

مقایسه پیش‌بینی‌کننده‌های توکوفوبیا در مادران سه‌ماهه آخر و شش ماهه اول بارداری بر اساس باورهای فراشناختی، اضطراب کرونا و اضطراب بیماری

سمیرا زردکوهی^۱، سودابه بساک‌نژاد*^۲، مهین غیبی‌زاده^۳

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۰۹/۱۱ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۱۱/۲۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: توکوفوبیا ترس بیمارگونه از زایمان است که می‌تواند منجر به بروز اضطراب و نگرانی در زنان باردار گردد. مطالعه حاضر باهدف مقایسه پیش‌بینی توکوفوبیا بر اساس باورهای فراشناختی، اضطراب کرونا و اضطراب بیماری در مادران سه‌ماهه آخر؛ و شش ماهه اول بارداری در سال ۱۴۰۰ اجرا گردید. **مواد و روش کار:** این پژوهش از نوع مورد-شاهدی بوده که در سال ۱۴۰۰ در مورد ۱۰۴ نفر از مادران باردار نخست‌زا (۵۲ نفر سه‌ماهه آخر و ۵۲ نفر شش ماهه اول) انجام شد. روش نمونه‌گیری، روش در دسترس بود و با همکاری پرستاران و ماماها در مراکز بهداشتی شهرستان شوشتر انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه شدت توکوفوبیا، باورهای فراشناخت، اضطراب کرونا و اضطراب بیماری گردآوری و در مدل رگرسیون خطی چندگانه در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند.

یافته‌ها: متغیرهای مهارناپذیری و خطر ($\beta=0/41$)، علائم روانی اضطراب کرونا ($\beta=0/31$)، نگرانی کلی سلامتی ($\beta=0/33$) و باورهای مثبت در مورد نگرانی ($\beta=-0/31$) به ترتیب مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده توکوفوبیا در مادران سه‌ماهه آخر بارداری بودند. همچنین متغیرهای ابتلا به بیماری ($\beta=0/35$)، نیاز به مهار افکار ($\beta=0/42$)، اطمینان به حافظه ($\beta=0/27$) و علائم جسمانی اضطراب کرونا ($\beta=0/23$) به ترتیب مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده توکوفوبیا در مادران شش ماهه اول بارداری بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: این پژوهش نشان داد که در مادران سه‌ماهه آخر بارداری، متغیر مهارناپذیری و خطر و در مادران شش ماهه آخر، متغیر ابتلا به بیماری، توان پیش‌بینی‌کنندگی بیشتری را دارد. بر این اساس، با اجرای برنامه‌های آموزشی بهداشت عمومی و نحوه مراقبت‌های بهداشت روان در مراکز بهداشتی مادران را در کاهش توکوفوبیا می‌توان یاری داد.

کلیدواژه‌ها: مقایسه، اضطراب کرونا، اضطراب بیماری، باورهای فراشناختی، توکوفوبیا

مجله مطالعات علوم پزشکی، دوره سی و سوم، شماره نهم، ص ۶۴۵-۶۳۴، آذر ۱۴۰۱

آدرس مکاتبه: اهواز، دانشگاه شهید چمران، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، تلفن: ۰۹۳۶۶۹۸۶۲۴۹

Email: samira.zardkoochi75@gmail.com

مقدمه

می‌دهد و به ارزیابی مجدد مهارت‌ها و سبک زندگی می‌پردازد. تجربیات زنان باردار در سه مرحله مختلف بارداری برگرفته از تجربیات فردی آنان است. سه‌ماهه اول مرحله پذیرش بارداری است که با حالت نگرانی احساسات دوگانه لذت و نفرت نسبت به جنین و تمرکز بر خود همراه است. سه‌ماهه دوم مرحله پذیرش جنین است که با احساس مادر شدن توجه به تصویر بدنی و تغییر جسمانی تغییر در رابطه جنسی با همسر و افزایش مهارت ارتباطی با دیگران به‌عنوان مادر باردار همراه است سه‌ماهه سوم بارداری مرحله آمادگی

بارداری مرحله‌ای از هویت‌شناسی زنانه است. در حین بارداری زنان با رشد انسانی دیگر در وجودشان روبرو می‌شوند و نوعی احساس تغییر و خودشکوفایی را در خود احساس می‌کنند. این احساس در مراحل مختلف بارداری با تغییرات جسمانی و روان‌شناختی جدیدی همراه است (۱). تغییرات در آغاز دوره بارداری شدید است، چراکه زن باردار علاوه بر این‌که با تغییرات هورمونی روبرو می‌شود، دیدگاه خود نسبت به زندگی را تغییر

^۱ کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

^۲ استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری در بیماری‌های مزمن، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

بارداری همبستگی معناداری وجود دارد به طوری که با بالا رفتن شدت ترس عاطفه منفی افزایش یافته و باورهای فراشناختی ناشی از تجربیات قبلی بر میزان شدت توکوفوبیا می‌افزایند. بنابراین نحوه تفکر افراد به جهان پیرامون و تجربیات آن‌ها منجر به بروز ترس از زایمان می‌گردد. یکی دیگر از ویژگی‌های روان‌شناختی اضطراب است.

در دوران شیوع بیماری کرونا و ویروس، ترس و اضطراب از ابتلا به بیماری در جهان شدت گرفت و زنان باردار به دلیل ترس از ابتلا جنین به این بیماری مرگبار اضطراب بیشتری را تجربه می‌کردند. هرچند بارها گزارش شده بود که بچه‌های سالم از زنان باردار مبتلا به دنیا آمده بودند اما اضطراب از ابتلا به کرونا در مادران باردار شدت بیشتری داشت و عواملی مثل نوع مصرف داروهای خاص که احتمال سقط و عقب‌ماندگی جنین را به همراه داشت منجر می‌شد تا مادران در دوران پاندمی اضطراب بالایی را تجربه کنند (۱۱). اضطراب از بیماری یکی دیگر از پیامدهای اضطراب کرونا بود به طوری که یافته‌های پژوهشی در کشور انگلستان نشان می‌دهد که حدود ۸ تا ۱۰ درصد زنان باردار توکوفوبیا را طی دوران پاندمی کرونا و ویروس گزارش کرده‌اند. اغلب این مادران به‌خصوص در سه‌ماهه آخر بارداری از ابتلا به بیماری در حین بارداری و احتمال بستری شدن و دریافت داروهای خاص درمان کرونا که عواقب نامعلومی داشتند مضطرب بودند (۱۲). عزت‌نفس پایین می‌تواند مشغله‌های فکری درباره اضطراب و عدم کنترل درد زایمان را شکل دهد. ترس شدید می‌تواند دلیلی برای گرایش به تولد نوزاد به روش سزارین گردد (۱۳، ۱۴). زنان بارداری با تصور ابتلا به بیماری اضطراب بیشتری را تجربه می‌کردند و چون شرایط برای آنان قابل پیش‌بینی و نامعلوم بود توکوفوبیا بر آنان غالب می‌شد (۱۵، ۱۶). آسیب‌پذیری مادر باردار در سه‌ماهه سوم و مخصوصاً در ماه هفتم بیشتر از سه‌ماهه دوم است و طبق یافته‌های برخی پژوهش‌ها، افسردگی، اضطراب و تنیدگی زنان باردار در سه‌ماهه سوم بیشتر از شش ماهه اول است و این اضطراب با نزدیک شدن به زمان زایمان افزایش می‌یابد (۱۷، ۱۸، ۱۹). تحقیق درباره پیش‌بینی‌های روان‌شناختی توکوفوبیا بسیار اندک است و با اذعان به این خلأ پژوهشی مطالعه حاضر باهدف مقایسه پیش‌بینی‌های باورهای فراشناختی، اضطراب کرونا و اضطراب بیماری با توکوفوبیا در مادران سه‌ماهه آخر و شش ماهه اول بارداری در شهرستان شوشتر انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه یک پژوهش مورد-شاهدی بوده که جامعه آماری پژوهش آن شامل کلیه مادران باردار سه‌ماهه آخر و شش ماهه اول بارداری بودند که در مراکز بهداشت شهرستان شوشتر دارای پرونده

