقد ظهر بشكل متزايد أن تجربة الولادة الصعبة يمكن أن ينتج عنها أعراض إحباط مرتفعة، وأعراض الضغط بعد صدمة الولادة (Bailham & Joseph, 2003; Slade, 2006). كما أن اضطراب الضغط بعد الصدمة الذي يتبع ولادة الطفل يمكن أن يؤثر سلباً في تجربة ونتائج الحمل التالي، مع الخطر المتزايد لضغط الأمومة ومخاطرها المرتبطة بإعاقة نمو الرحم، والولادة قبل النضج، ونقص وزن الطفل (Rogal, Poschman, Belanger, Howell, Smith, Medina & Yonkers, 2007; Seng, Oakley, Sampsel, Killion, Graham-Bermann & Liberzon, 2001). والرهاب من الحمل المتتالي (رهاب الحمل والولادة)، ومشكلات جنسية، وتجنب العناية الطبية (Hofberg & Brockington, 2000; Morland et al., 2007). وأن بعض النساء قد تقرر ألا ينجبن أطفالاً آخرين (Gottvall & Waldenström, 2002).

\* جامعة اليرموك، الأردن.

© حقوق الطبع محفوظة لجامعة اليرموك، إربد، الأردن، 2023.

وقدرة السيدة على تحمل هذا الألم؛ إذ يمكن لهذه الحالة أن تكون سبباً آخر من أسباب رهبة الولادة لدى السيدات الحوامل (Geissbuehler & Eberhard, 2002). كما أن عدم القبول بالزواج، وفقدان الحماية الاجتماعية سبباً آخر من أسباب رهبة الرهاب من الولادة؛ فبعض السيدات يخشى من النتائج الجسمية التي يمكن لها أن تحدث بعد الولادة، كما أن البعض الآخر منهن يخشى الموت، كما يخشى فقدان السيطرة، فضلاً عن خوفهن نتيجة التصرفات التي تمارس أثناء عملية الإنجاب (Saisto, Salmela- Aro, Nurmi & Halmesmaki, 2001).

ووفقاً لما أشار إليه "فريدمن"، و"روزمن"، فإن نمط الشخصية للألم يؤدي دوراً في ظهور الرهبة من الولادة، وتبعاً لنمطي الطبيعة الشخصية "A" و "B"؛ فإن السيدات اللواتي يمثلن النمط "A" يعانين أكثر من حالة من فقدان الصبر والعدوانية، وأنهن يعانين من حالة من الرهاب وعدم القدرة على الوصول إلى حالة من الطمأنينة، وأن هذه الفئة من السيدات تغضب كثيراً، وتفقد صبرها (Behrad & Rastegari, 1997). كما أن الفئة "A" أكثر عرضة للإصابة بالاضطراب والمشاكل، وتبدي انفعالاً أكثر عندما تتعرض للقلق، وبالمحصلة فإن نظام الأعصاب لديها دائماً ما يكون في حالة إنذار شديد، ولهذا فإنها تتعرض قوامها لضغط شديد (Whitbourne & Halgin, 2015). كما أن الدراسات أشارت إلى أن هذه الخصوصية تزداد أكثر بين السيدات اللواتي لديهن رهبة من الولادة (Börjesson, Ruppert, Wage & Bågedahl-Strindlund, 2007). والسيدات اللواتي يعانين من رهبة الولادة يشعرون بالرهاب والاضطراب، كما أنهن يعانين أكثر من صعوبة الوصول لحالة من الهدوء والطمأنينة، فضلاً عن أنهن يعانين دائماً من الشك والتردد والانفعال (Sjögren, 1997).

وأشارت بعض الدراسات إلى أن الكآبة كانت سبباً ضاعف من شدة رهبة الولادة طيلة فترة الحمل (Laursen, Hedegaard & Johansen, 2008). وأظهرت نتائج دراسة أخرى أجريت على (278) سيدة، أن فقدان الحماية الاجتماعية، وعدم الرضا بالزواج، والمتاعب النفسية، والثقة المتدنية بالنفس، جميعها عوامل ذات صلة وثيقة برهاب الحمل (Saisto, Almela-Aro, Nurmi & Halmesmaki, 2001).

وبمراجعة الأدب التربوي السابق، وجدت الباحثة بعض الدراسات ذات الصلة بالدراسة الحالية، فقد أجرى هول وهالك وكارثي وهوتون وفينويك وستول (Hall, Hauck, Carty, Hutton, Fenwick & Stoll, 2009) دراسة هدفت إلى استكشاف العلاقة بين الرهاب من الولادة والحرمان من النوم والإرهاق والتعب. شارك في الدراسة (650) امرأة متعددة الحمل وحامل لمرة واحدة، تراوحت أعمارهن بين (17-46) سنة. أظهرت نتائج الدراسة أن (25%) من النساء الحوامل سجلن مستويات

وتشير الإحصائيات إلى تباين حالة الرهبة والرهاب من الإنجاب بين السيدات اللواتي عانين من مرارة الإنجاب وبين السيدات اللواتي ينجبن للمرة الأولى؛ فالسيدات اللواتي يحملن للمرة الأولى يشعرون برهبة شديدة من الولادة لكونهن يعايشن ألم الولادة للمرة الأولى، ولكونهن لا يمتلكن التجربة الكافية، وبالتالي فالخاصية النفسية، سيما حالة الرهاب يمكن لها أن تكون سبباً آخر من أسباب خلق حالة من الرهبة والرهاب نتيجة الولادة (Zar, Wijma & Wijma, 2001).

ويعد الرهاب بشكل عام رد فعل طبيعياً وفسولوجياً وضرورياً لحماية وأمن الفرد، وفيما يتعلق بالولادة، فإنه قد يكون من الصحي تجربة الاهتمام أو الرهاب لدرجة معينة؛ لأنه يمكن أن يساعد النساء للاستعداد للولادة نفسها (Fisher, Hauck & Fenwick, 2006). كما يعد الرهاب من الولادة مشكلة بالنسبة لبعض النساء؛ لأنه يؤدي إلى تجنب الحمل، والزيادة في طلب النساء للولادة القيصرية (Saisto & Halmesmaki, 2003). وقد وجد ارتباط قوي بين تجربة الولادة السلبية السابقة، والرهاب من الولادة (Størksen, Garthus-Niegel, Vangen & Eberhard-Gran, 2013). وأن مستويات الرهاب كانت أعلى عند النساء البكر مقارنة بالنساء متعددات الولادة (Sluijs, Cleiren, Scherjon & Wijma, 2012).

ويمكن تصنيف رهاب الحمل والولادة على أنه أساسي أو ثانوي؛ فرهاب الحمل والولادة الأساسي هو الرهاب من الولادة الذي يبدأ قبل الحمل والولادة بشكل عام، ويكون في المراهقة، أما رهاب الحمل والولادة الثانوي فيحدث استجابة للولادة المحبطة سابقاً، والحمل الخاطئ، أو الولادة المستمرة. وقد وجد أن النساء ذوات رهاب الحمل والولادة الأساسي غالباً ما يطورن الرهاب في المراهقة، ويجربن مساراً ثابتاً من الأعراض (Clark & Watson, Adams, Eberhard-Gran & Eskild, 1995).

