



فاعلية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض
الخوف من الولادة وتحسين الكفاءة الذاتية لدى النساء في
حملهن الأول

د. نوره سعد البقمي

قسم علم النفس – كلية العلوم الاجتماعية

جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية





فاعلية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض الخوف من الولادة وتحسين الكفاءة الذاتية لدى النساء في حملهن الأول

د. نوره سعد البقمي

قسم علم النفس – كلية العلوم الاجتماعية
جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

تاريخ تقديم البحث: ١٢ / ٤ / ١٤٤٤ هـ تاريخ قبول البحث: ١٧ / ٦ / ١٤٤٤ هـ

ملخص الدراسة:

تواجه المرأة الحامل العديد من المخاوف تجاه حملها وولادتها وسلامة طفلها مما قد يؤثر على نتائج الحمل والولادة؛ لذا هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد فاعلية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض الخوف من الولادة وتحسين الكفاءة الذاتية لدى النساء الحوامل. واستُخدم المنهج شبه التجريبي في الدراسة التي تكونت عينتها من (١٠) نساء في حملهن الأول، وتضمنت أدوات جمع البيانات استبياناً ديموغرافياً، ومقياس الخوف من الولادة ومقياس كفاءة الذات الولادية (إعداد الباحثة)، التي تم استيفؤها من قبل المجموعة قبل وبعد الانتهاء من التدخل وبعد شهر من المتابعة. وأشارت النتائج إلى انخفاض مستوى الخوف من الولادة وارتفاع الكفاءة الذاتية، في حين لم تكن الفروق في الخوف من الولادة والكفاءة الذاتية في القياسين البعدي والتبعي دالة، وتُشير هذه النتائج إلى فاعلية البرنامج القائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض الخوف من الولادة وتحسين الكفاءة الذاتية لدى النساء الحوامل.

الكلمات المفتاحية: العلاج بالقبول والالتزام، الخوف من الولادة، الكفاءة الذاتية، النساء في الحمل الأول.

The effectiveness of a program based on acceptance and commitment therapy in reducing fear of childbirth and improving self-efficacy among primiparous women

Dr. Norah Saad Albaqami

Department Psychology – Faculty Social Science
Imam Mohammad Ibn Saud Islamic university

Abstract:

A pregnant woman faces many concerns about her pregnancy, childbirth, and the safety of her child, which may affect the outcome of pregnancy and childbirth, so the current study aimed to determine the effectiveness of a program based on acceptance and commitment therapy in reducing fear of childbirth and improving self-efficacy among pregnant women. The quasi-experimental method was used in the study. It was conducted on ten primiparous pregnant women. The data collection tools included a demographic questionnaire, a fear of childbirth scale and a childbirth self-efficacy scale (prepared by the researcher). They were completed by the group before and after the intervention, and one month later of follow-up. The results indicated, after intervention, a decreased fear of childbirth and increased self-efficacy, while the differences in fear of childbirth and self-efficacy in the post and follow-up measurements were not significant. These results indicate the effectiveness of the program based on acceptance and commitment therapy in reducing fear of childbirth and improving efficiency among pregnant women.

key words: acceptance and commitment therapy, fear of childbirth, self-efficacy, primiparous pregnant.

المقدمة

الحمل والولادة تجربة شخصية تمر بها غالبية النساء المتزوجات، ولو لمرة واحدة خلال حياتهن، تاركين آثارًا مهمة على صحتهن، ورفاههن النفسي، ودورهن الاجتماعي، وقد يكون للنساء طيفٌ واسعٌ من الاستجابات على هذه التجربة، سواء إيجابية أو سلبية؛ إذ تحدث العديد من التغيرات الجسدية، والعاطفية، والنفسية، والاجتماعية في شخصية المرأة وتجارب حياتها، والتوقعات الثقافية للمجتمع الذي تعيش فيه، ونظرًا لذلك فإنَّ العديد من النساء يعتبرن بعض جوانب الحمل والولادة مُرهقة، وتنطوي على خطورة، ويستجبن لها بمشاعر الخوف والقلق (Arfaie et al., 2017).

والخوف من الولادة (Fear of Childbirth) أحد المشاكل الشائعة التي تؤثر على صحة المرأة ورفاهيتها في فترة ما قبل الولادة، ويعود لأسباب كثيرة؛ منها: الخوف على صحة الطفل، والخوف من الألم (Geissbuehler & Eberhard, 2002) أو الشعور بالعجز وفقدان السيطرة على التعامل مع المخاض، أو حدوث المضاعفات في أثناء الولادة والتدخلات الطبية المحتملة التي قد تكون ضرورية؛ كإجراء العمليات الجراحية (Omidvar et al., 2018)، كما تختلف درجة شدة الخوف من الولادة من امرأة إلى أخرى، وتتراوح من خوف بسيط إلى خوف شديد (Slade et al., 2019).

وتُظهر الأبحاث حول معدلات انتشار الخوف من الولادة تباينًا عالميًا واسعًا؛ إذ يتراوح من ١,٩ إلى ٣٠٪ (Slade et al., 2020)؛ كما قدّر تحليل تلوي حديث أن ١٤٪ من النساء في جميع أنحاء العالم يعانين من الخوف

الشديد من الولادة (Nilsson et al.,2018; O'Connell et al., 2017)، وهو أكثر شيوعًا لدى الأمهات الحوامل لأول مرة، ويزداد خلال الثلث الثالث من الحمل (Hofberg & Ward,2003).

كما يرتبط أيضًا بمجموعة واسعة من النتائج السلبية، بما في ذلك: تجنب -أو إنهاء- الحمل، والمعاناة من ألم شديد في أثناء المخاض والولادة، وزيادة مدة المخاض، واستخدام التخدير في أثناء المخاض، وزيادة احتمالية الولادة القيصرية الطارئة والاختيارية، واكتئاب ما بعد الولادة، وزيادة الضغوط الوالدية، وضعف الارتباط بين الأم والرضيع (Tiruse et al., 2020; Toohill et al., 2014; Mazúchová et al., 2017)، فالنساء اللاتي يعانين من خوف شديد مُعرَّضات بشكل كبير أيضًا لمضاعفات نفسية، حيث وُجدت ارتباطات دالة بين الخوف من الولادة وبعض الاضطرابات النفسية؛ مثل: اضطرابات المزاج والقلق، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، واضطرابات الشخصية (Rouhe et al., 2011)، بالإضافة إلى ارتباط الخوف من الولادة بالاعتداء الجسدي، والجنسي، والاعتصاب (Kjaergaard et al., 2008)، وهذا أحد الأسباب الرئيسة التي تدفع النساء الحوامل لطلب الولادة القيصرية وتُجنَّب الولادة الطبيعية (Okonkwo et al., 2012).

ومن جانب آخر تُعد كفاءة الذات (Self -Efficacy) من البناءات النظرية التي تقوم على نظرية التعلّم الاجتماعي المعرفي لباندورا، والتي باتت تخطى في السنوات الأخيرة بأهمية متزايدة في مجال علم نفس الصحة؛ لإسهامها كعامل وسيط في تعديل السلوك، كما يؤكد باندورا على أن

معتقدات الفرد عن كفاءته الذاتية تتجلى من خلال الإدراك المعرفي للقدرات الشخصية، والخبرات المتعددة، سواء المباشرة أو غير المباشرة، فسلوك الفرد وفقاً لنظرية كفاءة الذات تحكمه الفرد المدركة على إنجاز السلوك؛ بل يحكمه أيضاً الأثر من إنجاز أو تحقيق هذا السلوك (Bandura, 1997).

وكفاءة الذات ليست مجرد مشاعر عامة، ولكنها تقويم من جانب الفرد لذاته عمّا يستطيع القيام به، ومدى مُنابرتة، والجهد الذي يبذله، ومرونته في التعامل مع المواقف الصعبة والمعقدة. كما تعد كفاءة الذات من أهم آليات القوى؛ حيث تُمثّل مركزاً أساسياً في دافعية الأفراد للقيام بأي نشاط، فهي تساعد الفرد على مجابهة الضغوط التي تعترض طريقه في مراحل حياته المختلفة (Bandura, 1982).

وفي سياق الحمل تُؤدّي كفاءة الذات دوراً مهماً في إدارة مخاوف المرأة الحامل من الولادة؛ حيث تُعد ثقة المرأة في قدرتها على مواجهة آلام المخاض والتعامل بإيجابية مع الولادة (Timmermans et al., 2019)، والقيام بالسلوكيات الضرورية لعملية الولادة، والمعروفة أيضاً باسم كفاءة الذات الولادية (Childbirth Self -Efficacy)، علامةً مهمةً لقدرات المرأة على المواجهة في أثناء المخاض (Heravan & Rashk, 2021) وتُشير الأدبيات إلى أن المرأة عالية الكفاءة الذاتية تدرك خوفاً وألماً أقل عند الولادة (Byrne et al., 2014; Serçekuş & Başkale, 2016)، ومعتقداتها في التعامل مع المشاكل الجسدية أعلى وتختبر ولادتها بشكل إيجابي (Preis et al., 2019).

كما تتمتع النساء ذوات الكفاءة الذاتية العالية بقدرة عالية على التحكم في الضغوط عند الولادة، واستخدام طرق المواجهة أكثر نشاطاً (Aktaş & Aydın,2019)، ولا يُعد مستوى الكفاءة الذاتية المرتفع مهمًا لعملية الولادة فقط، ولكن لتفضيل نوع الولادة أيضًا؛ إذ تُعد معرفة مستوى الكفاءة الذاتية عند الولادة طريقة غير مباشرة للتنبؤ بتصور المرأة عن الولادة، ومقدار الجهد الذي ستبذله عند الولادة، والمدة التي يمكن خلالها أداء السلوكات التي تساعد على التحكم في عملية الولادة (Preis et al., 2019)، وتعلق الأم بطفلها، وتكيفها مع دور الأمومة (Reisz et al.,2015).

هذا، وقد استقصت الدراساتُ ذاتُ الصلةِ الارتباطاتِ بين الكفاءة الذاتية، والخوف من الولادة لدى المرأة الحامل، ففي دراسة مبكرة وجد لوي (Lowe, 2000) أنَّ انخفاض الكفاءة الذاتية ارتبط بزيادة الخوف من الولادة لدى النساء اللاتي لم يسبق لهن الولادة، وتفضيل الولادة القيصرية بدلًا من الولادة الطبيعية، وكُنَّ أكثر عُرضةً للتدخلات التوليدية.

كما توصل ديلكس وبل (Dilks and Beal (1997) إلى أنَّ انخفاض الكفاءة الذاتية لدى الأمهات في الفترة المحيطة بالولادة ارتبط بزيادة الولادات القيصرية، وبالمثل وجد كريستيانز وبراك (Christiaens and Bracke (2007) ارتباطًا إيجابيًا مباشرًا بين درجة تحقيق التوقعات المتعلقة بالولادة، والشعور بالكفاءة الذاتية في أثناء الولادة والرضا بعد الولادة، كما ارتبط الإحساس القوي بالكفاءة الذاتية للأم بتجربةٍ أقلَّ حِدَّةً من الألم في أثناء الولادة (Berentson-Shaw et al., 2009).

وبالنظر إلى المدى الواسع لآثار السلبية للخوف من الولادة على صحة الأم الحامل والمولود، استخدمت العديد من التدخلات الطبية لخفض مخاوف وقلق المرأة الحامل، كوصف مضادات القلق؛ مثل: البنزوديازيبينات، وبعض التدخلات غير الطبية؛ مثل: العلاج بالتدليك، والعلاج بالروائح، والعلاج بالموسيقى، والعلاج النفسي (Vakilian et al., 2019).

ونظرًا لآثار الجانبية التي تُحدثها الأدوية المضادة للقلق - والتي تشمل النعاس والدوخة والولادة المبكرة والإجهاض وتأثيراتها على الرضاعة الطبيعية (Green et al., 2020; Loughnan et al., 2018; Taylor et al., 2016) ظهرت الحاجة إلى البحث عن بدائل أكثر أمانًا، وأصبح هناك تفضيلًا لاستخدام التدخلات النفسية؛ نظرًا لفعاليتها وانخفاض تكلفتها الاقتصادية.

وقد كشفت نتائج العديد من الدراسات عن فعالية الإرشاد والعلاج النفسي في تخفيف الضغوط النفسية والقلق لدى النساء الحوامل، كدراسة السوالمه والصمادي (٢٠١٢) وخفض الخوف من الولادة، كدراسة (Ahmadi et al., 2018; Byrne et al., 2014; Soltani et al., 2017; Abdollahi et al., 2020; Firouzan et al., 2020) وتحسين كفاءة الذات لدى الأم الحامل وتقليل الطلب على الولادة القيصرية الاختيارية (Gao et al., 2020; Ghasemi et al., 2016).

والعلاج بالقبول والالتزام (Acceptation and Commitment Therapy) أحد التدخلات العلاجية الواعدة التي أشارت سلسلة من المراجعات المنهجية والتحليلات الوصفية إلى فعاليته في مجموعة واسعة من الاضطرابات النفسية، والحالات الصحية المزمنة، بما في ذلك اضطرابات

المزاج، والقلق، والذهان، والألم المزمن، والسرطان، ومرض السكري، والصَّرَع،
والسِّمْنَة، وتعاطي المخدِّرات (A-tjak et al., 2015).
وهو كذلك علاجٌ معرفيٌّ سلوكيٌّ من الموجة الثالثة، يُركِّز على علاقة
الفرد بأفكاره ومشاعره، بدلاً من المحتوى وأنماط التفكير، ويهدف إلى تعزيز
"المرونة النفسية" التي يُمكن فهمها على أنها قُدرة الفرد على الاتصال باللحظة
الحالية، كإنسان واعٍ، والانفتاح على التجارب، والتغيير، والاستمرار في أداء
السلوك المدفوع بالقيمة، والارتباط بالأفكار والعواطف الصعبة بطرق أكثر
فائدة، ويتم تسهيل ذلك من خلال الالتزام بالإجراءات التي تُساعد على
تسهيل التجربة، واحتضان التحديات (بدلاً من تجنبها)، من خلال التدريب
على مهارات؛ مثل: اليقظة مع ممارسة قبول الذات (Hayes & Hofmann, 2017).

كما يُعد أحد التوجهات الحديثة التي استخدمت لعلاج بعض
الاضطرابات النفسية لدى النساء الحوامل؛ حيث كشفت الدراسات السابقة
عن جدوى وفعالية العلاج بالقبول والالتزام في علاج اضطرابات القلق والمزاج
والاكتئاب خلال الحمل، وفي الفترة المحيطة بالولادة (Amin et al., 2021; Amin et al., 2021; Bonacquisti et al., 2017; Hossein et al., 2020; Waters et al., 2020)
وبمراجعة الأدب النظري حول موضوعي الخوف من الولادة والكفاءة
الذاتية، لاحظت الباحثة قلة البرامج الإرشادية والعلاجية التي تتصدى لهذين
الموضوعين المهمين، وتعدّ هذه الدراسة محاولة أولية لبناء برنامج إرشادي
منظم، يستند إلى العلاج بالقبول والالتزام لتقديم خدمة إرشادية وعلاجية

لفئة النساء الحوامل؛ حيث يُعتبر العلاج بالقبول والالتزام أحد العلاجات الجديدة التي لها تأثير إيجابي في تقليل المضاعفات النفسية في أثناء الحمل وبعد الولادة.

