

د. نوره سعد البقمي

اسم الباحث الأول:

كلية العلوم الاجتماعية- جامعة الإمام محمد
بن سعود -المملكة العربية السعودية

¹ اسم الجامعة والبلد

*

البريد الإلكتروني للباحث المرسل:

E-mail address:

nsbaqmi@imamu.edu.sa

مستوى القلق المرتبط بالحمل لدى النساء الحوامل في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية

الملخص:

هدفت الدراسة إلى تعرّف مستوى القلق المرتبط بالحمل لدى النساء الحوامل، وتعرّف أكثر المخاوف المرتبطة بالحمل شيوعاً، والكشف عن الفروق في مستوى القلق المرتبط بالحمل وفقاً لمتغيرات: (العمر - مستوى التعليم - التخطيط للحمل - عدد مرات الحمل - مرحلة الحمل - الدخل الشهري). شارك في الدراسة (231) امرأة حاملاً، واعتمدت الباحثة في جمع بيانات الدراسة على مقياس القلق المرتبط بالحمل، إعداد الباحثة. أظهرت النتائج أن مستوى القلق المرتبط بالحمل لدى عينة الدراسة جاء بدرجة متوسطة، وجاءت المخاوف المرتبطة بالولادة في المرتبة الأولى تليها المخاوف المرتبطة بسلامة الجنين، ثم جاءت المخاوف المرتبطة بصورة الجسم في المرتبة الثالثة، وجاءت المخاوف المرتبطة بالأمومة بالمرتبة الأخيرة، كما لم تكشف النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية في مستوى القلق المرتبط بالحمل تُعزى للمتغيرات: (العمر - مستوى التعليم - التخطيط للحمل - عدد مرات الحمل - الدخل الشهري) في حين كانت الفروق دالة إحصائية في مستوى القلق المرتبط بالحمل وفقاً لمتغير مرحلة الحمل، وكانت الفروق باتجاه مرحلة الثلث الأول من الحمل.

الكلمات المفتاحية: القلق المرتبط بالحمل، النساء الحوامل، المتغيرات الديمغرافية.

Level of Pregnancy – related Anxiety among Pregnant Women in view of some Variables Demographic

Abstract:

The study aimed to identify the level of pregnancy- related anxiety, the most common concerns among pregnant women, and to reveal differences in the level of pregnancy- related anxiety according to variables (age- educational level- planning pregnancy- pregnancy times- semester of pregnancy- monthly income). The number of pregnant woman participated in the study was (231). The researcher relied on collecting study data on the pregnancy related anxiety scale. The results showed that the level of pregnancy- related anxiety among the study sample was moderate, concerns of childbirth came first, followed by concerns of the safety of the fetus, concerns of body image came third, finally concerns of motherhood, and the results did not reveal any differences. Statistically significant in the level of pregnancy- related anxiety, which is attributed to the variables (age- educational level- planning pregnancy – pregnancy times- monthly income), while the differences were statistically significant in the level of pregnancy - related anxiety, which is attributed to the variable of the semester of pregnancy, and the differences were towards the first semester of pregnancy.

Keywords: pregnancy – related anxiety, pregnant women, demographic variables.



المقدمة:

يُعتبر الحمل من أهم المراحل التي تمر بها كل امرأة في سن الإنجاب، فهو حالة فسيولوجية متوقعة يستعد لها جسم المرأة كل شهر، ومن لحظة حدوث التلقيح يبدأ جسم المرأة بالتكيف والتغير مع حالة الحمل الجديدة إلى التحضير للولادة، ويستمر الحمل فترة مدتها حوالي تسعة أشهر تحمل في طياتها العديد من التحولات والتغيرات التي يعيشها كل من الأم والجنين، التي يمكن اعتبارها فترة انتقالية مهمة لجميع أفراد الأسرة، وعلى الرغم من أن الحمل حدث فسيولوجي طبيعى يحدث في كل الكائنات الحية؛ إلا أنه لدى المرأة يحمل الكثير من الارتباطات والدلالات البيولوجية والنفسية والاجتماعية، التي تؤثر في استقبال المرأة لهذا الحدث وتقبلها أو رفضها له، وتفاعلها مع الجنين سلباً أو إيجاباً حتى لحظة ولادته (الرشيدي، الخليفي، 2005)، فالحمل عملية نمو وتطور تتطلب التكيف والتكامل من جانب المرأة وعائلتها، وهذه العملية تتأثر بعدة عوامل منها التغيرات المادية، والحالة النفسية للمرأة وعمرها ووضعها الاقتصادي الاجتماعي (Doyle - Waters, 1994).

وتعتمد الحالة النفسية للمرأة الحامل على اتجاهاتها نحو الحمل كإحساس بالهوية الأنثوية، والمعتقدات السائدة حول الحمل والولادة، وتوقيت الحمل، والتخطيط له والرغبة فيه، والعلاقة مع الزوج فإذا كانت هذه الاتجاهات إيجابية في مجملها فإن الحمل يعتبر تحقيقاً للذات وتأكيداً للهوية الأنثوية، وفيه تشبع عملية الحمل والولادة للمرأة حاجات أساسية، أما إذا كانت هذه الاتجاهات نحو الحمل سلبية فقد يتولد لدى المرأة الحامل مشاعر الرفض والغضب، وقد يصبح لديها مخاوف شديدة من الولادة، والخوف من مسؤولية الأمومة والشعور بثقل العبء في استقبال الطفل ورعايته (الرشيدي، الخليفي، 2005).

وخلال فترة الحمل تتعرض المرأة الحامل للعديد من التغيرات التي تطال الجوانب الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية، ومن المتوقع أن تختلف استجابة النساء الحوامل لهذه التغيرات، فقد يكون قدراً معيناً من القلق صحي خاصة عند مواجهة تجارب جديدة كتجربة الحمل (Guardino & Dunkel - Schetter, 2014) وبشكل عام تُظهر الأبحاث أن ما يقرب من (10-15%) من النساء الحوامل يعانين من القلق أثناء الحمل (Guardino & Schetter, 2014) حيث تنتبأ المستويات المرتفعة منه بمجموعة واسعة من النتائج السلبية على صحة الأم والجنين، فارتفاع مستوى القلق لدى المرأة الحامل قد يقلل من تدفق الدم إلى الرحم من خلال رفع مستوى الكورتيزول لدى الأم الحامل وبالتالي قد يؤدي إلى الإجهاض التلقائي أو الولادة المبكرة (Christian, 2012; Glynn, Dunkel Schetter, Hobel & Sandman, 2008) وتسهم الحمل وانخفاض وزن الطفل عند الولادة (Paarlberg, Vingerhoets, Passchier, Dekker & Van Geijn, 1995) كما يؤدي إلى زيادة احتمال الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة (Martini, Knappe, Beesdo -Baum, Lieb & Wittchen, 2010).

ويُعرف القلق بأنه حالة عاطفية سلبية مصحوبة بمشاعر عدم الارتياح والأفكار غير المنطقية وغير المرغوب فيها والقلق بشأن الأحداث المستقبلية، فهو سمة معرفية محددة للقلق، وغالباً ما يصاحب القلق شعور بالتهديد ناتج عن

كون الفرد غير قادر على التنبؤ أو التحكم أو الحصول على النتائج المرجوة في المواقف القادمة، وبالتالي يتم وصف القلق بأنه حالة عاطفية موجهة نحو المستقبل تنتج عن تصورات التهديد الذي لا يمكن السيطرة عليه (Guardino & Dunkel Schetter, 2014)، ووفقاً لنظرية القلق كما يطرحها سبيلبرجر (Speilberger, 1972) فإن ثمة مفهومين للقلق وهما: حالة القلق Anxiety State وسمة القلق Anxiety Trait ويُشير مفهوم حالة القلق إلى القلق بوصفه حالة انفعالية طارئة أو مؤقتة لدى الإنسان تختلف من حيث الشدة وتذبذب من وقت لآخر وتبعاً لذلك يرتفع مستوى حالة القلق في الظروف التي ينظر إليها الفرد على أنها ظروف مهددة له بغض النظر عن الخطر الحقيقي أو الموضوعي، كما تنخفض شدة حالة القلق في المواقف غير الضاغطة أو الظروف التي لا يرى فيها الفرد الخطر القائم خطراً مهدداً له حيث يوصف بأنه موقفي بطبيعته، أي يرتبط بمواقف أو ظروف معينة، ويعتمد بصورة أساسية ومباشرة على الظروف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد، أما مفهوم سمة القلق فيُشير إلى القلق بوصفه سمة ثابتة نسبياً ولكن يتفاوت الأفراد في درجة امتلاكهم لها مما يعكس فروقا بينهم من حيث استعدادهم للاستجابة للمواقف الضاغطة بدرجات مختلفة من القلق، ويعتمد بشكل أساسي على خبرات الفرد السابقة ويُساهم في تكوين نظريته الخاصة نحو العالم وتكوين ميل لإظهار استجابة ثابتة نسبياً نحو مثيرات ومواقف معينة.

هذا وقد ميز الباحثون بين القلق العام General Anxiety وقلق الحمل المحدد أو القلق المرتبط بالحمل Pregnancy - related Anxiety الذي يختلف عن القلق العام، إذ يتسم بوجود مخاوف محددة مرتبطة بالحمل والولادة وصحة الرضيع وتربية الأطفال في المستقبل (Busari, 2018; Bayrampour, Ali, McNeil, Benzies, MacQueen & Tough, 2016; Huizink, Mulder, Robles de Medina, Visser & Buitelaar, 2004) كما يتميز القلق المرتبط بالحمل عن قلق السمة وقلق الحالة والاكئاب واضطرابات القلق الأخرى التي تم تشخيصها وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الذي يؤكد تميزه عن هذه الاضطرابات. فالقلق المرتبط بالحمل ليس مجرد قلق صحي عابر تشعر به الأمهات الحوامل أثناء فترة الحمل؛ بل إن آثاره تمتد إلى مرحلة ما قبل وبعد الولادة (Brunton, Simpson & Dryer, 2020).

ويرى دانكل - شتر (Dunkel - Schetter 2009) أن قلق الحمل متلازمة مميزة قابلة للتحديد تعكس مخاوف محددة بشأن صحة ورفاهية الطفل، وتجارب المستشفى والرعاية الصحية، والولادة ودور الأبوة والأمومة، إنه يمثل حالة عاطفية معينة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بقلق الحالة ولكنها تستند إلى السياق بشكل أكبر أي أنها مرتبطة بشكل خاص بالمخاوف المتعلقة بالحمل الحالي.

وقد أشارت مراجعة الأدبيات المرتبطة بموضوع قلق الحمل إلى أن القلق خلال فترة الحمل تم بحثه منذ عام (1940م) وعلى الرغم من ذلك لم يستخدم مصطلح القلق بشكل واسع قبل عام (1970م) عندما تناول عدد محدود من الدراسات مرحلة الحمل والمشاكل التي تؤدي إلى الشعور بالقلق خلال فترة ما قبل الولادة، بعد هذه الفترة الزمنية احتوى الأدب النظري على تشكيلة متنوعة من الكتب والمقالات العلمية التي ناقشت العديد من مشاكل الحمل المرتبطة بتجربة تلك الفترة الزمنية المحددة التي تتعامل بشكل خاص مع الضغوط التي تؤدي إلى القلق (Doyle - Waters, 1994).