برای بارداری است. در این مرحله مادران باردار افزایش وابستگی به اطرافیان اضطراب و نگرانی از سلامت بارداری و آماده شدن برای مقابله با نگرانی‌های ذهنی مادر درباره بچه‌دار شدن تلقی می‌شود که می‌تواند مادر را برای بارداری و تغییرات همراه آن آماده سازد (۲). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که اضطراب و نگرانی یکی از مشکلات روان‌شناختی مادر باردار است و به‌صورت یک رابطه U شکل تظاهر می‌کند به طوری که در سه‌ماهه اول و سوم میزان اضطراب و نگرانی افزایش می‌یابد. این اضطراب گاهی به‌عنوان یک مکانیزم طبیعی تلقی می‌شود ولی نگرانی و اضطراب می‌تواند شکل مرضی به خود بگیرد و چنان شدت یابد که بهداشت روانی مادر باردار را تحت تأثیر قرار دهد. در سه‌ماهه اول ترس از دست دادن جنین، اضطراب تغییر در سبک زندگی و تغییر در ظاهر جسمانی و اضطراب آینده و در سه‌ماهه سوم، نحوه زایمان دردهای جسمانی احتمالی، نحوه نگهداری از کودک و اضطراب داشتن کودک ناسالم بر مادر مستولی می‌شود (۳). اگرچه ترس فرایندی طبیعی و لازمه بقاء بشر است ولی اگر شدت پیدا کند می‌تواند منجر به آسیب‌های رفتاری و روانی گردد. توکوفوبیا (Tokophobia) یک از انواع فوبیاهایی (ترس مرضی) است که ترس شدید از زایمان است که ۶ تا ۱۰ درصد زنان باردار آن را تجربه می‌کنند (۴، ۵). در طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی نسخه چهارم (DSM-IV) معیارهای تشخیصی این اختلال شامل اضطراب شدید و نگرانی از زایمان که اغلب در سه‌ماهه سوم بارداری افزایش می‌یابد، دشوار بودن کنترل این نگرانی‌ها، دشوار بودن تمرکز در فعالیت‌های خانوادگی یا محیط کار، ترس از ناتوانی در به دنیا آوردن فرزند، ترس از درد، کلبوس، اختلالات فیزیکی، اجتناب از قرارگیری در موقعیت‌های ترسناک (مثلاً جلوگیری از بارداری، درخواست زایمان سزارین بدون وجود دلیل پزشکی یا خاتمه دادن به بارداری) و ناآرامی یا ضعف شدید، هستند (۶). زنان باردار به دلایل مختلفی هم چون مشکلات معیشتی، سطح پایین تحصیلات، کمبود اطلاعات درست درباره بارداری و زایمان، رویدادهای ناخواسته در زایمان قبلی، نارضایتی از شریک جنسی، اختلالات روانی، عدم حمایت از طرف مراکز اجتماعی و ترس از درد علائم بالینی ترس از زایمان را به شکل توکوفوبیا بروز دهند (۷، ۸). این اختلال در علوم بالینی به‌عنوان اختلالی شناخته شده که می‌تواند منجر به محدودیت رشد درون رحمی، وزن کم هنگام تولد، تغییر در ضربان قلب جنین و نارس بودن نوزاد را ایجاد کند (۹). یکی از عوامل روان‌شناختی مرتبط با توکوفوبیا باورهای روان‌شناختی متشکل از باور و دانش شخص از خود و تجربیات شخصی‌اش است. یافته‌های پژوهشی دلاور و علیزاده گورادل (۱۰) نشان می‌دهد بین توکوفوبیا با باورهای فراشناختی و عاطفه مثبت و منفی در زنان باردار نخست‌زا که در سه‌ماهه آخر

(از موافق نیستیم تا خیلی موافقم) پاسخ می‌دهد. پرسش‌نامه فرانشناخت ۵ مقیاس دارد که عبارت‌اند از: ۱- باورهای مثبت در مورد نگرانی ۲- اعتماد شناختی ۳- خودآگاهی شناختی ۴- باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری و خطر افکار ۵- باورها در مورد نیاز به کنترل افکار. ولز و کارترایت هاتون (۲۱) ضریب پایایی را با استفاده از آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی این پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۷۸ گزارش نمودند. هم‌چنین آن‌ها ضریب همبستگی پرسش‌نامه فرانشناخت با پرسش‌نامه اضطراب-صفت-حالت (۰/۵۳) پرسش‌نامه نگرانی حالت بین (۰/۵۴) و پرسش‌نامه اختلال وسواس فکری-عملی پادوا (۰/۴۹) در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است (۲۱). ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است. همبستگی خرده مقیاس‌ها با کل مقیاس بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ است. علاوه بر این همبستگی بین عامل‌ها هم بین ۰/۲۶ تا ۰/۶۲ بود (۲۲).

پرسش‌نامه اضطراب کرونا (Coronary Anxiety Questionnaire):

این ابزار توسط علیپور و همکاران (۲۳) جهت سنجش میزان اضطراب آماده و هنجاریابی شد. این ابزار دارای ۱۸ ماده و دو خرده‌مقیاس است که ماده‌های یک تا نه علائم روانی و ماده‌های ۱۰ تا ۱۸ علائم جسمانی را می‌سنجند. این ابزار در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا بیانگر سطح اضطراب کرونا بالاتر است. نمرات صفر تا ۱۶ اضطراب خفیف، ۱۷ تا ۲۹ اضطراب متوسط و ۳۰ تا ۵۴ اضطراب شدید را نشان می‌دهند. علیپور و همکاران (۲۳) پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل اول ۰/۸۷۹ و برای عامل دوم ۰/۸۶۱ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۱۹ به‌دست آمده است. هم‌چنین آن‌ها ضریب همبستگی پرسش‌نامه اضطراب کرونا با نمره کل پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی و مؤلفه اضطراب، نشانه‌های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۴۸۳، ۰/۵۰۷، ۰/۴۱۸، ۰/۳۳۳ و ۰/۲۶۹ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه اضطراب سلامت (Health Anxiety Questionnaire):

این پرسش‌نامه توسط سالکوسکیس و همکاران (۲۴) تدوین و شامل هجده ماده و چهار گزینه است و وضعیت افراد را در طی ۶ ماه اخیر می‌سنجد. ماده‌های این آزمون، ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتی را می‌سنجد. دامنه نمرات بین صفر تا ۵۴ قرار دارد و نمرات بیشتر نشان‌دهنده اضطراب سلامت بالاتر است. ضرایب همسانی درونی بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۵ متغیر بوده است. ضریب پایایی از طریق بازآزمایی به فاصله یک هفته، ۰/۹۰ به‌دست آمده است. ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسش‌نامه از ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ متغیر و ضریب روایی آن ۰/۶۳ گزارش شده است (۲۴ و ۲۵).