مشكلة الدراسة:

تُعد الولادة عملية فسيولوجية طبيعية تمر بها جميع النساء، وتكوينُ جسم الأُنثى مُهيئاً جيداً للمرور بهذه العملية. والآن ومع التقدم الحديث في الرعاية الصحية، أصبحت الإجراءات المتبعة داخل المستشفيات تضمن سلامة الأم والطفل خلال عملية الولادة، وعلى الرغم من أن معظم الولادات منخفضة المخاطر من وجهة نظر فسيولوجية، إلا أنَّ معظم النساء يشعرن بدرجة معينة من الخوف أو القلق بشأن الولادة، وتظهر مستويات الخوف من الولادة بدرجة مرتفعة لدى النساء اللاتي يلدن طفلهن الأول مقارنة بالنساء متعدّدات الولادة، ولدى النساء اللاتي مررن بتجربة ولادة سلبية والولادات المؤلمة (Räisänen et al., 2014).

ويؤثر الخوف من الولادة بشكل سلبي على الصحة النفسية للنساء الحوامل، ويزيد من احتمالية أن تُصبح الولادة تجربة غير مرغوب فيها مستقبلاً (Haines et al., 2012)، وقد يزيد أيضاً من خطر حدوث مضاعفات طبية في أثناء الحمل والولادة (Kinsella & Monk, 2009)، فضلاً عن ارتفاع نسبة إقبال النساء الحوامل على الولادة القيصرية تجنباً للولادة الطبيعية.

وفي ظل وجود قصور واضح في تقديم خدمات الدعم النفسي كخيار رعاية للنساء الحوامل اللاتي قد يعانين من مشكلات نفسية، تُظهر الحاجة

لإجراء الأبحاث والدراسات حول التدخلات النفسية المناسبة لهذه الفئة، من خلال إعداد برامج تدخل تستهدف حماية النساء من تحمُّل العبء النفسي الذي يُمثِّله الخوفُ الشديد من الولادة، إضافةً إلى تحسين تجارب الولادة من خلال استهدافهن ببرامج تدخل مناسبة.

وفي ضوء ما تقدّم، فإنَّ الدراسة الحالية هدفت إلى التحقق من فعالية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام لخفض الخوف من الولادة، وتحسين الكفاءة الذاتية لدى النساء الحوامل، من خلال الإجابة عن السؤال الرئيس الآتي:

ما فعالية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض الخوف من الولادة، وتحسين الكفاءة الذاتية لدى النساء في الحمل الأول؟
وينبثق من هذا التساؤل التساؤلات الفرعية التالية:

- هل توجد فروق بين متوسطات أداء أفراد المجموعة التجريبية على مقياسي الخوف من الولادة وكفاءة الذات الولادية في القياسين القبلي والبعدي؟

- هل توجد فروق بين متوسطات أداء أفراد المجموعة التجريبية على مقياسي الخوف من الولادة وكفاءة الذات الولادية في القياسين البعدي والتبعي؟

أهداف الدراسة:

- تهدف الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي قائم على القبول والالتزام في خفض مخاوف الولادة وتحسين الكفاءة الذاتية لدى النساء في الحمل الأول.

- الكشف عن الفروق بين متوسطات أداء أفراد المجموعة التجريبية على مقياسي الخوف من الولادة وكفاءة الذات الولادية في القياسين القبلي والبعدي.

- الكشف عن الفروق بين متوسطات أداء أفراد المجموعة التجريبية على مقياسي الخوف من الولادة وكفاءة الذات الولادية في القياسين البعدي والتتبعي.

أهمية الدراسة:

أ- الأهمية النظرية:

- اكتسبت هذه الدراسة أهميتها من استخدام العلاج بالقبول والالتزام، كأحد النماذج العلاجية الحديثة التابعة للموجة الثالثة للعلاج المعرفي السلوكي، والذي يُعد من الأساليب الحديثة نسبيًا في مجال الدراسات النفسية، فضلًا عن نُدرّة الدراسات العربية - في حدود اطلاع الباحثة- التي تناولت موضوع الدراسة الحالية، وبخاصة استخدام التدخلات النفسية القائمة على العلاج بالقبول والالتزام في خفض الخوف من الولادة، وتحسين الكفاءة الذاتية لدى النساء الحوامل.

- الخوف من الولادة هو أحد المشاكل الشائعة التي تؤثر على صحة المرأة ورفاهيتها في فترة ما حول الولادة، كما أنه يزيد من

احتمالات حدوث مضاعفات في أثناء الولادة، الأمر الذي يستوجب تقديم الدعم والمساندة للمرأة الحامل، ومساعدتها على تنمية قدرتها على مواجهة هذه المخاوف، وتقبُّلها والتكيُّف معها من خلال التدخلات النفسية.

- نظرًا لأهمية الكفاءة الذاتية في اختيار نوع الولادة، ودورها في التغلب على الخوف من الولادة، بات من الضروري دراسة وتحديد الكفاءة الذاتية للنساء الحوامل، بحيث يُمكن التخطيط والإعداد للتدخلات النفسية المناسبة لتحسين الكفاءة الذاتية، واعتبار هذه التدخلات جزءًا من رعاية ما قبل الولادة للنساء الحوامل اللاتي يخشين الولادة الطبيعية.

ب- الأهمية التطبيقية:

- تُقدِّم الدراسة برنامجًا قائمًا على العلاج بالقبول والالتزام، لخفض الخوف من الولادة، وتحسين الكفاءة الذاتية، ويُشكل نواةً في إعداد برامج إرشادية وتدريبية في المستقبل لمساعدة النساء الحوامل على مواجهة تحديات الحمل.

مُحددات الدراسة:

تتمثل حدود الدراسة الحالية في متغيراتها الموضوعية، المتمثلة في الخوف من الولادة، والكفاءة الذاتية، والعلاج بالقبول والالتزام، ومحدداتها الزمنية

حيث طبقت الدراسة خلال الفترة الممتدة ما بين شهري مايو ويونيو (٢٠٢٢)، وعينتها المكونة من النساء في الحمل الأول المتبررات على عيادات النساء والولادة بمدينة الرياض، وأيضاً تتحدد وفقاً لأدوات الدراسة المستخدمة (مقياس الخوف من الولادة، ومقياس كفاءة الذات الولادية، والبرنامج القائم على العلاج بالقبول والالتزام)؛ لذا تقتصر إمكانية تعميم النتائج على هذه الأدوات بعد التحقق من خصائصها السيكومترية، كما أن تعميم النتائج يتحدد بالتعريفات الإجرائية لهذه المفاهيم والمصطلحات المستخدمة في الدراسة.

مصطلحات الدراسة:

البرنامج القائم على العلاج بالقبول والالتزام (Program Based on Acceptation & Commitment Therapy):

عرّف فليشر وهايز (2005) Fletcher and Hayes القبول والالتزام بأنه: أحد نماذج الموجة الثالثة للعلاج السلوكي الحديث، الذي يقوم على زيادة المرونة النفسية، والقدرة على الاتصال باللحظة الحالية، وردود الفعل النفسية التي تنتجها، وتعتمد على الموقف، أو تغيير السلوك من أجل أغراض ذات قيمة، ويتم تحقيق المرونة النفسية من خلال ما يلي: القبول، والقيم، والتفريغ المعرفي، وعيش الحاضر، والذات في السياق، والقيم الذاتية، والذات كعملية، ووقف الأفكار السلبية.

ويُعرف إجرائيًا بأنه: مجموعة الإستراتيجيات والفنيات التي يتم تقديمها للنساء الحوامل، وتدريبهن عليها خلال الجلسات، بهدف خفض الخوف من الولادة، وتحسين الكفاءة الذاتية لديهن.

الخوف من الولادة (Fear of Child Birth):

يُعرّف الخوف بأنه: انفعال قوي غير سار ينتج عن الإحساس بوجود خطر ما أو توقع حدوثه (Singh, & Singh, 2016) ويُعرّف الخوف من الولادة على أنه: التقييم المعرفي السلبي للولادة، والتعامل مع الولادة بمشاعر الخوف والقلق (Ryding et al., 1998). وتُعرّف الباحثة الخوف من الولادة إجرائيًا بأنه: مجموعة واسعة من المخاوف المتعلقة بالولادة التي يُمكن أن تُدركها المرأة الحامل، وتتمثل في الخوف من عدم القدرة على تحمل الآم المخاض، وعدم القدرة على ضبط النفس وتضرر المولود، وعدم الحصول على مسكنات الألم، وغياب الدعم، والتدخلات الطبية المحتملة، ويُقاس بالدرجة التي تحصل عليها المستجيبة على مقياس الخوف من الولادة الذي تم تطويره لأغراض الدراسة الحالية."

كفاءة الذات (Self-Efficacy):

يُعرّف باندورا (Bandura 1997) كفاءة الذات بأنها: عملية معرفية يَبني الأفراد من خلالها معتقداتٍ وتوقعاتٍ حول قدراتهم على أداء أعمالٍ مُعيّنة،

هذه المعتقدات والتوقعات تُؤثّر على الجهد، والوقت المبذول، ومقدار مقاومتهم للفشل والضغط النفسي في المهمة المعطاة. كما تُعرّف كفاءة الذات الولادية بأنّها: تقييمُ المرأة الحامل لقدرتها على التعامل مع المواقف الصعبة، وأداء السلوكيات الأساسية في أوقات الضغط، بما في ذلك وقت الولادة (Lowe, 2000).

وتُعرّف الباحثة كفاءة الذات الولادية إجرائياً بأنّها: معتقدات المرأة الحامل المدركة حول مدى قدرتها على التّعامل مع الولادة وآلام المخاض وأداء السلوكيات اللازمة لعملية الولادة، وتُقاس بالدرجة التي تحصل عليها المستجيبة على مقياس كفاءة الذات الولادية الذي تمّ إعداده لأغراض الدراسة الحالية.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

العلاج بالقبول والالتزام Acceptance & Commitment Therapy:

العلاج بالقبول والالتزام أحد النماذج العلاجية الحديثة التي جذبت الانتباه في الآونة الأخيرة، ومُتمثل ما يُعرف في أدبيّات مجال الصحة النفسية، والعلاج النفسي بالموجة الثالثة للعلاج السلوكي المعرفي؛ حيث قامت بربط تقنيات منبثقة من تقاليد العلاج المعرفي السلوكي، مع مشاكل التقبّل والوعي الكامل، وبينما يحاول العلاج المعرفي السلوكي التعامل مع الأفكار، من خلال مناقشتها وتغييرها وإعادة هيكلة محتواها، اتبعت العلاجات الحديثة مقارنة مختلفة تركز على علاقة الشخص بأفكاره ومشاعره (Fletcher & Hayes, 2005).

ويختلف العلاج بالقبول والالتزام عن العلاجات بكونه يتعامل مع الاضطرابات من منظور سياقي وظيفي، وهدفه الرئيس ليس تخفيف الأعراض التي تظهر على العميل؛ بل تثقيفه وإعادة توجيه حياته بطريقة أكثر شمولية، وتستند إلى فكرة أنّ ما يُسبب عدم الراحة أو القلق ليست الأحداث، ولكن كيفية ربط المشاعر بها، وكيفية التعامل معها، ولا يتعلق الأمر بتجنب ما الذي يُسبب المعاناة، ولكن الوضع المثالي هو قبول التجربة العقلية والنفسية، وبالتالي تقليل شدة الأعراض (Hayes, 2004).

وتتمثل أهداف العلاج بالقبول والالتزام في: تخفيف حدة وتكرار الانفعالات، والأفكار السلبية، وزيادة الفعالية السلوكية، بغض النظر عن وجود الأفكار والانفعالات المحزنة، وذات المستويات المتنوعة من الحدة، واستيضاح القيم التي يتمسك بها العميل، والأهداف التي يُحاول تحقيقها بصورة شخصية، وزيادة فعالية العميل في التحرك تجاه هذه القيم والأهداف، كما يسعى العلاج بالقبول والالتزام إلى: تغيير وظائف الخبرات الخاصة، عن طريق تغيير السياق الاجتماعي واللفظي، ومساعدة الفرد على استيضاح قيمة الشخصية، وأهميتها في توجيه الخبرات، وانعكاس ذلك على سلوكياته الراهنة واللاحقة، والتعامل بصورة شعورية مع السياق، ومعالجة الأحداث، والاهتمام بالجانب المعرفي والانفعالي والسلوكي للفرد.

وقدّم هايز وزملاؤه (Hayes et al., 2006) نموذجًا لتفسير نشأة الاضطرابات النفسية من وجهة نظر العلاج بالقبول والالتزام؛ حيث يرون أنّ عدم المرونة النفسية تنتج عن سيطرة المخاوف الماضية والمستقبلية، وضعف

المعرفة الذاتية، الأمر الذي يؤدي إلى حدوث التجنّب والدمج المعرفي، مما يترتب عليه فقدان الشعور باللحظة الحالية، والتعمق بالذات، ونقص القيم، مما ينتج عنه عدم القيام بالفعل والاندفاعية، والتجنّب والهروب.

ويُعدّ التجنّب من الخبرات النفسية المؤلمة بمشاعرها وأفكارها، وذكرايتها غير المفيدة، والوظيفية العالية تتطلب تقبّل الفرد تلك الخبرات، ولكن بشرط ألا يعيش أسيراً داخلها، فلا بدّ من الانفصال عنها، وعدم الدخول في معركة معها بهدف التخلص منها، ويلزمه للانفصال عنها التركيز على اللحظة الراهنة ومسؤولياتها، وفهم واستكشاف ما يحدث من أمور (المنظور المتسع) وحسن التعامل معها، ومن الأمور التي تُساعد على تحقيق الانفصال أن يتوقف الشخص عن الإيمان التلقائي بصدق أفكار الخبرة المؤلمة والمعنى الحرفي لمضمونها (الكلمات)، وأن يراها مجرد أفكار، وليست واقعاً حتمياً دائماً، ثم يأتي تحديّد الفرد لقيّمه وما ينبع عنها من أهداف يلتزم بالعمل من أجل تحقيقها (Harris, 2019).

ويؤكد العلاج بالقبول والالتزام على الالتزام بالقيم؛ أي: بما هو مهم في حياة الإنسان، ويأتي ذلك من خلال التركيز على ستّ عمليات، بهدف زيادة المرونة النفسية، وهي:

القبول (Acceptance): يُعدّ القبول بديلاً لتجنّب الخبرات،

ويتضمن التقبّل النّشط والواعي للأحداث الخاصة بحياة الفرد، والتي قد ترتبط بماضيه، دون محاولات لتغييرها، لتحفيز الأفعال المرتبطة بقيم الفرد. كما يعني القبول أن يُحدّد الفرد الأشياء الخارجة عن سيطرته والتي لا

يَسْتَطِيعُ تَغْيِيرُهَا، وَيَتَقَبَّلُهَا كَمَا هِيَ؛ لِأَنَّ مَحَاوَلَاتِ تَغْيِيرِ مَا هُوَ خَارِجٌ عَنِ السَّيْطَرَةِ سَيَتَسَبَّبُ فِي إِحْبَاطِ الْفَرْدِ وَفَشْلِهِ، وَتَتَكُونُ انْفِعَالَاتٌ سَلْبِيَّةٌ تُؤَثِّرُ عَلَى حَيَاتِهِ بِشَكْلِ عَامٍّ.