وتتعدد مسببات القلق المرتبط بالحمل لدى المرأة الحامل، حيث يعد الخوف من الأم المخاض والقلق بشأن صحة الجنين ورعاية الطفل، والتجربة غير السارة في الحمل السابق والتغيرات الجسدية المرتبطة بالحمل، ومدى دعم الزوج ومشاركته في رعاية صحة الأم الحامل، ومستوى الدعم المقدم من الأقارب والأصدقاء من أهم العوامل المسببة للقلق لدى النساء الحوامل (Mortazavi & Akaberi, 2018)، ففي دراسة مبكرة أجراها كل من (Pleshette, Asch, 1956) & Chase، للتعرف على المصادر الشائعة للقلق أثناء الحمل وفترة النفاس لدى (50) امرأة حامل، أشارت نتائج الدراسة إلى أن أكثر المخاوف شيوعاً والتي تم الإبلاغ عنها من قبل عينة الدراسة كانت المخاوف المرتبطة بالولادة بنسبة (60%) تليها المخاوف المرتبطة بسلامة الجنين بنسبة (50%)، وفي دراسة لاحقة أجريت على (100) امرأة حامل ممن يتلقين رعاية ما قبل الولادة في عيادات النساء والولادة، كانت المخاوف الأكثر شيوعاً المرتبطة بقلق الحمل هي المخاوف المرتبطة بصحة وسلامة الجنين بنسبة (93%) تليها المخاوف المرتبطة بمظهر الأم بنسبة (91%) ثم المخاوف المرتبطة بالولادة بنسبة (89%) كما أشارت الدراسة إلى ارتفاع مستوى القلق لدى عينة الدراسة (Glazer, 1980).

وتختلف الاستجابة للقلق والتوتر على مدار فترة الحمل، حيث تُقِيم النساء الحوامل الأحداث التي تحدث في وقت مبكر من الحمل على أنها أكثر إرهاقاً وضغطاً مقارنة بتلك التي تحدث في وقت لاحق من الحمل (Glynn, Dunkel - Schetter, Wadhwa, & Sandman, 2004) والحقيقة أن الاختلافات في مستوى القلق لا تتبع نفس النمط بالضبط، ولكن يبدو أنها تتميز بارتفاع مستوى القلق خلال فترات محددة من الحمل، حيث تميل مستويات القلق إلى أن تكون الأعلى خلال الثلث الأول والثالث من الحمل، (Field et al., 2010; Teixiera, Figueiredo, Conde, Pacheco & Costa, 2009) وبالمثل وجدت إحدى الدراسات أن النساء عانين من إجهاد نوعي للحمل أعلى بكثير في الثلث الأول والثالث من الحمل مقارنة بالثلث الثاني (Da Costa, Larouche, Dritsa, & Brender, 1999)، ويرجع ذلك إلى تغير طبيعة مخاوف المرأة الحامل خلال مراحل الحمل المختلفة.

وفي السنوات الأخيرة جذب القلق المرتبط بالحمل المزيد من اهتمام الباحثين ومع ذلك لم تُشير الأدبيات إلى تقديرات مؤكدة حول انتشار هذا النوع من القلق بين النساء الحوامل أو تقدير مستوياته، ولا يوجد إجماع حتى الآن بشأن أفضل السبل والطرق لتحديده وقياسه (Guardino & Dunkel Schetter, 2014) ففي دراسة أجراها كل من (Lee, Lam, Sze, Chong, Chui & Fong, 2007) بهدف التعرف على مؤشرات قلق الحمل لدى عينة أمريكية مكونة من (311) امرأة حامل، انتهت نتائج الدراسة إلى أن صغر سن الأم الحامل، والحمل الأول والمستويات المرتفعة من القلق العام وقلق الحالة تنبأت بارتفاع القلق المرتبط بالحمل، كما أشارت نتائج دراسة كل من (Teixeira, Figuerido, Conde, Pacheco & Costa, 2009) التي استطلعت انتشار القلق لدى النساء الحوامل إلى وجود مستوى من القلق خلال الأشهر المختلفة من الحمل مع ارتفاع ملحوظ في مستوى القلق في الثلث الأول والثالث من الحمل.

كما وجدت دراسة كل من (Lynn, Alderdice, Crealey & McElnay, 2011) التي أجريت على الأمهات الحوامل في إيرلندا الشمالية، حيث تكونت العينة من (263) امرأة حامل أن هناك مستوى عالي من القلق المرتبط بالحمل بين النساء الحوامل اللواتي لم يسبق لهن الإنجاب، وفي السياق ذاته توصلت دراسة كل من

(Figueiredo & Conde, 2011) إلى ارتفاع مستوى القلق في الثلث الأول والثالث من الحمل، بينما شهد الثلث الثاني من الحمل انخفاضاً في مستوى القلق حيث تصبح المرأة في هذه المرحلة أكثر تكيفاً مع تغيرات الحمل، وكشفت نتائج دراسة سويدية أجريت على (916) امرأة حامل في الثلث الأول من الحمل، عن وجود أعراض القلق لدى (15.6%) من عينة الدراسة، وأفادت الدراسة بأن النساء تحت سن (25) عاماً كن أكثر عرضة لخطر الإصابة بأعراض القلق، وخلصت الدراسة إلى أن أعراض القلق أثناء الحمل زادت من معدل تفضيل الولادة القيصرية لدى النساء الحوامل (Rubertsson, Hellstrom, Cross & Sydsjo, 2014)

وتمثل الهدف من دراسة (Nagandla, et al., 2016) التي أجريت على (288) امرأة حامل ممن يتلقين رعاية ما قبل الولادة في عيادتين صحييتين في ماليزيا إلى الكشف عن الاضطرابات النفسية الشائعة لدى النساء الحوامل وأُستخدمت المقابلات الإكلينيكية لفحص النساء الحوامل خلال الثلث الثاني والثالث من الحمل، كما أُستخدم مقياس القلق والتوتر والاكتئاب (DASS-21) لتقدير مستوى القلق والتوتر والاكتئاب لدى عينة الدراسة، فُدرت نسبة انتشار اكتئاب ما قبل الولادة والقلق والتوتر بـ (23.6%) في الثلث الثاني من الحمل وبنسبة (24.7%) في الثلث الثالث وكانت أكثر مشاكل الصحة النفسية شيوعاً بين النساء الحوامل هي القلق بنسبة (18.8%) يليها الاكتئاب بنسبة (6.9%) ثم التوتر بنسبة (4.2%)، ولم يكن هناك فرق كبير في تطور الاضطرابات النفسية بين الثلث الثاني والثالث من الحمل. كما كانت العوامل الاجتماعية والديموغرافية المرتبطة باضطرابات الصحة النفسية هي المستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض ونقص الدعم الأسري، والحمل غير المخطط له.

وفي السياق ذاته توصلت دراسة كل من (Silva, Nogueira, Clapis & Leite, 2017) التي أجريت على (209) امرأة حامل تم اختيارهن من عدة مدن جنوب البرازيل. استخدم الباحثون مقياس قلق المستشفى الفرعي لتقييم مستوى القلق لدى عينة الدراسة، إلى أن (26.8%) من عينة الدراسة كان لديهن مستوى مرتفع من القلق، وكان القلق أكثر تواتراً في الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل، كما ارتبط عدد السجائر التي يتم تدخينها يومياً وتعاطي المخدرات بدلالة إحصائية بحدوث القلق أثناء الحمل.

كما هدفت دراسة كل من (Balbuena, Rodríguez, Gomis, Barriendos & Le, 2018) إلى تقدير انتشار القلق بين النساء الحوامل، أكملت المشاركون البالغ عددهن (385) امرأة حامل مقياس اضطراب القلق العام (GAD) وأشارت النتائج إلى أن نسبة القلق في الثلث الأول من الحمل بلغت (19.5%) وفي الثلث الثاني من الحمل بلغت (16.8%) في حين بلغت النسبة في الثلث الثالث (17.2%) وكان التدخين ووجود مرض سابق والتغير في العلاقات الاجتماعية عوامل تنبأ هامة بالقلق، كما لم يرتبط صغر سن الأم بالقلق، كذلك لم يكن مستوى التعليم والدخل مؤشراً هاماً على أعراض قلق ما قبل الولادة، وتمثل الهدف من دراسة (Busari, 2018) في تقدير انتشار القلق والاكتئاب والعوامل المرتبطة بهما بما في ذلك العنف المنزلي لدى النساء الحوامل اللائي يراجعن عيادات رعاية ما قبل الولادة في مستشفى مونيا الحكومي. أوضحت النتائج أن (22%) من عينة الدراسة تعانين من القلق والاكتئاب، كما

ارتبط الضيق النفسي والقلق مع بطالة الزوج، وانخفاض دخل الأسرة والتعليم ما فوق الثانوي، والحمل الأول وغير المرغوب فيه.

وأشارت نتائج دراسة (Nath, Venkatesh, Balan, Metgud, Krishn & Murthy, 2019) التي شملت (380) امرأة حامل ممن يستفدن من الرعاية السابقة للولادة في المستشفى العام بمدينة بنغالور في الهند، وتم تقييم القلق لدى المشاركات باستخدام مقياس الأفكار المتعلقة بالحمل (PRT)، إلى أن أكثر من نصف عينة الدراسة تعاني من القلق. كما ظهرت الحالة الاجتماعية والمستوى الاقتصادي المنخفض، وانخفاض الدعم الاجتماعي والاكتئاب كمحددات هامة للقلق.

ووجدت دراسة كل من (Zhou, Weng, Tan, Wu, Ma, Zhang & Yuan, 2020) التي أجريت على (342) امرأة حامل في الثلث الثاني والأخير من الحمل أن انتشار القلق المرتبط بالحمل بين النساء الحوامل الصينيات كان بنسبة (31%) في منتصف الحمل، وبنسبة (29%) في أواخر الحمل، كما ظهرت ارتباطات هامة بين الحمل غير المخطط له، والقلق بشأن عملية الولادة وبين جنس الطفل الأول والقلق على صحة الجنين في منتصف الحمل؛ وكانت المخاوف المرتبطة بعملية الولادة أكثر المخاوف شيوعاً لدى الحوامل، علاوة على ذلك، ارتبط الحمل غير المخطط له بمستويات عالية من القلق أثناء عملية الولادة، ولكن ليس في أواخر الحمل وكان الاكتئاب أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً لدى عينة الدراسة.

وهدف دراسة كل من (Hamzehgardesi, Omidvar, Amoli, Firouzbakht, 2021) إلى تقييم مستوى القلق المرتبط بالحمل لدى المرأة الحامل والعوامل المرتبطة به أثناء جائحة كورونا. شارك في الدراسة (318) امرأة حامل من المراجعات لمراكز الصحة الأولية في إيران. أكملت المشاركات مجموعة من المقاييس شملت مقياس القلق المرتبط بالحمل ومقياس أدنبرة للاكتئاب ومقياس قلق الإصابة بكوفيد-19؛ أشارت النتائج إلى أن (21%) من عينة الدراسة تعاني من القلق المرتبط بالحمل، و(42.1%) من الاكتئاب و(4.4%) من قلق الإصابة بكوفيد-19، وتتباين عدد مرات الحمل، وقلق الإصابة بكوفيد-19، والاكتئاب بالمستويات المرتفعة من قلق الحمل.