بهداشتی بوده و برای آزمایشات ماهیانه به پرستارماما یا پزشکان متخصص مراجعه حضوری داشتند. اطلاعات ۱۰۴ نفر (۵۲ نفر سه‌ماهه آخر و ۵۲ نفر شش ماهه اول بارداری) به روش نمونه‌گیری هدفمند طی ماه‌های اردیبهشت تا شهریور ۱۴۰۰ جمع‌آوری گردید. به دلیل شرایط شیوع کرونا، امکان دسترسی به آزمودنی نخست زانندک بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل بارداری نخست، داشتن سواد خواندن و نوشتن، ساکن شهر شوشتر، علاقه به پژوهش و داشتن پرونده بهداشتی در مراکز بهداشتی بود. مادرانی که سابقه ابتلا به بیماری کرونا ویروس را داشتند (بر اساس گزارش شفاهی افراد)، وارد نمونه نشدند. برای رعایت شرایط قرنطینه افرادی که تمایل به مراجعه حضوری نداشتند با آن‌ها به‌صورت تلفنی مصاحبه می‌شد. برای رعایت اصول اخلاق پژوهش به شرکت‌کنندگان توضیحات لازم درباره نحوه اجرای پژوهش داده شد و هدف از تکمیل ابزارها به اطلاع آن‌ها رسید. هم‌چنین از آن‌ها درخواست شد که ذکر نام و نام خانوادگی خودداری کرده و هر موقع که خواستند می‌توانند از پاسخ به پرسش‌ها اجتناب و پژوهش را ترک کنند. علاوه بر این شرکت در مطالعه منجر به تحمیل هزینه برای نمونه‌ها نگردد.

ابزار پژوهش:

مقیاس شدت توکوفوبیا (Tokophobia Severity Scale):

این مقیاس توسط ووتن و همکاران (۲۰) تدوین شده است. این مقیاس یک ابزار خودگزارشی ۱۳ ماده است که دو جنبه‌شناختی (نگرانی) و رفتاری (اجتناب) را در مبتلایان به توکوفوبیا مورد سنجش قرار می‌دهد و در مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از صفر (اصلاً) تا سه (همیشه) رتبه‌بندی شده است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از ترس از زایمان است. ووتن و همکاران (۲۰) ضریب پایایی را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و میانگین همبستگی بین ۱۳ گویه ۰/۵۰ گزارش نمودند. هم‌چنین آن‌ها روایی همگرا از طریق همبستگی با پرسش‌نامه انتظارات/تجربه زایمان ویژما (Delivery Expectancy Questionnaire) ($r=0/44; p \leq 0/001$) و روایی واگرا از طریق همبستگی با پرسش‌نامه سلامت بیمار (Patient Health Questionnaire-9) ($r=0/35; p \leq 0/001$) به دست آوردند (۲۰). به‌منظور بومی‌سازی این مقیاس، در پژوهش حاضر ضریب روایی از طریق ضریب همبستگی با پرسش‌نامه کوتاه نگرانی برابر با ۰/۵۶، ضریب همبستگی مؤلفه رفتاری توکوفوبیا با مقیاس نگرانی ۰/۶۷ و ضریب همبستگی توکوفوبیا به‌صورت کلی با مقیاس نگرانی ۰/۶۱ که در سطح $p = 0/05$ معنی‌دار بود.

پرسش‌نامه فرانشناخت (Meta-Cognitions Questionnaire):

در این پژوهش از فرم کوتاه پرسش‌نامه فرانشناخت ولز و کارترایت هاتون (۲۱) استفاده شد این ابزار ۳۰ ماده دارد و هر آزمودنی به این ماده‌ها در یک طیف چهارگزینه‌ای

تجزیه و تحلیل پژوهش:

در این پژوهش در بخش آمار توصیفی از محاسبه میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی چندگانه گام به گام با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، میانگین سن مادران باردار سه‌ماهه آخر؛ و شش ماهه اول به ترتیب ۲۵/۳۸ و ۲۶/۱۳ و دامنه سنی آن‌ها به ترتیب بین ۱۵ تا ۴۳ و ۱۸ تا ۴۲ سال متغیر بود. فراوانی افراد از لحاظ مدرک تحصیلی در مادران باردار سه‌ماهه آخر به صورت زیر دیپلم ۱۹/۲ درصد، دیپلم ۲۵ درصد، کاردانی ۱۱/۵ درصد،

کارشناسی ۳۶/۵ و کارشناسی ارشد و بالاتر: ۷/۷؛ و در مادران شش ماهه اول به صورت زیر دیپلم ۱۱/۵ درصد، دیپلم ۳۸/۵ درصد، کاردانی ۷/۷ درصد، کارشناسی ۲۸/۸ درصد و کارشناسی ارشد و بالاتر ۱۳/۵ درصد بود. همچنین فراوانی افراد به لحاظ شغل مادران باردار سه‌ماهه آخر و همسرانشان به ترتیب به صورت معلم ۵/۸ و صفر درصد، کارمند ۷/۷ و ۱۹/۲ درصد، آزاد ۲۸/۸ و ۵۷/۷ درصد و سایر ۵۷/۷ و ۲۳/۱؛ و در مادران باردار شش ماهه اول و همسرانشان به ترتیب به صورت معلم ۷/۷ و ۹/۶ درصد، کارمند: ۳/۸ و ۲۳/۱ درصد، آزاد ۱۹/۲ و ۵۱/۹ درصد و سایر ۶۹/۲ و ۱۵/۴ درصد بود.

میانگین و انحراف معیار مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول (۱): یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	سه‌ماهه آخر بارداری		شش ماهه اول بارداری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مهاری‌ناپذیری و خطر	۱۳/۰۸	۴/۸۳	۱۳/۸۵	۴/۲۷
باورهای مثبت در مورد نگرانی	۱۱/۳۸	۳/۴۴	۱۱/۲۵	۲/۹۰
باورهای فراشناختی	۱۴/۶۹	۴/۲۰	۱۴/۱۹	۳/۸۶
اطمینان به حافظه	۱۱/۸۳	۵/۱۶	۱۰/۴۸	۴/۹۷
نیاز به مهار افکار	۹/۷۹	۳/۳۹	۱۳/۳۵	۳/۷۸
علائم روانی	۷/۱۰	۵/۵۸	۷/۰۸	۵/۶۸
اضطراب کرونا	۲/۰۰	۳/۸۳	۲/۸۵	۵/۰۴
علائم جسمانی	۳/۲۷	۳/۲۱	۳/۷۷	۳/۹۰
ابتلا به بیماری	۳/۲۵	۳/۱۹	۳/۲۳	۳/۲۸
پیامدهای بیماری	۸/۵۲	۳/۸۸	۸/۰۴	۳/۷۲
نگرانی کلی سلامتی	۱۲/۶۳	۷/۵۰	۱۱/۶۰	۷/۵۶
شناختی	۱/۷۵	۱/۴۹	۱/۹۸	۲/۲۳
توکوفوبیا رفتاری				

با توجه به نتایج جدول ۱، میانگین و (انحراف معیار) در مادران سه‌ماهه آخر بارداری به ترتیب برای ابعاد باورهای فرشناختی شامل مهاری‌ناپذیری و خطر برابر با ۱۳/۰۸ (۴/۸۳)، باورهای مثبت در مورد نگرانی برابر با ۱۱/۳۸ (۳/۴۴)، وقوف‌شناختی برابر با ۱۴/۶۹ (۴/۲۰)، اطمینان به حافظه برابر با ۱۱/۸۳ (۵/۱۶) و نیاز به مهار افکار برابر با ۹/۷۹ (۳/۳۹)؛ و به ترتیب در مادران باردار شش ماهه اول برای ابعاد باورهای فرشناختی شامل مهاری‌ناپذیری و خطر برابر با ۱۳/۸۵ (۴/۲۷)، باورهای مثبت در مورد نگرانی برابر با ۱۱/۲۵ (۲/۹۰)، وقوف‌شناختی برابر با ۱۴/۱۹ (۳/۸۶)، اطمینان به حافظه برابر با ۱۰/۴۸ (۴/۹۷) و نیاز به مهار افکار برابر با ۱۳/۳۵ (۳/۷۸) است.