الفصل المعرفي (Cognitive Defusion) وتهدف هذه الفنية إلى تغيير وظائف الأفكار الخاصة بحدثٍ ما، بدلاً من تغيير شكل ذلك الحدث، أو عدد مرات حدوثه أو الحساسية الموقفية لهذا الحدث. ويمكن تكرار الكلمة حتى تفقد محتواها الانفعالي، أو يتم التعامل معها، وكأنك ملاحظ خارجي أو أنها لا تعنيك. وينتج عن الفصل المعرفي تقليل المصدقية لفكرة ما، أو التعمق بها.

عيش الحاضر (Being Present): وتهدف هذه الفنية إلى أن يعيش الفرد الحاضر دون إطلاق الأحكام، وأن تكون السلوكيات أكثر مرونة، والأفعال متسقة مع الأقوال والقيم التي يتبناها الفرد.

الذات كسياق (Self as Context): إنَّ استخدام أشكال من التعبير؛ مثل: (أنا - أنت)، (الآن - آنذاك)، (هنا - هناك) هو الذي يؤدي لتفسيرات مختلفة لنفس الموقف، وقد نشأت عن هذه الفكرة مفاهيم عديدة؛ مثل: التعاطف، ونظرية العقل، والإحساس بالذات.

القيم (Values): وهي صفات مختارة لأفعال هادفة، التي يمكن الحصول عليها كشيء، ولكن يُمكن تفعيلها لحظة بلحظة؛ أي يبني الفرد اختياراته على قيمه، وليس قيم الآخرين، وذلك حتى يلتزم بتحقيقها.

الالتزام (Commitment): ويشجع على تنمية أنماطٍ من السلوكات الفعالة المرتبطة بالقيم المختارة للفرد، والعمليات السابقة الذكر ليست هدفاً في حد ذاتها، وإنما هي سُبُل لتحقيق حياة واضحة، تقوِّدها القيم الفعلية التي يقدرها الفرد، وهي التي توجّه سلوكه وأفعاله.

الخوف من الولادة (Fear of Childbirth):

الخوف من الولادة مصطلحٌ ليس جديداً، وقد وصّفه الطبيب النفسي الفرنسي لويس فيكتور مارسيه (١٨٥٨م)، وقد تمَّ وصف مصطلح "الخوف من الولادة" (Fear of Childbirth) في عام (١٩٨١م) لدى مجموعة من النساء الحوامل السويديات، والذي تم تعريفه على أنه: "قلق شديد أضعف أداءهن اليومي ورفاههن النفسي"، كما يُعرّف الخوفُ من الولادة بأنه: "الخوف الذي تشهده الأم الحامل قبل الولادة وفي أثنائها وبعدها" (Wijma et al., 1998)، وفي وقت لاحقٍ خلال التسعينيات، وصفت دراساتٌ - أُجريت في فنلندا - الخوفَ من الولادة على أنه: "مشكلة صحية تواجهها المرأة الحامل تتعلق باضطراب القلق، أو الخوف الرهابي، بما في ذلك المضاعفات الجسدية والكوايس ومشاكل في التركيز، بالإضافة إلى طلبات الولادة القيصرية" (Nilsson et al., 2018). إلى جانب هذا التعريف يُوصف مصطلحُ "الخوف من الولادة" إكلينيكيًا على أنه الخوف المعيق الذي يتعارض مع الأداء المهني والمنزلي، فضلاً عن الأنشطة والعلاقات الاجتماعية، وفي بعض الحالات يُصنّف ضمنَ الرُّهاب المحدد، وفقاً لمعايير التشخيص الواردة

في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM- IV) (Wijma, 2003).

وإذا أصبح هذا الخوف متطرفاً، يُطلق عليه "tokophobia"، وهو مشتق من الكلمات اليونانية "toko" (الولادة) و"phobia" (الخوف)، ويمكن أن يُصيب النساء من جميع الأعمار. (Hofberg & Brockington, 2001) وفي الأدبيات الحالية، يُطلق على الخوف المرضي من الولادة مصطلح "tokophobia"، وهي حالة رهابٍ غيرٍ منطقي من الولادة لدى النساء الحوامل لتصل إلى حدِّ "الرهاب المرضي"، و"تجنب الولادة" (Hofberg & Ward, 2003) ويتم تصنيف رهاب الولادة إلى نوعين هما:

رهاب الولادة الأوّلي: يحدث رهاب الولادة الأوّلي لدى النساء اللواتي لم يسبق لهن الولادة، بمعنى أن يكون هذا هو الحمل الأول لهن، وقد يبدأ في فترة المراهقة، أو مع الحمل، ويعود السبب إلى التجربة التي مرت بها أمهاتهن، أو مشاهدة عملية ولادةٍ طبيعية في عمرٍ صغيرٍ بدون شرحٍ مناسب. كما قد ينشأ هذا الخوف لدى النساء اللاتي تعرضن للاعتداء أو الاغتصاب، وفي هذه الحالة تؤدي عملية الولادة إلى إعادة إحياء الذكريات المؤلمة لدى النساء المصابات بالصدمة، وقد تتجنب المرأة الحمل بسببه، أو تنتهي الحمل حتى لو أرادت الطفل، أو قد تطلب الولادة قيصرية اختيارية من طبيبتها، أو تفضل البقاء بلا أطفال أو تتبني أطفالاً (Alessandra & Roberta, 2013)، وقد تم اقتراح أن العوامل الثقافية والقلق والصدمات والتجارب المؤلمة في الماضي بما في ذلك الاعتداء الجنسي تلعب دورًا مهمًا في نشأته، (Hofberg & Brockington, 2000).

رُهاب الولادة الثانوي: ينشأ هذا النوع من رُهاب الولادة لدى المرأة الحامل عادةً بعد تجربة ولادة سابقة، وكانت هذه التجربة سيئة نتيجة لحدوث المضاعفات في أثناء الولادة أو نتيجة لما لحق بها من آلام تفوق قدرة المرأة على التحمّل، أو نتيجة ولادة جنين ميت... إلخ. كما تؤدي الصدمات التي تعقب الولادة الطبيعية، أو الإجهاض، أو موت الجنين، أو إنهاء الحمل إلى رُهاب ثانوي (Hofberg & Ward, 2003).

انتشار الخوف من الولادة:

قد يظهر الخوف من الولادة بمستويات مختلفة لدى النساء اللائي يعشن في ثقافات مختلفة، وبمراجعة الدراسات التي تناولت الخوف من الولادة، تبيّن أن معظم هذه الدراسات أُجريت في دول وسط وغرب وشمال أوروبا؛ مثل: النرويج، والنمسا، والسويد، وفنلندا، والمملكة المتحدة، والدنمارك ومؤخرًا، وكندا، وسجلت النمسا أعلى معدل لانتشار الخوف من الولادة بنسبة تصل إلى ٣٣٪ (Fenwick et al., 2009) في حين سجلت فنلندا أدنى معدل انتشار بنسبة تصل إلى ٧,٥٪ (Rouhe et al., 2009) ووفقًا لنتائج العديد من الدراسات العالمية، كان انتشار الخوف من الولادة ٢٠٪ في المتوسط، مع ٦-١٠٪ من النساء يُعانيّن من هذا الخوف بمستويات عالية بما يكفي للتأثير على أنشطة حياتهن اليومية (أفكار مزعجة غير مرغوب فيها أو قلق شديد) (Toohill et al., 2014).

وفي الدراسات المبكرة، تم الإبلاغ عن انتشار الخوف من الولادة للنساء الحوامل في الدول الإسكندنافية بنسبة تصل إلى ٢٠٪ مع ما يقرب من ٥-

١٠٪ من النساء يُعانين من الخوف الشديد (Areskog et al., 1981). ويبدو أنّ الانتشار في أوروبا يختلف بين البلدان، من ١,٩ إلى ١٤٪ (Ayers, 2014)، بينما تُشير أستراليا إلى مُعدّلات أعلى تبلغ حوالي ٣٠٪ (Haines et al., 2012)، مما يترك أسئلةً حول الاختلافات الثقافية المحتملة في تقدير انتشار الخوف من الولادة، التي يُمكن أن عزوها إلى الاختلافات في تعريف المصطلح، وأيضًا تنوع المقاييس المستخدمة.

الأسباب الكامنة وراء الخوف من الولادة:

قد يتأثر الخوف من الولادة بالعوامل البيولوجية (آلام المخاض)، والنفسية (الشخصية، والأحداث المؤلمة الماضية والانتقال إلى الأمومة)، أو بالعوامل الاجتماعية، كنقص الدعم الاجتماعي، أو العوامل الاقتصادية، أو العوامل الثانوية كتجارب الولادة السابقة.

العوامل بيولوجية: آلام المخاض: إنّ آلام المخاض أو نقص القدرة على التعامل مع الألم في أثناء الولادة هو أهم سبب وراء خوف النساء من الولادة، سواء كانت تجربة الولادة السابقة موجودة أم لا، فإن الخوف العام من الألم يُسبب الخوف من الولادة، وهذا بدوره يزيد من مُعدّل الإقبال على الولادة القيصرية، وفقًا لنتائج العديد من الدراسات الكمية والنوعية، فإنّ السبب الأكثر شيوعًا وراء العمليات القيصرية الاختيارية هو الخوف من الولادة (Chong & Mongelli, 2003; Dursun et al., 2011; Kabakian-Khasholian, 2013).

العوامل النفسية: وفقاً لنتائج العديد من الدراسات، ارتبطت بعض العوامل النفسية بالخوف من الولادة؛ مثل: القلق، والعصابية، والعزلة، والاكتئاب، وتدني تقدير الذات، والقلق المرتبط بالحمل (Saisto et al., 2001)، كما أن النساء اللواتي تم تشخيصهن باضطرابات نفسية في أثناء الحمل كن أكثر عرضةً بمرتين للخوف من الولادة. وتبين أن الاكتئاب في أثناء الحمل قد يزيد من الخوف من الولادة، أو قد يكون الخوف من الولادة من الأعراض الخفية للاكتئاب. فقد وُجد أنَّ الخوف من الولادة أعلى بـ (٢,٤) مرة لدى النساء اللواتي يُعانيْنَ من القلق أو الاكتئاب و(١١) مرة أعلى لدى النساء اللواتي يعانين من كليهما (Størksen et al., 2012) كما تُخلِّق الأحداثُ الصادمةُ الماضيةُ -وخاصة الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة خوفاً أكبرَ من الولادة لدى النساء، ويمكن أن يؤدي الألم الذي يحدث في أثناء المخاض إلى إعادة إحياء تجارب التعرض للإساءة في أثناء الطفولة. وهذا يزيد من الخوف من فقدان السيطرة في أثناء الولادة. وقد يُمثِّل خوفاً من الولادة (Wilkund et al., 2012).

بالإضافة إلى العوامل الاجتماعية، نقص الدعم الاجتماعي حيث تُعاني النساء الحوامل اللائي يفتقرن إلى الدعم الاجتماعي من خوف أكبر من الولادة، كما أن بعض العوامل الاجتماعية والديموغرافية -مثل: العمر، ومستوى التعليم، والمهنة، والحالة الاقتصادية- قد تجعل النساء الحوامل يشعرن بالخوف من الولادة. ووفقاً لنتائج بعض الدراسات، فإنَّ النساء الحوامل الأصغر سنّاً والعاطلات عن العمل، وذوات الدخل المنخفض، واللائي

يتمتَّعن بمستوى تعليميٍّ منخفض لديهن معدلات أعلى من الخوف من الولادة (Laursen et al., 2008; Saisto et al., 2001).

عوامل ثانوية: يُعد عدد الولادات عامل مهم يؤثر على سياق الخوف من الولادة، وعادة ما تخاف النساء اللاتي لم يسبق لهن المرور بتجربة الولادة من المجهول، وآلام المخاض، وفقدان السيطرة، والسبب الأساسي وراء الخوف من الولادة بين النساء متعددات الولادة هو تجارب الولادة السابقة؛ وغالبًا ما يختزن الولادة القيصرية الاختيارية (Spice et al., 2009) بالإضافة إلى ذلك ارتباط الألم الذي لا يطاق بالخوف من الولادة في حالات الحمل المتتالية (Størksen et al., 2013)، وبصرف النظر عن هذه الأسباب، قد تخشى العديد من النساء إصابة أنفسهن أو أطفالهن بالأذى في أثناء الولادة، بالإضافة إلى الأفكار والمعتقدات السلبية المرتبطة بالولادة، والمخاطر المرتبطة بالحمل والعزلة، وتمزق الرحم، وتشوُّه الأعضاء التناسلية ومضاعفات الولادة الأخرى، وعدم الثقة في الطاقم الطبي، والآثار السلبية على الحياة الجنسية بعد الولادة- كلُّها عوامل تخلق الخوف من الولادة لدى المرأة الحامل.

الآثار السلبية للخوف من الولادة:

تظهر تأثيرات الخوف من الولادة على المرأة الحامل قبل وقت الولادة، فقد أشارت الدراسات أن النساء اللاتي يعانين من الخوف من الولادة يواجهن صعوبات في النوم، ولديهن كوابيس، ومخاوف تتعلق بالولادة، وغالبًا ما يفكرن في الإجهاض والتخلي عن أمومتهم، ويعانين من مشاكل التكيف

مع الحمل، وحالات الحمل غير المرغوب فيها، ومشاكل في العلاقة مع الزوج (Goodman et al., 2004).

كما يؤثر الخوف من الولادة سلبيًا على تجربة ولادة المرأة، فقد يتسبب في ارتفاع الكاتيكولامين (Catecholamine)، مما ينتج عنه ضيق الأوعية، ويقل تدفق الدم في الرحم، ودخول كمية أقل من الأكسجين إلى الرحم، وبالتالي تقلص عنق الرحم وتيبسه، وفي الوقت نفسه ينخفض الأكسجين الذي ينتقل إلى الطفل عبر المشيمة. ويظهر تأثير الخوف في تعطيل توازن العمل الطبيعي للرحم، ففي أثناء عملية الولادة الطبيعية، يفتح عنق الرحم من خلال الحركة الصاعدة للعضلات الدائرية للرحم، وإذا كانت المرأة تعاني من الخوف، فإنَّ العضلات الدائرية تُقاوم وفي هذه الحالة، ويظل عنق الرحم مشدودًا ومغلقًا (Dick Read, 2004)، كما يزداد الأدرينالين مع الخوف ونتيجة لذلك، ينخفض إفراز الأوكسيتوسين (Oxytocin) تصبح تقلصات الرحم غير منتظمة وغير فعالة، وبالتالي تطول مدة المخاض ويصبح أكثر صعوبة، ونتيجة لذلك تعاني المرأة من مزيد من الألم في أثناء عملية الولادة، كما تظهر تأثير الخوف الشديد من الولادة على المرأة الحامل بعد الولادة، فقد يُسبب اكتئاب ما بعد الولادة، كما يؤثر على قرارات المرأة بإنجاب المزيد من الأطفال لاحقًا (Melender & Lauri, 1999).