وأخيراً، بحثت دراسة كل من (Akinsulore, Temidayo, Oloninyi, Olalekan & Yetunde, 2021) أعراض القلق المرتبط بالحمل والعوامل المرتبطة به لدى (230) امرأة حامل من بين المراجعات لمستشفى نيجيريا التعليمي. أكملت المشاركات مجموعة من المقاييس شملت مقياس قلق الحمل (PASS) ومقياس كانبريدج للقلق (CWS) وقائمة عوامل الشخصية (BFI) ومقياس الدعم الاجتماعي (MSS). خلصت الدراسة إلى أن مستوى القلق كان مرتفعاً لدى (55,7%) من عينة الدراسة، وأظهرت النساء في الثلث الثاني من الحمل مستوى أعلى من القلق، وكان مستوى القلق مرتفع لدى المجموعات العمرية الأصغر والأكبر سناً، وكانت النساء ذوات المستوى الاقتصادي المنخفض أكثر قلقاً مقارنة بفئات الدخل المتوسط والعالي، ولم يرتبط الحمل غير المرغوب فيه بالقلق، وخلصت الدراسة إلى أن الدعم المقدم من الشريك وعامل الانبساطية ارتبط بمستويات أقل من القلق.

من خلال استعراض الدراسات السابقة يُلاحظ وجود تفاوت في تقدير مستوى ومعدلات انتشار القلق لدى النساء الحوامل خلال المراحل الرئيسية في الحمل ويمكن أن تعزى الأسباب المحتملة لتباين التقديرات إلى الاختلافات في حجم العينة وطرق وأدوات تقييم القلق، كما يتضح أيضاً أن تفاعل القلق قد يحدث بسبب العديد من العوامل؛ منها ما يتعلق بالمرأة نفسها أو الحمل أو ظروف الحياة، كذلك يظهر أن بعض الدراسات التي تناولت موضوع القلق لدى النساء الحوامل بحثت القلق العام أكثر من القلق المرتبط بالحمل، واعتمدت على مقاييس تقيس القلق العام وجميعها لا تُقيم المخاوف أو الضغوط التي تتعلق بفترة ما قبل الولادة تحديداً، مما يُشير إلى الحاجة إلى تطوير أداة لتقييم قلق الحمل المحدد، أما ما يتعلق بالدراسات التي بحثت ارتباط العوامل الديموغرافية بقلق الحمل فقد تباينت نتائجها، ومن الجلي أن هذه الدراسات أجريت في سياقات ثقافية وحضارية مغايرة لتلك التي تسود في البيئة العربية عموماً والبيئة المحلية موضوع تركيز هذه الدراسة بشكل خاص.

ونظراً لكون مرحلة الحمل والولادة من المراحل المهمة والحساسة في حياة المرأة، كانت الحاجة ماسة لدراسة القلق المرتبط بالحمل والعوامل المرتبطة به لدى النساء الحوامل لسد النقص الواضح في الدراسات والأبحاث الميدانية العربية عموماً والمحلية تحديداً في مجال الصحة النفسية للمرأة، والإفادة من نتائجها في إعداد برامج الصحة النفسية ذات العلاقة على المستويات المختلفة النمائية والوقائية والعلاجية.

مشكلة الدراسة:

القلق جانب مهم من الجوانب النفسية التي تصاحب الحمل وهو شعور طبيعي ومتوقع في ظروف الحمل، إلا أن علاقته به علاقة معقدة فقد يكون القلق بسبب مخاوف حقيقية من حدوث مضاعفات للمرأة أثناء الحمل أو الولادة وقد يزيد القلق بدوره تعرض المرأة للمخاطر، حيث أن له تأثير على الحمل ومساره، وعلى الرغم من الاعتقاد السائد في العديد من المجتمعات حول تأثير الحالة النفسية للأم على نمو الجنين وسلامته، إلا أن رعاية الصحة النفسية للمرأة الحامل في مرحلة الحمل قد حظيت باهتمام أقل مقارنة بالاهتمام الذي حظيت به الحالة النفسية للأم في فترة ما بعد الولادة، حيث تُعطى أهمية كبيرة لمعالجة مضاعفات الولادة والحد من وفيات الأمهات، بينما حظيت الصحة النفسية للمرأة قبل الولادة باهتمام أقل، ووفقاً لمراجعة منهجية حديثة أشارت إلى أن نسبة انتشار القلق خلال فترة الحمل تراوحت ما بين (1-26%) في الدول والبلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض، وأن البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض ساهمت بـ (8%) فقط من الأدبيات المدرجة حول موضوع القلق المرتبط بالحمل (Nath, et al., 2019) وتعكس هذه النتائج الحاجة بالتأكيد إلى إجراء مزيد من البحث في هذا المجال من أجل الوصول إلى فهم أفضل وأعمق للقلق المرتبط بالحمل وتأثيره على تجربة الحمل وتعلق الأم بطفلها، وبذلك تتلخص مشكلة الدراسة في الإجابة عن التساؤلات التالية:

1. ما مستوى القلق المرتبط بالحمل لدى النساء الحوامل؟
2. ما أكثر المخاوف المرتبطة بالحمل شيوعاً لدى النساء الحوامل؟
3. ما الفروق في مستوى القلق المرتبط بالحمل لدى النساء الحوامل التي تُعزى للمتغيرات الديموغرافية (العمر - مستوى التعليم - التخطيط للحمل - عدد مرات الحمل - مرحلة الحمل - مستوى الدخل)؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى:

1. تحديد مستوى القلق المرتبط بالحمل لدى النساء الحوامل.
2. تعرف أكثر المخاوف المرتبطة بالحمل شيوعاً لدى النساء الحوامل.
3. الكشف عن الفروق في مستوى القلق المرتبط بالحمل لدى النساء الحوامل وفقاً للمتغيرات الديمغرافية: (العمر - مستوى التعليم - التخطيط للحمل - عدد مرات الحمل - مرحلة الحمل - مستوى الدخل).

أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة في الآتي:

الأهمية النظرية:

- يُعد موضوع الحمل من الموضوعات المهمة والحيوية، إلا أن الدراسات العربية والمحلية التي تناولت هذا الموضوع من جانب نفسي قليلة، إذ تعد هذه الدراسة من الدراسات القليلة في مجال الصحة النفسية للمرأة الحامل.
- على الرغم من الاهتمام المتزايد عالمياً بصحة المرأة النفسية والإنجابية بمختلف جوانبها، إلا أنه مازال هناك نقص واضح في الدراسات والأبحاث الميدانية المحلية الخاصة بمشكلات المرأة النفسية، ومعظم الجهود في الوطن العربي تستند إلى نتائج دراسات عربية تختلف كثيراً في الظروف ونمط الحياة والثقافة عن المجتمعات العربية.

الأهمية التطبيقية:

- ستفيد نتائج الدراسة في فهم العوامل المرتبطة بحدوث القلق المرتبط بالحمل، مما يسمح بوضع تدابير الرعاية الوقائية قبل الولادة والتي تتميز بأنها مساحة واسعة لتطوير التدخلات المناسبة التي تهدف إلى تعزيز الصحة النفسية للمرأة الحامل.
- يُمكن الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية في التخطيط والإعداد للبرامج الإرشادية لإدارة القلق والتوتر أثناء الحمل ومنع النتائج السلبية المرتبطة به.
- اعتمدت الأبحاث والدراسات السابقة على مقاييس متنوعة لتقييم القلق لدى النساء الحوامل وهذه المقاييس بطبيعة الحال لا تقيس المخاوف والضغوط الخاصة بالحمل، كما أن استخدام مقاييس القلق العام لقياس القلق المرتبط بالحمل قد لا يتنبأ بنتائجه السلبية على صحة الأم والطفل، حيث أظهرت نتائج الدراسات أن قلق الولادة كان مؤشراً هاماً على مدة الولادة، وبالتالي لم يكن للقلق العام كما تم قياسه باستخدام مقاييس القلق العام قيمة تنبؤية في هذا الصدد (Mortazavi & Akaberi, 2018)، لذا بات من الأهمية تطوير أداة مناسبة ذات خصائص

سيكومترية جيدة لقياس قلق الحمل لدى النساء البكر ومتعددات الولادة، وسيوفر هذا الإجراء للباحثين أداة قد تساعد في توفير نتائج أكثر دقة عند دراسة القلق والحمل.

حدود الدراسة:

اقتصرت الدراسة الحالية على عينة من النساء الحوامل المراجعات لعيادة النساء والولادة التابعة للمستشفيات الحكومية والأهلية بمدينة الرياض خلال الفترة الممتدة ما بين شهري أكتوبر ونوفمبر (2020)، كما اقتصرت الدراسة على الأداة المستخدمة لقياس القلق المرتبط بالحمل وما تتمتع به من دلالات صدق وثبات.

مفاهيم ومصطلحات الدراسة:

يُعرف القلق Anxiety بأنه: حالة مزاجية موجهة نحو المستقبل وفيه يكون الشخص على استعداد لمحاولة التعامل مع الأحداث السلبية القادمة (Barlow, 2000).

ويُعرف الحمل Pregnancy بأنه: فترة حضانة الأم للجنين في الرحم من بداية تكوينه (تلقحه) إلى تاريخ ولادته، تمتد هذه الفترة إلى (40) أسبوعاً تقريباً أو نحو (9) أشهر بداية من تاريخ آخر دورة شهرية إلى يوم الولادة.

القلق المرتبط بالحمل Pregnancy-related Anxiety هو حالة عاطفية تشبه القلق ولكنها متميزة لأنها تتمثل بشكل خاص في مخاوف النساء الحوامل في سياق حملهن، وبناءً على التعريف العام للقلق على أنه: حالة عاطفية سلبية ناتجة عن تصورات التهديد، فإن القلق المرتبط بالحمل يُعد نمط من قلق الحالة المرتبط بالسياق ويشمل القلق مخاوف المرأة المحددة المرتبطة بفترة الحمل والولادة ورفاهية ذاتها والطفل وفريق الرعاية الصحية والمستشفى والتغيرات المرتبطة بمظهر المرأة والحياة الأسرية ودور الأمومة القادم (Bruntona, Dryera, Salibaa & Kohlhoffb, 2019).

وتُعرف الباحثة القلق المرتبط بالحمل في الدراسة الحالية: بأنه نمط من قلق الحالة المرتبط بسياق الحمل والنتائج عن مخاوف المرأة المرتبطة بالولادة وتغيرات صورة الجسم ودور الأمومة وسلامة الجنين.

ويُعرف إجرائياً بأنه: الدرجة التي تحصل عليها المستجيبة على مقياس القلق المرتبط بالحمل المستخدم في الدراسة الحالية إعداد الباحثة.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

منهج الدراسة:

حيث إن الهدف من هذه الدراسة هو تعرف مستوى القلق المرتبط بالحمل لدى النساء الحوامل كذلك الكشف عن الفروق في مستوى القلق المرتبط بالحمل وفق بعض المتغيرات الديمغرافية، فإن المنهج الوصفي هو الأكثر ملائمة لأهداف الدراسة.

مجتمع وعينة الدراسة:

تألف مجتمع الدراسة من جميع النساء السعوديات الحوامل اللاتي يراجعن عيادات النساء والولادة في المستشفيات والمراكز الطبية المتخصصة الحكومية والخاصة في مدينة الرياض باختلاف مستوياتهن التعليمية والاقتصادية، وتكونت العينة النهائية للدراسة من (231) امرأة حامل ممن يراجعن عيادات النساء والولادة بمستشفى قوى الأمن ومستشفى الحرس الوطني والمستشفى العسكري خلال الفترة الممتدة ما بين شهري أكتوبر ونوفمبر 2020م وتم اختيارهن بالطريقة المتيسرة.

أدوات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة والمتمثلة بمعرفة مستوى القلق المرتبط بالحمل لدى المرأة الحامل، والكشف عن الفروق في مستوى القلق المرتبط بالحمل وفق بعض المتغيرات الديمغرافية تم استخدام الأدوات التالية: استمارة جمع البيانات الأولية: وتضمنت عدد من البيانات العامة كالعمر، ومستوى التعليم، ومستوى الدخل، والتخطيط للحمل، وعدد مرات الحمل، ومرحلة الحمل.