هم‌چنین، میانگین (انحراف معیار) علائم روانی و علائم جسمانی اضطراب کرونا در مادران سه‌ماهه آخر بارداری به ترتیب برابر با ۷/۱۰ (۵/۵۸) و ۲/۰۰ (۳/۸۳)؛ و در مادران شش ماهه اول به ترتیب برابر با ۷/۰۸ (۵/۶۸) و ۲/۸۵ (۵/۰۴) می‌باشد. میانگین (انحراف معیار) ابعاد اضطراب بیماری در مادران سه‌ماهه آخر نیز به ترتیب عبارت‌اند از: ابتلا به بیماری برابر با ۳/۲۷ (۳/۲۱)، پیامدهای بیماری برابر با ۳/۲۵ (۳/۱۹) و نگرانی کلی سلامتی برابر با ۸/۵۲ (۳/۸۸) و در مادران شش ماهه اول به ترتیب عبارت‌اند از: ابتلا به بیماری برابر با ۳/۷۷ (۳/۹۰)، پیامدهای بیماری برابر با ۳/۲۳ (۳/۲۸) و نگرانی کلی سلامتی برابر با ۸/۰۴ (۳/۷۲). میانگین (انحراف معیار) ابعاد شناختی

نشان می‌دهد. هم‌چنین پیش از آزمون فرضیه‌های پژوهش، در ابتدا آزمون تی گروه‌های مستقل جهت مقایسه متغیرهای پژوهش در بین زنان باردار سه‌ماهه آخر و شش ماهه اول بارداری انجام شد که نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است.

رفتاری توکوفوبیا در مادران سه‌ماهه آخر نیز به ترتیب برابر با ۱۲/۶۳ (۷/۵۰) و ۱/۷۵ (۱/۴۹)؛ و در مادران شش ماهه اول به ترتیب برابر با ۱۱/۶۰ (۷/۵۶) و ۱/۹۸ (۲/۲۳) به‌دست آمد. جدول ۲ ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش را به ترتیب در مادران سه‌ماهه آخر بارداری و مادران شش ماهه اول

جدول (۲): ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش (سه‌ماهه آخر بارداری و شش ماهه اول بارداری)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
سه‌ماهه آخر بارداری											
۱ مهارناپذیری و خطر	۱										
۲ باورهای مثبت در مورد نگرانی	۰/۳۳**	۱									
۳ وقوف شناختی	۰/۷۰**	۰/۴۱**	۱								
۴ اطمینان به حافظه	۰/۴۲**	۰/۳۲*	۰/۰۹	۱							
۵ نیاز به مهار افکار	۰/۶۰**	۰/۳۵*	۰/۵۲**	۰/۴۱**	۱						
۶ علائم روانی	۰/۴۲**	۰/۲۸*	۰/۴۴**	۰/۱۲	۰/۲۵	۱					
۷ علائم جسمانی	۰/۳۱**	۰/۱۸	۰/۲۳	۰/۲۴	۰/۲۱	۰/۷۷**	۱				
۸ ابتلا به بیماری	۰/۳۶**	۰/۳۸**	۰/۲۰	۰/۱۶	۰/۲۴	۰/۴۵**	۰/۴۳**	۱			
۹ پیامدهای بیماری	۰/۲۹*	۰/۳۵*	۰/۲۲	۰/۲۲	۰/۳۶**	۰/۱۴	۰/۲۲	۰/۶۵**	۱		
۱۰ نگرانی کلی سلامتی	۰/۳۰*	۰/۳۷**	۰/۱۷	۰/۱۳	۰/۱۹	۰/۳۶**	۰/۳۶**	۰/۵۶**	۰/۴۹**	۱	
۱۱ توکوفوبیا	۰/۵۴**	۰/۰۴	۰/۳۷**	۰/۰۶	۰/۳۷**	۰/۵۲**	۰/۳۸**	۰/۳۴*	۰/۲۶	۰/۴۶**	۱
شش ماهه اول بارداری											
۱ مهارناپذیری و خطر	۱										
۲ باورهای مثبت در مورد نگرانی	۰/۴۲**	۱									
۳ وقوف شناختی	۰/۶۰**	۰/۵۷**	۱								
۴ اطمینان به حافظه	۰/۲۹*	۰/۲۲	۰/۱۰	۱							
۵ نیاز به مهار افکار	۰/۴۹**	۰/۴۶**	۰/۴۹**	۰/۳۳*	۱						
۶ علائم روانی	۰/۵۱**	۰/۳۴*	۰/۳۵*	۰/۲۸*	۰/۳۲*	۱					
۷ علائم جسمانی	۰/۳۹**	۰/۴۷**	۰/۳۴*	۰/۱۶	۰/۱۸	۰/۷۰**	۱				
۸ ابتلا به بیماری	۰/۳۶**	۰/۳۰*	۰/۲۶	۰/۳۵*	۰/۲۸*	۰/۵۰**	۰/۶۳**	۱			
۹ پیامدهای بیماری	۰/۴۶**	۰/۳۷**	۰/۲۸*	۰/۴۳**	۰/۳۵*	۰/۳۳*	۰/۵۱**	۰/۷۵**	۱		
۱۰ نگرانی کلی سلامتی	۰/۴۴**	۰/۳۹**	۰/۴۰**	۰/۳۹**	۰/۴۱**	۰/۳۷**	۰/۵۰**	۰/۶۳**	۰/۷۱**	۱	
۱۱ توکوفوبیا	۰/۵۰**	۰/۳۵*	۰/۳۷**	۰/۵۴**	۰/۴۸**	۰/۵۲**	۰/۵۳**	۰/۶۴**	۰/۶۵**	۰/۵۵**	۱

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$

جدول (۳): نتایج آزمون تی مستقل جهت مقایسه متغیرهای پژوهش در بین زنان باردار سه‌ماهه آخر و شش ماهه اول بارداری

متغیر	آماره t	df	Sig.	اختلاف میانگین	خطای معیار تفاوت	حد پایین	حد بالا
مهارناپذیری و خطر	-۰/۸۶	۱۰۲	۰/۳۹۱	-۰/۷۷	۰/۸۹	-۲/۵۴	۱/۰۰
باورهای مثبت در مورد نگرانی	۰/۲۲	۱۰۲	۰/۸۳۰	۰/۱۳	۰/۶۲	-۱/۱۰	۱/۳۷
وقوف شناختی	۰/۶۳	۱۰۲	۰/۵۲۸	۰/۵۰	۰/۷۹	-۱/۰۷	۲/۰۷

۳/۳۲	-۰/۶۳	۰/۹۹	۱/۳۵	۰/۱۸	۱۰۲	۱/۳۵	اطمینان به حافظه
-۲/۱۶	-۴/۹۵	۰/۷۰	-۳/۵۵	۰/۰۰۱	۱۰۲	-۵/۰۵	نیاز به مهار افکار
۲/۲۱	-۲/۱۷	۱/۱۰	۰/۰۲	۰/۹۸۶	۱۰۲	۰/۰۲	علائم روانی
۰/۸۹	-۲/۵۹	۰/۸۸	-۰/۸۵	۰/۳۳۸	۱۰۲	-۰/۹۶	علائم جسمانی
۰/۸۹	-۱/۸۹	۰/۷۰	-۰/۵۰	۰/۴۷۷	۱۰۲	-۰/۷۱	ابتلا به بیماری
۱/۲۸	-۱/۲۴	۰/۶۳	۰/۰۲	۰/۹۷۶	۱۰۲	۰/۰۳	پیامدهای بیماری
۱/۹۶	-۰/۹۹	۰/۷۴	۰/۴۸	۰/۵۲۰	۱۰۲	۰/۶۵	نگرانی کلی سلامتی
۳/۹۷	-۱/۸۹	۱/۴۸	۱/۰۴	۰/۴۸	۱۰۲	۰/۷۰	شناختی
۰/۶۱	-۱/۰۷	۰/۴۲	-۰/۲۳	۰/۵۸۷	۱۰۲	-۰/۵۴	رفتاری

نرمال بودن داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. بر این اساس ضریب چولگی و کشیدگی متغیرها به ترتیب مهارناپذیری خطر (۰/۵۵)، باورهای مثبت در مورد نگرانی (۰/۷۸، ۰/۹۸)، وقوف‌شناختی (۰/۰۷، ۰/۳۳)، اطمینان به حافظه (۰/۶۳، ۰/۷۵)، نیاز به مهار افکار (۰/۶۷، ۰/۳۹)، علائم روانی اضطراب کرونا (۱/۳۶)، علائم جسمانی اضطراب کرونا (۲/۸۹، ۸/۵۹)، ابتلا به بیماری (۱/۰۶، ۰/۵۲)، پیامدهای بیماری (۰/۵۷، ۰/۹۹)، نگرانی کلی سلامتی (۰/۶۹، ۰/۱۸)، شناختی (۰/۶۷، ۰/۰۸)، و رفتاری (۱/۴۹، ۲/۲۲) به دست آمد. با توجه به معیار نرمال بودن، متغیرهای پژوهش همگی دارای قدرمطلق ضریب کجی کمتر از ۳ و قدرمطلق کشیدگی کمتر از ۱۰ می‌باشند بنابراین، تخطی از نرمال بودن داده‌ها مشاهده نشد.