كفاءة الذات الولادية (Childbirth self-efficacy):

تُشير كفاءة الذات إلى معتقدات الفرد الذاتية حول قدرته في مجال معين، وتظهر في توقع الفرد النجاح، أو الفشل في مهمة ما. ويُعرّف بانديورا

Bandura(1994) الكفاءة الذاتية بأنها: معتقدات الأفراد المتعلقة بقدراتهم على تحقيق المستويات المطلوبة من الأداء، والتي تؤدي ممارستها إلى سيطرتهم على الأحداث المؤثرة في حياتهم.

وهناك جانبان أساسيان للكفاءة الذاتية هما: توقع النتائج وتوقع الكفاءة الذاتية، ويُشير توقع النتيجة إلى الاعتقاد بأن سلوكًا معينًا سيؤدي إلى نتيجة معينة، بينما يُشير توقع الكفاءة الذاتية إلى الاقتناع الشخصي بأن الفرد يمكنه أداء تلك السلوكات بنجاح لتحقيق النتيجة المرجوة (Drummond & Rick wood, 1997).

وتُشكّل معتقدات الكفاءة الذاتية النتائج التي يتوقع الناس أن تنتجها جهودهم، والكفاءة الذاتية هي أحد أهم العوامل الوسيطة التي تؤثر في السلوك، وتسهم في كيفية إدراك الفرد للمهام المطلوب القيام بها، وللجهد المبذول، وبالتالي في اتخاذ القرار بالعمل أو الامتناع عنه، هذا، وقد اقترح باندور(1997) Bandura أربعة عوامل رئيسة قد تؤثر على كفاءة الذات تمثلت في الآتي:

- إنجازات الأداء (Performance Accomplishments) : وتعكس

تجارب المواجهة الناجحة مع موقف معين؛ مثل: الولادة السابقة أو تجربة سابقة مع الألم، وتعدّ إنجازات الأداء من أكثر المصادر تأثيرًا في الكفاءة الذاتية، فعندما يتغلب الفرد على مشكلة ما، ويدرك العلاقة بين الجهد والنتيجة، سيؤدي ذلك إلى رفع توقعات الكفاءة الذاتية.

– الخبرات البديلة (Experience Vicarious): ويقصد بها أن الكفاءة الذاتية لدى الفرد ترتفع عند ملاحظة نجاح الآخرين وإنجازاتهم.

– الإقناع اللفظي (Persuasion Verbal): ويتمثل في الإقناع الخارجي للشخص بقدرته على القيام بسلوك معين؛ إذ تعود القدرة على الإقناع اللفظي إلى تأثير تشجيع الآخرين المؤثرين؛ ويُعد الإقناع اللفظي من مصادر تعديل الكفاءة الذاتية، ورغم أن هذا المصدر له تأثير محدود، فإنه يمكن أن يقوم برفع الكفاءة الذاتية.

– الاستثارة الانفعالية (Arousal Emotional): أيضاً من مصادر الكفاءة الذاتية، وهي تشير إلى أن البنية الفسيولوجية والانفعالية تؤثر تأثيراً عاماً على الكفاءة الذاتية للفرد، وعلى مختلف مجالات وأنماط الوظائف العقلية المعرفية والحسية والعصبية لدى الفرد، فالقلق والخوف والانفعال الشديد تؤدي إلى خفض أداء الشخص، وبالتالي تكون توقعاته عن كفاءته الذاتية منخفضة، هذا، في حين تؤدي الاستثارة الانفعالية المنخفضة إلى السماح بأن يكون أداء الشخص أكثر دقةً وإتقاناً، وبالتالي تكون توقعاته عن كفاءته الذاتية مرتفعة.

العوامل المرتبطة بكفاءة الذات لدى المرأة الحامل:

تعدّ تجربة المخاض من التجارب المجهدة والضاغطة، وقد تتعامل معها النساء معها بطرق مختلفة وبدرجات متفاوتة من الرضا الشخصي عن مواجهة تلك التجارب، وأحد الجوانب المهمة لمواجهة تجربة الولادة هو ثقة المرأة

الحامل بثقتها على مواجهة المخاض، وآلام الولادة (Sinclair & O'Boyle 1999).

وتُعد ثقة المرأة بثقتها على مواجهة آلام المخاض والولادة والقيام بالسلوك المطلوب، والمعروفة أيضاً باسم كفاءة الذات الولادية، علامة مهمة لقدرات المرأة على المواجهة في أثناء المخاض (Lowe,2000)، وقد أشارت الأدبيات إلى مجموعة من العوامل تؤثر على كفاءة الذات الولادية لدى المرأة الحامل وهي:

- **العوامل الاجتماعية والديموغرافية:** لم تُشر الأدبيات إلى وجود ارتباط ثابت بين الكفاءة الذاتية وبعض المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية كالعمر، والوضع المهني، والمستوى التعليمي (Salomonsson et al., 2013) في حين أشارت بعض الدراسات عن ارتباط درجات الكفاءة الذاتية العالية بالتكيف النفسي والاجتماعي الصحي بعد الولادة ومع دور الأمومة (Sieber et al., 2006).

- **العوامل المرتبطة بالولادة:** وبالمثل، فإن نتائج الدراسات السابقة التي بحثت في العلاقة بين العوامل المرتبطة بالولادة، وكفاءة الذات الولادية غير متسقة، فقد كشفت الأبحاث المبكرة عن درجات عالية من الكفاءة الذاتية لدى النساء اللاتي لم يسبق لهن الإنجاب والنساء متعددات الولادة (Lowe,1993) وارتبطت الكفاءة الذاتية العالية بتجربة الولادة السابقة الإيجابية (Drummond & Rickwood, 1997) بينما تم الإبلاغ عن انخفاض الكفاءة الذاتية لدى النساء اللواتي عانين من أحداث سلبية محتملة؛ مثل: الولادة القيصرية السابقة (Dilks & Beal, 1997).

وفيما يتعلق باختيار طريقة الولادة، ارتبطت درجات الكفاءة الذاتية المنخفضة بتفضيل أقوى للولادة القيصرية الاختيارية (Dilks & Beal, 1997) ومع ذلك، لم تجد الأبحاث الحديثة؛ مثل: هذه العلاقة بين الكفاءة الذاتية واختيار طريقة الولادة (Salomonsson et al., 2013)، ووجدت إحدى الدراسات أن زيادة المعرفة والمعلومات حول خيارات الولادة المقدمة زادت من مستويات الثقة بالنفس عند الولادة عند النساء، ومع ذلك، لم يترجم هذا إلى عدد أعلى الولادات الطبيعية (Martin et al., 2014).

ومن جانب آخر، يُعتبر الألم متغيراً رئيساً في تجربة الولادة، فقد تم استقصاء العلاقة بين الثقة وتصورات وتجارب الألم في أثناء الولادة على مدار الثلاثين عامًا الماضية؛ حيث وجدت دراسة مبكرة أجراها مانينغ ورايت (Manning and Wright, 1983) دليلاً على انخفاض إدراك الألم واستخدام أقل لمسكنات الألم لدى النساء ذوات الكفاءة الذاتية العالية، كما ربط الجزء الأكبر من الأبحاث اللاحقة درجات الكفاءة الذاتية الأعلى بتقليل إدراك الألم، أو إحساس أقل بالألم في أثناء المخاض (Berentson-Shaw et al., 2009; Stockman & Altmaier, 2001) أي ارتباط بين آلام المخاض المبكرة والكفاءة الذاتية (Beebe et al., 2007) بالإضافة إلى ذلك، لم يتم العثور على علاقة بين استخدام الأدوية لتسكين الآلام ومستوى الكفاءة الذاتية في الأبحاث اللاحقة (Williams et al., 2008).

العوامل النفسية: تم ربط كفاءة الذات لدى النساء الحوامل بالخوف، والقلق وأعراض ضغوط ما بعد الصدمة، ووجدت أقوى الارتباطات بين تديني الكفاءة الذاتية والخوف من الولادة (Salomonsson et al., 2013) ويبدو أن هذه العلاقة تظهر بشكل مستقل عن العوامل الديموغرافية، والنفسية، والاجتماعية، أو غيرها من العوامل، كما ارتبط القلق قبل الولادة أيضاً بانخفاض الكفاءة الذاتية لدى النساء اللواتي لم يسبق لهن الإنجاب (Beebe et al., 2007) على الرغم من أن بعض الأبحاث لم تجد علاقة مهمة لدى عينة من النساء لم يسبق لهن الولادة (Drummond & Rick wood, 1997).

كما وجد سوت وآخرون (Soet et al. (2003 أن انخفاض الكفاءة الذاتية للتعامل مع المرحلتين الأولى والثانية من المخاض ارتبط بتطور أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى النساء في الولادات التالية، وبعد سنوات ناقص هذه النتيجة دراسة قام بها (Goutaudier et al., 2012) باستخدام مقياس كفاءة الذات الولادية لقياس مشاعر النساء حول الكفاءة الذاتية في أثناء المخاض والولادة بأثر رجعي، وأفاد الباحثون بعدم وجود ارتباط بين مستويات الكفاءة الذاتية واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ومع ذلك، صنفت النساء بعد الولادة قدرتهن المتصورة على التعامل الفعلي مع الحدث الماضي بشكل مختلف عن قدرتهن المتوقعة على المواجهة.

الدراسات السابقة:

استهدف العديد من الدراسات الخوف من الولادة والكفاءة الذاتية لدى المرأة الحامل مستخدمة العديد من النماذج العلاجية والإرشادية

والتثقيفية، منها: دراسة (Byrne et al., 2014) التي هدفت إلى التحقق من فعالية التثقيف القائم على اليقظة؛ لتقليل الخوف من الولادة، والقلق، والضغط، وتحسين الكفاءة الذاتية للأم. وشارك في الدراسة (١٢) امرأة حاملاً وتراوح عُمر حَمَلهن ما بين (١٨ إلى ٢٨) أسبوعًا. وأكملت المشاركات مجموعة من المقاييس شملت مقياس اليقظة، والاكتئاب، والقلق، والضغط، والكفاءة الذاتية، وقدمت جلسات البرنامج للمجموعة التجريبية بشكل أسبوعي وعلى مدى ثمانية أسابيع. وكشفت النتائج عن انخفاض الخوف من الولادة، ووجود تحسن كبير في الكفاءة الذاتية؛ حيث ارتفع إحساس المشاركات بالسيطرة والثقة في الولادة، وكانت التحسن في الاكتئاب واليقظة وتوقعات نتائج الولادة ضعيفة. في متابعة ما بعد الولادة.

وتمثل الهدف من دراسة (Ghasemi et al., 2016) في التحقق من فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي الجماعي على الكفاءة الذاتية وأثره في اختيار الولادة المهبلية الطبيعية. تكونت عينة الدراسة من (٦) نساء حوامل لم يسبق لهن الولادة، تم تقسيمهن بشكل عشوائي إلى مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة. تلقت مجموعة التجريبية ثلاث جلسات من البرنامج الإرشادي لمدة ساعتين بين الأسبوعين (٢٩) و(٣٤) من الحمل، في حين تلقت المجموعة الضابطة الرعاية الروتينية المعتادة فقط.

وتم تقييم الكفاءة الذاتية قبل التدخل وبعد التدخل وفي الشهر الأخير من الحمل من خلال استبانة الكفاءة الذاتية. وأظهرت النتائج أن هناك فرقًا

كبيراً بين متوسط درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية مباشرة في القياس البعدي، وكانت الفروق باتجاه المجموعة التجريبية. كما أظهرت النتائج أن (٧٦,٦٪) من الأمهات في المجموعة التجريبية اخترن الولادة الطبيعية، في المقابل لم تحسم المجموعة الضابطة خيارَ تفضيل نوع الولادة.

وتمثل الغرض من دراسة (Soltani et al., 2017) في بحث تأثير الإرشاد القائم على الكفاءة الذاتية في التحكم في الخوف من الولادة الطبيعية لدى النساء اللواتي لم يسبق لهن الولادة. وتكونت عينة الدراسة من (١٦٠) امرأةً حاملاً تم توزيعهن بشكل عشوائي على مجموعتين تجريبية وأخرى ضابطة، وأكملت المشاركات في كلا المجموعتين استبانات الخوف من الولادة والكفاءة الذاتية.

وتلقت المجموعة التجريبية ست جلسات إرشادية في حين تلقت المجموعة الضابطة رعاية الحمل الروتينية فقط. وأظهرت النتائج أن هناك انخفاضاً كبيراً في متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الخوف من الولادة وزيادة كبيرة في متوسط الدرجات على مقياس الكفاءة الذاتية بعد التدخل، وفي المقابل لم يظهر أي فرق في الخوف من الولادة كما انخفضت الكفاءة الذاتية بشكلٍ ملحوظ لدى المجموعة الضابطة. وفي دراسة شبه تجريبية أجراها (Ahmadi et al.2018) هدفت إلى التحقيق من فعالية الإرشاد الزوجي القائم على حل المشكلات على الخوف من الولادة، والكفاءة الذاتية واختيار طريقة الولادة لدى النساء ذوات الحمل الأول. وأجريت

الدراسة على (٧٦) امرأة حاملاً في الثلث الثاني من الحمل وأزواجهن. وقُدِّمَ البرنامجُ في ثلاث جلسات أسبوعية في عيادة مستشفى شهيد بإيران. وأكمل أفراد عينة الدراسة استبيان توقع / تجربة الولادة، ومقياس لويس للكفاءة الذاتية، ومقياس الخوف من الولادة قبل وبعد شهر واحد من الجلسة النهائية. ولوحظت فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات المجموعة التجريبية، والضابطة على مقياس الخوف من الولادة والكفاءة الذاتية بعد التدخل، وكانت النساء في المجموعة التجريبية أكثر ميل للولادة الطبيعية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

كما أجرى (Vakilian et al., 2019) دراسة هدفت إلى تقييم فعالية العلاج بالقبول والالتزام (ACT) على قلق المرأة وجودة حياتها في أثناء الحمل. وتم اختيار عينة الدراسة المكونة من (٤٤) امرأة حاملاً من النساء الحوامل المراجعات للمراكز الصحية بمدينة أراك بإيران. وتم توزيعهن بشكل عشوائي على المجموعتين التجريبية والضابطة، وأكملت المشاركات سلسلة من المقاييس شملت: مقياس القلق وجودة الحياة قبل وبعد التدخل، وبعد شهر واحد من المتابعة على التوالي.

كما تمَّت متابعة المجموعة التجريبية عبر الهاتف بعد شهر واحد من التدخل، وبالنسبة للمجموعة الضابطة، تلقت رعاية الحمل الروتينية فقط، وأظهرت النتائج انخفاض القلق بعد التدخل، وارتفاعه بعد شهر واحد، على الرغم من أنه كان أقل مقارنة بما كان عليه قبل التدخل، وتحسنت جودة الحياة بعد التدخل، لكنها ساءت بعد شهر واحد من انتهاء التدخل.