مقياس القلق المرتبط بالحمل: Pregnancy-Related Anxiety scale

وقد أعدت الباحثة مقياس القلق المرتبط بالحمل استناداً إلى نظرية القلق لسبيلبيرجر (Speilberger, 1972) على اعتبار أن قلق الحمل نمط من قلق الحالة المرتبط بالسياق ويشمل مخاوف المرأة المحددة المرتبطة بفترة الحمل، كما تم الاطلاع على عدد من المقاييس والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع قلق الحمل مثل دراسة: (Anderson, Brunton & Dryer, 2018; Askarizadeh, Karamoozian & Darekordi, 2017; Bruntona, et al., 2019; Mortazavil & Akaberi, 2019) وقد أفادت الباحثة من تلك الدراسات في صياغة عبارات المقياس وتحديد أبعاده ليتكون في صورته النهائية من (17) عبارة موزعة على أربعة أبعاد هي:

بعد الأول: المخاوف المرتبطة بالولادة: وتتمثل في المخاوف من الأم المخاض والولادة الطبيعية ومضاعفات الولادة والتدخلات الطبية غير الضرورية أثناء المخاض، والولادة القيصرية وعدم الثقة في الممارسين الطبيين وحدث الوفاة أثناء الولادة. ويندرج تحت هذا البعد العبارات رقم: (1-5-9-13-15-17).

البعد الثاني: المخاوف المرتبطة بصورة الجسم: وتتمثل في المخاوف من تغير شكل الجسم وزيادة الوزن وفقدان السيطرة على هذه الزيادة، والعودة إلى الوزن الطبيعي بعد الولادة ويندرج تحت هذا البعد العبارات رقم: (2-6-10).

البعد الثالث: المخاوف المرتبطة بالأمومة: وتتمثل في المخاوف المرتبطة بالمسؤولية، والتوقعات حول دور الأمومة والأبوة، والتكيف مع نمط الحياة الجديد، ويندرج تحت هذا البعد العبارات رقم: (4-8-12-14-16).

البعد الرابع: المخاوف المرتبطة بسلامة الجنين: وتتمثل في المخاوف من خطر تعرض الجنين للإصابة بالتشوهات الجسدية أو قصور في القدرات العقلية وبقائه على قيد الحياة وولادة طفل سليم ويندرج تحت هذا البعد العبارات رقم: (3-11-7).

وتتم الإجابة على عبارات المقياس وفق خمسة بدائل: دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً وقد وضعت لهذه البدائل أوزان متدرجة على النحو الآتي: أبداً (1)، ونادراً (2)، وأحياناً (3)، وغالباً (4)، ودائماً (5)، وتتراوح الدرجات على المقياس ما بين (17-85) حيث تُشير الدرجات المرتفعة إلى مستوى مرتفع من قلق الحمل.

صدق وثبات مقياس القلق المرتبط بالحمل:

تحققت الباحثة من صدق وثبات المقياس على النحو الآتي:

أولاً: الصدق:

أ- الصدق الظاهري:

تم التحقق من صدق الظاهري للمقياس بعرضه على (5) محكمين من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، و(3) أطباء من المتخصصين في أمراض النساء والتوليد للحكم على صدق ووضوح ومناسبة العبارات، وتم استخراج النسبة المئوية للاتفاق بين المحكمين، وأُعتبرت نسبة اتفاق (80%) فأكثر معياراً للحكم على صدق ووضوح ومناسبة العبارات، ولم يسفر عن هذه الخطوة استبعاد أي عبارة من عبارات المقياس، كما غُذلت صياغة بعض العبارات بناءً على توصية المحكمين.

ب- صدق المحك:

تم حساب صدق المحك لمقياس القلق المرتبط بالحمل وذلك من خلال حساب ارتباطات المقياس بكل من مقياس قلق الحالة والسمة لسبيلبيرجر (Spielberger State - Trait Anxiety Inventory (STAI) تعريب عبد الخالق (1992) ومقياس بيك للاكتئاب (Beck Depression Inventory) تعريب عبد الخالق (1996)، وقد ارتبط مقياس القلق المرتبط بالحمل بشكل ذو دلالة إحصائية وفي الاتجاه المتوقع مع مقياسي قلق الحالة والسمة ومقياس الاكتئاب، حيث بلغ معامل الارتباط لمقياس قلق الحالة (0.41) ولمقياس قلق السمة (0.40) ولمقياس الاكتئاب (0.38) وجميعها دالة عند مستوى (0.01) وبذلك أعطت هذه الارتباطات مؤشراً لصدق المحك من خلال وجود ارتباط موجب ودال بمقاييس القلق والاكتئاب.

ج- الصدق العاملي:

للتأكد من أن البيانات صالحة للتحليل العاملي تم استخدام اختبار Bartlett's Test of Sphericity والذي يشترط أن يكون مستوى الدلالة أقل من (0.05). وبلغت قيمة اختبار Barlett للبيانات (2226,586) بمستوى دلالة بلغ (0.000) وهو أقل من مستوى الدلالة (0.05) 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 (0.897) وهي قيمة أكبر من الحد الأدنى للقيمة المقبولة لكفاية العينة (0.60)، وبناءً على ذلك يعتبر حجم العينة كافياً لإجراء التحليل العاملي، بعد ذلك أُخضعت عبارات المقياس للتحليل العاملي التوكيدي بطريقة المكونات الأساسية (Principal Components Method) وتحديد عدد العوامل، مع تدوير المحاور بطريقة مصفوفة التباين، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول (1) مصفوفة العوامل بعد التدوير وتشبع العبارات على العوامل والجذور الكامنة ونسبة التباين المفسر للعوامل الأربعة لمقياس القلق المرتبط بالحمل

العوامل				العبارات
4	3	2	1	
			0.63	أخشى الولادة المبكرة
	0.83			أشعر بالقلق تجاه مظهر جسمي غير الجذاب
0.66				أشعر بالقلق من عدم معرفة ما يريد الطفل عندما يبكي
		0.65		أخشى ألا يكون طفلي بصحة جيدة
			0.62	أشعر بالخوف عند التفكير في آلام الولادة
	0.73			أخشى ألا يستعيد جسمي شكله الطبيعي بعد الولادة
0.69				أخشى ألا أكون أم جيدة
		0.79		أخشى أن يكون جنيني مشوهاً أو معاقاً
			0.58	أشعر أنني غير مستعدة للولادة
	0.85			أشعر بالقلق تجاه زيادة وزني خلال فترة الحمل
0.64				أشعر بالقلق بشأن رعاية طفلي بمفردي بعد خروجي من المستشفى
		0.80		أخشى أن يُصاب الجنين بتلف في المخ أو ضعف في القدرة العقلية
			0.82	أشعر أن الولادة القيصرية أكثر أماناً من الولادة الطبيعية
		0.72		أخشى أن يموت الطفل بعد الولادة
			0.85	أفكر في إجراء عملية قيصرية لتجنب آلام الولادة الطبيعية
		0.61		أخاف أن أفقد الإحساس بحركة الجنين
			0.514	أخاف من حدوث التدخلات الطبية غير الضرورية الطبية (مثل استخدام الملقط، أو الشفط) أثناء الولادة.
13.06	15.07	18.32	21.19	نسبة التباين المفسر
2.22	2.56	3.11	3.60	الجذر الكامن

يتبين من الجدول (1) أن التحليل العاملي أتاح استخلاص أربعة عوامل تجاوزت قيم الجذر الكامن لها الواحد الصحيح فبلغت قيمة الجذر الكامن للعامل الأول (3.60) وللعامل الثاني (3.11) وللعامل الثالث (2.56) وللعامل الرابع (2.22) وقد بلغت نسبة التباين التي تفسرها العوامل الأربعة مجتمعة (76.66%) من التباين الكلي وهي نسبة مرتفعة وقد فسر العامل الأول ما نسبته (21.19%) من التباين، وفسر العامل الثاني ما نسبته (18.32%) من التباين، في حين فسر العامل الثالث (15.07%) من التباين، وفسر العامل الرابع (13.06%) من التباين وتُشير العوامل الأربعة المستخرجة إلى الصدق العاملي للمقياس.

ثانياً: الثبات:

للتحقق من ثبات مقياس القلق المرتبط بالحمل تم استخدام معامل ألفا كرونباخ (Alpha Cronbach) والتجزئة النصفية، لإيجاد معامل الثبات لكل بعد من أبعاد المقياس وكذلك معامل الثبات الكلي للمقياس، والجدول التالي يوضح قيم معاملات الثبات.

الجدول (2) معاملات ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لأبعاد مقياس القلق المرتبط بالحمل والمقياس ككل

الأبعاد	ألفا كرونباخ	سبيرمان	جتمان
المخاوف المرتبطة بالولادة	0.73	0.72	0.77
المخاوف المرتبطة بصورة الجسم	0.74	0.87	0.81
المخاوف المرتبطة بالأمومة	0.70	0.78	0.72
المخاوف المرتبطة بسلامة الجنين	0.83	0.84	0.81
المقياس ككل	0.86	0.91	0.91

يتضح من الجدول (2) أن قيم معاملات الثبات لجميع الأبعاد مقبولة، حيث انحصرت قيم الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ لأبعاد المقياس ما بين (0.70-0.83)، وبلغت قيمة معامل الثبات الكلي للمقياس (0.86) وباستخدام معادلة سبيرمان - بروان تراوحت قيم الثبات للأبعاد ما بين (0.72-0.87)، وباستخدام معادلة جتمان تراوحت قيم الثبات للأبعاد ما بين (0.72-0.81)، في حين بلغت قيمة معامل الثبات للمقياس ككل (0.91)، وهي قيمة مرتفعة وتُشير إلى ثبات مرتفع للمقياس.

الأساليب الإحصائية:

لتحقيق أهداف الدراسة حُسبت المتوسطات (Means) والانحرافات المعيارية (Standard Deviations) ولمعرفة الفروق بين المتوسطات ودلالاتها استخدم اختبار "ت" للعينات المستقلة (T Independent Sample) وتحليل التباين الأحادي (One Way Anova) وكروسكال والس (Kruskal Wallis) كما استخدمت الاختبارات البعدية لمعرفة اتجاه الفروق.