پیش از انجام تحلیل رگرسیون، جهت اطمینان از این‌که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل رگرسیون چندگانه را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور چهار مفروضه تحلیل رگرسیون چندگانه شامل بررسی داده‌های پرت، نرمال بودن، هم‌خطی چندگانه و استقلال خطاها مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج نشان داد داده‌ها شرایط استفاده از تحلیل رگرسیون را دارند. جدول ۴ نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون همزمان را به ترتیب برای پیش‌بینی توکوفوبیا در مادران سه‌ماهه آخر بارداری و مادران شش ماهه اول بارداری نشان می‌دهند.

با توجه به نتایج جدول ۲، در مادران سه‌ماهه آخر بارداری، ضرایب همبستگی متغیرهای مهارناپذیری خطر ($p < 0/01$)، وقوف‌شناختی ($r = 0/37$ ، $p < 0/01$)، نیاز به مهار افکار ($r = 0/37$ ، $p < 0/01$)، علائم روانی اضطراب کرونا ($r = 0/37$ ، $p < 0/01$)، علائم جسمانی اضطراب کرونا ($r = 0/38$ ، $p < 0/01$)، ابتلا به بیماری ($r = 0/34$ ، $p < 0/05$) و نگرانی کلی سلامتی ($r = 0/46$ ، $p < 0/01$) با توکوفوبیا معنی‌دار هستند. همچنین، با توجه به نتایج جدول ۳، در مادران شش ماهه اول بارداری، ضرایب همبستگی متغیرهای مهارناپذیری خطر ($r = 0/50$ ، $p < 0/01$)، باورهای مثبت در مورد نگرانی ($r = 0/35$ ، $p < 0/05$)، وقوف‌شناختی ($r = 0/37$ ، $p < 0/01$)، اطمینان به حافظه ($r = 0/54$ ، $p < 0/01$)، نیاز به مهار افکار ($r = 0/48$ ، $p < 0/01$)، علائم روانی اضطراب کرونا ($r = 0/52$ ، $p < 0/01$)، علائم جسمانی اضطراب کرونا ($r = 0/53$ ، $p < 0/01$)، ابتلا به بیماری ($r = 0/64$ ، $p < 0/01$)، پیامدهای بیماری ($r = 0/65$ ، $p < 0/01$) و نگرانی کلی سلامتی ($r = 0/55$ ، $p < 0/01$) با توکوفوبیا معنی‌دار هستند.

با توجه به نتایج جدول ۳، زنان باردار سه اول آخر و شش ماهه اول تنها در متغیر نیاز به مهار افکار ($r = -0/5$ ، $p < 0/01$) با یکدیگر تفاوت معنی‌دار داشتند، به گونه‌ای که میانگین نیاز به مهار افکار در زنان باردار سه‌ماهه آخر کمتر از زنان باردار شش ماهه اول بود. در نهایت برای پیش‌بینی توکوفوبیا در دو گروه زنان باردار از رگرسیون چندگانه استفاده شد. پیش از انجام تحلیل رگرسیون

جدول (۴): ضرایب رگرسیونی متغیرهای پیش‌بین در تحلیل رگرسیون همزمان (مادران سه‌ماهه آخر بارداری و شش ماهه اول بارداری)

مدل	B	S.E.	β	t	Sig.
سه‌ماهه آخر بارداری					
مقدار ثابت	۴/۴۲	۴/۲۴	-	۱/۰۴	۰/۳۰۴
مهارناپذیری و خطر	۰/۸۰	۰/۳۳	۰/۴۶	۲/۴۵	۰/۰۱۹
باورهای مثبت در مورد نگرانی	-۰/۶۶	۰/۳۳	-۰/۲۷	-۲/۰۴	۰/۰۴۸

وقف‌شناختی	۰/۲۹	۰/۳۷	-۰/۱۵	-۰/۸۰	۰/۴۳۰
اطمینان به حافظه	-۰/۲۸	۰/۲۲	-۰/۱۸	-۱/۲۶	۰/۲۱۶
نیاز به مهار افکار	۰/۴۱	۰/۳۵	۰/۱۷	۱/۱۸	۰/۲۴۴
علائم روانی اضطراب کرونا	۰/۶۷	۰/۲۹	۰/۴۵	۲/۳۰	۰/۰۲۶
علائم جسمانی اضطراب کرونا	-۰/۲۴	۰/۳۸	-۰/۱۱	-۰/۶۴	۰/۵۲۵
ابتلا به بیماری	-۰/۲۹	۰/۴۴	-۰/۱۱	-۰/۶۷	۰/۵۰۷
پیامدهای بیماری	۰/۲۸	۰/۴۱	۰/۱۱	۰/۶۹	۰/۴۹۲
نگرانی کلی سلامتی	۰/۶۹	۰/۲۹	۰/۳۲	۲/۴۰	۰/۰۲۱
	$F= ۵/۲۴$	$R^2=۰/۵۶$	$R=۰/۷۵$		$p<۰/۰۰۱$

شش ماهه اول بارداری

مقدار ثابت	-۹/۸۴	۳/۶۸	-	-۲/۶۸	۰/۰۱۱
مهارناپذیری و خطر	۰/۱۸	۰/۲۳	۰/۰۸	۰/۷۷	۰/۴۴۵
باورهای مثبت در مورد نگرانی	-۰/۲۸	۰/۳۱	-۰/۰۹	-۰/۹۲	۰/۳۶
وقف‌شناختی	۰/۰۷	۰/۲۷	۰/۰۳	۰/۲۶	۰/۷۹۴
اطمینان به حافظه	۰/۴۵	۰/۱۶	۰/۲۶	۲/۸۴	۰/۰۰۷
نیاز به مهار افکار	۱/۱۱	۰/۲۵	۰/۴۲	۴/۴۹	۰/۰۰۰۱
علائم روانی اضطراب کرونا	۰/۰۸	۰/۲۰	۰/۰۵	۰/۴۲	۰/۶۸۰
علائم جسمانی اضطراب کرونا	۰/۳۹	۰/۲۴	۰/۲۲	۱/۶۲	۰/۱۱۳
ابتلا به بیماری	۰/۷۲	۰/۳۲	۰/۲۹	۲/۲۷	۰/۰۲۹
پیامدهای بیماری	۰/۳۸	۰/۳۶	۰/۱۳	۱/۰۵	۰/۳۰۱
نگرانی کلی سلامتی	-۰/۲۹	۰/۲۷	-۰/۱۲	-۱/۱۰	۰/۲۷۸
	$F= ۱۶/۱۶$	$R^2=۰/۸۲$	$R=۰/۹۱$		$p<۰/۰۰۱$

داد که رابطه مؤلفه‌های اطمینان به حافظه ($\beta=۰/۲۶$, $p<۰/۰۰۷$) و نیاز به مهار افکار ($\beta=۰/۴۲$, $p<۰/۰۰۰۱$) با توکوفوبیا معنی‌دار بود. علاوه بر این، در مادران شش ماهه اول، رابطه مؤلفه‌های علائم روانی ($\beta=۰/۲۲$, $p<۰/۱۱۳$) جسمانی ($\beta=۰/۰۵$, $p<۰/۶۸۰$) با توکوفوبیا معنی‌دار نبود. هم‌چنین، از میان مؤلفه‌های اضطراب بیماری، رابطه مؤلفه ابتلا به بیماری ($\beta=۰/۲۹$, $p<۰/۰۲۹$) با توکوفوبیا در مادران شش ماهه اول بارداری معنی‌دار بود. جهت تعیین قوی‌ترین پیش‌بین‌ها، از تحلیل رگرسیون به روش گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ نشان داده شده است.