وقد تعددت الأسباب التي تخلق حالة من الرهبة والرهاب من ألم الولادة لدى السيدات الحوامل؛ فهناك الطبيعة الشخصية للمرأة، فضلاً عن الحالة النفسية لديها، وعدم قدرتها على تحمل ألم الإنجاب، بالإضافة إلى ما رآته السيدة الحامل بأمر عينها، أو ما سمعته من سيدات أنجبن حولها، كما يمكن الإشارة هنا إلى حالة الرهاب التي تشعر بها السيدة الحامل وما تخلفه الولادة لديها من عوارض جسمية (Poikkeus et al., 2007).

وفي هذا السياق، يمكن القول بأن السيدات اللواتي يعانين من الرهاب والاضطراب يتعرضن أكثر لحالة الرهبة والرهاب من الولادة (Hernández-Martínez, Arija, Balaguer, Cavallé & Canals, 2008). كما أنهن يعانين من حالة من الرهبة من الولادة ما بين متوسطة إلى أكثر شدة نتيجة لما يعانين منه من ألم ورهبة خلال الولادة. ويمكن الإشارة هنا إلى أن بعض الخصائص لدى السيدات الحوامل، مثل الرهاب من ألم الولادة،

وهدفت دراسة بريس وباردو وبيليد وبينيامين (Preis, Pardo, Peled & Benyamini, 2018) التعرف إلى التغيرات في معتقدات الولادة الأساسية بعد تجربة أول ولادة. أجريت الدراسة على (322) امرأة تلد لأول مرة، واستخدم استبيان التسجيل الذاتي. أظهرت نتائج الدراسة أن معتقدات النساء حول الولادة الطبيعية كانت ضعيفة بعد الولادة، وكانت معتقداتهن حول الولادة بتدخل طبي قوية، وأن التجربة الذاتية مرتبطة بالتغيير في معتقدات الولادة الأساسية: ارتبطت الولادة الأكثر تطبيقاً (بتدخل طبي) بتقوية المعتقد الطبي، بينما ارتبطت زيادة الرضا بالولادة بتقوية المعتقد الطبيعي؛ أي أن المعتقدات تتعزز عندما تحقق تجربة الحمل توقعات المرأة الحامل حول كون الولادة مرضية: طبيعية كانت أم طبية.

وأجرى أكوي وأكسوي ودوستبيل وسيليك واينس (Akoy, Aksoy, Dostbil, Celik & Ince, 2019) دراسة هدفت التعرف إلى العلاقة بين الرهاب من الولادة ومعرفة النساء بطرق الولادة دون ألم. أجريت الدراسة على (900) امرأة متعددة الولادة في الشهر الأخير من الحمل، تم توزيعهن على مجموعتين: الأولى تكونت من النساء المشاركات زوات المعرفة بطرق الولادة بدون ألم، والثانية تكونت من المشاركات اللواتي ليس لديهن معرفة بطرق الولادة دون ألم. أظهرت النتائج أن متوسط خوف المشاركات في المجموعة الأولى من الولادة أقل منه في المجموعة الثانية، وأن الرهاب من الولادة يرتبط بطلب الأمومة المتزايدة للولادة القيصرية؛ أي أن معدل طلب النساء الحوامل زوات المعرفة المسبقة بطرق الولادة دون ألم للولادة القيصرية أقل مقارنة بالنساء الحوامل اللواتي ليس لديهن معرفة مسبقة بطرق الولادة دون ألم.

يتضح من خلال عرض الدراسات السابقة أن الباحثين تناولوا متغير الدراسة مع متغيرات أخرى، فقد هدفت دراسة هول ورفاقه (Hall et al., 2009) الكشف عن العلاقة بين رهاب الولادة والحرمان من النوم والتعب، في حين هدفت دراسة نصيري وشريفي (Nasiri & Sharifi, 2013) إلى معرفة العلاقة بين الشخصية ورهاب الولادة. أما دراسة سيوما-ماركوسكا وآخرون (Sioma-Markowska et al., 2017) فقد تعرفت إلى أسباب تكرار رهاب الحمل والولادة. في حين تعرف بريس ورفاقه (Preis et al., 2018) إلى التغيرات في أفكار الولادة بعد تجربة أول ولادة. في حين كانت دراسة همص (Hams, 2010) تهدف إلى العلاقة بين قلق الولادة وعلاقته بجودة الحياة. أما من حيث عينة الدراسة؛ فقد أجريت بعض الدراسات على النساء خلال الحمل كما في دراسة نصيري والشريفي (Nasiri & Sharifi, 2013) ودراسة سيوما-ماركوسكا ورفاقه (Sioma-Markowska et al., 2017) ودراسة أكوي ورفاقه (Akoy et al., 2019) ودراسة همص (Hams, 2010). في حين كانت عينة دراسة كل من هول ورفاقه وريس ورفاقه (Hall & et al., 2009; Preis et al., 2018) من النساء اللواتي عشن تجربة الولادة. أما بالنسبة للمتغيرات

عالية من خوف الولادة، وأن (20.6%) سجلن أقل من (6) ساعات نوم في الليلة، وأن الرهاب من الولادة، والإرهاق، والحرمان من النوم، جميعها يرتبط بشكل إيجابي. وأن النساء زوات الرهاب الشديد من الولادة أكثر عرضة لمواجهة عوامل ضغط يومية، وقلق وإرهاق.

وفي دراسة همص (Hams, 2010) التي هدفت إلى التعرف على قلق الولادة وعلاقته بجودة الحياة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية بقطاع غزة. توصلت الدراسة إلى أن مستوى قلق الولادة كان مرتفعاً لدى أمهات الأسر النووية، وأن طبيعة الأسرة التي تعيش بها الأم له دور بالغ الأثر في الحالة النفسية للأم لحظة الولادة، وأن طبيعة السكن كونه مستقل أو ضمن أسرة ممتدة له دور أيضاً في زيادة مستوى القلق. كما توصلت نتائج الدراسة إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة وعمر الأم، وعدد مرات الولادة والحالة الوظيفية للأم، وإذا كانت الأم مصابة بمرض سكري الحمل أم لا.

وهدفت دراسة نصيري وشريفي (Nasiri & Sharifi, 2013) إلى تحليل العلاقة بين الرهاب من الولادة والطبيعة الشخصية لدى السيدات الحوامل. أجريت الدراسة على (159) سيدة من السيدات الحوامل اللواتي يراجعن مستشفى "فاطمية"، في محافظة "همدان" بيران، وتم اختيار عينة الدراسة من السيدات الحوامل على شكل نماذج. اشتملت آلية جمع البيانات على طرح مجموعة من الأسئلة تتعلق بنظرة السيدة الحامل للولادة، وبمنط الطبيعة الشخصية للسيدة وفقاً لنظريات "فريدمن وروزنمن". أظهرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة بين الطبيعة الشخصية، والرغبة من الولادة لدى السيدات الحوامل، وأن السيدات الحوامل اللواتي يحملن نمط الشخصية "A" لديهن رهبة أكثر من الولادة.

وقام سيوما-ماركوسكا وزوور وبلينتا وماكورا وزاجوسكا (Sioma-Markowska, Żur, Skrzypulec-Plinta, Machura & Czajkowska, 2017) بدراسة هدفت التعرف إلى أسباب تكرار رهاب الحمل والولادة. اشتملت الدراسة على (120) امرأة حامل في الشهر الثالث من الحمل. استخدمت النسخة المعيارية والمعدلة لاستبانة قلق الجهد (KLP II). أظهرت نتائج الدراسة أن (6.7%) من النساء لديهن مستوى مرتفعاً جداً من رهاب الحمل خاصة لدى النساء فوق عمر (30) سنة، كما تمت ملاحظة مستوى مرتفع من الرهاب عند النساء حديثات الزواج. وأظهرت النتائج أن (85%) من النساء كان سبب الرهاب لديهن أكبر بسبب ألم الجهد، وأن (60.7%) من النساء اللواتي تم فحصهن لم يستخدمن أية مساعدة متخصصة للاستعداد للولادة والأمومة.

- مقارنة الاختلاف في مستوى رهاب الحمل والولادة لدى عينة من المتزوجات في الأردن حسب العمر، ومدة الزواج، وعدد مرات الحمل، والعمل.

#### أهمية الدراسة

تبرز أهمية الدراسة النظرية: في أنها ذات أهمية كونها إضافة جديدة لموضوع ارشادي حديث نسبياً، وخاص بالمرأة المتزوجة، وهو التوكوفوبيا، كما تعد ذات أهمية كونها تركز على تجربة مهمة من حياة المرأة المتزوجة، ومن أهم التجارب التي تعيشها، وهي الحمل والانجاب وأثرها النفسي فيها.

كما تبرز أهمية الدراسة التطبيقية: في كونها من الدراسات العربية والأردنية النادرة التي اهتمت بموضوع رهاب الحمل والولادة. وتزويد المرشدين والاختصاصيين النفسيين بفهم لمدى تأثير الحمل والولادة في المرأة، وتقديم نتائج من شأنها أن تلقي الضوء على هذه العينة. وستسهم هذه الدراسة في توعية المختصين من أطباء وأخصائيين نفسيين إلى أهمية هذه الفترة من حياة المرأة ومساعدتها على تجاوزها. بالإضافة إلى توعية المرأة الحامل وتعريفها بمخاطر الرهاب من الحمل والولادة، وأثر ذلك في صحتها الجسدية والجينين. كما أنها تمثل إضافة نتاج جديد من التراكم المعرفي، وإضافة علمية حول مستوى رهاب الحمل والولادة لدى عينة من المتزوجات، وتوجيه الاهتمام نحوهن، بالإضافة إلى أن هذه الدراسة قد تساعد العاملين في الميدان الإرشادي والصحي في إيجاد الحلول الوقائية والعلاجية المناسبة، وتسهم أيضاً برفد مكتبة البحث العلمي بأداة لقياس رهاب الحمل والولادة، تتمتع بخصائص سيكومترية، ويمكن الاستفادة منها في دراسات مستقبلية حول متغير الدراسة، وربطها بمتغيرات جديدة تسهم في زيادة المعرفة لهذه المتغيرات.

#### حدود الدراسة

تحددت الدراسة الحالية في الآتي:

- الحدود المكانية: محافظة إربد / المملكة الأردنية الهاشمية.
  - الحدود الزمانية: أجريت الدراسة خلال الربع الأول من سنة 2021م.
  - الحدود البشرية: النساء المتزوجات اللواتي يقطن في محافظة إربد.
- محددات الدراسة

تحدد نتائج الدراسة بأداة الدراسة، وما توافر لها من دلالات صدق وثبات. كما تتحدد بعينتها التي جرى اختيارها بالطريقة المتيسرة من المتزوجات في الفترة الزمنية الواقعة بين 2021/1/16 إلى 2021/4/20.

الديمغرافية فقد اتفقت اغلب الدراسات على متغير العمر، وتكرار تجربة الولادة، ونوع الأسرة التي تعيش فيها الأم، وإذا كانت الأم تعاني من أمراض متعلقة بالحمل.

ومن حيث مكان إجراء الدراسة فقد أجريت الدراسات في دول غير عربية باستثناء دراسة همص (Hams, 2010) التي كانت على عينة من الأمهات في قطاع غزة لكنها درست قلق الولادة وليس رهاب الحمل والولادة، ومن هنا تأخذ الدراسة الحالية مكانها بين هذه الدراسات حيث أنها الدراسة الأولى عربياً وفي الأردن بشكل خاص تبحث متغير رهاب الحمل والولادة وبمتغيرات ديمغرافية جديدة هي مدة الزواج والعمل، بالإضافة إلى العمر وتكرار الحمل.

#### مشكلة الدراسة

"وَوَصِيْنَا الْإِنْسَانَ بِالذِّبْيِ إِحْسَانًا ۖ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ كُرْهًا وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا ۖ وَحَمَلُهُ وَفِصَالُهُ ثَلَاثُونَ شَهْرًا ۝" (Al-Ahqaf, 15).

فالبرغم من أن الحمل وإنجاب طفل هو حلم كل فتاة، إلا أن هناك كثيراً من النساء يصبن بحالة من الرهاب والخوف الذي يصاحبهن طوال فترة الحمل وحتى لحظة الولادة. وتتطور بعض الحالات لتصل إلى الرهاب المرضي، وتسمى في هذه الحالة "رهاب الحمل". وعندما يصبح هذا الرهاب مرضياً وشديداً، تتجنب النساء الحمل أو الولادة تماماً، هذا الرهاب المرضي هو اضطراب تشعر فيه النساء بقدر غير معقول من الرهاب من موقف الحمل والولادة، حيث يتولد نتيجة لعوامل عدة أهمها: الخبرات السابقة التي قد تكون عاشتها الحامل من إجهاد سابق أو من ولادة متعسرة، وتغيرات جسدية، وتغيير نمط الحياة. كما قد ينتج أيضاً بسبب قصص سمعتها عن صعوبة الولادة، واحتمال فقدان الجنين أو موت الأم. وقد عانت الباحثة من هذه المشكلة، حيث انبثقت مشكلة الدراسة من تجربتها الشخصية وشعورها بالرهاب والتوتر المرتفع من فكرة الحمل والولادة كونها عاشت تجربة حمل وولادة صعبة، بالإضافة إلى ملاحظة الباحثة للعديد من النساء في محيطها الاجتماعي اللواتي من خلال أحاديثهن ومن خلال تأجيل الحمل لدى بعضهن بسبب الخوف من الحمل ومن الولادة. ومن هنا جاءت هذه الدراسة لتجيب عن السؤالين الآتيين:

- "ما مستوى رهاب الحمل والولادة (التوكوفوبيا) لدى المتزوجات؟"

- "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) في مستوى رهاب الحمل والولادة (توكوفوبيا) لدى المتزوجات تبعاً لمتغيرات: العمر، ومدة الزواج، وعدد مرات الحمل، والعمل؟"

#### أهداف الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى:

- التعرف إلى مستوى رهاب الحمل والولادة لدى عينة من المتزوجات في الأردن.

## التعريفات المفاهيمية والإجرائية

رهاب الحمل والولادة: الرهاب المرضي الذي قد يدفع المرأة إلى تجنب الولادة، ويؤثر سلباً في حياتها، وتقبل حملها ( Nunes, Traebert, Seemann & Traebert, 2020). ويعرف إجرائياً: بالدرجة الكلية التي حصلت عليها المفحوصة على المقياس المستخدم في الدراسة الحالية.

## الطريقة والإجراءات

## منهج الدراسة

اقتضت طبيعة الدراسة الاعتماد على المنهج الوصفي لملاءمته أهداف الدراسة الحالية.

## الجدول (1)

توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغيراتها

المتغير	الفئات	التكرار	النسبة
العمر	أقل من 25 سنة	119	18.8%
	من 25-35 سنة	238	37.5%
	أكثر من 35 سنة	277	43.7%
مدة الزواج	أقل من 5 سنوات	181	28.5%
	من 5-أقل من 10 سنوات	127	20.0%
عدد مرات الحمل	10 سنوات فأكثر	326	51.4%
	أول مرة	147	23.2%
العمل	أكثر من مرة	487	76.8%
	تعمل	238	37.5%
	لا تعمل	396	62.5%
	المجموع	634	100.0%

الجسمية، والشعور بالذعر، والمشاركة الاجتماعية، والتدخل في العادات اليومية، وتجنب الحمل، والتصور الذاتي للتكوفوبيا.

## صدق المقياس

قام نونيس وزملاؤه (Nunes et al., 2021) بالتأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس رهاب الحمل والولادة باستخدام الصدق العاملي؛ إذ أظهرت نتائج التحليل العاملي ستة أبعاد، وتراوحت معاملات تشبع الفقرات على كل عامل على النحو الآتي: هي: الانعكاسات الجسمية (0.887-0.359)، والشعور بالذعر (0.841-0.556)، والمشاركة الاجتماعية (0.780-0.567)، والتدخل في العادات اليومية (0.856-0.395)، وتجنب الحمل (0.785-0.380)، والتصور الذاتي للتكوفوبيا (0.880-0.470).

يتضح من الجدول (1) توزيع عينة الدراسة على المتغيرات الديمغرافية؛ حيث كانت نسبة المتزوجات (أكثر من 35 سنة) الأعلى تبعاً لمتغير العمر، في حين كانت نسبة المتزوجات (10 سنوات فأكثر) هي الأعلى على متغير مدة الزواج، أما متغير عدد مرات الحمل فقد بلغت نسبة النساء اللواتي (أنجنن لأكثر من مرة هن الأعلى نسبة بين المتزوجات، هذا وقد كانت نسبة المتزوجات غير العاملات هي الأعلى).

## مقياس الدراسة

استخدم في الدراسة الحالية مقياس رهاب الحمل والولادة (توكوفوبيا)، الذي قام ببنائه نونيس وتريبيرت وسيمان وتريبيرت (Nunes, Traebert, Seemann & Traebert, 2021)، المكون من (25) فقرة، موزعة إلى ستة أبعاد، هي: الانعكاسات

- البعد السادس، التصور الذاتي للتكوفوبيا: مستوى شعور المرأة بالذعر من فكرة الحمل والولادة، ويتكون من فقرتين، وتمثله الفقرات نوات الأرقام (1-2).

كما تم استخراج مؤشرات صدق البناء لجميع فقرات مقياس الدراسة، من خلال تطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من (50) متزوجة من داخل مجتمع الدراسة ومن خارج عينتها؛ إذ تم الأخذ بالاعتبار، معيارين لقبول الفقرات: معامل الارتباط (0.20) فأكثر، والدلالة الإحصائية للارتباط، وحساب معاملات الارتباط بين كل فقرة والبعد الذي تنتمي إليه، والمقياس ككل، حيث أن جميع معاملات الارتباط بين كل فقرة من الفقرات والبعد الذي تنتمي إليه والمقياس ككل كانت دالة إحصائياً، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين الفقرات، والمقياس ككل بين (0.30-0.84)، في حين تراوحت معاملات الارتباط بين الفقرات والبعد بين (0.48-0.89)، وهي مقبولة لأغراض تطبيق الدراسة الحالية.

#### ثبات المقياس

فيما يتعلق بإجراءات ثبات المقياس بصورته الأصلية، قام قام نونيس وزملاؤه (Nunes et al., 2020) بحساب معامل الاتساق الداخلي كرونباخ ألفا (Cronpach Alpha)، وبلغت قيمة معامل الارتباط للعوامل الستة للمقياس: الانعكاسات الجسمية، والشعور بالذعر، والمشاركة الاجتماعية، والتدخل في العادات اليومية، وتجنب الحمل، والتصور الذاتي للتكوفوبيا على الترتيب: (0.910، 0.873، 0.820، 0.750، 0.744، 0.599).

ولأغراض التحقق من ثبات المقياس في الدراسة الحالية، قامت الباحثة بتطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من (50) متزوجة من داخل مجتمع الدراسة ومن خارج عينتها، وأعيد تطبيق المقياس على العينة ذاتها بعد أسبوعين من التطبيق الأول، وحسب ثبات المقياس بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test-Re-Test) من خلال حساب معامل ارتباط بيرسون (Person-R) بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني "ثبات إعادة"، كما تم حساب معامل الاتساق الداخلي كرونباخ ألفا (Cronpach Alpha). والجدول (2) يوضح ذلك.

وفي الدراسة الحالية، قامت الباحثة بعدد من الإجراءات من أجل استخراج معاملات صدق لمقياس الدراسة، وتمثلت هذه الإجراءات بالخطوات الآتية:

- قامت الباحثة بترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، وعرضه على أربعة أعضاء هيئة تدريس من ذوي الاختصاص، للتأكد من صحة الترجمة؛ إذ طلب إليهم التأكد من صحة ومطابقة الترجمة. بعد ذلك تم الأخذ بملاحظاتهم حول الترجمة وسلامتها.

- عرض المقياس على عشرة محكمين من ذوي الاختصاص في مجال الإرشاد النفسي، وعلم النفس التربوي؛ للحكم على صلاحية الفقرات ودقتها ووضوحها، ودرجة انتماء كل فقرة للبعد الذي وردت فيه في المقياس. وخلصت نتائج التحكيم إلى إعادة الصياغة اللغوية لبعض الفقرات، وبقي عدد فقرات المقياس بصورته النهائية مكون من (25) فقرات، موزعة إلى ستة أبعاد، هي:

- البعد الأول، الانعكاسات الجسمية: مدى قلق المرأة من تأثير رهاب الحمل على الجانب الجسدي لديها)، ويتكون من (7) فقرات، وتمثله الفقرات نوات الأرقام من (15-17-19-20-21-22-23).

- البعد الثاني، الشعور بالذعر: مدى خوف الحامل من لحظة ووقت الولادة، ويتكون من (4) فقرات، وتمثله الفقرات (16-18-24-25).

- البعد الثالث، المشاركة الاجتماعية: أثر رهاب الحمل على العلاقات الاجتماعية المختلفة للمرأة مثل علاقتها مع أهلها وأهل زوجها ومع زوجها، ويتكون من (4) فقرات، وتمثله الفقرات (5-8-9-10).

- البعد الرابع، التدخل في العادات اليومية: أثر رهاب الحمل في العادات والأنشطة اليومية للمرأة الحامل)، ويتكون من (4) فقرات، وتمثله الفقرات (11-12-13-14).

- البعد الخامس، تجنب الحمل: محاولات المرأة لتجنب الحمل، ويتكون من (4) فقرات، وتمثله الفقرات نوات الأرقام (3-4-6-7).

#### الجدول (2)

معاملات ثبات مقياس رهاب الحمل والولادة وأبعاده.

البعد	عدد الفقرات	الاتساق الداخلي	ثبات إعادة
الانعكاسات الجسمية	7	0.82	0.91
الشعور بالذعر	4	0.82	0.93
المشاركة الاجتماعية	4	0.71	0.88
التدخل في العادات اليومية	4	0.85	0.86
تجنب الحمل	4	0.77	0.89
التصور الذاتي للتكوفوبيا	2	0.70	0.90
المقياس ككل		0.93	0.91

مقياس رهاب الحمل والولادة تبعاً لمتغيرات الدراسة. استخدم تحليل التباين الرباعي (4-way Anova)، وتحليل التباين الرباعي متعدد المتغيرات التابعة (4-way Manova) للأبعاد، واستخدام طريقة (شفية) للمقارنات البعدية.

#### إجراءات الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة، قامت الباحثة بالإجراءات الآتية:

- مراجعة الأدب النظري والدراسات السابقة المتعلقة بأداة الدراسة.
- التحقق من الصدق الظاهري لأداة الدراسة في صورتها الأولية.
- التحقق من دلالات الصدق والثبات لأداة الدراسة في صورتها النهائية.
- تحديد مجتمع وعينة الدراسة، وهن النساء المتزوجات في محافظة إربد في الربع الأول للعام 2021.
- توزيع أداة الدراسة على العينة، وذلك من خلال رابط الكتروني تم تصميمه.
- إدخال البيانات لذاكرة الحاسوب، ومن ثم استخدام المعالجات الإحصائية المناسبة، وفقاً لبرنامج (SPSS) للإجابة عن أسئلة الدراسة، واستخلاص النتائج وتفسيرها.

#### عرض النتائج ومناقشتها

**النتائج المتعلقة بالسؤال الأول، والذي نص على: "ما مستوى رهاب الحمل والولادة (توكوفوبيا) لدى المتزوجات؟"**

للإجابة عن هذا السؤال، حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى رهاب الحمل والولادة (توكوفوبيا) لدى المتزوجات، والجدول (3) يوضح ذلك.

يظهر من الجدول (2) أن معاملات كرونباخ ألفا لأبعاد المقياس تراوحت بين (0.70-0.85)، وبلغ معامل كرونباخ ألفا للمقياس ككل (0.93). في حين تراوحت معاملات ثبات الإعادة لأبعاد المقياس بين (0.86-0.93)، وبلغ معامل ثبات الإعادة للمقياس ككل (0.91)، وهي مقبولة لأغراض الدراسة الحالية.

#### تصحيح مقياس رهاب الحمل والولادة

تكون المقياس بصورته النهائية من (25) فقرة، بتدرج خماسي يأخذ الأوزان الآتية: بدرجة كبيرة جداً (5) درجات، وبدرجة كبيرة (4) درجات، وبدرجة متوسطة (3) درجات، وبدرجة قليلة درجتان، وبدرجة قليلة جداً وتأخذ درجة واحدة، وبذلك تتراوح درجة المفحوصة على المقياس بين (25-125) درجة. وكانت جميع فقرات المقياس في الاتجاه الموجب. وللحكم على مستوى رهاب الحمل والولادة، تم الاعتماد على التصنيف التالي للأوساط الحسابية: من (2.33 فأقل مستوى منخفض)، ومن (2.34-3.67 مستوى متوسط)، ومن (3.68 فأكثر مستوى مرتفع).

#### متغيرات الدراسة

اشتملت الدراسة على خمسة متغيرات، هي: العمر (أقل من 25 سنة، ومن 25-35 سنة، وأكثر من 35 سنة)، ومدة الزواج (أقل من 5 سنوات، ومن 5-أقل من 10 سنوات، وأكثر من 10 سنوات)، وعدد مرات الحمل (أول مرة، وأكثر من مرة)، والعمل (أعمل، ولا أعمل)، ورهاب الحمل والولادة (توكوفوبيا).

#### المعالجة الإحصائية

للإجابة عن السؤال الأول، حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية. وللكشف عن الفروق في المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء النساء المتزوجات على

#### الجدول (3)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للأبعاد والدرجة الكلية لمقياس رهاب الحمل والولادة مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية

المرتبة	الرقم	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	6	التصور الذاتي للتوكوفوبيا	3.29	1.007	متوسط
2	5	تجنب الحمل	2.40	1.078	متوسط
3	4	التدخل في العادات اليومية	2.24	1.053	منخفض
4	2	الشعور بالذعر	2.16	1.104	منخفض
5	3	المشاركة الاجتماعية	1.97	0.866	منخفض
6	1	الانعكاسات الجسمية	1.81	0.861	منخفض
		الدرجة الكلية	2.17	0.831	منخفض

المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (3.29) وبمستوى متوسط، وقد جاء أقل المتوسطات الحسابية لبعد "الانعكاسات الجسمية" بمتوسط حسابي بلغ (1.81) وبمستوى منخفض. كما بلغ

يظهر من الجدول (3) أن المتوسطات الحسابية للأبعاد التي تقيس مستوى رهاب الحمل والولادة لدى المتزوجات تراوحت بين (1.81-3.29)، وجاء البعد "التصور الذاتي للتوكوفوبيا" في

مخيفة ومؤلمة. حيث أن هذه التجربة تشمل حياتها وحياتها جنينها، وخوف من المجهول، وقلق على صحة الجنين. فالرهاب يكون أثناء الحمل، إلا أنه ومع تقدم الحمل يزداد مع الاضطرابات الهرمونية، التي تتمثل بتغيير المزاج وفقدان الشهية. وتختلف هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة هول ورفاقه (Hall et al., 2009) والتي توصلت أن 25% من عينة عينة الدراسة يعانون من مستوى مرتفع من رهاب الحمل.

**النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني، والذي نص على: "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى رهاب الحمل والولادة (توكوفوبيا) لدى المتزوجات تبعاً لمتغيرات: العمر، ومدة الزواج، وعدد مرات الحمل، والعمل؟"**

للإجابة عن هذا السؤال، حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتحديد مستوى رهاب الحمل والولادة (توكوفوبيا) لدى المتزوجات تبعاً لمتغيرات: العمر، ومدة الزواج، وعدد مرات الحمل، والعمل. والجدول (4) يوضح ذلك.

المتوسط العام على المقياس ككل (2.17) وبمستوى منخفض. ولعل السبب في ذلك يعود إلى أن أغلب النساء الحوامل لديهن دعم من المهمين المحيطين بهن من زوج، وأهل، واصدقاء، خاصة وأن مجتمعنا يولي موضوع الحمل والولادة أهمية كبيرة، ويعطي الحامل الرعاية والاهتمام.

كما تفسر الباحثة هذه النتيجة بأن هناك خوفاً طبيعياً لدى النساء الحوامل والمقبلات على الحمل. لكن هذا الرهاب لم يصل إلى درجة الرهاب المرضي، وأن هناك الكثير من الوعي الصحي والنفسي لدى النساء في الوقت الحاضر كون المرأة أصبحت على درجة عالية من الثقافة، وهناك الكثير من الوسائل والمواقع التي تهتم بشؤون المرأة وتزودها بالكثير من المعلومات والخبرات.

أما بخصوص حصول بعد "التصور الذاتي للتوكوفوبيا" على أعلى رتبة وبمستوى متوسط، فتعتقد الباحثة أن أغلب النساء ترى أن خبرة عملية الولادة هي من أصعب الخبرات وأشدّها إيلاًما وخطراً على حياة المرأة. فحتى لو أن فترة الحمل قد مرت بسلام دون صعوبات إلا أن أغلب النساء ترى أن عملية الولادة هي خبرة

#### الجدول (4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى رهاب الحمل والولادة لدى المتزوجات تبعاً لمتغيرات الدراسة

المتغير	الانعكاسات الجسمية	الشعور بالذعر	المشاركة الاجتماعية	التدخل في العادات اليومية	تجنب الحمل	التصور الذاتي للتوكوفوبيا الكلية	الدرجة
العمر	س	1.95	2.33	2.01	2.22	2.44	2.26
	ع	0.944	1.150	0.916	1.090	1.139	0.902
أقل من 25 سنة	س	1.82	2.19	1.95	2.31	2.36	2.18
	ع	0.893	1.108	0.858	1.039	1.088	0.836
أكثر من 35 سنة	س	1.73	2.05	1.97	2.20	2.42	2.12
	ع	0.786	1.073	0.853	1.050	1.046	0.793
أقل من 5 سنوات	س	1.80	2.18	1.95	2.17	2.27	2.14
	ع	0.853	1.079	0.846	1.020	1.078	0.830
5-أقل من 10 سنوات	س	1.89	2.27	2.00	2.28	2.40	2.23
	ع	0.951	1.205	0.998	1.112	1.187	0.920
10 سنوات فأكثر	س	1.78	2.10	1.97	2.27	2.47	2.17
	ع	0.828	1.076	0.823	1.049	1.029	0.795
عدد مرات الحمل	س	1.76	2.07	1.89	2.14	2.25	2.09
	ع	0.810	1.013	0.816	1.042	1.106	0.805
أول مرة	س	1.82	2.18	2.00	2.28	2.44	2.20
	ع	0.876	1.130	0.880	1.056	1.067	0.838
أكثر من مرة	س	1.80	2.10	2.03	2.31	2.43	2.19
	ع	0.875	1.109	0.938	1.087	1.109	0.867
العمل	س	1.81	2.19	1.94	2.21	2.38	2.16
	ع	0.853	1.101	0.819	1.032	1.061	0.809
تعمل	س	1.81	2.19	1.94	2.21	2.38	2.16
	ع	0.853	1.101	0.819	1.032	1.061	0.809
لا تعمل	س	1.81	2.19	1.94	2.21	2.38	2.16
	ع	0.853	1.101	0.819	1.032	1.061	0.809

ع=الانحراف المعياري

س= المتوسط الحسابي



وعدد مرات الحمل، والعمل. ولبين دلالة الفروق الإحصائية، استخدم تحليل التباين الرباعي المتعدد للأبعاد المبنية في جدول (5)، وتحليل التباين الرباعي للمقياس ككل في الجدول (6).

يبين الجدول (4) تبايناً ظاهرياً في المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى رهاب الحمل والولادة (توكوفوبيا) لدى المتزوجات بسبب اختلاف فئات متغيرات: العمر، ومدة الزواج،

### الجدول (5)

تحليل التباين الرباعي المتعدد لأثر العمر، ومدة الزواج، وعدد مرات الحمل، والعمل على أبعاد رهاب الحمل والولادة (توكوفوبيا) لدى المتزوجات

مصدر التباين	الأبعاد	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
العمر ويلكس = 0.954 ح = 0.003	الانعكاسات الجسمية	9.320	2	4.660	6.387	0.002
	الشعور بالذعر	9.621	2	4.811	4.004	0.019
	المشاركة الاجتماعية	1.693	2	0.846	1.130	0.324
	التدخل في العادات اليومية	7.351	2	3.675	3.332	0.036
	تجنب الحمل	9.403	2	4.701	4.087	0.017
	التصور الذاتي للتكوفوبيا	6.531	2	3.266	3.248	0.040
مدة الزواج ويلكس = 0.951 ح = 0.002	الانعكاسات الجسمية	1.580	2	0.790	1.083	0.339
	الشعور بالذعر	0.348	2	0.174	0.145	0.865
	المشاركة الاجتماعية	0.145	2	0.073	0.097	0.908
	التدخل في العادات اليومية	2.842	2	1.421	1.288	0.276
	تجنب الحمل	6.026	2	3.013	2.619	0.074
	التصور الذاتي للتكوفوبيا	1.635	2	0.817	0.813	0.444
عدد مرات الحمل هوتلنج = 0.016 ح = 0.133	الانعكاسات الجسمية	1.513	1	1.513	2.074	0.150
	الشعور بالذعر	6.424	1	6.424	5.347	0.021
	المشاركة الاجتماعية	2.274	1	2.274	3.036	0.082
	التدخل في العادات اليومية	0.810	1	0.810	0.734	0.392
	تجنب الحمل	1.220	1	1.220	1.061	0.303
	التصور الذاتي للتكوفوبيا	1.983	1	1.983	1.972	0.161
العمل هوتلنج = 0.015 ح = 0.161	الانعكاسات الجسمية	0.500	1	0.500	0.685	0.408
	الشعور بالذعر	0.024	1	0.024	0.020	0.887
	المشاركة الاجتماعية	1.722	1	1.722	2.298	0.130
	التدخل في العادات اليومية	2.137	1	2.137	1.938	0.164
	تجنب الحمل	0.255	1	0.255	0.222	0.638
	التصور الذاتي للتكوفوبيا	1.839	1	1.839	1.829	0.177
الخطأ	الانعكاسات الجسمية	457.466	627	0.730		
	الشعور بالذعر	753.270	627	1.201		
	المشاركة الاجتماعية	469.654	627	0.749		
	التدخل في العادات اليومية	691.599	627	1.103		
	تجنب الحمل	721.337	627	1.150		
	التصور الذاتي للتكوفوبيا	630.435	627	1.005		
الكلية	الانعكاسات الجسمية	468.781	633			
	الشعور بالذعر	771.400	633			
	المشاركة الاجتماعية	474.489	633			
	التدخل في العادات اليومية	702.106	633			
	تجنب الحمل	736.086	633			
	التصور الذاتي للتكوفوبيا	641.826	633			

يتبين من الجدول (5) الآتي:

- أن قيمة اختبار هوتلنج تساوي (0.016) باحتمال (p=0.133) وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) في مستوى رهاب الحمل والولادة (توكوفوبيا) لدى المتزوجات تبعاً لمتغير عدد مرات الحمل على جميع الأبعاد باستثناء بعد "الشعور بالذعر" وجاءت الفروق لصالح (الحمل أكثر من مرة). وتفسر هذه النتيجة على أن المرأة الحامل أو المقبلة على الحمل سواء كانت حاملاً للمرة الأولى أو أكثر من مرة فهي تبقى تعاني من خوف وتوتر من الولادة، فتجربة الحمل يشوبها الرهاب طوال فترة الحمل، ومن لحظة الولادة وإخراج الجنين، وما يتبع ذلك من تدخل جراحي أحياناً، وحتى لو كانت الأم صاحبة خبرة ومرت بتجربة الحمل والإنجاب إلا أنها تعاني من الرهاب مثلها مثل المرأة التي تمر للمرة الأولى بهذه التجربة. وبسبب مرور المرأة بتجربة الحمل والولادة سابقاً فإنها نتيجة ذلك تعلم تماماً طبيعة الألم والجهد والتوتر خلال الحمل وأثناء الولادة لذا فإنها تشعر بالذعر والرهاب أكثر من المرأة حديثة الحمل والولادة والتي لم تعش بعد هذه التجربة. واختلفت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة أكوي ورفاقه (Akoy et al., 2019) ان النساء اللواتي لديهن معرفة بطرق الحمل وخبرة سابقة هن أقل شعوراً بالرهاب من اللواتي ليس لديهن معرفة بطرق الحمل.

- أن قيمة اختبار هوتلنج تساوي (0.015) باحتمال (p=0.161) وتشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) في مستوى رهاب الحمل والولادة (توكوفوبيا) لدى المتزوجات تعزى لأثر متغير العمل في جميع الأبعاد. وتفسر الباحثة ذلك أنه حتى لو كانت المرأة الحامل عاملة أم غير عاملة فهي تعيش تجربة متعبة ومجهدة وتؤثر في جميع جوانب وأنشطة الحياة.

- أن قيمة اختبار ويلكس تساوي (0.951) باحتمال p=0.002 وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) في مستوى رهاب الحمل والولادة (توكوفوبيا) لدى المتزوجات وهي ذات دلالة إحصائية على جميع أبعاد المقياس تبعاً لمتغير العمر باستثناء بعد "المشاركة الاجتماعية"، وللكشف عن مواقع الفروق الدالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية تم استخدام المقارنات البعدية بطريقة شففيه كما في الجدول (7).

- أن قيمة اختبار ويلكس تساوي (0.951) باحتمال p=0.002 وهي غير ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha = 0.05$ ) في مستوى رهاب الحمل والولادة (توكوفوبيا) لدى المتزوجات تبعاً لمتغير مدة الزواج على جميع أبعاد المقياس. وتفسر الباحثة هذه النتيجة كون الرهاب والتوتر من تجربة الحمل والولادة هي واحدة سواء كان الزواج حديثاً أم مر عليه سنوات فهي تجربة خاصة وتحتاج إلى الدعم والمساندة من المحيطين. كما أن المرأة بحاجة إلى من يساعدها في رعاية أبنائها فبعد مدة من الزواج وبعد تكرار الحمل تشعر المرأة بالرهاب من فكرة الحمل بسبب المسؤوليات الكبيرة والكثيرة التي تقع على عاتقها، لذا نجد انه المرأة حديثة الزواج لديها رهاب بسبب أنها جديدة التجربة والمرأة المتزوجة من سنوات لديها أيضاً أسبابها للخوف والذعر من الحمل. وتتفق هذه النتيجة بشكل جزئي مع دراسة سيوما-ماركوسكا وآخرون (Sioma-Markowska et al., 2017) التي توصلت إلى أن هناك مستوى مرتفعاً من رهاب الحمل لدى النساء حديثات الزواج، كما تتفق مع ما توصل إليه هول ورفاقه (Hall et al., 2009) التي وجدت أن رهاب الحمل يرتبط مع ضغوط الحياة اليومية والإرهاق.

## الجدول (6)

تحليل التباين الرباعي لأثر العمر، ومدة الزواج، وعدد مرات الحمل، والعمل على مستوى رهاب الحمل والولادة (توكوفوبيا) لدى المتزوجات

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
العمر	6.631	2	3.316	4.857	0.008
مدة الزواج	1.116	2	0.558	0.817	0.442
عدد مرات الحمل	2.030	1	2.030	2.973	0.085
العمل	0.650	1	0.650	0.952	0.330
الخطأ	427.993	627	0.683		
الكلي	436.894	633			

يبين الجدول (6) الآتي:

بلغت 0.008 ولييان الفروق الدالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية تم استخدام المقارنات البعدية بطريقة شففيه كما في الجدول (7).

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) في مستوى رهاب الحمل والولادة (توكوفوبيا) لدى المتزوجات تعزى لأثر العمر؛ إذ بلغت قيمة ف 4.857 وبدلالة إحصائية

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ( $\alpha=0.05$ ) تعزى لأثر مدة الزواج؛ إذ بلغت قيمة ف 0.817 وبدلالة إحصائية بلغت 0.442.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ( $\alpha=0.05$ ) تعزى لأثر عدد مرات الحمل؛ إذ بلغت قيمة ف 2.973 وبدلالة إحصائية بلغت 0.085.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ( $\alpha=0.05$ ) تعزى لأثر العمل؛ إذ بلغت قيمة ف 0.952 وبدلالة إحصائية بلغت 0.330.

## الجدول (7)

المقارنات البعدية بطريقة شففيه لأثر العمر في مستوى رهاب الحمل والولادة (توكوفوبيا) لدى المتزوجات

البعد	فئات المتغير	المتوسط الحسابي	أقل من 25 سنة	25-35 سنة	أكثر من 35 سنة
الانعكاسات الجسمية	أقل من 25 سنة	1.95			
	25-35 سنة	1.82	0.13		
	أكثر من 35 سنة	1.73	*0.22	0.09	
الشعور بالذعر	أقل من 25 سنة	2.33			
	25-35 سنة	2.19	.130		
	أكثر من 35 سنة	2.05	*0.27	0.14	
المشاركة الاجتماعية	أقل من 25 سنة	2.01			
	25-35 سنة	1.95	0.06		
	أكثر من 35 سنة	1.97	0.04	-0.02	
التدخل في العادات اليومية	أقل من 25 سنة	2.22			
	25-35 سنة	2.31	-0.09		
	أكثر من 35 سنة	2.20	0.03	0.11	
تجنب الحمل	أقل من 25 سنة	2.44			
	25-35 سنة	2.36	0.08		
	أكثر من 35 سنة	2.42	0.020	-0.06	
التصور الذاتي للتوكوفوبيا	أقل من 25 سنة	3.39			
	25-35 سنة	3.31	0.08		
	أكثر من 35 سنة	3.22	0.18	0.09	
الدرجة الكلية	أقل من 25 سنة	2.26			
	25-35 سنة	2.18	0.07		
	أكثر من 35 سنة	2.12	0.13	0.06	

\* دالة عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ).

والإنجاب على الأغلب؛ لذا فهي كثيرة التفكير وتنتابها الكوابيس وتخشى كثيراً من لحظة الولادة. وتختلف هذه النتيجة مع دراسة سيوما-ماركوسكا ورفاقه (Sioma-Markowska et al., 2017) التي توصلت إلى أن النساء فوق عمر 30 سنة لديهن مستوى مرتفع جداً من رهاب الحمل. كما تختلف مع نتائج دراسة همص (Hams, 2010) التي توصلت إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على متغير العمر لدى النساء الحوامل.

يتبين من جدول (7) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) في مستوى رهاب الحمل والولادة (توكوفوبيا) لدى المتزوجات بين الفئة العمرية (أقل من 25 سنة) والفئة العمرية (أكثر من 35 سنة)، وجاءت الفروق لصالح الفئة العمرية (أقل من 25 سنة) في بعد الانعكاسات الجسمية، وبعد الشعور بالذعر، بينما لم تظهر فروق في باقي المتغيرات الأخرى لضعفها. وتفسر الباحثة هذه النتيجة إلى أنه كلما تقدم العمر لدى المرأة زاد نضجها وخبرتها في الحياة، وزادت معرفتها بموضوع الحمل والولادة، لذا يقل لديها الرهاب والرهبنة من الحمل والولادة ويكون المرأة أقل من 25 سنة؛ فهي ما زالت حديثة العهد بالزواج

التوصيات

في ضوء نتائج الدراسة، توصي الباحثة بما يلي:

- تدريب القائمين على برامج الرعاية الصحية ليصبحوا أكثر كفاءة في التعامل مع النساء الحوامل خاصة في الحمل الأول.
- إجراء المزيد من الدراسات النفسية الخاصة بالبناء النفسي للأم الحامل في ضوء متغيرات جديدة.
- تصميم برامج ارشادية للأمهات الحوامل أو المقبلات على الحمل للتخفيف من الأثر النفسي السلبي للحمل لديهن.
- عقد ندوات ومحاضرات تثقيفية وتوعوية للنساء الحوامل وقائية لتلافي حدوث رهاب الحمل لديهن.

References

- Adams, S. S., Eberhard-Gran, M. & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(10), 1238-1246.
- Aksoy, M., Aksoy, A. N., Dostbil, A., Celik, M. G. & Ince, I. (2019). The relationship between fear of childbirth and women's knowledge about painless childbirth. *Obstetrics and Gynecology International*, 2014:274303. Doi: 10.1155/2014/274303. Epub 2014 Nov 12.)
- Alipour, Z., Lamyian, M., Hajizadeh, E. & Vafaei, M. A. (2011). The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16(2), 169-173
- Bailham, D. & Joseph, S. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health & Medicine*, 8(2), 159-168.
- Behrad, B. & Rastegari, Y. (1997). The relationship between Anger-Hostility and coronary atherosclerosis severity. Article in Persian. *Psychol Res.*, 5(1-2), 9-24.
- Börjesson, K., Ruppert, S., Wager, J. & Bågedahl-Strindlund, M. (2007). Personality disorder, psychiatric symptoms and experience of childbirth among childbearing women in Sweden. *Midwifery*, 23(3), 260-268.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scal development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309-319. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.309>.
- Farzad, N. & Sharifi, S. (2013). The relationship between fear of childbirth and personality type in pregnant women. *Journal Women*, 16(16), 18-25.
- Fisher, C., Hauck, Y. & Fenwick, J. (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. *Social Science & Medicine*, 63(1), 64-75.
- Geissbuehler, V. & Eberhard, J. (2002). Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23(4), 229-235.
- Gottvall, K. & Waldenström, U. (2002). Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(3), 254-260.
- Hall, W. A., Hauck, Y. L., Carty, E. M., Hutton, E. K., Fenwick, J. & Stoll, K. (2009). Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(5), 567-576.
- Hams, S. E. (2010). *Labour anxiety of the mothers in south governorates of Gaza strip and its relation to the quality of life*. Master Thisis in the Gaza Islam University
- Hernández-Martínez, C., Arija, V., Balaguer, A., Cavallé, P. & Canals, J. (2008). Do the emotional states of pregnant women affect neonatal behaviour? *Early Human Development*, 84(11), 745-750.
- Hofberg, K. & Brockington, I. (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth: a series of 26 cases. *The British Journal of Psychiatry*, 176(1), 83-85.

- Horsch, A. & Ayers, S. (2016). Childbirth and Stress. *In: Stress: Concepts, Cognition, Emotion and Behavior*, (pp. 325-330). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00040-6>.
- Laursen, M., Hedegaard, M. & Johansen, C. (2008). Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(3), 354-360.
- Morland, L., Goebert, D., Onoye, J., Frattarelli, L., Derauf, C., Herbst, M. & Friedman, M. (2007). Posttraumatic stress disorder and pregnancy health: preliminary update and implications. *Psychosomatics*, 48(4), 304-308.
- Nasiri, F. & Sherifi, C. (2013). The relationship between the fear of childbirth and the nature of personality in pregnant women. *Women's Journal*, 16(4), 18-25.
- Nunes, R. D., Traebert, E., Seemann, M. & Traebert, J. (2021). Tokophobia Assessment Questionnaire: a new instrument. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(1), 112-114.
- Poikkeus, P., Saisto, T., Unkila-Kallio, L., Punamaki, R. L., Repokari, L., Vilksa, S. & Tulppala, M. (2006). Fear of Childbirth and Pregnancy-related Anxiety in Women Conceiving with Assisted Reproduction. *Obstetrics & Gynecology*, 108(1), 70-76. doi: 10.1097/01.AOG.0000222902.37120.2f.
- Preis, H., Pardo, J., Peled, Y. & Benyamini, Y. (2018). Changes in the basic birth beliefs following the first birth experience: Self-fulfilling prophecies. *PloS One*, 13(11), e0208090. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208090>
- Rogal, S. S., Poschman, K., Belanger, K., Howell, H. B., Smith, M. V., Medina, J. & Yonkers, K. A. (2007). Effects of posttraumatic stress disorder on pregnancy outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 102(1-3), 137-143.
- Saisto, T. & Halmesmaki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201-208.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E. & Halmesmaki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(5), 492-498.
- Seng, J. S., Oakley, D. J., Sampselle, C. M., Killion, C., Graham-Bermann, S. & Liberzon, I. (2001). Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications. *Obstetrics & Gynecology*, 97(1), 17-22.
- Sioma-Markowska, U., Żur, A., Skrzypulec-Plinta, V., Machura, M. & Czajkowska, M. (2017). Causes and frequency of tocophobia—own experiences. *Ginekologia polska*, 88(5), 239-243.
- Sjögren, B. (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 18(4), 266-272.
- Slade, P. (2006). Towards a conceptual framework for understanding post-traumatic stress symptoms following childbirth and implications for further research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(2), 99-105.
- Sluijs, A. M., Cleiren, M. P., Scherjon, S. A. & Wijma, K. (2012). No relationship between fear of childbirth and pregnancy-/delivery-outcome in a low-risk Dutch pregnancy cohort delivering at home or in hospital. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(3), 99-105.
- Spice, K., Jones, S. L., Hadjistavropoulos, H. D., Kowalyk, K. & Stewart, S. H. (2009). Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(3), 168-174.

- Storksen, H. T., Eberhard-Gran, M., GARTHUS-NIEGEL, S. U. S. A. N. & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *ACTA Obstetrician et Gynecologica Scandinavica*, 91(2), 237-242.
- Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S. & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 92(3), 318-324.
- Whitbourne, S. K. & Halgin, R. P. (2015). *Abnormal Psychology*. McGraw-Hill. (New York, NY).
- Zar, M., Wijma, K. & Wijma, B. (2001). Pre-and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*, 30(2), 75-84.