وتمثل الهدف من دراسة (Sezen and ÖnenÜnsalver,2019) في التحقق من فعالية برنامج جماعي قائم على العلاج بالفن في إدارة الخوف من الولادة لدى النساء الحوامل، وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) امرأة حاملاً في الثلث الثالث من الحمل ممن يراجعن مستشفى عامًا للنساء، تم توزيعهن بشكل عشوائي على مجموعتين المجموعة الأولى مكونة من (ن = ١٥) امرأة تلقين ست جلسات من العلاج الجماعي بالفن، وتكونت المجموعة الثانية من (ن = ١٥) تلقين ست جلسات من التثقيف النفسي.

وأكملت المشاركات بالدراسة مجموعة من المقاييس شملت مقياس توقع وخبرات الولادة، ومقياس بك للاكتئاب والقلق أشارت النتائج إلى أنه بحلول نهاية الأسابيع الستة، انخفض الخوف من الولادة لدى مجموعة العلاج بالفن؛ حيث ظهر انخفاض ملحوظ في الدرجات على كل من مقياس توقع وخبرات الولادة والاكتئاب والقلق مقارنة بمجموعة التثقيف النفسي.

وتحقق كل من (Shoja et al., 2020) من فعالية الإرشاد القائم على القبول والالتزام في تحسين الكفاءة الذاتية لدى النساء ذوات الحمل الأول. وتكونت عينة الدراسة من (٧٠) امرأة حاملاً من المراجعات للمراكز الصحية في مدينة مشهد بإيران، تراوح عمر حملهن بين (٢٨ - ٣٢) أسبوعاً تم توزيعهن بشكل عشوائي على مجموعتين: تجريبية (ن=٣٥) وضابطة (ن=٣٥).

تلقت المجموعة التجريبية البرنامج الإرشادي لمدة شهر بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع، في حين تلقت المجموعة الضابطة رعاية الحمل الروتينية.

وأكمل أفراد عينة الدراسة استبيان ديموغرافياً ومقياس الكفاءة الذاتية. وأشارت النتائج إلى وجود فرق كبير بين المجموعتين على مقياس الكفاءة الذاتية للولادة، حيث ظهر ارتفاعاً في مستوى الكفاءة الذاتية لدى النساء في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

وهدف دراسة (Abdollahi, et al. 2020) إلى التحقق ما إذا كانت إضافة العلاج التحفيزي المعزز للرعاية المعتادة قبل الولادة يتفوق على الرعاية الروتينية وحدها لتقليل درجات الخوف من الولادة، وضغوط الحمل، وتحسين الكفاءة الذاتية.

شارك في الدراسة (٧٠) امرأة حاملاً ممن تراوحت أعمارهن بين (١٨-٥٠) عامًا يترددن على مراكز الصحة العامة التابعة لمستشفى تعليمي في إيران. تم تقسيمهن إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية مكونة من (٣٥) امرأة تَلَقَّين خمس جلسات من العلاج النفسي الجماعي على مدى خمسة أسابيع، ومجموعة ضابطة تكوَّنت من (٣٥) امرأة تلقين الرعاية المعتادة قبل الولادة.

وأكملت المشاركات سلسلة من المقاييس شملت مقياس الخوف من الولادة، وكفاءة الذات، وقلق الحالة، وضغوط الحمل. وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة بين متوسطات المجموعة التجريبية، والضابطة على مقياس الخوف من الولادة، وقلق الحالة، وضغوط الحمل، في حين لم تظهر فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعتين على مقياس الكفاءة الذاتية.

وتحققت دراسة (Firouzan et al., 2020) من فعالية التدخل النفسي القائم برتوكول جامبل (Gamble) في تقليل الخوف من الولادة، وتحسين

الكفاءة الذاتية لدى النساء الحوامل لأول مرة. شارك في الدراسة (٨٠) امرأة حاملاً، تم تقسيمهن بشكل عشوائي إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية (ن = ٤٠) ومجموعة ضابطة (ن = ٤٠).

وتلقت المجموعة التجريبية جلستي إرشاد وجهًا لوجه بناءً على بروتوكول جامبل في الأسبوعين الرابع والعشرين والرابع والثلاثين من الحمل بين هاتين الجلستين، وتلقت أيضًا ثماني جلسات إرشادية عبر الهاتف مرة واحدة في الأسبوع، في حين أن المجموعة الضابطة لقت الرعاية الروتينية فقط. وتم استخدام مقياس الخوف من الولادة، والكفاءة الذاتية للولادة، وتفضيل الولادة. أظهرت النتائج أن مجموعة التجريبية أظهرت انخفاضًا ملحوظًا في الخوف من الولادة وزيادة أكبر في الكفاءة الذاتية للولادة مقارنةً بالمجموعة الضابطة. بالإضافة إلى ذلك فضّل النساء في المجموعة التجريبية الولادة الطبيعية أكثر من النساء في المجموعة الضابطة. كما هدفت دراسة (Gao et al.2020) إلى تقدير فعالية وبرنامج التثقيف النفسي القائم على نظرية الكفاءة الذاتية لتحسين تجربة الولادة لدى النساء ذوات الحمل الأول.

وتكونت عينة الدراسة من (٢٣٨) امرأة حاملاً تم تقسيمهن بشكل عشوائي إلى مجموعة ضابطة (ن = ١١٩) وأخرى تجريبية (ن = ١١٩). تلقت المجموعة الضابطة الرعاية الروتينية المعتادة؛ أي: ستة فحوصات روتينية قبل الولادة، في حين تلقت المجموعة التجريبية أيضًا ستة تدخلات وجهًا لوجه.

وأشارت النتائج إلى تحسُّن الكفاءة الذاتية لدى المجموعة التجريبية؛ حيث أبلغت النساء عن انخفاض الخوف وزيادة القدرة على التحكم في آلام المخاض والرضا عن تجربة الولادة. وفي دراسة شبه تجريبية أجراها (Doaltabadi et al., 2021) لتحديد تأثير التدريب وجهًا لوجه والرعاية الافتراضية قبل الولادة على تجربة الحمل والخوف من الولادة لدى النساء ذوات الحمل الأول.

وأُجريت الدراسة على (١٠٣) امرأة حامل ممن يراجعن عيادات النساء والولادة في طهران، وتم تقسيم النساء الحوامل إلى ثلاث مجموعات: مجموعة تلقت التدريب وجهًا لوجه (ن = ٣٥)، ومجموعة التدريب الافتراضي (ن = ٣٥)، والمجموعة الضابطة (ن = ٣٣) لم تتلقَّ أي تدريب، أكملت المجموعات الثلاث استبانة المعلومات الديموغرافية، ومقياس تجربة الحمل، والنسخة أ من استبانة توقع / تجربة الولادة قبل التدخل، ومرة أخرى في الأسبوعين (٣٧) و(٣٨) من الحمل.

وخلصت نتائج الدراسة إلى وجود فرق دال إحصائيًا في متوسط درجة تجربة الحمل بعد التدخل بين مجموعة التدريب وجهًا لوجه والمجموعة الضابطة، وأيضًا بين مجموعة التدريب الافتراضي والمجموعة الضابطة؛ من حيث درجة المتاعب بعد التدخل. وكان هناك فرقٌ دال إحصائيًا بين مجموعتي التدريب وجهًا لوجه والضابطة وأيضًا بين مجموعة التدريب الافتراضي والضابطة في متوسط درجة الخوف من الولادة بعد التدخل.

وأخيرًا، هدفت دراسة (Howard et al. , 2022) إلى تقييم جدوى ومقبولية العلاج بالقبول والالتزام في مساعدة النساء على إدارة الخوف من الولادة في أثناء الحمل الأول. وشارك في الدراسة (١٥) امرأة في الأسبوع (٣٧-١٤) من الحمل. وحضرت المشاركات جلسة واحدة من البرنامج القائم على العلاج بالقبول والالتزام جنبًا إلى جنب مع الرعاية الروتينية السابقة للولادة. وأظهرت النتائج انخفاضًا واضحًا في الخوف من الولادة والقلق جنبًا إلى جنب مع ردود الفعل الإيجابية على التدخل.

وفي ضوء ما تمَّ عرضه سابقًا يُلاحظ أنَّ الدراسات السابقة استخدمت برامج علاجية وإرشادية وفق منظورات علاجية متنوعة لخفض الخوف من ولادة، وتحسين الكفاءة الذاتية لدى النساء الحوامل، كما يلاحظ قلة الدراسات الأجنبية التي تناولت التدخلات القائمة على العلاج بالقبول والالتزام عمومًا، وغياب الدراسات العربية خصوصًا، فضلًا عن أن الدراسات على فاعلية هذا النوع من التدخلات النفسية على هذه الفئة تحديدًا لا تزال قليلة، وبذلك تقدم الدراسة الحالية برنامجًا قائمًا على القبول والالتزام قد يُساعد في خفض الخوف من الولادة، وتحسين الكفاءة الذاتية لدى النساء الحوامل.

منهج الدراسة:

بالنظر إلى أهداف الدراسة الحالية وتساؤلاتها الموضوعية، فإنها تندرج تحت المنهج شبه التجريبي، والذي يهدف إلى اختبار مدى فعالية البرنامج القائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض الخوف من الولادة، وتحسين

الكفاءة الذاتية لدى عينة من النساء الحوامل، وذلك من خلال تصميم المجموعة الواحدة، بقياس قبلي وبعدي، ثم قياس المتابعة للتحقق من استمرار فعالية البرنامج. ويتحدد المنهج شبه التجريبي في الدراسة الحالية بمتغير مستقل تمثل في البرنامج القائم على العلاج بالقبول والالتزام، والمتغيرات التابعة، والمتثلة في الخوف من الولادة والكفاءة الذاتية.

مجتمع وعينة الدراسة:

تألف مجتمع الدراسة من جميع السيدات السعوديات الحوامل المراجعات للعيادات أمراض النساء والتوليد التابعة للمستشفيات الحكومية والخاصة بمدينة الرياض، واختيرت عينة مكوّنة من (١٧٠) امرأة حاملاً من مجتمع الدراسة كعينة استطلاعية استخدمت بياناتها في التحقق من الخصائص السيكومترية لأداتي الدراسة، في حين تكونت عينة الدراسة الأساسية من (٧٦) امرأة في الحمل الأول، تم اختيارهن بالطريقة العمدية، وطُبِّقَ عليهن مقياس الخوف من الولادة ومقياس كفاءة الذات الولادية، وتم اختيار الحاصلات على أعلى الدرجات على مقياس الخوف من الولادة وأقل الدرجات على مقياس كفاءة الذات الولادية ممن انطبقت عليهن معايير التضمين، وهي: المرأة الحامل لأول مرة في الأسبوع السادس والعشرين من الحمل، بناءً على اليوم الأول من آخر دورة شهرية، وبمستوى تعليمي جامعي فأعلى، ولديها استعداد للمشاركة في الدراسة، والبالغ عددهن (١٨) امرأة، وبعد استبعاد (٣) يعانين من أمراض مزمنة، و(٢) مشخصات باضطرابات نفسية، (٣) كان حملهن شديد الخطورة مع وجود مؤشرات لعملية قيصرية،

استقر العدد النهائي لعينة الدراسة الأساسية التي طبق عليها البرنامج على (١٠) مشاركات بمتوسط عمري بلغ (٢٣,٦) وانحراف معياري قدره (١,٥).

أدوات الدراسة:

تمثلت الأدوات المستخدمة في الدراسة الحالية في الآتي:

١ - مقياس الخوف الولادة (Fear of Child Birth):

أعدت الباحثة مقياس الخوف من الولادة بعد الاطلاع على عدد من المقاييس والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الخوف من الولادة؛ مثل دراسة: (Fairbrother et al., 2022; Slade et al., 2022; Wijma et al., 1998) وقد أفادت الباحثة من تلك الدراسات، في صياغة عبارات المقياس ليتكون في صورته النهائية من (١٧) عبارة تتم الإجابة عليها وفق خمسة بدائل: دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً وقد وضعت لهذه البدائل أوزان متدرجة على النحو الآتي: أبداً (١)، ونادراً (٢)، وأحياناً (٣)، وغالباً (٤)، ودائماً (٥)، وتتراوح الدرجات على المقياس ما بين (١٧-٨٥)؛ حيث تُشير الدرجات المرتفعة إلى مستوى مرتفع من الخوف من الولادة.

٢ - مقياس كفاءة الذات الولادية (Childbirth Self-Efficacy):

تم إعداد مقياس كفاءة الذات الولادية استناداً على نظرية باندورا في الكفاءة الذاتية بالإضافة إلى الاطلاع على عدد من المقاييس والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الكفاءة الذاتية للولادة؛ مثل دراسة: (Lowe, 1993; Sinclair and O'Boyle 1999; Tanglakmankhong et al., 2011).

وقد أفادت الباحثة من تلك الدراسات في صياغة عبارات المقياس ليتكون في صورته النهائية من (١٤) عبارة، وتتم الإجابة عن عبارات المقياس وفق خمسة بدائل: واثقة تمامًا، واثقة، غير متأكدة، غير واثقة، غير واثقة تمامًا، وقد وضعت لهذه البدائل أوزان متدرجة على النحو الآتي: غير واثقة تمامًا (١)، غير واثقة (٢)، غير متأكدة (٣)، واثقة (٤)، واثقة تمامًا (٥)، وتتراوح الدرجات على المقياس ما بين (١٤ - ٧٠)؛ حيث تُشير الدرجات المرتفعة إلى مستوى مرتفع من كفاءة الذات الولادية.

دلالات صدق وثبات مقياسي الخوف من الولادة وكفاءة الذات الولادية:

تحققت الباحثة من صدق وثبات المقياسين على النحو الآتي:

أولاً: الصدق:

أ- الصدق المحكمين:

تم التحقق من صدق المحكمين للمقياسين بعرضهما على ثمانية مُحكِّمين من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في الإرشاد النفسي والصحة النفسية بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، واثنين من الأطباء من المتخصصين في أمراض النساء والتوليد للحكم على صدق ووضوح وملائمة العبارات، وتم استخراج النسبة المئوية للاتفاق بين المحكِّمين، وأعتبرت نسبة اتفاق (٨٠٪) فأكثر معياراً للحكم على صدق ووضوح وملائمة العبارات، ولم يُسفر عن هذه الخطوة استبعاد أيِّ عبارة من عبارات المقياسين، كما عُدِّلت صياغة بعض العبارات بناءً على توصية المحكِّمين.