با توجه به نتایج جدول ۴، در مادران سه‌ماهه آخر بارداری، از میان مؤلفه‌های باورهای فراشناختی، رابطه مؤلفه‌های مهارناپذیری و خطر ($\beta=۰/۴۶$, $p<۰/۰۱۹$) و باورهای مثبت در مورد نگرانی ($\beta=-۰/۲۷$, $p<۰/۰۴۸$) با توکوفوبیا معنی‌دار بود. علاوه بر این، از میان مؤلفه‌های اضطراب کرونا، در مادران سه‌ماهه آخر بارداری، رابطه مؤلفه علائم روانی ($\beta=۰/۴۵$, $p<۰/۰۲۶$) با توکوفوبیا معنی‌دار بود. هم‌چنین، از میان مؤلفه‌های اضطراب بیماری، در مادران سه‌ماهه آخر بارداری، رابطه مؤلفه نگرانی کلی سلامتی ($\beta=۰/۰۲۱$, $p<۰/۰۲۱$) با توکوفوبیا معنی‌دار بود. در رابطه با مادران شش ماهه اول بارداری، نتایج جدول ۴ نشان

جدول (۵): نتایج تحلیل رگرسیون به روش گام به گام (مادران سه‌ماهه آخر بارداری و شش ماهه اول بارداری)

متغیر ملاک: توکوفوبیا					
متغیرهای پیش‌بین	B	S.E.	β	t	Sig.
سه‌ماهه آخر بارداری					
مقدار ثابت	۳/۶۷	۳/۳۲	-	۱/۱۱	۰/۲۷۴

مه‌ارناپذیری و خطر	۰/۷۰	۰/۲۰	۰/۴۱	۳/۵۴	۰/۰۰۱
علائم روانی اضطراب کرونا	۰/۴۶	۰/۱۷	۰/۳۱	۲/۶۷	۰/۰۱۰
نگرانی کلی سلامتی	۰/۷۲	۰/۲۵	۰/۳۳	۲/۹۳	۰/۰۰۵
باورهای مثبت در مورد نگرانی	-۰/۷۴	۰/۲۷	-۰/۳۱	-۲/۷۱	۰/۰۰۹
	$F=12/70$	$R^2=0/52$	$R=0/72$		$p<0/001$
شش ماهه اول بارداری					
مقدار ثابت	-۱۰/۹۹	۲/۵۶	-	-۴/۲۹	۰/۰۰۰۱
ابتلا به بیماری	۰/۸۸	۰/۲۵	۰/۳۵	۳/۵۵	۰/۰۰۱
نیاز به مهار افکار	۱/۱۱	۰/۲۰	۰/۴۲	۵/۶۰	۰/۰۰۰۱
اطمینان به حافظه	۰/۴۷	۰/۱۴	۰/۲۷	۳/۳۷	۰/۰۰۲
علائم جسمانی اضطراب کرونا	۰/۴۱	۰/۱۷	۰/۲۳	۲/۴۰	۰/۰۲۱
	$F=12/70$	$R^2=0/52$	$R=0/72$		$p<0/001$

توکوفوبیا معنی‌دار نبود و در مادران شش ماهه اول بارداری، رابطه ابتلا به بیماری با توکوفوبیا معنی‌دار بود با این حال رابطه پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتی با توکوفوبیا معنی‌دار نبود. این یافته با یافته‌های زارعی و همکاران (۱۷) و نکویی و همکاران (۱۸) که نشان دادند اضطراب و تنیدگی زنان باردار در سه‌ماهه سوم بیشتر از شش ماهه اول است؛ هم‌چنین با یافته‌های بزوی و همکاران (۲۶)، محمد بیگی و همکاران (۲۷) و امامی افشار و همکاران (۱۹) همسو می‌باشد. هم‌چنین این یافته با یافته غابنده کلهرودی و همکاران (۲۸) که نشان دادند میزان اضطراب و استرس زنان باردار در دوران پاندمی کووید ۱۹ بالا است و زنان نگرانی‌های زیادی در رابطه با ابتلاء خود و نوزاد و یا مراجعه جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری داشتند و نیز با یافته اشهری و همکاران (۲۹) که نشان دادند اضطراب ناشی از کووید ۱۹ با ترس از زایمان ارتباط دارد و باعث تشدید آن و پیامدهای نامطلوب بارداری و زایمان می‌گردد، همسو است.

مادر شدن بزرگ‌ترین اتفاق زندگی هر زن می‌باشد ولی بسیاری از آن‌ها دچار ترس از زایمان می‌شوند (۳۰) که عمدتاً در سه‌ماهه سوم بارداری اتفاق می‌افتد (۳۱). ترس‌های مربوط به بارداری و زایمان، واقعیت‌های روان‌شناختی مشترکی است که زنان در دوران بارداری تجربه می‌کنند و شیوع چنین ترس‌هایی طی سال‌های گذشته افزایش یافته است (۳۲). ترس از زایمان مشکلاتی را نیز در دوران بارداری و هنگام زایمان برای مادر و نوزاد ایجاد می‌کند. احتمال زایمان زودرس، کم وزنی تولد، فشارخون بالا و تهوع شدید اوایل بارداری، افزایش فشار خون، محدودیت رشد جنین، بی‌قراری و بیش‌فعالی، لب‌شکری و مرگ نوزاد از جمله عوارض ترس و اضطراب در دوران بارداری است (۳۳). مقایسه پیش‌بینی‌های ترس

با توجه به نتایج جدول ۵، به ترتیب متغیرهای مه‌ارناپذیری و خطر ($\beta=0/41, p<0/001$)، علائم روانی اضطراب کرونا ($\beta=0/10, p<0/001$)، نگرانی کلی سلامتی ($\beta=0/33, p<0/005$) و باورهای مثبت در مورد نگرانی ($\beta=-0/31, p<0/009$) قوی‌ترین پیش‌بین‌های توکوفوبیا در مادران سه‌ماهه آخر بارداری بودند. هم‌چنین، به ترتیب متغیرهای ابتلا به بیماری ($\beta=0/01, p<0/001$)، نیاز به مهار افکار ($\beta=0/42, p<0/0001$)، اطمینان به حافظه ($\beta=0/27, p<0/002$) و علائم جسمانی اضطراب کرونا ($\beta=0/23, p<0/021$) قوی‌ترین پیش‌بین‌های توکوفوبیا در مادران شش ماهه اول بارداری بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه پیش‌بینی توکوفوبیا بر اساس باورهای فراشناختی، اضطراب کرونا و اضطراب بیماری در مادران سه‌ماهه آخر و شش ماهه اول بارداری بود. بر اساس نتایج این پژوهش اضطراب کرونا پیش‌بینی‌کننده توکوفوبیا در مادران سه‌ماهه آخر بارداری بود و از میان مؤلفه‌های اضطراب کرونا، رابطه مؤلفه علائم روانی با توکوفوبیا معنی‌دار بود با این حال رابطه مؤلفه علائم جسمانی با توکوفوبیا معنی‌دار نبود. اما با توجه به عدم معنی‌دار بودن رابطه مؤلفه‌های علائم روانی و جسمانی اضطراب کرونا با توکوفوبیا در مادران شش ماهه اول بارداری، اضطراب کرونا پیش‌بینی‌کننده توکوفوبیا در مادران شش ماهه اول بارداری نبود. هم‌چنین اضطراب بیماری، پیش‌بینی‌کننده توکوفوبیا در مادران سه‌ماهه آخر و شش ماهه اول بارداری بود و از میان مؤلفه‌های آن، در مادران سه‌ماهه آخر بارداری، رابطه نگرانی کلی سلامتی با توکوفوبیا معنی‌دار بود با این حال رابطه مؤلفه‌های ابتلا به بیماری و پیامدهای بیماری با