نتائج الدراسة وتفسيرها:

يتناول هذا الجزء من الدراسة وصفاً تحليلياً لنتائج المعالجة الإحصائية التي أجريت للإجابة على تساؤلات الدراسة، كما يلي:

التساؤل الأول: ما مستوى القلق المرتبط بالحمل لدى النساء الحوامل؟، وللإجابة على هذا التساؤل حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس القلق المرتبط بالحمل، حيث تم الحصول على درجة القلق المرتبط بالحمل من خلال حساب طول الفئة، حيث أن (1-2.60) يُشير إلى مستوى منخفض من القلق، و(2.61 - 3.40) يُشير إلى مستوى متوسط من القلق، و(3.41 - 5) يُشير إلى مستوى مرتفع من القلق، كما يتضح ذلك في الجدول التالي:

الجدول (3) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة الدراسة على مقياس القلق المرتبط بالحمل

أبعاد مقياس القلق المرتبط بالحمل	المتوسطات الحسابية	الانحرافات المعيارية	مستوى قلق المحمل
المخاوف المرتبط بالولادة	2.95	0.28	متوسط
المخاوف المرتبطة بصورة الجسم	2.70	0.19	متوسط
المخاوف المرتبطة بالأمومة	2.82	0.26	متوسط
المخاوف المرتبطة بسلامة الجنين	2.80	0.25	متوسط
الدرجة الكلية	2.91	0.27	متوسط

يتضح من الجدول (3) أن مستوى القلق المرتبط بالحمل لدى أفراد عينة الدراسة جاء بدرجة متوسطة وذلك على المقياس ككل و الأبعاد الفرعية، حيث جاء المتوسط الحسابي للبعد الأول: المخاوف المرتبط بالولادة (2.95) وللبعد الثاني: المخاوف المرتبطة بصورة الجسم (2.70)، وللبعد الثالث: المخاوف المرتبطة بالأمومة (2.82)، وللبعد الرابع: المخاوف المرتبطة بسلامة الجنين (2.80) في حين بلغ المتوسط الحسابي لمستوى قلق الحمل ككل (2.91)، وتختلف هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Glazer, 1980) ودراسة كل من (Silva, Nogueira, Clapis & Leite, 2017) التي أشارت إلى أن مستوى القلق كان مرتفعاً لدى النساء الحوامل، وتغزو الباحثة هذا الاختلاف إلى الخصوصية الثقافية للمجتمعات العربية التي تُشجع الأسر على أن تكون أكثر دعماً ورعايةً للنساء الحوامل، فوجود المرأة الحامل وسط شبكات اجتماعية جيدة من الأقارب والأصدقاء توفر الدعم والمساندة الاجتماعية يمكن أن يكون له أثر كبير في التخفيف من مستوى القلق لديها؛ ولا شك أن غالبية النساء تعاني من درجة معينة من القلق طوال فترة الحمل، ويرجع ذلك إلى التغيرات الجسدية والعاطفية والنفسية التي تمر بها المرأة أثناء الحمل وبعض النساء تجد أن هذه التغيرات التي تترافق مع الحمل مرهقة للغاية، ويستجبن لهذا الضغط من خلال الشعور بالقلق ويعتمد تواتر وشدة القلق على تصور المرأة للضغوط وقدرتها على التعامل معها، ومع التغيرات الحياتية الجديدة، وما إذا كانت التغيرات طفيفة ولا تؤثر على أسلوب حياتها إلى حد كبير، أو تغيرات جذرية في أسلوب حياتها، كل هذه العوامل تساعد في تحديد قدرتها على التكيف بسهولة أو مع بعض الصعوبة مع الحمل (Doyle-Waters, 1994).

التساؤل الثاني: ما أكثر المخاوف المرتبطة بالحمل شيوعاً لدى النساء الحوامل؟ للإجابة على هذا التساؤل تم حساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، لاستجابات أفراد عينة الدراسة على أبعاد مقياس القلق المرتبط بالحمل، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول (4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس القلق المرتبط بالحمل

أبعاد مقياس القلق المرتبط بالحمل	المتوسطات الحسابية	الانحرافات المعيارية	الترتيب
المخاوف المرتبطة بالولادة	17.69	0.79	1
المخاوف المرتبطة بصورة الجسم	9.31	0.59	3
المخاوف المرتبطة بالأمومة	8.45	0.58	4
المخاوف المرتبطة بسلامة الجنين	14.02	0.75	2

من خلال نتائج الجدول (4) يتضح أن المخاوف المرتبطة بالولادة جاءت في المرتبة الأولى من بين أكثر المخاوف المرتبطة بالحمل شيوعاً لدى النساء الحوامل وذلك بمتوسط حسابي بلغ (17.69) وانحراف معياري (0.79)، واحتلت المخاوف المرتبطة بسلامة الجنين المرتبة الثانية من بين أكثر المخاوف شيوعاً لدى النساء الحوامل وذلك بمتوسط حسابي بلغ (14.02) وانحراف معياري (0.75)، ثم جاءت المخاوف المرتبطة بصورة الجسم في المرتبة الثالثة من بين أكثر المخاوف شيوعاً لدى النساء الحوامل بمتوسط حسابي بلغ (9.31) وانحراف معياري (0.59)، وأخيراً جاءت المخاوف المرتبطة بالأمومة في المرتبة الرابعة من بين أكثر المخاوف شيوعاً لدى النساء الحوامل بمتوسط حسابي (8.45) وانحراف معياري (0.58)، وتتسق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه نتائج دراسة (Zhou, et al., 2020) التي خلصت إلى أن أكثر المخاوف شيوعاً لدى النساء الحوامل كانت المخاوف المرتبطة بالولادة تليها المخاوف المرتبطة بسلامة وصحة الجنين، بينما اختلفت مع نتيجة دراسة (Glazer, 1980) التي خلصت إلى أن المخاوف الأكثر شيوعاً والمرتبطة بقلق الحمل لدى النساء الحوامل كانت المخاوف المرتبطة بصحة وسلامة الجنين وجاءت بالمرتبة الأولى وبنسبة (93%) تليها المخاوف المرتبطة بمظهر الأم بنسبة (91%) ثم المخاوف المرتبطة بالولادة بنسبة (89%) وتبدو هذه النتيجة منطقية، حيث تشعر النساء بالخوف بشأن المخاض والولادة منذ بداية الحمل وتستمر هذه المخاوف المتعلقة بالولادة لدى العديد من النساء طوال فترة الحمل، وتتركز هذه المخاوف على الألم، والعجز وفقدان السيطرة وفقدان الثقة بالنفس والخوف من الموت، فالقلق من الولادة أمر شائع لدى الكثير من النساء، ويحدث القلق بالرغم من أن جسد المرأة مهياً من الناحية التشريحية للقيام بوظيفة الولادة، وعلى الرغم من أن خبرة الحمل تُعتبر لدى بعض النساء مصدر للسعادة والرضا وتحقيق الذات وتأكيد الهوية الأنثوية، إلا أن مجرد التفكير في المخاض وآلام الولادة قد يولد الخوف والهلع لدى كثير من النساء الحوامل، ويحدث القلق من الولادة بسبب مخاوف كثيرة منها المضاعفات الطبية التي يمكن حدوثها خلال فترة الحمل وأثناء الولادة، كذلك الخوف من التشوهات الخلقية للجنين أو موته داخل الرحم؛ بالإضافة إلى المخاوف التي تصاحب عملية الولادة وما قد يرافقها من مضاعفات قد تؤدي إلى حدوث تدخلات طبية وصعوبة الولادة كل ذلك يمكن أن يؤثر على النتيجة النفسية لتجربة الولادة لدى المرأة، فقد خلصت دراسة كل من (Rubertsson, et al., 2014) إلى أن أعراض القلق أثناء الحمل زادت من معدل تفضيل الولادة القيصرية على الولادة الطبيعية، وفيما يتعلق بالمخاوف المرتبطة بسلامة الجنين، والتي جاءت في المرتبة الثانية، حيث تتركز مخاوف المرأة الحامل حول صحة

جنينها وفيما إذا كان يحمل تشوهات خلقية أم لا، أو التعرض للإجهاد في الشهور الأولى من الحمل، أو وفاة الجنين بسبب الولادة المبكرة، وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه الدراسات السابقة من أن النساء الحوامل قد يكون لديهن مخاوف شديدة بشأن فشل الفترة الجنينية (Bruntonae, et al., 2019).

أما ما يتعلق بالمخاوف المرتبطة بصورة الجسم والتي جاءت في المرتبة الثالثة، فتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى حقيقة أن صورة الجسم هي الصورة الذهنية التي يكونها الفرد عن جسده، وهذه الصورة تتأثر بالتجارب والتصورات التي يمر بها الفرد، وأثناء الحمل يتغير مظهر جسم المرأة بشكل كبير؛ وبطبيعة الحال تتأثر صورة الجسم أيضاً بهذا التغيير وبالضغوط الثقافية التي تعزز مثال النحافة ولذا فليس من المستغرب أن تميل النساء الحوامل إلى عدم النظر إلى التغيرات الجسدية على أنها تغيرات إيجابية فالتغيرات الجسدية الأولية يمكن توقعها بشكل إيجابي لأنها تقدم تأكيداً على أن المرأة حامل بالفعل، ومع ذلك تُشير الدراسات إلى أن الضغوط المتكررة التي أبلغت عنها النساء الحوامل في الأشهر الثلاثة الأولى كانت مرتبطة بالجسم وصراعات الصورة الذاتية وبحلول الثلث الثالث من الحمل تحدث تغيرات جسدية جذرية في شكل الجسم تؤثر على معظم جوانب حياة المرأة الحامل، وقد ينتج عن هذه التغيرات مشاعر سلبية لدى المرأة الحامل حول مظهرها، ومخاوف من عدم جاذبيتها، واستعادة مظهرها السابق (Doyle-Waters, 1994).

وأخيراً، المخاوف المرتبطة بالأمومة، والتي جاءت في المرتبة الرابعة والأخيرة، فمن المرجح أن يكون لدى النساء الحوامل مخاوف أيضاً بشأن القضايا التي ستؤثر عليهن بعد ولادة الطفل، خصوصاً إذا كانت هذه تجربة الحمل الأول فقد يكون لديهن مخاوف حول دورهن الأمومي، ورعاية وتغذية أطفالهن حديثي الولادة، وقدرتهن على الرضاعة، وصعوبة التكيف عند ولادة طفلهن، وتحقيق التوازن بين الأمومة ومتطلبات العائلة الجديدة والزوج.

بينما يختلف شكل المخاوف المتعلقة بالأمومة لدى النساء اللاتي مررن بتجربة الحمل لأكثر من مرة، كاستيعاب الطفل الجديد في الأسرة الذي يتطلب أن تضمن الأم قبول المولود الجديد من قبل أشقائه الآخرين، كذلك قد تتساءل أيضاً هل ستكون قادرة على حب هذا الطفل بقدر حب طفلها الأول وكيف سيتفاعل أطفالها الآخرين مع هذا المولود الجديد؛ وهل ستكون قادرة على التعامل مع متطلبات طفل آخر في عائلتها الحالية، كذلك التفكير في طرق تحديد النسل التي يجب استخدامها وخطط الحمل اللاحقة، فقد تجد بعض النساء أن مشكلات ما بعد الولادة هي مصادر التوتر التي تؤدي إلى ارتفاع مستوى القلق لديهن.

التساؤل الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق المرتبط بالحمل لدى النساء الحوامل تعزى للمتغيرات الديمغرافية: (العمر - مستوى التعليم - التخطيط للحمل - عدد مرات الحمل - مرحلة الحمل - مستوى الدخل)؟ وللإجابة على هذا التساؤل أستخدم اختبار (ت) للعينات المستقلة (Test Independent sample) لحساب الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة وفقاً للمتغيرات لديمغرافية التالية: (العمر - مستوى التعليم - التخطيط للحمل والرغبة فيه - عدد مرات الحمل)، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول (5) قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على أبعاد مقياس القلق المرتبط بالحمل والدرجة الكلية وفق متغيرات: العمر ومستوى التعليم والتخطيط للحمل وعدد مرات الحمل

أبعاد مقياس القلق المرتبط بالحمل	المتغيرات		ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
المخاوف المرتبط بالولادة	العمر	أقل من 20 سنة -30 سنة	119	17.94	0.77	0.620	0.536
		من 31 سنة - 40 سنة فأكثر	112	17.41	0.74		
أقل من 20 سنة-30 سنة		119	9.46	0.59	0.622	0.535	
من 31 سنة - 40 سنة فأكثر		112	9.15	0.56			
أقل من 20 سنة-30 سنة		119	8.36	0.40	0.370	0.711	
من 31 سنة - 40 سنة فأكثر		112	8.54	0.47			
أقل من 20 سنة-30 سنة		119	13.87	0.66	0.388	0.698	
من 31 سنة - 40 سنة فأكثر		112	14.17	0.67			
الدرجة الكلية		أقل من 20 سنة-30 سنة	119	49.65	0.88	0.168	0.866
		من 31 سنة - 40 سنة فأكثر	112	49.28	0.81		
المخاوف المرتبط بالولادة	مستوى التعليم	(ثانوي-دبلوم)	104	17.79	0.66	0.200	0.841
		(بكالوريوس-دراسات عليا)	127	17.61	0.61		
(ثانوي-دبلوم)		104	9.64	0.48	1.096	0.274	
(بكالوريوس-دراسات عليا)		127	9.08	0.47			
(ثانوي-دبلوم)		104	8.00	0.41	1.633	0.104	
(بكالوريوس-دراسات عليا)		127	8.78	0.44			
المخاوف المرتبطة بسلامة الجنين		(ثانوي-دبلوم)	104	14.25	0.56	0.491	0.624
		(بكالوريوس-دراسات عليا)	127	13.86	0.49		
الدرجة الكلية		(ثانوي-دبلوم)	104	49.68	0.81	0.154	0.877
		(بكالوريوس-دراسات عليا)	127	49.33	0.74		
المخاوف المرتبط بالولادة	التخطيط للحمل	حمل مخطط له	100	16.85	0.64	2.402	0.117
		حمل غير مخطط له	131	18.97	0.66		
حمل مخطط له		100	9.17	0.55	0.685	0.494	
حمل غير مخطط له		131	9.52	0.57			
حمل مخطط له		100	8.24	0.42	1.134	0.258	
حمل غير مخطط له		131	8.78	0.48			
المخاوف المرتبطة بسلامة الجنين		حمل مخطط له	100	13.63	0.72	1.244	0.215
		حمل غير مخطط له	131	14.62	0.75		

أبعاد مقياس القلق المرتبط بالحمل	المتغيرات	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	حمل مخطط له	100	47.88	0.81	1.795	0.074
	حمل غير مخطط له	131	51.88	0.88		
المخاوف المرتبط بالولادة	حمل للمرة الأولى	109	18.09	0.79	0.694	0.488
	حمل لأكثر من مرة	122	17.47	0.71		
المخاوف المرتبطة بصورة الجسم	حمل للمرة الأولى	109	9.39	0.48	0.254	0.806
	حمل لأكثر من مرة	122	9.27	0.42		
المخاوف المرتبطة بالأمومة	حمل للمرة الأولى	109	9.04	0.49	1.827	0.069
	حمل لأكثر من مرة	122	8.14	0.41		
المخاوف المرتبطة بسلامة الجنين	حمل للمرة الأولى	109	13.22	0.68	1.505	0.134
	حمل لأكثر من مرة	122	14.45	0.66		
الدرجة الكلية	حمل للمرة الأولى	109	49.75	0.89	0.185	0.853
	حمل لأكثر من مرة	122	49.33	0.88		

يتضح من خلال النتائج بالجدول (5):

العمر: أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على أبعاد مقياس القلق المرتبط بالحمل (المخاوف المرتبط بالولادة، المخاوف المرتبطة بصورة الجسم، المخاوف المرتبطة بالأمومة، والمخاوف المرتبطة بسلامة الجنين) والدرجة الكلية تُعزى لمتغير العمر، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Balbuena, et al., 2018) التي أشارت نتائجها إلى عدم وجود تأثير دال لمتغير العمر على مستوى القلق المرتبط بالحمل لدى المرأة الحامل، كما اختلفت هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Arch, 2013).

ونائج دراسة (Rubertsson, et al., 2014) ونتائج دراسة كل من (Martini, Petzoldt, Einsle, Beesdo- (2015) Baum, Hofler & Wittchen, التي كشفت عن ارتباط صغر سن الأم بقلق الحمل، ونتائج دراسة (Busari, 2018) التي خلصت إلى أن صغر سن الأم وتجربة الحمل الأولى والمستويات المرتفعة من القلق العام وقلق الحالة تنبأت بارتفاع مستوى القلق المرتبط بالحمل لدى الأم الحامل، ونتائج دراسة (Akinsulore, et al., 2021) التي خلصت إلى أن مستوى القلق كان مرتفعاً لدى النساء الحوامل في المجموعات العمرية الأصغر والأكثر سناً، وتُشير هذه النتيجة إلى أن العمر لم يكن مؤشراً ذو دلالة، وقد يرجع ذلك إلى أن تجربة الحمل والولادة خبرة تمر بها المرأة في سن مبكرة حيث تشجع ثقافة المجتمعات العربية على الزواج والإنجاب في سن مبكرة، فضلاً عن أن الطريقة التقليدية لنقل المعرفة من الأمهات إلى البنات عن الحمل والولادة وتربية الأطفال بدأت تتلاشى بسبب التحضر والاتجاه نحو الأسر النووية.

مستوى التعليم: أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على أبعاد مقياس القلق المرتبط بالحمل (المخاوف المرتبط بالولادة، المخاوف المرتبطة بصورة الجسم، والمخاوف المرتبطة بالأمومة، والمخاوف المرتبطة بسلامة الجنين)

والدرجة الكلية تعزى لمتغير مستوى التعليم، وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Balbuena, et al., 2018) التي أشارت نتائجها إلى أن مستوى التعليم لم يتنبأ بمستوى القلق المرتبط بالحمل، بينما اختلفت هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Agostini, Neri, Salvatori, Dellabartola, Bozicevic & Monti, 2015) التي كشفت عن ارتباط مستوى التعليم بقلق الحمل.

ودراسة (Martini et al., 2015) ودراسة كل من (Shu, Jian, Ya, Szu & Yi, 2016) التي أشارت إلى أن النساء ذوات مستوى التعليم المنخفض أكثر عرضة للإصابة بقلق الحمل، كما اختلفت مع نتائج دراسة (Stewart, Umar, Tomenson & Creed, 2014) التي أشارت إلى أن النساء ذوات مستوى التعليم المرتفع كن أكثر عرضة للإصابة بقلق الحمل، ودراسة (Lau & Yin, 2011) التي خلصت إلى أن النساء ذوات التعليم المرتفع استطعن التعامل مع الإجهاد والقلق بطريقة أفضل أثناء الحمل، وتعزو الباحثة غياب الفروق بين فئتي التعليم المنخفض والمرتفع في الدراسة الحالية إلى أن الشعور بالقلق أثناء الحمل حالة تمر بها جميع النساء الحوامل ويختبرنها خلال فترة الحمل على اختلاف مستوياتهن التعليمية إذ أن المخاوف المرتبطة بالحمل تكاد تكون واحدة بالنسبة للنساء الحوامل، كما أن التثقيف الصحي وتوعية المرأة الحامل جهود تقوم بها جهات ومؤسسات طبية وصحية معنية بتقديم الرعاية الصحية لنساء الحوامل بكافة مستوياتهن التعليمية.

فضلاً عن أن المرأة الحامل قد تلجأ لدعم نفسها أثناء التعامل مع خبرة الحمل، من خلال التواصل الإلكتروني عبر شبكة الأنترنت والمنصات الاجتماعية، والاستمتاع بتصفح المواقع المتخصصة بالحمل والولادة للبحث عن إجابة لتساؤلاتها، والحصول على الدعم من خلال التحدث مع النساء الأخريات ممن يخضن نفس التجربة عن التغيرات اليومية الخاصة بالجنين وحجمه ومخاوف الحمل والولادة.

التخطيط للحمل: أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على أبعاد مقياس القلق المرتبط بالحمل (المخاوف المرتبط بالولادة، والمخاوف المرتبطة بصورة الجسم، والمخاوف المرتبطة بالأمومة، والمخاوف المرتبطة بسلامة الجنين) والدرجة الكلية تعزى لمتغير التخطيط للحمل والرغبة فيه وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Akinsulore, et al., 2021) التي توصلت إلى عدم وجود ارتباط بين قلق الحمل والحمل غير المرغوب فيه.

كما اختلفت هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Zhou, et al., 2020) التي أشارت إلى أن ارتباط الحمل غير المخطط له بمستويات عالية من القلق أثناء عملية الولادة في منتصف الحمل، فقد يُثير الحمل غير المخطط له أو غير المرغوب فيه مشاعر الكرب والتعاسة والضيق النفسي التي عند اقترانها مع عوامل أخرى، قد تمثل محفزات محتملة لتطویر الاضطرابات النفسية عند النساء الحوامل، دلالة على الأثر العميق للحمل غير المرغوب فيه على الصحة النفسية للمرأة (Bayrampour, McDonald & Tough, 2015)، وتُشير التقديرات إلى أن أكثر من ثلث النساء الحوامل في جميع أنحاء العالم لا يخططن للحمل (Nagandla, et al., 2016) وفي سياق البلدان ذات المستوى الاقتصادي الاجتماعي المحدود، رغبة الأم في الحمل والتخطيط له قد يكون له صلة وثيقة بدخل الأسرة فمن المتوقع أن يزيد الحمل من نفقات

الأسرة بسبب نمو حجم الأسرة وزيادة المصروفات في مقابل انخفاض الدخل والموارد المادية للأسرة وبالتالي يمكن أن تؤدي حالات الشعور بانعدام الأمن بسبب انخفاض الدخل إلى تفاقم التوتر والقلق لدى المرأة الحامل، مما يهدد صحتها ورفاهيتها (Vythilingum, et al., 2013) إذ يتطلب التخطيط للحمل والرغبة فيه جاهزية المرأة ليس فقط من الناحية الجسدية وإنما من الناحية النفسية أيضاً، ويرتبط كذلك بمدى رغبة الزوجين بوجود طفل في حياتهما، وارتباط ذلك بالاستعداد النفسي والمادي لكلا الزوجين لتحمل مسؤولياتهما وأدوارهما الجديدة تجاه الطفل القادم، أي متطلبات الوالدية القادمة.

عدد مرات الحمل: أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على أبعاد مقياس القلق المرتبط بالحمل (المخاوف المرتبط بالولادة، والمخاوف المرتبطة بصورة الجسم، والمخاوف المرتبطة بالأمومة، والمخاوف المرتبطة بسلامة الجنين) والدرجة الكلية تعزي لمتغير عدد مرات الحمل، وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه نتيجة دراسة (Balbuena, et al., 2018) حول ارتباط الحمل لأول بالقلق، واختلقت مع نتائج دراسات أخرى أشارت إلى ارتباط تجربة الحمل الأول بالمستويات العالية من قلق الحمل لدى المرأة الحامل كدراسة (Paul, Downs, Schaefer, Beiler & Weisman 2013) ودراسة كل من (Lynn, Alderdice, Crealey & McElnay, 2011).

في حين أظهرت دراسات أخرى أن تعدد الولادات ارتبط بارتفاع مستوى القلق أثناء الحمل كدراسة Redshaw & Henderson, 2013) ودراسة (Hamzehgardesi, et al., 2020) ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء حقيقة أن بعض النساء ينظرن إلى الحمل والولادة على أنها لحظات من الضعف والعجز القادرة إثارة مشاعر الخوف لديهن، ولا شك أن هذه المشاعر تكون موجودة حتى عند النساء اللاتي سبق لهن المرور بتجربة الحمل والولادة حيث تتعامل المرأة مع كل حمل على أنه حمل جديد فبالنتالي تظل مشاعر القلق موجودة لدى المرأة في كل مرة تحمل فيها، كما كانت حالة غالبية النساء الحوامل في الدراسة الحالية.

ولحساب الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس القلق المرتبط بالحمل وفق متغير (مرحلة الحمل) أستخدم اختبار تحليل التباين (One Way Anova)، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول (6) نتائج تحليل التباين للفروق في الدرجات على أبعاد مقياس القلق المرتبط بالحمل والدرجة الكلية

وفق متغير مرحلة الحمل

أبعاد القلق المرتبط بالحمل	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
المخاوف المرتبطة بالولادة	بين المجموعات	385.820	2	192.910	4.573	0.011
	داخل المجموعات	9617.738	288	42.183		
	المجموع	10003.558	230	–		
المخاوف المرتبطة بصورة الجسم	بين المجموعات	59.540	2	29.770	2.095	0,125
	داخل المجموعات	3240.018	288	14.211		

أبعاد القلق المرتبط بالحمل	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
	المجموع	3299.558	230	-		
المخاوف المرتبطة بالأمومة	بين المجموعات	63.705	2	31.852	2.519	0.083
	داخل المجموعات	2883.568	288	12.647		
	المجموع	2947.273	230	-		
المخاوف المرتبطة بسلامة الجنين	بين المجموعات	537.612	2	268.806	8.063	0.000
	داخل المجموعات	7601.280	288	33.339		
	المجموع	8138.892	230	-		
الدرجة الكلية	بين المجموعات	3359.521	2	1679.760	6.346	0.002
	داخل المجموعات	60348.098	288	264.685		
	المجموع	63707.619	230	-		

يتضح من نتائج الجدول (6) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على بعدي (المخاوف المرتبطة بصورة الجسم، والمخاوف المرتبطة بالأمومة) تُعزى لمتغير مرحلة الحمل، في حين كانت الفروق دالة إحصائية على بعدي: (المخاوف المرتبطة بالولادة، والمخاوف المرتبطة بسلامة الجنين) والدرجة الكلية للمقياس تُعزى لمتغير مرحلة الحمل، ولمعرفة اتجاه الفروق تم استخدام اختبار أقل فرق دال (LSD) للكشف عن اتجاه الفروق، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول (7) نتائج تحليل أقل فرق معنوي (LSD) لدلالة الفروق في مستوى القلق المرتبط بالحمل وفق متغير مرحلة الحمل

أبعاد مقياس القلق المرتبط بالحمل	مرحلة الحمل	الثالث الأول (3-1 أشهر)	الثالث الثاني (4-6 أشهر)	الثالث الثالث (7-9 أشهر)
المخاوف المرتبطة بالولادة	الثالث الأول (3-1 أشهر)	-	3.04**	2.56**
	الثالث الثاني (4-6 أشهر)	-3.04**	-	-0.48
	الثالث الثالث (7-9 أشهر)	-2.56**	-0.48	-
المخاوف المرتبطة بسلامة الجنين	الثالث الأول (3-1 أشهر)	-	3.03**	3.47**
	الثالث الثاني (4-6 أشهر)	-3.03**	-	0.44
	الثالث الثالث (7-9 أشهر)	-3.47**	0.44	-
الدرجة الكلية	الثالث الأول (3-1 أشهر)	-	8.07**	8.40**
	الثالث الثاني (4-6 أشهر)	8.07**	-	0.34
	الثالث الثالث (7-9 أشهر)	8.41**	0.34	-

يتبين من نتائج الجدول (7) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين متوسطات درجات الثلث الأول (1-3 أشهر) من الحمل ومتوسطات درجات الثلث الثاني (4-6 أشهر) من الحمل على بعدي (المخاوف المرتبطة بالولادة، المخاوف المرتبطة بسلامة الجنين) والدرجة الكلية للمقياس؛ وكانت الفروق لصالح مرحلة الثلث الأول من الحمل، كما ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين متوسطات درجات الثلث الأول (1-3 أشهر) والثلث الثالث (7-9 أشهر) من الحمل على بعدي (المخاوف المرتبطة بالولادة، والمخاوف المرتبطة بسلامة الجنين) والدرجة الكلية لمقياس القلق المرتبط بالحمل لصالح مرحلة الثلث الأول.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Figueiredo & Conde 2011) ونتائج دراسة (Teixeira, et al., 2009) ونتائج دراسة (Nagandla, et al., 2016) ونتائج دراسة (Balbuena, et al., 2018) التي أشارت إلى ارتفاع مستوى القلق لدى النساء الحوامل في الثلث الأول من الحمل، بينما اختلفت مع نتائج دراسة (Silva, et al., 2017) التي كشفت عن معدلات قلق أعلى لدى النساء الحوامل في الثلث الثالث من الحمل، ونتائج دراسة (Akinsulore, et al., 2021) التي أظهرت أن مستويات القلق كانت أعلى لدى النساء في الثلث الثاني من الحمل.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما أشارت إليه أدبيات الموضوع من أن المرأة الحامل قد تتعرض لضغوط مختلفة خلال كل مرحلة من مراحل الحمل وقد تسبب القلق، في حين أن بعض الضغوط قد تكون ثابتة طوال التسعة أشهر من الحمل، فخلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل يرتفع مستوى القلق لدى المرأة الحامل، حيث يجب عليها في البداية التعامل مع رد فعل اكتشاف حملها وسيتأثر رد الفعل هذا سواء كان هذا الحمل مخططاً له أو غير مخطط له، وغالباً ما تواجه المرأة درجة معينة من التناقض تجاه الحمل عندما يتم تأكيده لأول مرة، فتشعر بالقلق بشأن كيفية تأثير ذلك على أسلوب حياتها وعلاقتها بزوجها أو شريكها، وتوقيت وجود رضيع وكيفية توفير الرعاية له.

كما يزيد احتمال حدوث الإجهاض ليصل إلى (20%) في الثلث الأول من الحمل، ويظهر القلق بشأن ما إذا كان الحمل سيستمر أم لا، ويزيد التوتر والقلق خاصة في الثلث من الحمل، إذا سبق وأن تعرضت المرأة لإجهاض في الماضي. والأعراض الشائعة التي قد تظهر خلال هذا الإطار الزمني هي الغثيان والقيء وزيادة التبول والتعب الجسدي، وخلال الثلث الثاني من الحمل، تختفي الكثير من الأعراض كالقيء والغثيان والتعب ويصبح الجسم في هذه المرحلة أكثر تلاؤماً مع الجنين وتتنخفض احتمالية الإجهاض.

وتشعر المرأة الحامل بتحسن من الناحية الجسدية والنفسية وينخفض مستوى القلق بشكل معتدل، فتصبح أكثر توازناً وتكيفاً وتظهر الزيادة في مستوى القلق مرة أخرى في الثلث الثالث من الحمل بسبب اقتراب موعد الولادة، ويزداد التفكير بالولادة والآم المخاض ومدى عناية الفريق الطبي ووجود من يقدم الدعم والمساندة، وقت المخاض، حيث يُعتبر المخاض من أصعب القضايا التي تواجهها المرأة الحامل وذلك بسبب الألم والجهد الجسدي الذي تبذله أثناء الولادة والقلق من مضاعفات الولادة بالإضافة إلى مسؤوليات التعامل مع المولود الجديد (Doyle-Waters, 1994).

ولحساب الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة وفق متغير (الدخل الشهري) أُستخدم اختبار كروسكال والس (Kruskal Wallis) نظراً لوجود تفاوت كبير في حجم العينات وفق مستويات الدخل الثلاثة، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول (8) نتائج اختبار كروسكال والس للفروق في الدرجات على أبعاد مقياس القلق المرتبط بالحمل والدرجة الكلية وفق متغير الدخل الشهري

أبعاد مقياس القلق المرتبط بالحمل	الدخل الشهري	العدد	متوسط الرتب	مربع كاي	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المخاوف المرتبط بالولادة	منخفض	10	136.05	4.995	2	0.082
	متوسط	199	118.10			
	مرتفع	22	87.91			
المخاوف المرتبطة بصورة الجسم	منخفض	10	135.95	2.287	2	0.319
	متوسط	199	116.83			
	مرتفع	22	99.45			
المخاوف المرتبطة بالأُمومة	منخفض	10	143.25	2.350	2	0.309
	متوسط	199	115.92			
	مرتفع	22	104.36			
المخاوف المرتبطة بسلامة الجنين	منخفض	10	125.15	2.761	2	0.251
	متوسط	199	117.97			
	مرتفع	22	93.98			
الدرجة الكلية	منخفض	10	133.45	4.447	2	0.108
	متوسط	199	118.10			
	مرتفع	22	89.09			

يتضح من خلال النتائج بالجدول (8) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على أبعاد مقياس القلق المرتبط بالحمل (المخاوف المرتبط بالولادة، والمخاوف المرتبطة بصورة الجسم والمخاوف المرتبطة بالأُمومة، والمخاوف المرتبطة بسلامة الجنين) والدرجة الكلية تعزى لمتغير مستوى الدخل، وتختلف هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من (Matthews, Gallo, Taylor, 2010) ونتائج دراسة كل من (Shisheghar, 2014) Dolatian, Majd & Bakhtiary, 2014) ونتائج دراسة (Nath, et al., 2019) ونتائج دراسة (Akinsulore, et al., 2021) التي توصلت نتائجها إلى أن مستويات القلق كانت أعلى لدى النساء الحوامل من فئة الدخل المنخفض، كما اختلفت هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Renae- Stancil, Hertz-Picciotto, Schramm, Watt-Morse, 2000) ونتائج دراسة (Kingston, Heaman, Fell, Dzakpasu & Chalmers, 2012) التي وجدت مستويات أقل من التوتر والقلق لدى النساء الحوامل من فئة الدخل المنخفض، وفي الحقيقة تُعد المخاوف المالية سبباً مهماً وشائعاً

للتوتر أثناء الحمل، ومما لا شك فيه أن متطلبات الحمل والولادة ورعاية ما بعد الولادة وتربية الطفل قد تكون باهظة الثمن، خصوصاً في الدول التي تقدم الرعاية الصحية بمقابل مادي، حيث يتعين على النساء الحوامل دفع تكاليف رعاية ما قبل الولادة وبعدها وجميع الأدوية الضرورية إذا لزم الأمر.

وفي بعض الأحيان، قد ينخفض دخل النساء العاملات إذا اخترن الحصول على إجازة أمومة أطول أو العمل بدوام جزئي أو قد يضطر بعضهن لترك وظائفهن لرعاية الطفل، بخلاف ما هو عليه الحال لدى عينة الدراسة الحالية حيث تحصل المرأة السعودية الحامل على الرعاية الصحية مجاناً ودون مقابل وبمستوى عالي من الجودة، وعلى أيدي كواادر طبية مؤهلة، ولا تتحمل المرأة التكاليف المادية اللازمة للفحوصات الطبية، وكذلك تكاليف رعاية ما قبل الولادة، كما أن معظم أفراد عينة الدراسة الحالية من فئة الدخل المتوسط والنساء العاملات، مما يجعل توفير احتياجات المرأة الحامل الشخصية والصحية وتكاليف الحمل المرتبطة بتجهيز احتياجات الطفل الأساسية أمراً مستطاعاً، ولا يشكل عبئاً على الأسرة.

توصيات الدراسة:

- من خلال نتائج التي توصلت إليها الدراسة يمكن الخروج بعدد من التوصيات والمقترحات، حيث توصي الباحثة بالآتي:
- تنمية الوعي الصحي لدى المرأة الحامل بتقديم النشرات التثقيفية التي تقدم المعلومات الصحية عن مرحلة الحمل والولادة والمشاكل المتعلقة بها.
- توفير الدعم النفسي والاجتماعي المناسب للحوامل من خلال عمل مجموعات دعم بعيادات النساء والولادة داخل المراكز الصحية والمستشفيات لتقديم الدعم النفسي للمرأة الحامل لتقليل احتمالية الإصابة بالقلق والتوتر المرتبط بالحمل، وتجنب أي نتائج سلبية يمكن أن تؤثر على صحة الأم والطفل.
- تقديم برامج إرشادية لتخفيف الضغوط النفسية والتوتر وتحسين مستوى الصحة النفسية لدى المرأة الحامل والمقبلة على الولادة، حيث أن الكشف المبكر عن قلق الحمل ومعالجته والوقاية منه سيُمكن النساء الحوامل من مواجهة تحديات الحمل.

الأبحاث المقترحة:

- دراسة القلق المرتبط بالحمل وعلاقته بالصلاية النفسية وجودة الحياة لدى النساء الحوامل.
- دراسة الضغط النفسي وعلاقته باستراتيجيات التكيف والمساندة الاجتماعية لدى النساء الحوامل.
- دراسة مستوى قلق الولادة لدى النساء الحوامل المقبلات على الولادة في ضوء بعض المغيرات الديموغرافية.
- دراسة العلاقة بين القلق والاكتئاب والولادة المبكرة لدى النساء الحوامل.
- إجراء دراسة مماثلة للدراسة الحالية على عينات من النساء الحوامل من ثقافات مختلفة ومقارنة نتائجها بنتائج الدراسة الحالية.

المراجع:

المراجع العربية:

- شبيدي، بشير الخلفي، إبراهيم. (2005). *سيكولوجية الأسرة والوالدية*. الطبعة الأولى. الكويت: دار ذات السلاسل.
- عبد الخالق، أحمد (1992). *كراسة تعليمات قائمة القلق (الحالة، السمة)*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- عبد الخالق، أحمد (1996). *دليل تعليمات قائمة "بيك" للاكتئاب*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

المراجع الأجنبية:

- Abdel-Khaleq, A. (1992). *Anxiety List Help Sheet (Status, Attribute)* (in Arabic). Alexandria: University Knowledge House.
- Abdel-Khaleq, A. (1996). *Beck's List Help Guide for Depression* (in Arabic). Alexandria: University Knowledge House.
- Agostini, F., Neri, E., Salvatori, P., Dellabartola, S., Bozicevic, L., & Monti, F. (2015). Antenatal depressive symptoms associated with specific life events and sources of social support among Italian women. *Maternal and Child Health Journal*, 19, 1131-1141.
- Akinsulore, A.; Temidayo, A.; Oloninyi, I.; Olalekan, B. & Yetunde, O. (2021). Pregnancy-related anxiety symptoms and associated factors amongst pregnant women attending a tertiary hospital in south-west Nigeria. *South African Journal of psychiatry*, 27, 1-9.
- Al-Rashidi, B. & Al-Khelaifi, I. (2005). *Family and parenting psychology* (in Arabic). First edition. Kuwait: That Al Salasil House.
- Anderson, C., Brunton, R. & Dryer, R. (2018). Pregnancy-related anxiety: Re-examining its distinctiveness. *Australian Psychologist*, 53, 1–11.
- Arch, J. J. (2013). Pregnancy-specific anxiety: Which women are highest and what are the alcohol related risks? *Comprehensive Psychiatry*, 54, 217–228.
- Askarizadeh, G., Karamoozian, M. & Darekordi A. (2017). Validation of Iranian Version of Pregnancy Related Anxiety Questionnaire. *International Journal of Preventive Medicine*, 8, 1-17.
- Balbuena, C., Rodríguez, M., Gomis, A., Barrientos, F. & Le, H. (2018). Incidence, Prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy. *Psicothema*, 30, 257-263.
- Barlow, D. (2002). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 47–63
- Bayrampour H., McDonald S. & Tough S. (2015). Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery*, 31, 582-589.
- Bayrampour, H., Ali, E., McNeil, D., Benzies, K., MacQueen, G., & Tough, S. (2016). Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 115–130.
- Bruntona, R., Simoson, N. & Dryer, (2020). Pregnancy –related anxiety, perceived parental self – efficacy and influence of parity an age. *International journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-17.
- Bruntona, R., Dryera, R., Salibaa, A., Kohlhoffb, J. (2019). The initial development of the Pregnancy-related Anxiety Scale. *Women and birth*, 32, 118-130.

- Busari, A. (2018). Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression among Pregnant Women. *Journal of Neurology & Neurosurgery*, 9, 38-46.
- Cetişli N., Zirek Z., Abali F. (2016). Childbirth and postpartum period fear in pregnant women and the affecting factors. *Aquichan* 16, 32-42.
- Christian, L. (2012): Psychoneuroimmunology in pregnancy: Immune pathways linking stress with maternal health, adverse birth outcomes, and fetal development. *Neuroscience & biobehavioral reviews*, 36, 350-361.
- Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M., & Brender, W. (1999). Variations in stress levels over the course of pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 609–621.
- Doyle-Waters, M. (1994). Anxiety scale for pregnancy: development and validation. *Unpublished Master's thesis*. The University of British Columbia.
- Dunkel Schetter, C. (2009). Stress processes in pregnancy and preterm birth. *Current directions in psychological science*, 18, 205-209.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Ascencio, Kuhn, C. (2010). Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behavior and Development*, 33, 23–29.
- Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 247-255.
- Glazer, G. (1980). Anxiety levels and concerns among pregnant women. *Research in Nursing & Health*, 3, 107–113.
- Glynn, L., Dunkel Schetter, C., Wadhwa, P., & Sandman, C. (2004). Pregnancy affects appraisal of negative life events. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 47–52.
- Glynn, L., Schetter, C., Hobel, C. & Sandman, C. (2008). Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychology*, 27, 43-51.
- Guardino, C., & Dunkel Schetter, C. (2014). Understanding pregnancy anxiety, Concepts, Correlates, and Consequences. *Zero to three*, 34, 12-21.
- Gurung, R., Dunkel Shetter, C., Collins, N., Rini, C., & Hobel, C. (2005). Psychological predictors of prenatal anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24,497-519.
- Hamzehgardesi,Z., Omidvar,O., Amoli, A.& Firouzbakht, M.(2021). Pregnancy-related anxiety and its associated factors during COVID-19 pandemic in Iranian pregnant women: a web-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 21,208.
- Huizink, A., Mulder, E., Robles de Medina, P., Visser, G., & Buitelaar, J. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*, 79, 81–91.
- Kingston, D., Heaman, M., Fell, D., Dzakupasu, S. & Chalmers, B. (2012).Factors associated with perceived stress and stressful life events in pregnant women: findings from the Canadian maternity experiences survey. *Marten Child Health Journal*, 16, 158–168.
- Lau, Y. & Yin, L. (2011). Maternal, obstetric variables, perceived stress and health-related quality of life among pregnant women in Macao, China. *Midwifery*, 27, 668–673.
- Lee, A., Lam, S., Sze, M., Chong, C., Chui, H., & Fong, D. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics and Gynecology*, 110, 1102-1112.
- Lynn, F., Alderdice, F., Crealey, G., McElnay, J. (2011). Associations between maternal characteristics and pregnancy-related stress among low-risk mothers: An observational cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 620-627.

- Martini, J., Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Lieb, R., Wittchen, H. (2010). Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Human Development*, 86, 305-310.
- Martini, J., Petzoldt, J., Einsle, F., Beesdo-Baum, K., Hofler, M., & Wittchen, H. (2015). Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery, a prospective-longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 175, 385-395.
- Matthews, K., Gallo, L., Taylor, E. (2010). Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. *Annals of the New York academy of sciences*, 1186, 146–173.
- Mortazavi¹, F., Akaberi, A. (2018). Validation of the Anxiety Scale for Pregnancy in a Sample of Iranian Women. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 6, 67-74.
- Mudra, S., Göbel, A., Barthel, D., Hecher, K., Schulte-Markwort, M., Goletzke, J., Arck, P. and Diemert, A. (2019). Psychometric properties of the German version of the pregnancy-related anxiety questionnaire-revised 2 (PRAQ-R2) in the third trimester of pregnancy. *BMC pregnancy & childbirth*, 19, 1-9.
- Nagandla, K., Nalliah, S., Yin, L., Abdmajeed, Z., Ismail, M, Zubaidah, S., Ragyari, S. & Krishnan, G. (2016). Prevalence and associated risk factors of depression, anxiety and stress in pregnancy. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 5, 2380-2388.
- Nath, A., Venkatesh, S., Balan, S. Metgud, C., Krishna, M. & Murthy, G.(2019). The prevalence and determinants of pregnancy-related anxiety among pregnant women at less than 24 weeks of pregnancy in Bangalore, Southern India. *International Journal of Women's Health*, 11, 241-248.
- Paarlberg, K., Vingerhoets, A., Passchier, J., Dekker, G., Van Geijn, H. (1995). Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 563- 595.
- Paul, I., Downs, D., Schaefer, E., Beiler, J., & Weisman, C. (2013). Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes. *Pediatrics*, 131, 1218-1224.
- Pleshette, N., Asch, S. S., & Chase, J. (1956). A study of anxieties during pregnancy, labor, the early and late puerperium. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 32, 436–455.
- Rallis, S., Skouteris, H., McCabe, M. & Milgrom, J. (2013). A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. *Journal of the Australian college of midwives*, 27, 36-42.
- Redshaw, M., & Henderson, J. (2013). From antenatal to postnatal depression, associated factors and mitigating influences. *Journal of Women's Health*, 22,518-525.
- Rena- Stancil, T., Hertz-Picciotto, I., Schramm, M., Watt-Morse, M. (2000). Stress and pregnancy among African-American women. *Pediatric Perinatal Epidemiology*, 14, 127–135.
- Rubertsson, C., Hellstrom, J., Cross, M., & Sydsjo, G. (2014). Anxiety in early pregnancy, prevalence and contributing factors. *Archives of women's Mental Health*, 17, 221-228.
- Shishehgar, S., Dolatian, M., Majd, H., Bakhtiary, M. (2014). Socioeconomic status and stress rate during pregnancy in Iran. *Global Journal of Health Science*, 6, 254–260.
- Shu, W., Jian, H., Ya H., Szu, L., & Yi, C. (2016). Effects of tobacco exposure on perinatal suicidal ideation, depression, and anxiety. *BMC Public Health*, 16, 1-9.

- Silva, D. Nogueira, D., Clapis, M., Carvalho Leite, E. (2015). Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, 1-8.
- Silva, M., Nogueira, D., Clapis, M., Leite, E. (2017). Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. *Journal of school of nursing*, 5, 1-8.
- Speilberger, S. (1972). *Anxiety: current trends in theory and research*. New York: Academic press.
- Stewart, R., Umar, E., Tomenson, B., & Creed, F. (2014). A cross sectional study of antenatal depression and associated factors in Malawi. *Archives of Women's Mental Health*, 17, 145-154.
- Teixeira, C., Figuerido, B., Conde, A., Pachecho, A., Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in Turkey. *Midwifery*, 25, 155-162.
- Vythilingum, B., Campo, S., Kafaar, Z., Baron, E., Stein D., Sanders, L. & Honikman, S. (2013). Screening and pathways to maternal mental health care in a South African antenatal setting. *Archive Women's Mental Health*, 16, 371- 379.
- Zhou, C.; Weng, J.; Tan, F.; Wu, S.; Ma, J.; Zhang, B. & Yuan, Q. (2020). Pregnancy-related anxiety among Chinese pregnant women in mid-late pregnancy under the two-child policy and its significant correlates. *Journal of Affective Disorders*, 267,272-278.