ب- الصدق البنائي:

للتحقق من الصدق البنائي للمقياسين استخدمت الباحثة التحليل العاملي الاستكشافي (Exploratory Factor analysis) لدرجات العينة الاستطلاعية بعد التحقق من شروط التحليل العاملي، والتأكد من أن البيانات صالحة للتحليل العاملي باستخدام اختبار (Bartlett's Test of Sphericity) وبلغت قيمة اختبار (Barlett) لبيانات مقياس الخوف من الولادة (٤٠٣٦,٩٤) بمستوى دلالة بلغ (٠,٠٠٠) وهو أقل من مستوى الدلالة (٠,٠٥)، كما بلغت قيمة اختبار (Barlett) لبيانات مقياس كفاءة الذات الولادية (٢٠٦٤,٤٨٥) بمستوى دلالة بلغ (٠,٠٠٠) وهو أقل من مستوى الدلالة (٠,٠٥) مما يُشير إلى أن البيانات تصلح للتحليل العاملي، كما تم التأكد من كفاية حجم العينة للتحليل العاملي باستخدام اختبار (Kaiser-Myer-Olkin (KMO) وبلغت القيمة الإحصائية (٠,٨٤) و(٠,٧٩) لكل من مقياس الخوف من الولادة ومقياس كفاءة الذات الولادية على التوالي وهي قيمة أكبر من الحد الأدنى للقيمة المقبولة لكفاية العينة (٠,٦٠)، وبناءً على ذلك يُعد حجم العينة كافيًا لإجراء التحليل العاملي، بعد ذلك أُخضعت عبارات المقياسين للتحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية (Principal Components Method) وتحديد عدد العوامل، مع تدوير المحاور بطريقة مصفوفة التباين، والجدول التالي يوضح تشبعات العبارات على العامل والجذر الكامل ونسبة التباين المفسر:

جدول (١) مصفوفة العوامل بعد التدوير وتشيع العبارات على العوامل والجذور الكامنة ونسبة التباين المفسر لمقياسي الخوف من الولادة وكفاءة الذات الولادية

مقياس كفاءة الذات الولادية		مقياس الخوف من الولادة	
تشيع العبارات على العامل	العبارات	تشيع العبارات على العامل	العبارات
٠,٦٩٣	١	٠,٩١٥	١
٠,٨٠١	٢	٠,٥٦٥	٢
٠,٨٩٧	٣	٠,٧٨٥	٣
٠,٥٦٩	٤	٠,٨٢١	٤
٠,٦٠٥	٥	٠,٧٠٥	٥
٠,٦١١	٦	٠,٧٤٧	٦
٠,٦٩٣	٧	٠,٦٩٧	٧
٠,٦٤٢	٨	٠,٧٨٠	٨
٠,٥٤٤	٩	٠,٨٢٠	٩
٠,٨١٧	١٠	٠,٧٧٩	١٠
٠,٨٩٦	١١	٠,٦٧٤	١١
٠,٨٢٨	١٢	٠,٧٤٨	١٢
٠,٦٦٠	١٣	٠,٨٤٠	١٣
٠,٦٩١	١٤	٠,٧٩٨	١٤
-	-	٠,٦٤٦	١٥
-	-	٠,٧٩٧	١٦
-	-	٠,٦٣٨	١٧
١٠,٢٣	الجذر الكامن	١٢,٨٧	الجذر الكامن
%٧٣,٠٦	نسبة التباين المفسر	%٧٥,٧٣	نسبة التباين المفسر

يتضح من الجدول رقم (١): أن نتائج التحليل أسفرت عن وجود عامل واحد تزيد قيمة الجذر الكامن له عن الواحد الصحيح وفق محك كايزر فسر ما مجموعه (٧٥,٧٣%) من التباين الكلي في أداء العينة على مقياس الخوف من الولادة، وبالمثل أسفر التحليل العاملي الاستكشافي عن وجود عامل

واحد تزيد قيمة الجذر الكامن عن الواحد الصحيح وَفَق محك كايزر وفسر ما مجموعه (٠٦,٧٣٪) من التباين الكلي في أداء العينة على مقياس كفاءة الذات الولادية

ج: الاتساق الداخلي:

تطلب حساب الاتساق الداخلي (Internal Consistency) لمقياسي الخوف من الولادة وكفاءة الذات الولادية حساب الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمقياس، والجدول التالي يوضح قيم معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية:

جدول (٢) معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية لمقياسي الخوف من الولادة وكفاءة الذات الولادية

مقياس الخوف من الولادة			
رقم العبارة	ارتباط العبارة بالدرجة الكلية	رقم العبارة	ارتباط العبارة بالدرجة الكلية
١	٠,٨٢٤	١٠	٠,٨٨١
٢	٠,٧٣٢	١١	٠,٧٩٩
٣	٠,٧٣٦	١٢	٠,٨٧٨
٤	٠,٨٦٩	١٣	٠,٧٤٩
٥	٠,٩٠٠	١٤	٠,٨٩٦
٦	٠,٨٠٢	١٥	٠,٨٩٧

٠,٨٤٤	١٦	٠,٧٧٢	٧
٠,٨٧٩	١٧	٠,٨٠٦	٨
-	-	٠,٩٠٧	٩
مقياس كفاءة الذات الولادية			
ارتباط العبارة بالدرجة الكلية	رقم العبارة	ارتباط العبارة بالدرجة الكلية	رقم العبارة
٠,٧٥٩	٨	٠,٦٩٣	١
٠,٧٥١	٩	٠,٨٠١	٢
٠,٦١١	١٠	٠,٨٩٧	٣
٠,٦٧٨	١١	٠,٥٦٩	٤
٠,٨٨٣	١٢	٠,٦٠٥	٥
٠,٦٩٣	١٣	٠,٦١١	٦
٠,٧١٩	١٤	٠,٦٩٣	٧

** دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من الجدول رقم (٢): أن جميع قيم معاملات ارتباط عبارات مقياس الخوف من الولادة بالدرجة الكلية دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١). كذلك أظهرت جميع قيم معاملات ارتباط عبارات مقياس كفاءة الذات الولادية بالدرجة الكلية دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١). ويحقق هذا درجة مقبولة من الاتساق الداخلي للمقياسين.

ثانياً: الثبات

للتحقق من ثبات مقياسي الخوف من الولادة وكفاءة الذات الولادية، تم استخدام معامل ألفا كرونباخ (Alpha Cronbach) والتجزئة النصفية (Split half) لإيجاد معامل الثبات الكلي للمقياس، والجدول التالي يوضح قيم معاملات الثبات للمقياسين:

جدول (٣) معاملات ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لمقياسي الخوف من

الولادة وكفاءة الذات الولادية

المقاييس	ألفا كرونباخ	سييرمان براون	جتمان
الخوف من الولادة	٠,٨٩٤	٠,٨٧٩	٠,٨٦٩
كفاءة الذات الولادية	٠,٨٩١	٠,٨٨٩	٠,٨٨١

يتضح من الجدول رقم (٣): أن قيم معاملات الثبات للمقياسين مرتفعة؛ حيث بلغت قيمة الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ لمقياس الخوف من الولادة (٠,٨٩٤)، وقيمة معادلة سييرمان بلغت (٠,٨٧٩) وقيمة معامل جتمان كانت (٠,٨٦٩)، وبلغت قيمة الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ لمقياس كفاءة الذات الولادية (٠,٨٩١)، و(٠,٨٨٩) لمعامل سييرمان براون و(٠,٨٨١) لمعامل جتمان.

٣- البرنامج القائم على العلاج بالقبول والالتزام The program

: based on Acceptation & Commitment Therapy

وهو برنامج إرشادي جمعي قائم على العلاج بالقبول والالتزام، أُعدَّ بهدف مساعدة أفراد المجموعة التجريبية من السيدات الحوامل لأول مرة على اكتساب بعض المهارات التي ستساعدهن في مواجهة مخاوف الولادة والصعوبات المرتبطة بها، وتحسين كفاءة الذات لديهن، وقد تم إعداده استناداً إلى البرامج المماثلة التي استهدفت متغيرات وعينة الدراسة وبعض الدراسات ذات الصلة؛ حيث تمت الاستفادة من بعض هذه الدراسات كدراسة: (Byrne et al., 2014; Gao et al., 2020; Howard et al., 2022; Shoja et al., 2020; Soltani et al., 2017; Vakilian et al., 2019)

وتم التحقق من صدق البرنامج بعرضه على مجموعة من المحكّمين المتخصصين في الإرشاد النفسي والصحة النفسية لتحديد مدى مناسبته للأهداف التي أُعد من أجلها، ومدى ملائمة محتوى جلسات البرنامج لعينة الدراسة، ومناسبة عدد الجلسات والوقت المخصص لكل جلسة، وقد أشار المحكّمون إلى أن البرنامج مناسبٌ مع إجراء بعض التعديلات على محتوى الجلسات والوقت وطبيعة الفنيات والتمارين المستخدمة، وعلى ضوء ذلك، تم تطبيق جلسات البرنامج بعد إجراء التعديلات المطلوبة، على مدى (٦) أسابيع، بمعدل جلستين أسبوعيًا، وتراوح زمن الجلسة ما بين (٦٠-٩٠) دقيقة حسب مضمون كل جلسة، وتمثلت أهداف البرنامج في الآتي:

المهدف العام: ويتمثل في استخدام فنيات العلاج بالقبول والالتزام في خفض الخوف من الولادة، وتحسين الكفاءة الذاتية لدى النساء في حملهن الأول.

الأهداف الإجرائية: وهي مجموعة من الأهداف التدريبية التي يتحقق من خلالها العمل داخل جلسات البرنامج، وتطبيق الفنيات المختلفة، وتمثلت هذه الأهداف في الآتي:

- تعريف المشاركات بمفهوم الحمل والولادة ومراحل كل منهما وأبرز التحديات والمشكلات التي تواجه الأم الحامل والممارسات الصحية الصحيحة.

- التعرف على مفهوم الكفاءة الذاتية بشكل عام وكفاءة الذات
الولادية بشكل خاص باعتبارها علامة مهمة لقدرات المرأة على
المواجهة في أثناء المخاض والولادة.

- تدريب المشاركات على القبول من خلال تقييم المشاعر
والأحاسيس والأفكار غير المقبولة المرتبطة بالولادة بدلا من تجنبها.
- تدريب المشاركات على الحضور الذهني والاتصال باللحظة
الحالية.

- تدريب المشاركات على الانفصال المعرفي لتقليل التعلق بالأفكار
المؤلمة؛ ليصبح أفراد المجموعة أكثر مرونة في التعامل مع المحتوى
الانفعالي لتلك الأفكار.

- تدريب المشاركات على الوعي بالذات الملاحظة وتقليل التجنب
الخبراتي وتنمية الوعي بالذات دون التعمق في الأفكار السلبية.
- تدريب المشاركات على استكشاف وتحديد القيم الشخصية
والالتزام بها.

الفيئات المستخدمة في البرنامج:

اعتمد تطبيق البرنامج على استخدام مجموعة من فيئات الإرشاد
الجمعي: كالمحاضرة، والمناقشة والحوار، والتعزيز، والنمذجة، والاسترخاء وإعادة
البناء المعرفي، والتنفيس الانفعالي والتفسير والتلخيص، والواجبات المنزلية،
بالإضافة إلى استخدام فيئات العلاج بالقبول والالتزام؛ مثل: الاستعارات
كاستعارة النمر الجائع واليأس الإبداعي، والقصص والتدريب الذهني

كتدريبات تأمل التنفس، والمسح الجسدي، والمشي الصامت والتمارين التجريبية، كتمرين وصف الأفكار والمشاعر، وتمارين اشكر عقلك، وتمارين القيم الشخصية وتحديد الأهداف.

مراحل تطبيق البرنامج:

المرحلة الأولى: تم فيها التعارف بين الباحثة والمشاركات، والتمهيد للبرنامج وتقديم الإطار العام للبرنامج اسمه وأهدافه، وتم ذلك خلال الجلسة الأولى.

المرحلة الثانية: المرحلة الإرشادية والتدريبية على فنيات العلاج بالقبول والالتزام ودورها في خفض الخوف من الولادة وتحسين كفاءة الذات، وتم ذلك خلال الجلسات الثانية إلى الحادية عشرة.

المرحلة الثالثة: المرحلة الختامية وهدفها تلخيص أهداف البرنامج وتقييمه مع أفراد المجموعة، ومن ثم إنهاء جلسات البرنامج، وتم ذلك خلال الجلسة الثانية عشرة (الأخيرة).

الأسلوب الإرشادي المستخدم في تنفيذ البرنامج:

استند البرنامج المستخدم في الدراسة على أسلوب الإرشاد الجمعي، الذي يقوم على التفاعل والتأثير المتبادل بين المشاركات بعضهم البعض من جهة وبينهم وبين الباحثة من جهة أخرى.

تقييم البرنامج:

تم تقييم البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية من خلال الآتي:

أ- التقييم البعدي: تم تقييم البرنامج بعد الانتهاء من جلساته عن طريق تطبيق مقياسي الخوف من الولادة وكفاءة الذات الولادية على المشاركات، ثم مقارنة نتائج المجموعة في القياسين القبلي والبعدي. التقييم التبعي: تم تطبيق مقياسي الخوف من الولادة وكفاءة الذات الولادية على المشاركات بعد مرور شهر من انتهاء البرنامج؛ حيث تمت مقارنة نتائج المشاركات في القياسين البعدي والتبعي لمعرفة مدى استمرارية فاعلية البرنامج في خفض الخوف من الولادة وتحسين الكفاءة الذاتية لدى المشاركات.

الأساليب الإحصائية:

لتحقيق أهداف الدراسة تم تحليل البيانات باستخدام برنامج (SPSS) واعتماد عدد من الأساليب الإحصائية تمثلت في: المتوسطات الحسابية (Means) والانحرافات المعيارية (Standard Deviations) ومعامل ارتباط بيرسون (Person correlation) وألفا كرونباخ (Alpha Cronbach) والتجزئة النصفية (Split-Half) لحساب الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة، لمعرفة الفروق بين المتوسطات ودلالاتها استخدم اختبار ويلكوسون (Wilcoxon) للعينات المترابطة.

نتائج الدراسة وتفسيرها:

يتناول هذا الجزء من الدراسة وصفًا تحليليًا لنتائج المعالجة الإحصائية التي أجريت للإجابة عن تساؤلات الدراسة، كما يلي:

للإجابة عن التساؤل الأول: هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياسي الخوف من الولادة وكفاءة الذات الولادية قبل وبعد تطبيق البرنامج؟ تم استخدام اختبار ويلكوسون (Wilcoxon) للعينات المترابطة، والجدول التالي يوضح الفروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياسي الخوف من الولادة والكفاءة الذاتية.

جدول (٤) الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياسي الخوف من الولادة وكفاءة الذات الولادية قبل وبعد تطبيق البرنامج

المقياس	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
الخوف من الولادة	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	-٢,٨١٤	٠,٠٠٥
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	الرتب المتساوية	٠	٠	٠		
	المجموع	١٠	-	-		
كفاءة الذات الولادية	الرتب السالبة	٠	٠	٠	-٢,٨٠٩	٠,٠٠٥
	الرتب الموجبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠		
	الرتب المتساوية	٠	٠	٠		
	المجموع	١٠	-	-		

يتضح من خلال النتائج بالجدول رقم (٤): وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياسي الخوف من الولادة وكفاءة الذات الولادية قبل وبعد تطبيق البرنامج، وكانت الفروق باتجاه القياس البعدي.

وبذلك تتفق نتائج الدراسة الحالية مع العدد المحدود من الدراسات التي أظهرت فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض مخاوف الولادة وتحسين

الكفاءة الذاتية، كدراسة (Shoja et al,2020) التي أظهرت نتائجها ارتفاعاً في مستوى الكفاءة الذاتية لدى النساء الحوامل في المجموعة التجريبية بعد التدخل، ونتائج دراسة (Howard et al.,2022) التي أشارت إلى وجود انخفاضاً ملحوظاً في الخوف من الولادة والقلق لدى النساء الحوامل بعد تلقي التدخل.

كما اتفقت مع دراسة (Vakilian et al., 2019) التي أظهرت نتائجها انخفاض القلق لدى النساء الحوامل في المجموعة التجريبية بعد التدخل، وكذلك دراسة (Byrne et al., 2014) التي كشفت نتائجها عن وجود تحسن كبير في كفاءة الذات الولادية؛ حيث ارتفع إحساس المشاركات بالسيطرة والثقة بأنفسهن، وانخفض الخوف من الولادة، ودراسة (Howard et al., 2022) التي أظهرت نتائجها انخفاضاً واضحاً في الخوف من الولادة والقلق جنباً إلى جنب مع ردود الفعل الإيجابية على التدخل.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن الخوف من الألم وعدم القدرة على تحمله، والخوف من إصابة المولود، والخوف من مضاعفات الولادة الطبيعية، من أهم أسباب الخوف من الولادة وأن فشل المرأة في التغلب على هذه المخاوف يمكن أن يفسر الاندماج المعرفي الذي يفسر الابتعاد عن اللحظة الحالية وقيمها، كما أظهرت الدراسة الحالية أن قلق ومحاوف المشاركات نشأ من خوفهن من الولادة، ووقتها ومكانها، وصحتهن في أثناء الولادة، هذه الأفكار جعلتهن يعشن باستمرار في المستقبل.

وقد ساعدت جلسات البرنامج على تقليل مشاعر الخوف لدى المشاركات من خلال طرح أسئلة مفتوحة حول مخاوفهن، والاستماع الفعال وتقديم معلومات كافية حول كيفية التعايش مع آلام المخاض والولادة، ومواجهة المشاركات بمخاوفهن، وحفزهن على إعطاء الأولوية لقيمهن، وتحديد المواقف المحفوفة بالمخاطر في أثناء الولادة لمساعدتهن على اختيار نوع الولادة المناسبة التي يفضلنها مع توضيح مميزات وعيوب الولادة الطبيعية والولادة القيصرية.

ومن خلال استخدام فنية الاستعاراتُ دُرِبت المشاركاتِ على تقبُّل أفكار ومشاعر الخوف والقلق واعتبارها أقلَّ تهديداً، وتعلمن أن تجنب القلق والمخاوف والسيطرة عليها قد يؤدي إلى تقليل القلق والمخاوف على المدى القصير، لكنه يترك آثاراً سلبية إلى حد ما على المدى البعيد، ويقلل المرونة النفسية، بالإضافة إلى أن ممارسة تمارين اليقظة الذهنية مكنتهن من التركيز على جوانب مختلفة من القلق والمخاوف المتعلقة بالولادة بعقل متفتح وفضول، وتأكيد على ما يحدث في اللحظة الحالية، سواء كانت ممتعة أو غير سارة والاهتمام بالجنين وتحركاته كلما راودتهن هذه الأفكار.

وتدعم هذه النتيجة ما توصلت إليه دراسة دنكان (Duncan et al., 2017) من أن التدخل الذي أستخدم فيه برنامج قائم على اليقظة أدّى إلى خفض الخوف من آلام المخاض، فضلاً عن تحسين الكفاءة الذاتية لدى النساء الحوامل، ويتفق ذلك مع دراسة (Atghaee and Nouhi, 2012) والتي خلصت إلى أن تدريب الأمهات وتوعيتهن قلل من خوفهن وقلقهن، الناتج

عن المفاهيم الخاطئة عن المخاض وشجعهن على الولادة الطبيعية، وتؤكد دراسة طاهري (Taheri, 2014) أن التعليم المخطط للنساء الحوامل للسيطرة على الخوف والقلق يمكن أن يؤدي إلى زيادة المهارات المرأة الحامل في التعامل مع الأم المخاض وخلق الثقة في الولادة الطبيعية.

كما يظهر تأثير البرنامج على كفاءة الذات لدى المشاركات، من خلال دعم إيمان المشاركات بأنفسهن وقدرتهن على التغيير، ولفت انتباههن إلى المهارات الموجودة لديهن ونقاط قوتهن ونجاحاتهن السابقة، وتعزيز معتقداتهن حول قدرتهن على التعامل مع الأم المخاض وصعوبات الولادة، من خلال تقديم نماذج مناسبة، وزيادة التفسيرات الإيجابية، وتقديم الدعم المعلوماتي.

كما ساعد التدخل النساء على فهم وقبول الطبيعة المؤلمة وغير المتوقعة للولادة وتتسق هذه النتيجة، مع ما خلصت إليه بعض الدراسات حول فاعلية بعض التدخلات النفسية في تعزيز الكفاءة الذاتية للحوامل، كفاعلية التدخل التثقيفي قبل الولادة (Lp et al., 2009)، ورعاية ما قبل الولادة عبر الإنترنت (Tsai et al., 2018)، وبرنامج اليقظة الذهنية (Pan et al., 2019)، وبرنامج الاستعداد للأمومة (Howarth and Swain, 2019) والتدخل القائم على بروتوكول جامبل (Firouzan et al., 2020) والإرشاد القائم على حل المشكلات (Ahmadi et al., 2019)، ويتسق ذلك مع ما خلصت إليه المراجعة المنهجية التي أجراها ويب وآخرون (Webb et al., 2021) حول فاعلية وجدوى التدخلات النفسية في تقليل الخوف من الولادة وتحسين نتائج الولادة.

وللإجابة عن التساؤل الثاني: هل توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياسي الخوف من الولادة وكفاءة الذات الولادية في القياس البعدي والتتبعي، تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) ، والجدول التالي يوضح نتائج المقارنة بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي:

جدول (٥) الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياسي الخوف من الولادة وكفاءة الذات الولادية في القياسين البعدي والتتبعي

المقياس	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
الخوف من الولادة	الرتب السالبة	٣	٥,٥٠	١٦,٥٠	-٠,٧٩٤	٠,٤٥٤
	الرتب الموجبة	٦	٤,٧٥	٢٨,٥٠		
	المتساوية	١	-	-		
	المجموع	١٠	-	-		
كفاءة الذات الولادية	الرتب السالبة	٥	٣,٥٠	١٧,٥٠	-١,٦٣٣	١,٠٢
	الرتب الموجبة	١	٣,٥٠	٣,٥٠		
	المتساوية	٤	-	-		
	المجموع	١٠	-	-		

يتضح من خلال النتائج بالجدول رقم (٥): عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياسي الخوف من الولادة وكفاءة الذات الولادية، وبذلك تُشير نتيجة الدراسة إلى فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض مخاوف الولادة وتحسين الكفاءة الذاتية خاصة فيما يتعلق بالمحافظة على المكاسب العلاجية، وتجنب الانتكاس، من خلال المحافظة على ثبات

مقبول على مدى شهر من المتابعة، وبذلك تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Vakilian et al., 2019) التي كشفت عن فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض القلق لدى النساء الحوامل واستمرار فاعليته بعد مرور شهر من انتهاء التدخل، ونتائج دراسة (Imanparast et al., 2014) التي خلصت إلى أن العلاج المعرفي السلوكي قلّل من القلق من الولادة الطبيعية لدى النساء الحوامل في حملهن الأول وظل تأثيره بعد الولادة.

ويمكن تفسير ذلك بأن استخدام فنيات العلاج بالقبول والالتزام أدّى إلى إحداث المرونة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية. ويظهر ذلك من خلال تدريب المشاركات على القبول، وساهم ذلك في تقبلهن للمشاعر والأحاسيس والأفكار المرتبطة بالولادة بدلاً من تجنبها، كما ساهم التدريب على الفصل المعرفي في تقليل التعلق بالأفكار.

وأصبح لدى المشاركات مرونة أكبر في التعامل مع المحتوى الانفعالي لتلك الأفكار، كما ساهم التواصل مع اللحظة الحالية من خلال تدريبات تأمل التنفس، والمسح الجسدي، والمشي الصامت على أن تكون المشاركات أكثر مرونة واسترخاء عند التعامل مع هذه الأفكار، كما ساعد البرنامج في تنمية الوعي بالذات دون التعمق بالأفكار السلبية، وتم اختيار القيم التي تتماشى مع الأسباب والمشكلات التي ذكرتها المشاركات، وكانت سبباً في ارتفاع مخاوف الولادة. ومن هذه التدريبات (الثقة بالنفس، حل المشكلات) والتي يمكن القول بأنها ساعدت على تنمية كفاءة الذات لدى المشاركات.

وبذلك تحقق الهدف من البرنامج وهو زيادة المرونة النفسية التي تم اكتسابها من خلال عمليات القبول والالتزام "كن حاضرًا، وكن منفتحًا، وافعل ما هو مهم"، في تقليل مخاوف الولادة من خلال تطوير إرادة شجاعة للتواجد مع مشاعر القلق والخوف المتعلقة بالولادة مع الالتزام بالسلوك القائم على القيمة، والعيش في اللحظة الحالية بدلاً من التركيز على الماضي والمستقبل والمضيّ قدماً نحو قيمهن وأهدافهن الشخصية من خلال التعرف عليها، وبدلاً من تقليل المخاوف من الولادة تم تعزيز الرغبة لديهن في تجربة هذه المشاعر، والانفتاح على عوامل عدم اليقين المتعلقة بالولادة.

ويتفق هذا مع ما أشار إليه (Larmar et al., 2014) من أن العلاج بالقبول والالتزام يهدف إلى: تخفيف حدة وتكرار الانفعالات والأفكار السلبية، زيادة الفعالية السلوكية بغض النظر عن وجود الأفكار والانفعالات المحزنة وذات المستويات المتنوعة من الحدة، واستيضاح القيم التي يتمسك بها العميل والأهداف التي يحاول تحقيقها بصورة شخصية، وزيادة فعالية العميل في التحرك تجاه هذه القيم والأهداف وقبول الأفكار والعواطف، والاندماج المعرفي الذي ينطوي على تنمية الوعي الدقيق للمشاعر، والوعي باللحظة الحالية من خلال الاتصال بالحاضر، ومراقبة الذات.

التوصيات:

من خلال النتائج التي توصلت إليها الدراسة، يمكن الخروج بعددٍ من التوصيات والمقترحات؛ حيث توصي الباحثة بالآتي:

- إجراء مزيد من الأبحاث والدراسات للتحقق من فعالية العلاج القائم على القبول والالتزام في الحد من الخوف من الولادة، وتحسين الكفاءة الذاتية لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة.

- بالنظر إلى أن الحمل يؤدي إلى تغيرات فسيولوجية فريدة تزيد المخاوف والقلق لدى المرأة الحامل تظهر الحاجة إلى تقديم العلاج النفسي للنساء الحوامل ضمن الرعاية الروتينية المعتادة كخيار رعاية مساعد خصوصاً للنساء المعرضات بشكل كبير لخطر ارتفاع القلق وعواقبه الصحية، للحد من قلقهن وتحسين جودة حياتهن.

- تضمين البرامج التثقيفية والإرشادية قصيرة المدى في رعاية ما قبل الولادة الروتينية لرفع الوعي الصحي لدى الأمهات الحوامل خاصة اللاتي يلدن لأول مرة وتوضيح المشاكل التي تعترض عمليتي الحمل والولادة، وتطوير السلوك الصحي المناسب لديهن.

- تقديم الدورات التدريبية لتحضير النساء الحوامل في الثلث الثالث من الحمل للولادة، الأمر الذي من شأنه أن يعزز الثقة بالنفس ويزيد من الكفاءة الذاتية للأم الحامل، وتكوين صورة إيجابية عن تجربة الولادة الطبيعية.

- ضرورة تقديم الدعم النفسي للمرأة للحامل في أثناء عملية الولادة من قبل مقدمي الرعاية الصحية كالقابلات أو أطباء أمراض النساء والتوليد؛ حيث وجد أن هذا الدعم يقلل الحاجة إلى استخدام الأدوية المخدرة في أثناء عملية الولادة.

المراجع العربية:

السوالمة، عايشة والصمادي، أحمد (٢٠١٢). فعالة العلاج الواقعي الجمعي في تخفيف الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى الحوامل. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، ٨ (٤)، ٣٦٥-٣٧٦.

- Abdollahi, S., Faramarzi, M., Delavar, M., Bakoue, F., Chehrazi, M. & Gholinia, H. (2020). effect of psychotherapy on eduction of fear of childbirth and pregnancy stress: A randomized controlled trial. *Frontiers Psychology*, 26(11), 1-12.
- Ahmadi, L. Karamim S., Faghihzadeh S., Jafari, E., Dabiri Oskoei, A. & Kharaghani, R. (2018). effect of couples counseling based on the problem-solving approach on the fear of delivery, self-efficacy, and choice of delivery mode in the primigravid Women requesting elective cesarean section. *Preventive care in nursing and midwifery Journal*, 7(4), 32-40.
- Aktaş S. & Aydın, R. (2019). the analysis of negative birth experiences of mothers: a qualitative study. *Journal of Reproductive Infant Psychology*, 37(2), 176-192.
- Alessandra, S. & Roberta, L. (2013). tokophobia: When Fear of Childbirth Prevails. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 1(1), 1-18.
- Amin, Z., Reza Kazemi, R. & Nadirmohammadi, M. (2021). effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression, anxiety and quality of life in women after childbirth in Ardabil. *Academic Journal of Health Science*, 36(4), 74-80.
- Areskog B., Uddenberg N. & Kjessler B. (1981). fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecology Obstetrics Investigation*, 12(5) 262-266.
- Arfaie, K., Nahidi, F., Simbar, M. & Bakhtiari, M. (2017). the role of fear of childbirth in pregnancy related anxiety in Iranian women: a qualitative research. *Electronic Physician*, 9(2), 3733-3740.
- Atghae, M. & Nouhi, E. (2012). the effect of imagination of the pain of vaginal delivery and cesarean section on the selection of normal vaginal delivery in pregnant women attending clinics in Kerman University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Obstetric Gynecology Infertility*, 14(7),44-50.
- A-tjak, J., Davis, M., Morina, N., Powers, M., Smits, J. & Emmelkamp, P. (2015). A metanalysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 30-36.

- Ayers, S. (2014). fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery*, 30(2),145–8.
- Bandura A. (1997). self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman.
- Bandura, A. (1982). self-efficacy mechanism in human agency. *Journal of American Psychologist*. 37(2),122-147.
- Bandura, A. (1994). self-efficacy. In V. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (pp. 71-81). New York: Academic Press
- Bandura, A. (2004) Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior* 31, 143–164.
- Beebe, K., Lee, K., Carrieri-Kohlman, V. & Humphreys, J. (2007). the effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor. *Journal of Obstetric Gynecology Neonatal Nurse*, 36(5),410–418.
- Berentson-Shaw. J., Scott, K. & Jose, P. (2009). do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? a longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4),357–73.
- Bonacquisti, A., Cohen, M., & Schiller, C. (2017). acceptance and commitment therapy for perinatal mood and anxiety disorders: Development of an inpatient group intervention. *Archives of Women's Mental Health*, 20(5), 645–654.
- Byrne, J., Hauck, Y., Fisher, C., Bayes, S. & Schutze, R. (2014). effectiveness of a mindfulness-based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *Journal of Midwifery Women's Health*, 59(2),192-197.
- Chong, E. & Mongelli, M. (2003). attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. *International Journal of Gynecology Obstetric*, 80(2), 189-194.
- Christiaens, W. & Bracke, P. (2007) assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth*, 7(26). doi:10.1186/1471-2393-7-26.
- Dick-Read G. (2004). *childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth*. second edition. UK: Pinter & Martin Ltd.
- Dilks, F., & Beal, J. (1997). role of self-efficacy in birth choice. *Journal of Perinat Neonatal Nurse*,11(1),1–9.
- Doaltabadi, Z., Amiri-Farahani, L., Hasanpoor-Azghady, S. & Haghani, S. (2021). the effect of face-to-face and virtual prenatal care training of spouses on the pregnancy experience and fear of childbirth of primiparous women: A controlled quasi-experimental study. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 22(588),1-10.

- Drummond J. & Rick wood D. (1997) childbirth confidence: validating the childbirth self-efficacy inventory (CBSEI) in an Australian sample. *Journal of Advanced Nursing*, 26, (3),613–622.
- Duncan L., Cohn, M., Chao M., Cook J., Riccobono J. & Bardacke N. (2017). benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17,140. doi 10.1186/s12884-017-1319-3.
- Dursun, P., Yanik, F., Zeyneloglu, H., Baser, E., Kuscu, E. & Ayhan, A. (2011). why 346 women request cesarean section without medical indication? *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 24(9), 1133-1137.
- Fairbrother, N., Collardeau, F., Albert, A., Thordarson, D. & Stoll, K. (2022). Screening for perinatal anxiety using the childbirth fear questionnaire: a new measure of fear of childbirth. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 19(4),1-23.
- Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bayes, S. & Hauck, Y. (2009). Pre- and postpartum Levels of childbirth fear and the Relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing*, 18(5), 667–677.
- Firouzan, L., Kharaghani, R., Zenoozian, S., Moloodi, R. & Jafari, E. (2020). the effect of midwifery led counseling based on Gamble’s approach on childbirth fear and self-efficacy in nulligravida women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(522),1-7.
- Fletcher, L., & Hayes, S. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 23(4), 315–336.
- Gao, Y., Li, Y., Zhang, L., Bu, Y., Yang, F., Jiang, L., Zhao, J. & Tian, Y. (2020). a psychoeducation program based on self-efficacy theory to improve experience of natural birth for primigravid women: Study protocol for a randomized controlled trial. *Journal of clinical Nursing*, 30(17-18), 2469-2479.
- 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.
- Ghasemi, A., Bolbol-Haghighi, N., Mottaghi, Z., Hossenim S & Khosravi, A. (2016). the effect of group counseling with cognitive-behavioral approach on self-efficacy of pregnant women’s choice of vaginal delivery. *Iranian Journal of psychiatry and Behavior Sciences*, 12(3): 7632. doi:10.5812/ijpbs. .

- Goodman, P., Mackey, M. & Tavakoli, A. (2004). factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (2), 212-219.
- Goutaudier, N., Sejourne, N., Rousset, C., Lami, C. & Chabrol, H. (2012). negative emotions, childbirth pain, perinatal dissociation and self-efficacy as predictors of postpartum posttraumatic stress symptoms. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(4),352–362.
- Green, S., Donegan, E., McCabe, R., Streiner, D., Agako, A., & Frey, B. (2020). cognitive behavioral therapy for perinatal anxiety: A randomized controlled trial. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(4), 423-432.
- Haines H., Rubertsson C., Pallant J. & Hildingsson I. (2012). the influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12(55),1-14.
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. (2nd). New Harbinger Publications.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes, *Behaviors Research and Therapy*, 44(1),1-25.
- Hayes, S., & Hofmann, S. (2017). the third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(3), 245–246.
- Heravan, M. & Rashk, S. (2021). the relationship of depression, anxiety and stress with childbirth self-efficacy in nulliparous pregnant women. *Advances in Nursing and Midwifery*, 30(2), 1-7.
- Hofberg K. & Ward, M. (2003). fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*, 79(935), 505–510.
- 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.
- Hosseini, N., Lau, P., Baranovich, D. & A.Razak, N.(2020).reducing depression in pregnancy and postpartum period through acceptance and commitment therapy: a review of depression reduction among Iranian women. *International Journal of Education, Psychology and Counselling*, 5(37), 232-244.
- Howard, S., Houghton, G., White, R., Fallon, V., & Slade, P. (2022). the feasibility and acceptability of a single-session acceptance and commitment therapy (ACT) intervention to support women self-reporting fear of childbirth in a first pregnancy. *Psychology Health*, 21,1-22.

- Howarth A. & Swain N. (2019). skills- based childbirth preparation increases childbirth self-efficacy for first time mothers. *Midwifery*, 70, 100–105.
- Imanparast R., Bermas H., Danesh S. & Ajoudani Z. (2014). the effect of cognitive behavior therapy on anxiety reduction of first normal vaginal delivery. *JSSU*, 22(1),974-980.
- Kabakian-Khasholian, T. (2013). ‘my Pain was Stronger than my Happiness’: experiences of caesarean births from Lebanon. *Midwifery*, 29(11), 1251-1256.
- Kinsella, M., & Monk, C. (2009). impact of maternal stress, depression and anxiety on fetal neurobehavioral development. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52(3), 425–440.
- Kjærgaard, H., Wijma, K., Dykes, A. K. & Alehagen, S. (2008). fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*,26, 340–350.
- Larmar, S., Wiatrowski, S. & Lewis-Driver, S. (2014). acceptance & commitment therapy: an overview of techniques and applications. *Journal of Service Science and Management*, 7, 216-221.
- Loughnan, S., Wallace, M., Joubert, A., Haskelberg, H., Andrews, G., & Newby, J. (2018). a systematic review of psychological treatments for clinical anxiety during the perinatal period. *Archives of Women’s Mental Health*, 21, 481-490.
- Lowe, N. (1993). maternal confidence for labour: development of the childbirth self-efficacy inventory. *Research in Nursing & Health*, 16, 141–149.
- Lowe, N. (2000). self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynecology*, 21(4), 219–24.
- Lp, W., Tang, C. & Coggins W. (2009). an educational intervention to improve women’s ability to cope with childbirth. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2125–2135.
- Manning M., Wright T. (1983). self-efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45 (2), 421–31.
- Martin T., Hauck, Y., Fenwick J., Butt J. & Wood J. (2014). evaluation of a next birth after caesarean antenatal clinic on women's birth intention and outcomes, knowledge, confidence, fear and perceptions of care. *Evidence-Based Midwifery*,12(1),11–5.

- Mazúchová, L., Škodová, Z., Kelčíková S. & Rabárová A. (2017). factors associated with childbirth-related fear among Slovak women. *central European Journal of Nursing Midwifery*, 8(4),742-748.
- Melender, H. & Lauri, S. (1999). fears associated with pregnancy and childbirth experience of women who have recently given birth. *Midwifery*, 15 (3), 177- 182.
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M. & Begley, C. (2018). definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1-15.
- O'Connell, M., Leahy-Warren, P., Khashan, A., Kenny, L. & O'Neill, S. (2017). worldwide prevalence of tokophobia in pregnant women: Systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 96(8), 907-920.
- Okonkwo, N., Ojengbede, O., Morhason-Bello, I. & Adedokun, B. (2012). maternal demand for cesarean section: perception and willingness to request by Nigerian antenatal clients. *International Journal of Women's Health* 4, 141-148.
- Pan W. L., Gau, M., Lee T., Jou H., Liu, C. & Wen, T. (2019). mindfulness-based program on the psychological health of pregnant women. *Women and Birth*, 32, 102-109.
- Preis H., Eisner M., Chen R. & Benyamini Y. (2019). first-time mothers' birth beliefs, preferences, and actual birth: A longitudinal observational study. *Women and Birth*, 32, 110-117.
- Räsänen S., Lehto S., Nielsen H., Gissler M., Kramer M., Heinonen S. (2014). fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997-2010. *BJOG An International Journal of Obstetric Gynecology*, 121, 965-970.
- Reisz S., Jacobvitz D. & George, C., (2015). birth and motherhood: childbirth experience and mothers' perceptions of themselves and their babies. *Infant Mental Health Journal* 36(2),167-178.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmaki, E. & Saisto, T. (2009). fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG An International Journal of Obstetric Gynecology*, 116(1), 67-73.
- Ryding, E., Wijma, B., Wijma, K. & Rhydstrom H. (1998). fear of childbirth during pregnancy may Increase the risk of emergency caesarean section. *Acta Obstetrician et Gynecologic Scandinavian*, 77(5), 542-547.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. & Halmesmaki, E. (2001). psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 108(5), 492-498.

- Salomonsson B., Gullberg M., Alehagen S. & Wijma K. (2013). self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynecology*, 34(3),116–121.
- Serçekuş P. & Başkale, H. (2016). effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*, 34,166–172.
- Serçekuş, P. & Başkale, H. (2016). effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*, 34,166–172.
- Sezen, C. & ÖnenÜnsalver, B. (2019). group art therapy for the management of fear of childbirth. *The Art in Psychotherapy*, 64, 9-19.
- Shoja, R. Firoozi, M. Shakeri, M. & Amiri, M. (2020). investigating the impact of counseling with an approach based on acceptance and commitment therapy on self-efficacy of choosing vaginal delivery in primigravid women. *Journal of Torbat Heydariyeh*, 8(3), 13-22.
- Sieber S., Germann N., Barbir A., Ehlert U. (2006). emotional well-being and predictors of birth-anxiety, self-efficacy, and psychosocial adaptation in healthy pregnant women. *Acta Obstetric Gynecology Scandinavian*, 85(10),1200–1207.
- Sinclair M. & O’Boyle, C. (1999) the childbirth self-efficacy inventory: a replication study. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 1416– 1423.
- Singh, J. & Singh, J. (2016). treatment options for the specific phobias. *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology*, 5 (3),593-598.
- Slade, P., Balling K., Sheen K. & Houghton G. (2019). establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(96), 1-12.
- Slade, P., Balling, K., Houghton, G. & Sheen, K. (2022). a new scale for fear of childbirth: the fear of childbirth questionnaire (FCQ). *Journal of Reproductive and infant psychology*, 40(6), 602-612.
- Slade, P., Balling, K., Sheen, K., Houghton, G. (2020). identifying fear of childbirth in a UK population: qualitative examination of the clarity and acceptability of existing measurement tools in a small UK sample. *BMC Pregnancy and Childbirth*,20,1-11.
- Soet J., Brack G., DiIorio C. (2003). prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1),36–46.
- Soltani, F., Eskandari, Z., Khodakarami, B. & Parsa, P. (2017). the effect of self-efficacy-oriented counselling on controlling the fear of natural delivery in primigravida women. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research* ,9(10),1757-1761.

- Spice, K., Jones, S., Hadjistavropoulos, H., Kowalyk, K. & Stewart, S. (2009). prenatal Fear of Childbirth and Anxiety Sensitivity. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynecology*, 30(3), 168-174.
- Stockman A. & Altmaier, M. (2001). relation of self-efficacy to reported pain and pain medication usage during labour. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 8, 161–166.
- Stockman A., Altmaier E. (2001). relation of self-efficacy to reported pain and pain medication usage during labor. *Journal of Clinical Psychology Medical Settings*, 8(3), 161–166.
- Størksen, H., Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S. & Eskild, A. (2012). fear of childbirth; the Relation to Anxiety and Depression. *Acta Obstetric Gynecology Scandinavia*, 91(2), 237-242.
- Størksen, H., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., Eberhard-Gran, M. (2013) the impact of previous birth Experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetric Gynecology Scandinavia*, 92(3), 318-324.
- Taheri, Z. (2014). childbirth choice and effect of education. *International Journal of Epidemiologic Research*, 1 (1), 44-46.
- Tanglakmankhong, k., Perrin, N. & Lowe, N. (2011). childbirth self-efficacy inventory and childbirth attitudes questionnaire: psychometric properties of Thai language. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 193-203.
- Taylor, B., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2016). the effectiveness of mindfulness-based interventions in the perinatal period: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 11, 1-29.
- Timmermans, E., Timmermans O., Mestdagh E. & Bogaerts, A. (2019). the effect of prenatal interventions on self-efficacy in women during childbirth - A Systematic Review. *Journal of Gynecology and Women's Health*, 16(5): 555946. doi: 10.19080/JGWH.2019.16.555946.
- Tiruse, G. Beyene Getahun, K., Gultie Ketema, T. & Kondale Gurara, M. (2020). fear of childbirth among pregnant women attending antenatal care in Arba Minch town, southern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, (672), 1-7.
- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. (2014). prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 275. doi:10.1186/1471-2393-14-275.
- Tsai Y., Hsu Y., Hou T., Chang C., (2018). effect of a web based antenatal care system on maternal stress and self-efficacy during pregnancy. *Journal of Midwifery Women's Health*, 63, 205–213.
- Vakilian, K. Zarei, F., & Majidi, A. (2019). effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Anxiety and Quality of Life During Pregnancy: A Mental Health Clinical Trial Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 21(8), 1-11.

- Waters, C., Annearm B., Flockhart, G., Jones, I., Simmonds, J., Smith, S., Traylor, C. & Williams, J. (2020). acceptance and commitment therapy for perinatal mood and anxiety disorders: a feasibility and proof of concept study. *British Journal of Clinical Psychology*, (59),461-478.
- Webb, R., Bond, R., Romero-Gonzalez,B., Mycroft, R. & Ayers, S.(2021). interventions to treat fear of childbirth in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51, 1964–1977.
- Wijma K. (2003). why focus on 'fear of childbirth'? *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynecology*, 24(3),141–3.
- Wijma, K., Wijma, B. & Zar, M. (1998). psychosomatic aspects of W-DEQ: a new questionnaire for measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynecology*, 19 (2), 84-97.
- Wiklund, I., Andolf, E., Lilja, H. & Hildingsson, I. (2012). indications for cesarean section on maternal request guidelines for counseling and treatment. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(3), 99-106.
- Williams, C., Povey, R. & White, D. (2008). predicting women's intentions to use pain relief medication during childbirth using the theory of planned behavior and self-efficacy theory. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(3),168–79.

AlmrAjç Alçrbyh:

- AlswAlmhç çAyşh wAlSmAdyç ÂHmd (2012). fçAlh AlçlAj AlwAqcy Aljmçy fy txfyf AlDçwT Alnfsyh wqlq AlHAlh ldÿ AlHwAml. *Almjlh AlÂrdnyh fy Alçlwm Altrbwyhç* 8 (4) ,365 -376.