باورهای مثبت در مورد نگرانی، با توکوفوبیا معنی‌دار بود با این حال رابطه مؤلفه‌های وقوف شناختی، اطمینان به حافظه و نیاز به مهار افکار با توکوفوبیا معنی‌دار نبود. و در مادران شش ماهه اول بارداری، رابطه مؤلفه اطمینان به حافظه و نیاز به مهار افکار با توکوفوبیا معنی‌دار بود با این حال رابطه مؤلفه‌های مهارناپذیری و خطر، باورهای مثبت در مورد نگرانی و وقوف شناختی با توکوفوبیا معنی‌دار نبود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، محدود بودن نمونه پژوهش و در نتیجه عدم توانایی تعمیم به گروه بزرگ‌تری از زنان باردار می‌باشد. علاوه بر این، استفاده از پرسش‌نامه که امکان سوگیری در پاسخ‌ها را مطرح می‌کند می‌تواند محدودیت دیگری باشد و از جمله پیشنهادات این پژوهش، افزایش نمونه می‌باشد که امکان تعمیم نتایج را با اطمینان بیشتری میسر می‌سازد و همچنین استفاده از سایر روش‌های جمع‌آوری اطلاعات از جمله مصاحبه در کنار پرسش‌نامه برای غنی تر شدن نتایج می‌باشد.

تشکر و قدردانی

نتیجه این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد وزارت علوم و تحقیقات و فناوری است که با کد اخلاق EE/1400.2.24.25175/scu.ac.ir در کمیته اخلاق دانشگاه شهید چمران اهواز به ثبت رسیده است تصویب رسیده است. از زنان باردار شرکت‌کننده در این پژوهش و کارکنان مراکز بهداشتی که در اجرا مرا یاری نمودند، صمیمانه سپاس‌گزارم.

تضاد منافع

در نگارش این مقاله تضاد منافع وجود ندارد.

از زایمان در مادران سه‌ماهه آخر؛ و شش ماهه اول بارداری، برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی برای شناسایی زنان باردار در معرض خطر بالای ترس از زایمان و شروع یا مراجعه به خدمات مناسب در بارداری مفید خواهد بود.

ارتباط باورهای فراشناختی با ترس از زایمان منطقی می‌باشد. به عبارت دیگر باورهای فراشناختی باعث احساس کنترل شخصی پایین‌تر، افسردگی و اضطراب بیشتر و افزایش تردید در رابطه با شایستگی‌ها و توانایی‌های خود شده و تأثیرات نامطلوبی در سلامت روان آن‌ها می‌گذارد (۳۴) و با وجود کمبود پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه این نتیجه با یافته دلاور و علیزاده گورادل (۱۰) که نشان داد باورهای فراشناختی حدوداً ۳۲ درصد تغییرات ترس از زایمان را پیش‌بینی می‌کنند، و همچنین با یافته نصیری کناری و همکاران (۳۵) که نشان دادند بین باورهای فراشناختی و اضطراب بارداری رابطه منادار مثبت وجود دارد، همسو است.

با توجه به نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر، به ترتیب متغیرهای مهارناپذیری و خطر، علائم روانی اضطراب کرونا، نگرانی کلی سلامتی و باورهای مثبت در مورد نگرانی، قوی‌ترین پیش‌بین‌کننده‌های توکوفوبیا در مادران سه‌ماهه آخر بارداری؛ و به ترتیب متغیرهای ابتلا به بیماری، نیاز به مهار افکار، اطمینان به حافظه و علائم جسمانی اضطراب کرونا قوی‌ترین پیش‌بین‌کننده‌های توکوفوبیا در مادران شش ماهه اول بارداری بود. طبق نتایج این پژوهش باورهای فراشناختی نیز، پیش‌بینی‌کننده توکوفوبیا در مادران سه‌ماهه آخر و شش ماهه اول بارداری بود و از میان مؤلفه‌های باورهای فراشناختی، در مادران سه‌ماهه آخر بارداری، رابطه مؤلفه‌های مهارناپذیری و خطر و

References:

1. Adel A, Bassak Nejad S, Hamid N. The effectiveness of mental health training of mother and child on pregnancy anxiety and mental health of primigravida mothers. J Caring Scu 2018; 16(8):583-91. (Persian)
2. Bassak Nejad S, Ebadeh Ahvazi P, Mehrabizadeh Honarmand M. Comparison of sexual intimacy, life satisfaction and coping strategies with postmenopausal and non- menopausal women referring to health centers. Avicenna J Nurs Midwifery Care 2019; 26(6): 389-96. (Persian). Doi: 10.30699/sjnhmf.26.6.389
3. Dareshouri Mohammadi Z, Bassak Nejad S, Sarvghad S. A survey on the effectiveness of stress management training with cognitive-behavioral group therapy approach on state/trait anxiety, pregnancy anxiety and mental health of primiparous women. Jentashapir J Cell Mol Biol 2012; 3(4):e94054. (Persian)
4. Bhatia MS. Tokophobia: a dread of pregnancy. Ind psychiatry J 2012; 21:158-9. Doi: 10.4103/0972-6748.119649
5. Searle Fracog J. Fearing the worst-why do pregnant women feel at risk. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1996; 36:279-86. Doi: 10.1111/j.1479-828X.1996.tb02711.x

6. Plade P, Balling K, Sheen K, Houghton G. 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 Pregn Childbirth* 2020; 20:553. doi: 10.1186/s12884-020-03249-4
7. Striebich S, Mattern E, Ayerle M. support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia: A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery* 2018; 61:97-115. Doi: 10.1016/j.midw.2018.02.013
8. Hamama-Raz Y, Sommerfeld E, Ken-Dror D, Lacher R, Ben-Ezra M. The role of intra-personal and inter-personal factors in fear of childbirth: A preliminary study. *Psychiatr Q* 2017; 88:385-96. Doi: 10.1007/s11126-016-9455-x
9. Lopez-Sola C, Bui M, Hopper JL, Fontenelle LF, Davey CG, Pantelis C, et al. Predictors and consequences of health anxiety symptoms: a novel twin modeling study. *Acta Psychiatr Scand* 2018; 137(3):241-51. Doi: 10.1111/acps.12850
10. Delavar S, Alizadeh Goradel J. The role of metacognitive beliefs and positive and negative emotions in fear of childbirth in nulliparous pregnant women. *Hu Li Yan Jiu* 2015; 9(3):10-8. (Persian)
11. Dymecka J, Gerymski R, Iszczuk A, Bidzan M. Fear of Coronavirus, Stress and Fear of Childbirth in Polish Pregnant Women during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(24):13111. Doi: 10.3390/ijerph182413111
12. Corbett, GA, Milne SJ, Hehir MP, Lindow SW, O'connell MP. Health anxiety and behavioural changes of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020; 249: 96-7. Doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.04.022
13. Saccone G, Florio A, Aiello F, Venturella R, De Angelis MC, Locci M, et al. Psychological impact of coronavirus disease 2019 in pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 2020; 223: 293-5. Doi: 10.1016/j.ajog.2020.05.003
14. Brooks S, Weston D, Greenberg N. Psychological impact of infectious disease outbreaks on pregnant women: Rapid evidence review. *Pub Health* 2020; 189:26-36. Doi: 10.1016/j.puhe.2020.09.006
15. Beheshti Nasab M, Bahmaei H, Askari S, Ghanbari S, Irvani M. The relationship between health anxiety and prenatal distress with choosing the type of childbirth in pregnant women during Covid-19 outbreaks in Iran. *J Midwifery Reprod Health* 2022;10(2):1-8.
16. Elyasi F, Khani S, Azizi M. The effect of tokophobia on mother and child's health: A literature review. *J Pediatr Rev* 2019; 7(5):17-7.
17. Zarei N, Rasoolzadeh Tabatabaee K, Azin SA. Comparison of depression, anxiety and stress in the first, second and third trimesters of pregnancy in normal pregnant women and pregnant women undergoing infertility treatment. *Health Psychology* 2013; 1(4):15-18.
18. Nekooi T, Zarei M. Evaluation of anxiety status of pregnant mothers in the third trimester of pregnancy and fear of childbirth and related factors. 3rd National Conference on Mental Health and Wellness, Quchan; 2014.
19. Imami Afshar N, Zahrani Tork SH, Khodakarami N. Turning of prenatal and delivery. 5th Ed. Tehran: Nashre Pajvak. 2013; p.16-36.
20. Wootton BM, Davis E, Moses K, Moody A, Maguire P. The development and initial validation of the tokophobia severity scale. *Clin Psychol* 2020;1-9. Doi: 10.1111/cp.12220
21. Wells A, Cartwright-Hatton SA. Short form of the metacognition questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther* 2004; 42(4):385-96. Doi: 10.1016/S0005-7967(03)00147-5
22. Shirinzadeh Dastgiri S, Goodarzi MA, Ghanizadeh A, Taqwa S MR. Comparison of metacognitive beliefs and responsibility among patients with

- obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals. *Iran Psychiat Clin Psychol* 1999; 14(1):55-46. (Persian)
23. Alipour A, Ghadami A, Alipour Z, Abdullah Zadeh H. Preliminary validation of the Corona Anxiety Scale (CDAS) in an Iranian sample. *J Health Psychol* 2020;8(32):163-75. (Persian)
24. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HMC, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med* 2002; 32(5):843-53. Doi: 10.1017/S0033291702005822
25. Nargesi F, Izadi F, Karimi Nejad K, Rezaee sharif A. Evaluation of validity and reliability of persian version of health anxiety questionnaire in students of lorestan university of medical sciences. *Edu Measure* 2017; 27(7):147-60.
26. Bezi F, Tehranian N. The Relationship between Covid-19 anxiety and fear of childbirth during pregnancy and its impact on pregnancy outcome. 2nd National Conference on Interdisciplinary Research in Management and Medical Sciences, Tehran; 2021. (Persian)
27. Mohammad Beygi S, Sadeghi Z. Investigating the role of coronary anxiety and fear of childbirth in predicting the psychological well-being of pregnant women. 2nd National Congress of the Iranian Family Psychology Association: The Family in Our Age, Ahvaz; 2020. (Persian)
28. Abedzadeh-Kalahroudi M, Karimian Z, Nasiri S, Khorshidifard MS. Anxiety and perceived stress of pregnant women towards Covid-19 disease and its related factors in Kashan (2020). *The Iran J Obstetr Gynecol Infert* 2021;24(5):8-18. (Persian) Doi: 10.22038/ijogi.2021.18567
29. Bezi F, Tehranian N. The relationship between anxiety caused by covid-19 and fear of childbirth during pregnancy and its effect on pregnancy outcome. The Second National Conference on Interdisciplinary Research in Management and Medical Sciences, 2021-09-16, Tehran; 2021.
30. Akhlaqi F, Mokhber N, Shakeri M, Shamsa F. The relationship between depression, anxiety, self-esteem, marital satisfaction and demographic factors with fear of childbirth in nulliparous women. *Principles of Mental Health* 2012; 14(2):122-31. (Persian)
31. Negahban T, Ansari A. Does fear of childbirth predict emergency cesarean section in primiparous women?. *Hayat* 2009; 14(4):73-81. (Persian)
32. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Saisto T. Obstetric outcome after intervention for serve fear of childbirth in nulliparous women-randomised trial. *BJOG* 2013; 120(1):75-84. Doi: 10.1111/1471-0528.12011
33. Rahmani S, Ayati S, Ali Maemoori G, Saeedi R, Gholami Robatsangi M. Comparison of neonatal complications in neonates resulting from cesarean section and normal delivery. *J Sabzevar Univ Med Sci Health Serv* 2010;16(2):108-13. (Persian)
34. Pournamdarian S, Birashk B, Asgharnejad Farid A. The clarification of contribution of metacognitive beliefs in explaining the symptoms of depression, anxiety and stress in Nurses. *Know Res App Psych* 2012;13(3):86-94. (Persian)
35. NasirikenariKenari F, Rahnavard Bakhshayesh M, Azizi M. Predicting Pregnancy anxiety based on metacognitive beliefs and psychological health in pregnant women in Tabriz. *Women Family Stud* 2020; 13(49):107-24. (Persian) Doi: 10.30495/jwsf.2020.585246.1335.

COMPARISON OF PREDICTORS OF TOKOPHOBIA IN MOTHERS IN THE LAST TRIMESTER AND FIRST SIX MONTHS OF PREGNANCY BASED ON METACOGNITIVE BELIEFS, CORONA ANXIETY, AND ILLNESS ANXIETY

Samira Zardkoohi¹, Soodabeh Bassaknejad², Mahin Gheibizadeh³

Received: 02 December, 2022; Accepted: 14 February, 2023

Abstract

Background & Aims: Tokophobia is a pathological fear of childbirth that can lead to anxiety and worry in pregnant women. The current study was performed to compare predictors of tokophobia in mothers in the last trimester and first six months of pregnancy based on metacognitive beliefs, corona anxiety, and illness anxiety in 2022.

Materials & Methods: This is a case-control study and was conducted on 104 primiparous mothers (52 people last trimester and 52 people first six months) in 2022. The sampling method was convenient method, and was done with the cooperation of nurses and midwives in the health centers of Shushtar city, Iran. Data was collected using Tokophobia Severity Questionnaire, Metacognitive Beliefs, Coronary Anxiety, and Disease Anxiety, and analyzed in a multiple linear regression model with 95% confidence level by SPSS software version 22.

Results: The variables of uncontrollability and risk ($\beta=0.41$), psychological symptoms of corona anxiety ($\beta=0.31$), general health concern ($\beta=0.33$), and positive beliefs about worry ($\beta=0.31$) were the most important, respectively. The predictive factors of tokophobia in mothers were in the last trimester of pregnancy. Also, the variables of illness ($\beta=0.35$), need to restrain thoughts ($\beta=0.42$), confidence in memory ($\beta=0.27$) and physical symptoms of corona anxiety ($\beta=0.23$) were respectively the most important predictors of tokophobia in the mothers in the first six months of pregnancy.

Conclusion: This study showed that in the mothers of the last trimester of pregnancy, the variable of inhibition and danger and in the mothers of the last six months, the variable of contract the disease has the most predictive ability. Based on this, by implementing public health education programs and how to provide mental health care in health centers, mothers can be helped in reducing tokophobia.

Keywords: Comparison, Corona Anxiety, Illness Anxiety, Metacognitive Beliefs, Tokophobia

Address: Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Tel: + 989366986249

Email: samira.zardkoohi75@gmail.com

SOURCE: STUD MED SCI 2022: 33(9): 645 ISSN: 2717-008X

Copyright © 2022 Studies in Medical Sciences

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

² Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran (Corresponding Author)

³ Nursing Care Research Center in Chronic Diseases, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran